

Atención Hospitalaria, Cirugía, Anestesia y Reanimación

VII LECCIONES EN SALUD HOSPITALARIA

Edición Digital



VII Lecciones en Salud Hospitalaria



VII Lecciones en Salud Hospitalaria

Fecha de publicación: 20 de enero de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: Sus autores.

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

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

ISBN: 978-84-18126-03-1

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

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1	LA QUIMIOTERAPIA INTRATECAL: ANÁLISIS DE LA ADMINISTRACIÓN Y SUS COMPLICACIONES. WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ	3
2	APLASIA MEDULAR: REVISIÓN DE LOS ULTIMOS 10 AÑOS. MARIA PAULA CHAVEZ COLLAZOS	7
3	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ABDOMINAL ELENA BERZAL CANGA	11
4	ALTERACIONES CONDUCTUALES COMO DEBUT DE DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA Y JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO	27
5	VALORACIÓN PRONÓSTICA DE ENCEFALOPATÍA ANÓXICA POST PARADA CARDIORESPIRATORIA. BELÉN GARCÍA ARIAS	31
6	BIOMARCADORES EN EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. ESTUDIO DE EVALUACIÓN CRÍTICA DE UN ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN. MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL	35
7	SECUESTRO PULMONAR DE DIAGNÓSTICO PRENATAL. ANA MILENA MUÑOZ	41
8	LUXACIÓN NO REDUCIDA DEL PRIMER DEDO: CRONIFICACIÓN DE UNA PATOLOGÍA AGUDA. JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO, CLARA QUINTERO LÓPEZ Y MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ	45

9	MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO EN SINDROME ISQUIOFEMORAL: UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA. CLARA QUINTERO LÓPEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO Y MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ	49
10	INESTABILIDAD DE TOBILLO POR LUXACION RECIDIVANTE DE TENDONES PERONEOS: MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ, JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO Y CLARA QUINTERO LÓPEZ	55
11	AUSENCIA CONGÉNITA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DEL TEMA. BEATRIZ ESCOBAR MALLADA	61
12	CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: A PROPÓSITO DE UN CASO. IRENE LOSADA ÁLVAREZ, ELENA BAZTARRICA ECHARTE, MARIA BARBER ANSÓN Y LAURA CALVO BARRENA	67
13	PERSONAL SANITARIO : QUE PASA CUANDO SE VULNERA EL SECRETO PROFESIONAL RAUL MATEOS IGLESIAS Y TANIA MELERO PEREIRA	73
14	EFFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS. NURIA SUAREZ FERNANDEZ, SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ	79
15	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON REACCIÓN ADVERSA A QUIMIOTERAPIA SUBCUTÁNEA A PROPÓSITO DE UN CASO NURIA SUAREZ FERNANDEZ, SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ	83
16	LA DISFAGIA OROFARINGEA EN EL ANCIANO SHEILA ALVAREZ GONZALEZ	87

17	PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS SHEILA ALVAREZ GONZALEZ Y LUCIA MARTINEZ MARTINEZ	91
18	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CESÁREA ROMINA GONZALEZ PÉREZ, SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA, ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ Y HELENA RICO BLANCO	95
19	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO ROMINA GONZALEZ PÉREZ, SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA, ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ Y HELENA RICO BLANCO	99
20	ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN GERIATRÍA LUCIA MARTINEZ MARTINEZ Y SHEILA ALVAREZ GONZALEZ	103
21	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. LEONOR FERNANDEZ GUTIERREZ	107
22	ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ILEOSTOMÍA. JOSÉ ARCIOLÉS FERNÁNDEZ, ISABEL MARÍA OLIVER JIMÉNEZ Y MARIA LUISA SANCHEZ MARTINEZ	115
23	ATENCIÓN ENFERMERA AL INICIO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA, ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ, HELENA RICO BLANCO Y ROMINA GONZALEZ PÉREZ	119
24	PACIENTE OSTOMIZADO- CUIDADOS AL PACIENTE CON COLOSTOMÍA MIRIAM DE LA RIVA LARIO	125
25	CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACIÓN. CUIDADOS Y MANEJO ENFERMERO. LOURDES MARÍA RODRIGO ROJAS	129
26	LA IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS DE HUMOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN CARLA PÉREZ MORÁN, MARTA RAMOS GARCÍA, ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ Y RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ	151

27	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ	155
28	COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE CATÉTER DOBLE J CRISTINA RODRIGUEZ ABAD	159
29	LAVADO DE MANOS CRISTINA RODRIGUEZ ABAD	163
30	TRATAMIENTO DE SOPORTE Y RECOMENDACIONES AL ALTA EN EL TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO. SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y NURIA SUAREZ FERNANDEZ	167
31	PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE CRÍTICO. BELEN ROZADA FUENTE	169
32	HIGIENE DE MANOS Y USO CORRECTO DE GUANTES. MONTSERRAT PIÑERA MATA	175
33	OPCIONES DE MEJORA EN LA GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO. CRISTINA ARIAS SIERRA Y SONIA MILLÁN LÓPEZ	181
34	ENFERMEDAD DE CROHN. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. CRISTINA CRESPO RODRIGUEZ	195
35	TRANSFUSIÓN SEGURA EN HOSPITALIZACIÓN CANDIDA M. GONZALEZ TORO	201
36	INFUSORES ELASTOMÉRICOS MONO USO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO. MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ	205
37	LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA. CRISTINA CRESPO RODRIGUEZ	211

38	COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN EL PACIENTE CRÍTICO MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ, MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA Y GRACIELA ZAPICO LÓPEZ	221
39	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: GASTROSCOPIA. LAURA SANROMAN CLAROS, MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA, AIDA GIL VECINO Y RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO	225
40	CASO CLÍNICO: PACIENTE CON GANGRENA HÚMEDA ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ, ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ, MARIA TERESA CORRALES PINTO, MARÍA VICTORIA COUTO CALVO Y MÓNICA CORRALES PINTO	231
41	ERRORES DE MEDICACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA XIOMARA EDROSA LÓPEZ, CELIA CANELLADA Riestra, GEMA FERNANDEZ NOVO, BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES Y LUCIA ALVAREZ PRENDES	235
42	ENFERMEDAD DE LYME EN GERIATRÍA ANA DÍAZ FERNÁNDEZ, CECILIA FERNANDEZ GARRIDO Y MARTA GUTIÉRREZ MOYANO	241
43	ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOS CON CPAP (VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA) ELISA ISABEL MENÉNDEZ RODRÍGUEZ Y BEATRIZ PEREZ ISTILLARTY	245
44	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS EPICÁRDICO LEIRE AZCONA CIRIZA	255
45	EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS AIDA GIL VECINO, LAURA SANROMAN CLAROS, RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO Y MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA	259
46	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA HEPÁTICA SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA, ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ, HELENA RICO BLANCO Y ROMINA GONZALEZ PÉREZ	265

47	ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES PARA ENFERMERÍA. MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ, CLAUDIA AMOR CANTERO, JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO Y LORENA FERMO SO NUÑO	269
48	PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTE CON ICTUS ANA FERRER BLANCO	275
49	ENFERMERÍA ANTE LA DISFAGIA NEURÓGENA JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO, LORENA FERMO SO NUÑO, MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ Y CLAUDIA AMOR CANTERO	289
50	APENDICITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO LUCÍA MARTIÑO CANGA, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LORENA GARCÍA ARIAS, LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA Y IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	295
51	DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO LUCÍA MARTIÑO CANGA, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LORENA GARCÍA ARIAS, IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ Y LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA	299
52	TIPOS Y USO DE LA INSULINA GEMMA GARCÍA CANDÁS Y JAIR MARTÍNEZ DÍAZ	303
53	EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES CELIA CANELLADA Riestra, GEMA FERNANDEZ NOVO, BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES, LUCIA ALVAREZ PRENDES Y XIOMARA EDROSA LÒPEZ	311
54	EL PACIENTE UN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: NECESIDADES, COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD. MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ	321
55	EVALUACION DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CECILIA FERNANDEZ GARRIDO, MARTA GUTIÉRREZ MOYANO Y ANA DÍAZ FERNÁNDEZ	325

56	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS BENEFICIOS DEL MÉTODO CANGURO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y/O DE BAJO PESO AL NACER. ALBA MARTÍNEZ ALONSO, CLAUDIA BLANCO MARTINEZ, NOELIA PÉREZ LAMUÑO, SARA LÓPEZ GARCÍA Y BEATRIZ TERENCE NEVADO	327
57	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON LAVADOS VESICALES CONTINUOS CLAUDIA BLANCO MARTINEZ, ALBA MARTÍNEZ ALONSO, BEATRIZ TERENCE NEVADO, NOELIA PÉREZ LAMUÑO Y SARA LÓPEZ GARCÍA	333
58	PRECAUCIONES A TOMAR EN PACIENTES CON ALERGIA AL LÁTEX CANDIDA M. GONZALEZ TORO	337
59	MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO DE USO HOSPITALARIO NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO Y PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ	341
60	PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP) BIBIANA POLO MORIS Y SARAI SANTOS MARTIN	347
61	TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES BIBIANA POLO MORIS Y SARAI SANTOS MARTIN	353
62	BENEFICIOS DE LA UTILIZACIÓN DEL CATÉTER DE LINEA MEDIA CECILIA FERNANDEZ GARRIDO, MARTA GUTIÉRREZ MOYANO Y ANA DÍAZ FERNÁNDEZ	359
63	MANEJO DE LA INSULINA GEMMA GARCÍA CANDÁS Y JAIR MARTÍNEZ DÍAZ	361
64	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRASTORNOS ESOFÁGICOS Y DISFAGIA MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA	371

- 65 **INDUCCIÓN AL PARTO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.**
VANESA TELLA RIOS 379
- 66 **SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA**
RAQUEL ZAMORA DÍAZ, SARA GONZÁLEZ-NICOLÁS LEAL, ISABEL LOPEZ RUBIO, MARTA RODRÍGUEZ PEÑA Y MAGDALENA JIMENEZ DE LA TORRE 383
- 67 **CASO CLÍNICO : IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN PACIENTE CON GONARTROSIS**
VIRGINIA GALENDE GALARZA, BERTA GARCIA MURILLO, MARIA SALINAS BARIAIN, JUNCAL SANZ PASCUAL Y ELENA GONZÁLEZ ESAIN 387
- 68 **GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA**
CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LORENA GARCÍA ARIAS Y IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ 429
- 69 **TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA DE LIMPIEZA**
TANIA MENÉNDEZ MÉNDEZ 433
- 70 **CONSUMO DE TÓXICOS EN EL EMBARAZO: COCAINA.**
SARA DÍAZ FERNÁNDEZ, LORENA LÓPEZ LÓPEZ Y LIDIA RIERA FERNÁNDEZ 435
- 71 **PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS**
LIDIA RIERA FERNÁNDEZ, SARA DÍAZ FERNÁNDEZ Y LORENA LÓPEZ LÓPEZ 441
- 72 **NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y SU USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
ELENA GONZALEZ GONZALEZ, LAURA RIESTRÁ BLANCO, ESTHER LÓPEZ HERES, RODRIGO MESA GONZÁLEZ Y NOELIA GARCÍA ANTOLÍN 447

- 73 **EL ASMA Y SU TRATAMIENTO.**
LAURA GARCIA RODRIGUEZ, SOFIA GARCIA RODRIGUEZ, MARIA
NISIDA LÓPEZ IGLESIAS, LAURA ESPINA FERNÁNDEZ Y PRISCILA
RODRIGUEZ CASTILLO 459
- 74 **ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN EJECUTIVA DE LA
ESQUIZOFRENIA**
LIDIA RIERA FERNÁNDEZ, SARA DÍAZ FERNÁNDEZ Y LORENA
LÓPEZ LÓPEZ 465
- 75 **TÉCNICA ENDOSCÓPICA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA DEL
APARATO DIGESTIVO: CÁPSULA ENDOSCÓPICA.**
LAURA SANROMAN CLAROS, MARIA AURORA GUTIERREZ
GARCIA, AIDA GIL VECINO Y RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO 471
- 76 **COMPLICACIONES EN ESTOMAS**
CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ 477
- 77 **PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ÚLCERAS POR
PRESIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO**
LAURA RUESTRA BLANCO, ESTHER LÓPEZ HERES, RODRIGO
MESA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA ANTOLÍN Y MARTA
MENENDEZ MARTINEZ 479
- 78 **ENFERMERÍA Y LAS INFECCIONES DE QUEMADURAS**
HECTOR FERNANDEZ GARCIA 499
- 79 **TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE UN ENEMA EVACUANTE
DESECHABLE**
PATRICIA GARCIA VIÑA, ALICIA HUERGO ORDIALES, SUSANA
DEL CORRO FERNANDEZ Y SILVIA HUERGO DE DIOS 507
- 80 **DRENAJE PLEURAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ 511
- 81 **LISTADOS DE VERIFICACIÓN EN CARDIOLOGÍA
INTERVENCIONISTA**
RODRIGO MESA GONZÁLEZ, NOELIA GARCÍA ANTOLÍN, MARTA
MENENDEZ MARTINEZ, VANESA TELLA RIOS Y ELENA
GONZALEZ GONZALEZ 513

82	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ	519
83	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS MÓNICA OTERO TORRE	521
84	NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. CUIDADOS DESTINADOS A SU PREVENCIÓN CARLOS LÓPEZ SIMARRO, LEDA MARIA CALERO BUENO, MÓNICA MARTÍNEZ SÁNCHEZ Y SALVADOR SÁNCHEZ SÁNCHEZ	525
85	CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL CATETER PICC. HECTOR NAVAS DOMINGUEZ, VERÓNICA VACÁRCEL LÓPEZ, CARMEN ALARCÓN HERREROS, DAVID ESCRIBANO COELLO Y MARTA PEREZ ABIETAR	531
86	PRINCIPALES DISPOSITIVOS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN ANA ZARATE JIMENEZ, ANA GONZÁLEZ JIMÉNEZ, MACRINA TORTAJADA SOLER Y BEATRIZ RESCALVO FLORES	537
87	CASO CLÍNICO: ANEURISMA EN FISTULA ARTERIOVENOSA ESTHER LÓPEZ HERES, LAURA Riestra Blanco, NOELIA GARCÍA ANTOLÍN, ELENA GONZALEZ GONZALEZ Y MARTA MENENDEZ MARTINEZ	541
88	CRITERIOS DE PROTETIZACIÓN Y EL CHEQUEO PROTÉSICO NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS Y ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ	547
89	EL DRENAJE JACKSON PRATT GLORIA VALDÉS PELÁEZ, AIDA VALLINA Riestra Y YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ	553

- 90 **DISFUNCION DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS**
MARTA MENENDEZ MARTINEZ, VANESA TELLA RIOS, ELENA GONZALEZ GONZALEZ, LAURA RUESTRA BLANCO Y ESTHER LÓPEZ HERES 557
- 91 **FIEBRE EN PACIENTE PORTADOR DE CVC EN HEMODIALISIS. A PROPUESTA DE UN CASO.**
MARTA MENENDEZ MARTINEZ, ESTHER LÓPEZ HERES, NOELIA GARCÍA ANTOLÍN Y VANESA TELLA RIOS 563
- 92 **CASO CLÍNICO: FÍSTULA ARTERIO-VENOSA CON ESTENOSIS.**
ESTHER LÓPEZ HERES, VANESA TELLA RIOS, LAURA RUESTRA BLANCO, RODRIGO MESA GONZÁLEZ Y NOELIA GARCÍA ANTOLÍN 569
- 93 **EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA.**
MANUEL LOBO GONZÁLEZ 573
- 94 **LA HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ, SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ Y MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO 577
- 95 **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ, NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ Y PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES 583
- 96 **CORRECTA RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA EN NIÑOS**
MARIA MORA ORTEGA 587
- 97 **CUIDADOS DEL LINFEDEMA : PREVENCION Y TRATAMIENTO PRECOZ**
MARIA MORA ORTEGA 591
- 98 **PILOMATRIXOMA EN EDAD PEDIÁTRICA -"A PROPÓSITO DE UN CASO"**
ANA BELÉN DELGADO SIERRA Y SANTIAGO PIEDRA VELASCO 595

99	CASO CLÍNICO: ENTEROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN LAURA RIESTRA BLANCO, ESTHER LÓPEZ HERES Y NOELIA GARCÍA ANTOLÍN	599
100	BIOSEGURIDAD EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL	605
101	CUIDADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL	611
102	ATENCIÓN ENFERMERA EN LA DERMATITIS ATÓPICA JOSE LUIS LLERA SUARDIAZ	615
103	ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO HENAR VALLINA CRESPO	629
104	OSTOMÍA LUCIA GONZALEZ GARCIA	649
105	TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MARIA NANCY DIAZ ROA	651
106	NUTRICIÓN PARENTERAL NURIA IZQUIERDO MORENO Y NOEMI GARCIA SANCHEZ	653
107	DERRAME PLEURAL POSTRAUMÁTICO MARIA VILLA DE LA FUENTE, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LORENA GARCÍA ARIAS Y IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	683
108	PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE QUEMADO ELENA GONZALEZ GONZALEZ Y ESTHER LÓPEZ HERES	685
109	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE VÍAS AÉREAS. OROFARÍNGEA Y NASOFARÍNGEA SANDRA DÍAZ ARAÚJO	697

- 110 EL SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRÉ : ENFERMEDAD AUTOINMUNE.**
RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ 701
- 111 LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD NEUROLÓGICA AUTOINMUNE.**
RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ 705
- 112 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD -"A PROPOSITO DE UN CASO"**
ANA BELÉN DELGADO SIERRA, SANTIAGO PIEDRA VELASCO Y LUCIA ALVAREZ RODIL 709
- 113 EL TRABAJO A TURNOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.**
SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ, MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO Y MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ 713
- 114 CUIDADOS ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PROSTATECTOMIZADO**
ANDREA LOPEZ GARCIA Y ANA MARTÍN ÁLVAREZ 721
- 115 BIOPSIA RENAL: CASO CLÍNICO**
NOELIA GARCÍA ANTOLÍN, MARTA MENENDEZ MARTINEZ, VANESA TELLA RIOS, ELENA GONZALEZ GONZALEZ Y LAURA RIESTRA BLANCO 735
- 116 LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL CÁNCER DE MAMA**
AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ, BEATRIZ EGIDO GORDO, ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO, ALBA LINDE FERNANDEZ Y ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ 743
- 117 LA ESCUCHA ACTIVA Y LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO**
CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS, BEATRIZ EGIDO GORDO, ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO Y MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS 749
- 118 ENFERMERÍA EN LAS INFECCIONES DE QUEMADURAS**
CARMEN MARIA NAVARRO BEARDO 753

119	ATENCIÓN ENFERMERA HOSPITALARIA ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA CARMEN MARIA NAVARRO BEARDO	761
120	EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS, LAURA ESPINA FERNÁNDEZ, PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO, LAURA GARCIA RODRIGUEZ Y SOFIA GARCIA RODRIGUEZ	771
121	FLEBITIS EN CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ	781
122	ANESTESIA EPIDURAL EN PACIENTES CON TATUAJES EN LA ZONA LUMBAR MIRIAM DIAZ PEREZ, ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ, COVADONGA MUÑOZ BLANCO, ROSAURA GARCÍA LEONARDO Y AIDA GARCÍA DE LA RIVA	785
123	ULCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANOS. MELANY CABO JIMENEZ	791
124	PRINCIPALES PROBLEMAS EN UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS. LOS CALAMBRES MELANY CABO JIMENEZ	795
125	CONOCIMIENTO Y SENSACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO LYDIA LEÓN BENÍTEZ, GERMÁN TORNERO TENDERO Y MARÍA DE LAS NIEVES LÓPEZ FERNÁNDEZ	797
126	LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES DE DIALISIS LLIBERTA LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA Y PATRICIA OTERO MENÉNDEZ	801

- 127 **MOVILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE , CONSIDERACIONES**
JULIO MORGADO RODRIGUEZ, NURIA SUAREZ FERNANDEZ Y
SUSANA MARTIN LORENTE 805
- 128 **LA MEJOR SALUD HOSPITALARIA, UNA BUENA PREVENCION
DEL RIESGO BIOLÓGICO.**
MIRIAM MIRAMON PLANILLO, MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA,
MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ Y MARTA NAVARRO CILLERO 809
- 129 **MEDICINA NUCLEAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE
PET/TAC Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS Y NIÑOS.**
CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ, ANGELA LÓPEZ SUÁREZ,
RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, RAQUEL PEREZ PEREZ Y JOSE
ANGEL ROCHA IGLESIAS 813
- 130 **ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN
FORMA DE BOLUS CON JERINGA.**
MARIA MORA ORTEGA 821
- 131 **PACIENTE CON FRACTURA DE TOBILLO TRAS CAIDA CASUAL**
JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ, VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ
Y CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ 825
- 132 **PULSERA IDENTIFICATIVA EN EL AREA QUIRURGICA**
JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ, VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ
Y CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ 829
- 133 **PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO
PEDIÁTRICO**
BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES, LUCIA ALVAREZ PRENDES,
XIOMARA EDROSA LÓPEZ, CELIA CANELLADA Riestra Y GEMA
FERNANDEZ NOVO 833
- 134 **NEUROBLASTOMA EN PEDIATRÍA.ABORDAJE Y CUIDADOS DE
ENFERMERÍA.**
VERONICA ALONSO PONTÓN 837

- 135 **USO DE ANTIPSICÓTICOS EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**
MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA, RAFAEL SANCHEZ IBAÑEZ,
NATALIA GARCÍA CARBAJAL, ABILIO ALVAREZ GONZALEZ Y
NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL 839
- 136 **PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MEDIANTE FUNDAS DE COMPRESION SECUENCIAL**
SONIA DE VES MARTINEZ, ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ, NEREA TRINIDAD VILLAR Y NATIVIDAD GARCIA FERNANDEZ 845
- 137 **ENFERMERIA GERIATRICA. FRACTURAS DE CADERA.**
SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ, MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ, YAIZA FUENTE VÁZQUEZ Y SARA ALVAREZ MENENDEZ 849
- 138 **OXIGENACIÓN**
MARINA EGUIBAR VILLAMANDOS 855
- 139 **COLONOSCOPIA VIRTUAL.**
MARINA EGUIBAR VILLAMANDOS 857
- 140 **EL PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: REVISION BIBLIOGRÁFICA**
NATIVIDAD GARCIA FERNANDEZ, SONIA DE VES MARTINEZ, ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ Y NEREA TRINIDAD VILLAR 859
- 141 **EL DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
NATIVIDAD GARCIA FERNANDEZ, SONIA DE VES MARTINEZ, ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ Y NEREA TRINIDAD VILLAR 869
- 142 **LAPAROSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA**
REBECA CIENFUEGOS VIDAL, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ, SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ, ALBA GARCÍA BAS Y BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA 877
- 143 **"HABLEMOS GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA -CUIDADOS ENFERMEROS"**
ANA BELÉN DELGADO SIERRA Y SANTIAGO PIEDRA VELASCO 883

- 144 **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO**
NOELIA PÉREZ LAMUÑO, BEATRIZ TERENCE NEVADO, SARA LÓPEZ GARCÍA, ALBA MARTÍNEZ ALONSO Y CLAUDIA BLANCO MARTINEZ 887
- 145 **SARCOMA DE EWING, A PROPOSITO DE UN CASO**
VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ, CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ Y JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ 901
- 146 **CONTRASTES EMPLEADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS**
VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ, CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ Y JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ 905
- 147 **PACIENTES DON DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY**
GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, ALBA GARCÍA BAS Y REBECA CIENFUEGOS VIDAL 909
- 148 **EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO**
MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS, MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS, AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ, ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ Y ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO 913
- 149 **ULCERAS POR PRESIÓN, VIGILANCIA Y PREVENCIÓN.**
BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ, ALBA GARCÍA BAS Y REBECA CIENFUEGOS VIDAL 919
- 150 **ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ, LORENA LAVANDERA GARCIA, MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN Y ELENA MERCHÁN MARCOS 923
- 151 **SONDAJE NASOGÁSTRICO**
ALBA GARCÍA BAS, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ Y REBECA CIENFUEGOS VIDAL 935

- 152 CAUSAS, PREVALENCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS.**
AIDA GARCÍA DE LA RIVA, ROSAURA GARCÍA LEONARDO,
MIRIAM DIAZ PEREZ, ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ Y
COVADONGA MUÑOZ BLANCO 939
- 153 "NIÑOS MARIPOSA": EPIDERMOLISIS BULLOSA HEREDITARIA**
PAULA GUTIÉRREZ DIAZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ,
SHAMARA CASTILLO NOGRARO Y LAURA ESPASANDÍN
FERNÁNDEZ 951
- 154 INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS DE VIDA EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**
RUBÉN DELGADO FERNÁNDEZ 955
- 155 CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA ANTE LOS INJERTOS DE PIEL**
PATRICIA GUTIÉRREZ PRIETO, AINHOA FERNÁNDEZ GARCÍA,
NATALIA LLAMEDO FOMBELLA Y ANA PALACIOS SOMOANO 961
- 156 DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE JOVEN.**
MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA, PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS,
ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ, LAURA VERANO MENENDEZ Y
RAQUEL MUÑOZ DÍAZ 965
- 157 IMPORTANCIA DEL ASEO EN EL PACIENTE ENCAMADO**
LAURA SALCEDA GARCÍA Y M DEL MAR GARCIA PRESA 969
- 158 IMPORTANCIA DE LOS LAVADOS VESICALES**
LAURA MONTES PÉREZ, DAVID SUÁREZ CASTRO Y MARÍA
ARANTZAZU LORENCES ALONSO 973
- 159 CUIDADOS PALIATIVOS Y MUERTE EN GERIATRÍA**
MARIA FERNANDEZ SUAREZ, ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ,
CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ Y COVADONGA ALBA FERNANDEZ 977
- 160 RABDOMIOLISIS**
CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, SANDRA SOTURA
CARRERA, PATRICIA OTERO MENÉNDEZ Y LLIBERTA LORENZO
COLLAZO 993

- 161 LAS ANEURISMAS CEREBRALES
SARA ALVAREZ MENENDEZ, YAIZA FUENTE VÁZQUEZ Y SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ 997
- 162 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS CONVULSIONES.
SARA SÁNCHEZ JUARROS, LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ Y NOELIA MORENO SANROMÁN 1001
- 163 CUIDADOS DE LA SONDA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO
SARA LÓPEZ GARCÍA, NOELIA PÉREZ LAMUÑO, CLAUDIA BLANCO MARTINEZ, BEATRIZ TERENCE NEVADO Y ALBA MARTÍNEZ ALONSO 1005
- 164 PRUEBA DE TALÓN: BUENAS PRÁCTICAS EN LA EXTRACCIÓN DE SANGRE PARA METABOLOPATÍAS Y MANIPULACIÓN DE DICHAS MUESTRAS
NURIA GONZALEZ PULIDO, PAULA GUTIÉRREZ DIAZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ Y SHAMARA CASTILLO NOGRARO 1009
- 165 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA
SUSANA PRIETO GONZÁLEZ Y ANA ISABEL CIMAS SUÁREZ 1013
- 166 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA
CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ, MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ Y ANA BELLA VAQUERO ABOLI 1017
- 167 CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.
ELENA BATISTA DIAZ 1025
- 168 USO DE HEPARINA SÓDICA EN TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL
SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENÉNDEZ, LLIBERTA LORENZO COLLAZO Y CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 1029

- 169 CLORHIDRATO DE DEXMEDETOMIDINA: ACTUALIZACION,
APLICACIONES CLINICAS Y UTILIZACION EN UNIDADES DE
UCI POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.
NOEMI SUAREZ FERNANDEZ, VANESA RUBIO GARCIA Y MARIA
CRISTINA GONZALEZ LABRA 1033
- 170 ECCEMA HERPÉTICO O ERUPCIÓN VARICELIFORME DE KAPOSÍ
ASOCIADO A DERMATITIS ATÓPICA
NEREA SAETERO ESTRADA Y ISABEL ESCOBAR OSTARIZ 1045
- 171 PROTOCOLO ÓPTIMO PARA ANÁLISIS DE PROLACTINA
SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN
FERNÁNDEZ, CRISTINA DÍAZ PÉREZ Y NURIA GONZALEZ PULIDO 1053
- 172 INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS HABITOS TÓXICOS
DURANTE LA GESTACIÓN.
PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS, ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ,
LAURA VERANO MENENDEZ, RAQUEL MUÑOZ DÍAZ Y MARIA
LEIGUARDA VILLANUEVA 1057
- 173 VALORACIÓN DE VÍA AÉREA DIFÍCIL CON ESCALAS DE
VALORACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
ISABEL ESCOBAR OSTARIZ Y NEREA SAETERO ESTRADA 1061
- 174 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE LA
NUTRICIÓN ENTERAL Y LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.
VANESA RUBIO GARCIA, MARIA CRISTINA GONZALEZ LABRA Y
NOEMI SUAREZ FERNANDEZ 1065
- 175 MANEJO DOMICILIARIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL
PEDIÁTRICA
MARIA CRISTINA GONZALEZ LABRA, NOEMI SUAREZ
FERNANDEZ Y VANESA RUBIO GARCIA 1075
- 176 CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS INHALADORES PARA EVITAR
COMPLICACIONES EN EL EPOC
OLAYA ALVAREZ CAMINO Y DANIEL MAYOR ALVAREZ 1093

- 177 EFECTO DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA CONSULTA
MULTIDISCIPLINAR DE ERCA
TAMARA GARCIA ORDOÑEZ 1097
- 178 CARGA LABORAL Y BURN OUT ENTRE LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE HEMODIALISIS
TAMARA GARCIA ORDOÑEZ 1101
- 179 ENFERMERIA Y NUTRICION EN LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD RENAL CRONICA
TAMARA GARCIA ORDOÑEZ 1105
- 180 LA MUERTE SÚBITA EN EL ADULTO
BERTY GUERRERO MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER MARTÍNEZ
MENÉNDEZ, VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y NOELIA IGLESIAS
BODELON 1109
- 181 LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA
BERTY GUERRERO MARTÍNEZ, MARÍA ESTHER MARTÍNEZ
MENÉNDEZ, VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y NOELIA IGLESIAS
BODELON 1117
- 182 HALLAZGO CASUAL DE BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR
COMPLETO
PATRICIA OTERO MENÉNDEZ, LLIBERTA LORENZO COLLAZO,
CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y SANDRA SOTURA
CARRERA 1125
- 183 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON
COLOSTOMÍA DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN
MARIA FERNANDEZ SUAREZ, ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ,
CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ Y COVADONGA ALBA FERNANDEZ 1129
- 184 ELECTROCONVULSOTERAPIA O TERAPIA POR
ELECTROCHOQUE
JENNIFER AGUILAR ALVAREZ Y LORENA RODRIGUEZ DEL CUETO 1133
- 185 CORRECTO CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO
LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ Y LARA QUESADA ITURMENDI 1137

- 186 ENFERMEDAD DE TOURETTE**
JENNIFER AGUILAR ALVAREZ Y LORENA RODRIGUEZ DEL CUETO **1141**
- 187 NORMAS GENERALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS**
ALBA GONZÁLEZ DÍAZ Y TAMARA BELLOSO CUESTA **1143**
- 188 TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS EN LA ENFERMEDAD CELIACA**
CRISTINA ALVAREZ LOPEZ Y BEGOÑA SUÁREZ VEGA **1151**
- 189 FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS: CASO CLÍNICO**
NOELIA GARCÍA ANTOLÍN, VANESA TELLA RIOS, LAURA
RIESTRA BLANCO, MARTA MENENDEZ MARTINEZ Y ESTHER
LÓPEZ HERES **1157**
- 190 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO CON
FOTOTERAPIA**
MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO, LAURA MONTES
PÉREZ Y DAVID SUÁREZ CASTRO **1163**
- 191 HEPATITIS C: DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN**
MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN, ELENA MERCHÁN MARCOS,
MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ Y LORENA LAVANDERA GARCIA **1167**
- 192 MARCAJE DEL ESTOMA.**
LEYRE IBERO PEMAN, ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE, ANA
MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ, CARMELA TROYAS VISUS Y CRISTINA
HUARTE USTARROZ **1179**
- 193 EFECTIVIDAD DEL SISTEMA VAC EN LA CURA Y
CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.**
VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, AIDA GARCIA ARDURA Y LUCÍA
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ **1183**
- 194 CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMIA.**
ANA ISABEL CIMAS SUÁREZ Y SUSANA PRIETO GONZÁLEZ **1189**
- 195 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DISFAGIA TRAS UN ICTUS
EN SU FASE AGUDA.**
ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ, HELENA RICO BLANCO, ROMINA
GONZALEZ PÉREZ Y SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA **1193**

- 196 EL PACIENTE CON PROBLEMAS DE DISFAGIA**
NOELIA IGLESIAS BODELON, VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ,
MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ Y BERTY GUERRERO
MARTÍNEZ **1197**
- 197 FLUIDOTERAPIA PERIOPERATORIA.**
VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ, NOELIA IGLESIAS BODELON,
BERTY GUERRERO MARTÍNEZ Y MARÍA ESTHER MARTÍNEZ
MENÉNDEZ **1203**
- 198 SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM) EN EL
PACIENTE GERIÁTRICO**
ROSAURA GARCÍA LEONARDO, MIRIAM DIAZ PEREZ, ESTHER
ALVAREZ-HORNIA PEREZ, COVADONGA MUÑOZ BLANCO Y
AIDA GARCÍA DE LA RIVA **1221**
- 199 MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN: ¿CUÁNTOS
PUNTOS SON NECESARIOS EVALUAR?**
CRISTINA DÍAZ PÉREZ, NURIA GONZALEZ PULIDO, PAULA
GUTIÉRREZ DIAZ Y MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ **1227**
- 200 ANÁLISIS DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LAS
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN
SISTEMÁTICA.**
ALBA ALONSO BERNARDO **1231**
- 201 CONTROL DEL DOLOR TRAS UNA MASTECTOMÍA.**
PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS, ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ,
LAURA VERANO MENENDEZ, RAQUEL MUÑOZ DÍAZ Y MARIA
LEIGUARDA VILLANUEVA **1237**
- 202 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD**
NOELIA IGLESIAS BODELON, VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ,
MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ Y BERTY GUERRERO
MARTÍNEZ **1241**

- 203 ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA ENFERMERA. ¿QUÉ ES LO MEJOR PARA EL PACIENTE?
BELÉN BLANCO GARCÍA, JORGE PRADO GARCÍA, IRIS GOMEZ MARTÍNEZ Y VERÓNICA ÁLVAREZ DE LA MATA 1247
- 204 BENEFICIOS EN LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS INTRADIÁLISIS
IRIS GOMEZ MARTÍNEZ, VERÓNICA ÁLVAREZ DE LA MATA, BELÉN BLANCO GARCÍA Y JORGE PRADO GARCÍA 1253
- 205 REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN ENFERMERA.
PAOLA MORÁN CABAL Y ALICIA SILVERIO GONZÁLEZ 1259
- 206 ANESTÉSICOS INTRAVENOSOS.
MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ, ALBERTO LAVIANA SUÁREZ, NOELIA SANCHEZ VALLES Y ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ 1265
- 207 NEUMONÍA NOSOCOMIAL O NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL.
VERONICA ALONSO PONTÓN 1277
- 208 TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS.
LARA DÍAZ GONZÁLEZ 1281
- 209 PECULIARIDADES TERAPÉUTICAS EN EL ANCIANO
LARA DÍAZ GONZÁLEZ 1289
- 210 CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO.
LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, SARA SÁNCHEZ JUARROS Y NOELIA MORENO SANROMÁN 1301
- 211 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC).
MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ, ALBERTO LAVIANA SUÁREZ, NOELIA SANCHEZ VALLES Y ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ 1305

- 212 **¿POVIDONA IODADA O CLORHEXIDINA? LIMPIEZA DE CATÉTER DE ACCESO VENOSO CENTRAL.**
VANESA OCAÑA DIAZ 1321
- 213 **EL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.**
CARLOTA ACOSTA BERNARDO, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ,
LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y AIDA GARCIA ARDURA 1331
- 214 **LA ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA**
RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ, ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ,
MARTA RAMOS GARCÍA Y CARLA PÉREZ MORÁN 1345
- 215 **SALUD OCULAR ; ADENOVIRUS**
LORENA DÍAZ VALCÁRCEL 1353
- 216 **LA EPILEPSIA: INTERACCIONES Y REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS A TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA**
YAIZA PEREZ GUTIERREZ, PATRICIA ORDAS VAZQUEZ, TANIA GARCÍA GARCÍA Y MARTA FERNANDEZ PELLITERO 1359
- 217 **LEVOSIMENDÁN: MECANISMOS DE ACCIÓN Y USO TRAS CIRUGÍA CARDÍACA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
RUBÉN VALLES SUÁREZ Y GUILLERMO SOTO HUERGA 1373
- 218 **CONOCIMIENTOS DE DOLOR EN LAS UNIDADES QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS**
MARÍA TERESA FERNANDEZ-JARDON ALVAREZ Y LAURA FERNÁNDEZ LOREDO 1377
- 219 **LINFEDEMA SECUNDARIO A MASTECTOMÍA**
NURIA IZQUIERDO MORENO, ESTHER GARCÍA MAZÓN Y COVADONGA GARCÍA MAZÓN 1385
- 220 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.**
NOEMI GARCIA SANCHEZ, CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ Y SILVIA PEREZ TABOADA 1395

- 221 **CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO**
MARTA FERNANDEZ PELLITERO, YAIZA PEREZ GUTIERREZ,
PATRICIA ORDAS VAZQUEZ Y TANIA GARCÍA GARCÍA 1399
- 222 **EFFECTIVIDAD DE LA MIEL EN LA CICATRIZACIÓN EN
COMPARACIÓN CON APÓSITOS EN HERIDAS AGUDAS**
LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ Y
AIDA GARCIA ARDURA 1405
- 223 **MENÚ SEMANAL PARA ENFERMOS RENALES CRÓNICOS**
BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES, LUCIA ALVAREZ PRENDES,
XIOMARA EDROSA LÒPEZ, CELIA CANELLADA Riestra Y GEMA
FERNANDEZ NOVO 1409
- 224 **PARACENTESIS EVACUADORA. TÉCNICA Y CUÁNDO
REALIZARLA**
NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA, M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA,
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL Y RAQUEL MUÑIZ
PERERA 1411
- 225 **NEUROBLASTOMA, TRATAMIENTOS ACTUALES Y NUEVAS
LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.**
MÓNICA DACUÑA LÓPEZ, ALMUDENA PANIZO LÓPEZ, CLARA
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA 1415
- 226 **ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE
SOLUCIONES DE CONTRASTE YODADO**
CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ 1427
- 227 **CRIBADO NEONATAL DE METABOLOPATÍAS**
ROSAURA GARCÍA LEONARDO, MIRIAM DIAZ PEREZ, ESTHER
ALVAREZ-HORNIA PEREZ, COVADONGA MUÑOZ BLANCO Y
AIDA GARCÍA DE LA RIVA 1433
- 228 **POSIBLES COMPLICACIONES DE UN ACCESO VASCULAR.**
PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ
GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO, PAULA RODRIGUEZ
GONZALEZ Y NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ 1437

- 229 LOBECTOMIA PULMONAR.**
MIGUEL REJAS VARONA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO, JAIME CUEVA DE MERA, IRIS UREÑA CARRASCO Y EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE 1441
- 230 CANALIZACIÓN CATÉTER ARTERIAL POR VÍA RADIAL**
SILVIA GOMEZ GONZALEZ Y REBECA IVARS NULES 1447
- 231 TUMORECTOMÍA MÁS BIOPSIA GANGLIO CENTINELA, TÉCNICA ROLL/SNOLL.**
MIGUEL REJAS VARONA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO, JAIME CUEVA DE MERA, IRIS UREÑA CARRASCO Y EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE 1451
- 232 BRONQUIOLITIS AGUDA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**
SILVIA PEREZ TABOADA, CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ Y NOEMI GARCIA SANCHEZ 1459
- 233 ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO**
MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO, LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ Y CRISTINA DÍAZ PÉREZ 1463
- 234 CUIDADOS PSICOLÓGICOS A MUJERES MASTECTOMIZADAS**
ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ, RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ, CARLA PÉREZ MORÁN Y MARTA RAMOS GARCÍA 1471
- 235 SEDACIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL.**
DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO, AIDA COLLADO CAYADO Y NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ 1477
- 236 PROTOCOLO CANALIZACIÓN VÍA ARTERIAL**
PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ 1481
- 237 ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA**
LAURA MUÑOZ SÁNCHEZ Y LARA QUESADA ITURMENDI 1485

- 238 PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)**
PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ, ALBA LLUNA GONZÁLEZ, MARTA CUETO TAMARGO Y SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA **1489**
- 239 ITU EN LACTANTES**
ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ, MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA, PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS Y LAURA VERANO MENENDEZ **1493**
- 240 EXTRACCIÓN SANGUÍNEA. ORDEN DE LOS TUBOS**
LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ, MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ, SHAMARA CASTILLO NOGRARO Y CRISTINA DÍAZ PÉREZ **1497**
- 241 EL RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO.**
GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ, NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ Y LAURA VALDÉS CONTRERAS **1501**
- 242 CONTROL DEL DOLOR EN CA. DE PULMÓN AVANZADO**
IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA Y LORENA GARCÍA ARIAS **1507**
- 243 LAVADO DE MANOS: TIPOS Y TÉCNICAS**
NOELIA MORENO SANROMÁN, SARA SÁNCHEZ JUARROS Y LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ **1509**
- 244 CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ, NURIA MURIAS GARCIA, CARLA MURIAS GARCÍA, CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE Y NURIA GARCIA SUAREZ **1513**
- 245 FACTORES DE RIESGO DE UPP EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.**
MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ, ANA BELLA VAQUERO ABOLI Y CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ **1519**

- 246 **MANIPULACIÓN POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS**
ESTHER GARCÍA MAZÓN, NURIA IZQUIERDO MORENO Y COVADONGA GARCÍA MAZÓN 1523
- 247 **CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITALIZACION.**
SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ, SARA ALVAREZ MENENDEZ Y YAIZA FUENTE VÁZQUEZ 1527
- 248 **LA INFECCIÓN DE ORINA EN EL ANCIANO**
PAULA RUIZ ALONSO Y BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ 1533
- 249 **VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE FLEBITIS EN PACIENTE HOSPITALIZADOS PORTADORES DE VVP**
ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ, HELENA RICO BLANCO, ROMINA GONZALEZ PÉREZ Y SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA 1537
- 250 **TÉCNICA CORRECTA PARA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS**
LARA QUESADA ITURMENDI Y LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ 1541
- 251 **TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL SANITARIO.**
TANIA MELERO PEREIRA, VANESSA MOLINA BLANCO Y RAUL MATEOS IGLESIAS 1545
- 252 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABDOMEN AGUDO: CUIDADOS PRE-OPERATORIOS. CUIDADOS POSTOPERATORIOS. VIGILANCIA DE LAS COMPLICACIONES POTENCIALES**
ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA, ANDREA GONZALEZ GONZALEZ Y ALBA COLLADO RODRÍGUEZ 1549
- 253 **A PROPÓSITO DE UN CASO.**
VANESSA MOLINA BLANCO Y TANIA MELERO PEREIRA 1555
- 254 **CASO CLINICO**
VANESSA MOLINA BLANCO Y TANIA MELERO PEREIRA 1561
- 255 **DOLOR PLEURÍTICO A ESTUDIO**
LORENA GARCÍA ARIAS, IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ Y CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA 1567

- 256 BENEFICIOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO**
LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA Y ELIZABETH CASTRILLÓN
CHAMADOIRA 1571
- 257 TRANSFUSIÓN SANGUINEA EN HOSPITALIZACIÓN A
DOMICILIO. SEGURIDAD COMO CLAVE DEL EXITO.**
NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO, TAMAR OCHOA
GARCÍA, SORAYA BERMEJO GOMEZ, NOELIA FERNANDEZ
CONCHILLO Y PATRICIA PIÑAL ALONSO 1581
- 258 EL DOLOR**
MARÍA GARCÍA PELÁEZ Y CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ 1585
- 259 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE
SONDA VESICAL.**
LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ, NOELIA MORENO SANROMÁN Y
SARA SÁNCHEZ JUARROS 1589
- 260 CONTAGIO DE UNA OSTEOMIELITIS DE TIPO GANGRENOSO EN
UNA CIRUGÍA DE RODILLA**
ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA Y JUAN ANTONIO GARCIA
GETINO 1593
- 261 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA**
JUAN ANTONIO GARCIA GETINO Y ISABEL CRISTINA CASTRO
HERMIDA 1597
- 262 PRÓTESIS DE CADERA. CUIDADOS EN EL PREOPERATORIO Y
POSTOPERATORIO.**
BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ Y PAULA RUIZ ALONSO 1601
- 263 MANIFESTACIONES DE DELIRIO DE UNA ANCIANA ANTE UN
INGRESO HOSPITALARIO**
ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA Y JUAN ANTONIO GARCIA
GETINO 1607
- 264 IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL
ANCIANO**
NATALIA TAMÉS RIESGO, MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA Y MARIA
RIESGO RODRIGUEZ 1611

265	IMPORTANCIA DE LA LABOR DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS NATALIA TAMÉS RIESGO	1613
266	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CA. PULMÓN IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA Y LORENA GARCÍA ARIAS	1615
267	ANESTESIA (FUNCIONES DE ENFERMERÍA) PATRICIA CALVO ALONSO	1619
268	UPP EN UNIDADES DE CRÍTICOS PATRICIA CALVO ALONSO	1625
269	ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI) RAQUEL MORELL MARCO, MARÍA DE LOS ÁNGELES BUENO CASTAÑEDA Y ARTHI GIMENO RUIZ	1629
270	LA MIEL: EFICACIA PARA EL TRATAMIENTO DE UPP JAVIER SAMPEDRO RIOL Y JUAN MERA CADENAS	1633
271	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE ELECCIÓN DE DEXMEDETOMIDINA O PROPOFOL CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ Y MARÍA GARCÍA PELÁEZ	1639
272	COMUNICACIÓN EFICIENTE EN UCI CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ Y MARÍA GARCÍA PELÁEZ	1653
273	EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE MAMA GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ	1663
274	CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DEL PLACEBO, EFECTO PLACEBO Y NOCEBO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ALBA RUIZ MARTÍN Y CRISTINA MARTÍNEZ PIEDRA	1669

- 275 **INCIDENCIA DE INFECCIONES EN VÍAS DE ACCESO PERIFÉRICO, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA**
IRENE GARCIA CANCELO, RAÚL PÉREZ ISAAC Y SHEILA GARCÍA CASTAÑÓN 1679
- 276 **NUTRICIÓN ENTERAL EN CUIDADOS INTENSIVOS**
REBECA IVARS NULES Y SILVIA GOMEZ GONZALEZ 1687
- 277 **LA DERMATITIS DE PAÑAL NO ES SOLO CUESTIÓN DE NIÑOS**
CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA Y TERESA CRIADO GONZÁLEZ 1691
- 278 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DUELO**
CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA Y TERESA CRIADO GONZÁLEZ 1693
- 279 **DISNEA A ESTUDIO**
LORENA GARCÍA ARIAS, IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ Y CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA 1697
- 280 **HIPERINSULINISMO CONGÉNITO & TRANSITORIO EN NEONATOS**
ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ Y NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS 1699
- 281 **DIETA CONTROLADA EN PROTEÍNAS EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO**
NURIA HUERTA GONZÁLEZ 1703
- 282 **FARMACOLOGÍA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.**
JULIA MENENDEZ FERNANDEZ Y ROSA MARIA GARCIA PEREZ 1711
- 283 **EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO.**
ALEJANDRA ROZADA GARCÍA 1713
- 284 **TRATAMIENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR DE LA FIBROMIALGIA**
ALEJANDRA ROZADA GARCÍA 1717
- 285 **PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE CON UN CÓLICO RENAL**
LUIS PEREZ MORENO 1719

286	CUIDADOS A UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE LUIS PEREZ MORENO	1721
287	VALORACIÓN ÁREA PREQUIRÚGICA: LUIS PEREZ MORENO	1727
288	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS UPP DEL PACIENTE HOSPITALIZADO. MONICA FERNANDEZ FALCÓN Y EVA CLARA SAIZ LANDERAS	1731
289	RIESGOS BIOLÓGICOS HOSPITALARIOS ,CLASIFICACIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN. SALUD CUENCO CUELLO	1735
290	ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN. SALUD CUENCO CUELLO	1739
291	ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA	1745
292	TUBERCULOSIS EN LA ACTUALIDAD. MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA	1747
293	XEROSTOMÍA. ANDREA ÁLVAREZ MENÉNDEZ Y MARÍA SARAI FERNÁNDEZ SERRANO	1749
294	EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. SHURA ALCAIDE MARTINEZ	1753
295	BALANCE HIDROELECTROLÍTICO DEL PACIENTE Mª ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ	1755
296	EL ESTREÑIMIENTO AFECTA A CUALQUIER EDAD MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA	1757
297	INFECCIÓN POR LEVADURAS INTESTINALES MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA	1759

- 298 LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES.**
EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE, ESTEFANIA PRIDA
MOLLEDA Y GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ 1761
- 299 CUIDADOS DE LAS FÍSTULAS.**
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, MARIA DE LOS ANGELES
CAMPORRO RODRIGUEZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA
Y ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ 1765
- 300 CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO. TODO LO QUE SE
DEBE SABER.**
ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO
NORIEGA, LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ Y MARIA DE LOS
ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ 1771
- 301 FACTORES DE RIESGO EN LA CIRUGÍA**
MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ, LAUDELINO
ROZADA GUTIERREZ, ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ Y
CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA 1775
- 302 CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO.**
CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA, ANA ISABEL ROZADA
GUTIERREZ, MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ Y
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ 1779
- 303 AREA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y FUNCIONES DEL TCAE.**
MARIA VICTORIA GALLARDO FRA 1785
- 304 HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE.**
ROSA MARIA GARCIA PEREZ Y JULIA MENENDEZ FERNANDEZ 1793
- 305 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA AJENOS AL MUNDO DE LA
RADIOLOGÍA.**
FRANCISCO JAVIER POSADA REY, SARA MENENDEZ PÉREZ,
MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ, LAURA CABREJAS LOPEZ Y
ILIUSKA SUTIL REDONDO 1797
- 306 CONTAMINACIÓN Y CONTAGIO DE VIRUS Y BACTERIAS.**
EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE, GEMMA DEL RÍO
RODRÍGUEZ Y ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA 1809

- 307 ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.**
EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE, ESTEFANIA PRIDA
MOLLEDA Y GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ 1811
- 308 LA ARTRITIS REUMATOIDE. UNA PATOLOGÍA CRÓNICA.**
ANA GÓMEZ UBIANO Y MARIA DEL CARMEN DIAZ DIAZ 1813
- 309 SÍNDROME DE TURNER**
SARA MENENDEZ PÉREZ, MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ, LAURA
CABREJAS LOPEZ, ILIUSKA SUTIL REDONDO Y FRANCISCO
JAVIER POSADA REY 1817
- 310 ENTORNO Y ATENCIÓN HOSPITALARIA EN CUANTO A LAS
FUNCIONES DEL TCAE**
MARIA VICTORIA GALLARDO FRA 1821
- 311 LOS AGENTES INFECCIOSOS Y LA INFECCIÓN**
MARIA VICTORIA GALLARDO FRA 1831
- 312 ENFERMEDAD DE CROHN.**
MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA Y ANA ISABEL PÉREZ RAMOS 1845
- 313 PÓLIPOS EN EL COLON.**
MONICA CADENAS MARTINEZ Y RAQUEL CADENAS MARTINEZ 1847
- 314 COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES DE PACIENTES
INGRESADOS EN LA UCI.**
ANA ISABEL PÉREZ RAMOS Y MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA 1851
- 315 TÉCNICA EN LA HIGIENE BUCAL EN EL ANCIANO.**
OLGA MENÉNDEZ SUAREZ Y ANA VANESA GRANDA MUÑIZ 1853
- 316 PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES
HOSPITALARIOS**
ANA VANESA GRANDA MUÑIZ Y OLGA MENÉNDEZ SUAREZ 1855
- 317 EL ICTUS PEDIATRICO Y LOS CUIDADOS DEL TCAE**
MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, BEATRIZ MONTES
FERNÁNDEZ, MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA Y AMOR
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 1859

- 318 EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS**
AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MILAGROS FERNÁNDEZ
RODRÍGUEZ, MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA Y
BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ 1865
- 319 LA SENSIBILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA FASE TERMINAL**
AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MARÍA COVADONGA
RODRÍGUEZ ESPINA, BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ Y
MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 1871
- 320 CUIDADOS ANTE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES**
MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, AMOR FERNÁNDEZ
RODRÍGUEZ, BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ Y MARÍA
COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA 1877
- 321 EL ICTUS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA**
TANIA ANTUÑA ALVAREZ, JÉSICA MARA LÓPEZ POLA,
ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA, ROCIO LÓPEZ VIEJO Y JULIA
MARÍA MARTÍNEZ ALONSO 1883
- 322 FACTORES QUE FAVORECEN A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
TAMARA MENÉNDEZ SIERRA, MARIA TERESA PARAJA SUAREZ,
ANA BELEN PARAJA SUAREZ, AZAHARA FERNANDEZ BUELTA Y
JESSICA CARLOTA MENENDEZ GARCÍA 1889
- 323 EL DOLOR DEL PACIENTE HOSPITALARIO**
MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA 1893
- 324 ASÍ ES LA ARTRITIS REUMATOIDE**
MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA 1895
- 325 CUIDADOS A LA PERSONA MAYOR**
BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ, MILAGROS FERNÁNDEZ
RODRÍGUEZ, AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y MARÍA
COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA 1897

- 326 CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO**
BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ, MARÍA COVADONGA
RODRÍGUEZ ESPINA, MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y
AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 1903
- 327 EL SINDROME DE DOWN**
MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, BEATRIZ MONTES
FERNÁNDEZ, AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y MILAGROS
FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 1909
- 328 RIESGO Y PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION**
MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA, AMOR FERNÁNDEZ
RODRÍGUEZ, MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y BEATRIZ
MONTES FERNÁNDEZ 1917
- 329 ATENCIÓN DEL TCAE AL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO**
MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR LÓPEZ
MOYÁ Y FLORINA MARE 1923
- 330 CASO EN URGENCIAS POR NEUMOTÓRAX**
MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS Y SANDRA MUÑOZ GARCÍA 1927
- 331 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS**
MARIA ELENA NIETO LOBETO 1929
- 332 CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)**
MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ 1931
- 333 TRASPLANTE DE ÓRGANOS**
ELENA GARCÍA MENÉNDEZ Y MARIA VICTORIA MUTUBERRIA
DIAZ 1935
- 334 LA ARTERIOSCLEROSIS: ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS**
MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ Y ELENA GARCÍA
MENÉNDEZ 1937

- 335 **PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES (SERVICIO DE URGENCIAS)**
SANDRA MUÑOZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS 1939
- 336 **CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERIATRÍA.**
CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES, MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO Y MARIA JESUS DIAZ SUAREZ 1943
- 337 **LOS CUIDADOS DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL**
YOLANDA MORENO SUAREZ, YOLANDA SUÁREZ CORTÉS Y DIANA GARRIDO GARCÍA 1945
- 338 **CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRONICO: LA DIABETES**
YOLANDA MORENO SUAREZ, DIANA GARRIDO GARCÍA Y YOLANDA SUÁREZ CORTÉS 1951
- 339 **FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA**
DIANA GARRIDO GARCÍA, YOLANDA SUÁREZ CORTÉS Y YOLANDA MORENO SUAREZ 1957
- 340 **CUIDADOS DEL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y EL NEONATO PREMATURO**
DIANA GARRIDO GARCÍA, YOLANDA MORENO SUAREZ Y YOLANDA SUÁREZ CORTÉS 1963
- 341 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PARKINSON**
YOLANDA SUÁREZ CORTÉS, YOLANDA MORENO SUAREZ Y DIANA GARRIDO GARCÍA 1969
- 342 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE**
YOLANDA SUÁREZ CORTÉS, DIANA GARRIDO GARCÍA Y YOLANDA MORENO SUAREZ 1977
- 343 **ESTUDIO DE INTOLERANCIA A FÁRMACOS**
ELIZABETH TUYA CABEZA 1985

- 344 ROTURA EN ASA DE CUBO DE MENISCO INTERNO Y ROTURA INVETERADA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE RODILLA DERECHA
ELIZABETH TUYA CABEZA 1987
- 345 AISLAMIENTO ENTÉRICO O DIGESTIVO
MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ 1989
- 346 ENDOMETRIOSIS: POSIBLES CAUSAS
YESICA DÍAZ BEJARANO, ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ, MARTA GARCIA RODRIGUEZ, MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ Y ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ 1993
- 347 ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)
VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ, BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ, ROCIO DEL CORRO MEGIDO Y BIBIANA FERNANDEZ BARRERO 2003
- 348 EL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD NEONATAL
ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA Y MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES 2007
- 349 PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO
FLORINA MARE, MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ Y MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ 2011
- 350 EL PACIENTE TERMINAL
ELENA GARCÍA MENÉNDEZ Y MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ 2015
- 351 EL PAPEL DEL EQUIPO ENFERMERO DURANTE EL PUERPERIO
ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA 2019
- 352 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL SERVICIO DE QUIRÓFANO
ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ 2025

- 353 **MEJORAR LAS ÚLCERAS POR PRESION**
MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ 2037
- 354 **ANÁLISIS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN HOMBRES
Y EN MUJERES**
GLORIA PELLO ALVAREZ Y MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ 2039
- 355 **EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA, MARIA DEL ROCIO
ALVAREZ FERRERA Y ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ 2041
- 356 **FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN**
LAURA SUÁREZ TALAVAN, GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ,
CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ Y MARIA LUISA LÓPEZ
GONZÁLEZ 2045
- 357 **SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA, MARIA DEL ROCIO
ALVAREZ FERRERA Y ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ 2047
- 358 **COMO DETECTAR LA DIABETES TIPO I Y TIPO II**
MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ, MARÍA DE LOS ANGELES
FERNÁNDEZ CIMA, CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ Y MARÍA DEL
MAR DIEZ PERTIERRA 2051
- 359 **PREVENCION, CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO**
MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ, CHRISTIAN MONASTERIO
DÍAZ, MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA Y MARÍA DE LOS
ANGELES FERNÁNDEZ CIMA 2059
- 360 **COMO CUIDAR A LAS PERSONAS CON DEMENCIA SENIL**
MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA, MARIA AZUCENA DIAZ
GONZALEZ, MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA Y
CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ 2065

- 361 LAS FUNCIONES DEL EN LOS PLANES DE CUIDADOS DEL ANCIANO UROLÓGICO**
MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA, CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ, MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ Y MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA 2071
- 362 EL CÁNCER DE PRÓSTATA: CUIDADOS DEL AUXILIAR**
CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ, MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA, MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ Y MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA 2077
- 363 CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ, MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA, MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA Y MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ 2085
- 364 EL ALMACENAMIENTO Y USO DE LA HISTORIA CLINICA**
MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA, MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ, MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA Y CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ 2091
- 365 EL CÁNCER DE MAMA Y SUS CUIDADOS**
MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA, MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA, CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ Y MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ 2097
- 366 CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN**
MARIA ELENA NIETO LOBETO 2105
- 367 LA ESQUIZOFRENIA ANTE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES**
MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ Y SUSANA ALONSO POSADA 2107
- 368 NORMAS DE CIRCULACIÓN EN EL QUIRÓFANO**
EVA PEREZ GARCIA 2111

- 369 **EL PERIODO PREOPERATORIO: LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
EVA PEREZ GARCIA 2113
- 370 **HISTERECTOMIA VÍA VAGINAL**
EVA CLARA SAIZ LANDERAS Y MONICA FERNANDEZ FALCÓN 2117
- 371 **MANEJO DEL INSTRUMENTAL PREVIO A SU ESTERILIZACIÓN**
EVA PEREZ GARCIA 2121
- 372 **ESTUDIO DE LAS CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**
DAVID FERNANDEZ JIMENEZ Y SHEILA GUERRERO LEÓN 2123
- 373 **TIPOS DE DIETAS Y SU DISTRIBUCIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO**
JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA, ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ Y MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA 2131
- 374 **AISLAMIENTO ESTRICTO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES HOSPITALARIAS.**
PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES 2135
- 375 **EL DOLOR: TAXONOMÍA, DESCRIPCIÓN Y VALORACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN**
NOELIA MORILLO GONZÁLEZ, ARANZAZU APARICIO GARCIA, REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ, ALICIA GUERRERO GONZALEZ Y MAIRA MORILLO GONZALEZ 2139
- 376 **TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA EL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**
JESSICA LÓPEZ CERNUDA 2151
- 377 **ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA.**
DAVID GONZALEZ MONTES Y REBECA IGLESIAS VALDES 2153

- 378 **EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE ORINA ESTÉRIL PARA CULTIVO**
REBECA IGLESIAS VALDES Y DAVID GONZALEZ MONTES 2157
- 379 **DRENAJES**
ELENA GARCÍA MENÉNDEZ Y MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ 2159
- 380 **CASO CLINICO: MACROCEFALIA POR HIDROCEFALIA EXTERNA BENIGNA**
MARIA TERESA CORRALES PINTO, SUSANA SAN JOSE GONZALEZ, ALEJANDRA REBECA MENÉNDEZ SÁNCHEZ, BANESA MANSO SILVA Y MONICA FERNANDEZ MARTÍN 2161
- 381 **¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?**
MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ, TETYANA SEMENOVA, TANIA BORQUE CAICEDO, MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ Y MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS 2165
- 382 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE MUESTRA DE ESPUTO EN PACIENTES CONSCIENTES**
REBECA IGLESIAS VALDES Y DAVID GONZALEZ MONTES 2173
- 383 **CARIES DENTAL. METAANÁLISIS**
LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ Y MARIA DE LA CUESTA TUÑÓN 2177
- 384 **UNA UNIDAD ESPECIAL: LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL PACIENTE CRÍTICO**
YOLANDA PATALLO GARCIA, FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y MARTA PATALLO GARCIA 2179
- 385 **COMO ACTUAR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DISFAGIA OROFARINGEA (DOF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.**
MARÍA JOSÉ PAJARES CANTELI 2185

- 386 LA IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES DURANTE LA GESTACIÓN.**
MONTSERRAT IGLESIAS AGUILERA, ROSANA RODRIGUEZ
ALVAREZ Y MARGARITA NIEBLAS RODRIGUEZ 2193
- 387 AISLAMIENTO INVERSO INTRAHOSPITALARIO**
MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO 2199
- 388 ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FASE TERMINAL DEL PACIENTE**
VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ, BEATRIZ LEAL LÓPEZ, BIBIANA FERNANDEZ BARRERO Y ROCIO DEL CORRO MEGIDO 2203
- 389 BRONQUIOLITIS EN LACTANTE, A PROPÓSITO DE CASO CLINICO**
ELIZABETH TUYA CABEZA 2207
- 390 EL EMPLEO DE LA ANESTESIA EPIDURAL DURANTE EL PARTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.**
MONTSERRAT IGLESIAS AGUILERA, ROSANA RODRIGUEZ
ALVAREZ Y MARGARITA NIEBLAS RODRIGUEZ 2211
- 391 AISLAMIENTO HOSPITALARIO.**
ANA MARÍA GRUESO CARRIO, MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA,
ANGELES PEREZ SANCHEZ Y ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA 2215
- 392 MANEJO Y CUIDADOS DEL PACIENTE INTUBADO**
SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ, MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ,
MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS Y MARÍA PAZ MAGADAN
CASTRILLON 2219
- 393 LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN**
MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS, SONIA GUTIERREZ
RODRIGUEZ, MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON Y MARÍA
FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 2223

- 394 LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SUS CUIDADOS**
MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARÍA PAZ MAGADAN
CASTRILLON, SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ Y MARIA
BEDELINA GRANDA ARIAS 2229
- 395 LOS CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO**
MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, MARIA BEDELINA GRANDA
ARIAS, MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON Y SONIA GUTIERREZ
RODRIGUEZ 2235
- 396 EL TRASTORNO BIPOLAR Y SUS CUIDADOS**
SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ, MARÍA PAZ MAGADAN
CASTRILLON, MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y MARIA BEDELINA
GRANDA ARIAS 2241
- 397 ACTUACIÓN ANTE LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA Y SUS
CUIDADOS**
MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS, MARÍA FERNÁNDEZ
ÁLVAREZ, SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ Y MARÍA PAZ
MAGADAN CASTRILLON 2249
- 398 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN
QUIRÓFANO**
MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON, SONIA GUTIERREZ
RODRIGUEZ, MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS Y MARÍA
FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 2255
- 399 PARADA CARDIORESPIRATORIA PEDIÁTRICA**
MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON, MARIA BEDELINA
GRANDA ARIAS, MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y SONIA
GUTIERREZ RODRIGUEZ 2263
- 400 CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FÉRULA DE BRAUN**
PAULO JOSE VALDES VAZQUEZ 2271

- 401 CONDUCTAS Y SÍNTOMAS MOTORES Y NO MOTORES EN LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON**
ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES Y ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 2273
- 402 NIÑOS CON SÍNDROME DE ASPERGER**
ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES Y ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 2277
- 403 CONTROL DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ADULTO**
MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA 2281
- 404 ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y LA VITAMINA D EN PACIENTE CON ANEMIA.**
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ, AURORA FERNÁNDEZ LLERA Y YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ 2283
- 405 CUIDADOS EN EL AMBITO DEL .TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SINDROME DE STIFF PERSONS O SINDROME NEURODEGENERATIVO**
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ, YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA 2287
- 406 SÍNTOMAS, CAUSAS, FACTORES Y TRATAMIENTO EN LA DISLEXIA**
MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ, MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ Y SUSANA ALONSO POSADA 2293
- 407 EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES QUE PRECISAN HEMODIÁLISIS**
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ, AURORA FERNÁNDEZ LLERA Y YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ 2297
- 408 ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL**
ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ 2303

- 409 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
COMO RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN POR
ULTRASONIDOS DEL MATERIAL QUIRÚRGICO**
REBECA IGLESIAS VALDES Y DAVID GONZALEZ MONTES 2305
- 410 **ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**
MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ, FLORINA MARE Y MARÍA INÉS
SUÁREZ FERNÁNDEZ 2309
- 411 **LA RESISTENCIA DE LAS BACTERIAS ANTE LOS ANTIBIÓTICOS**
ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ,
MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA Y
MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES 2315
- 412 **LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES Y LAS MEDIDAS DE
PREVENCIÓN**
MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA,
MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ
RODRÍGUEZ Y ANA MARIA MATÉ GONZALEZ 2319
- 413 **EL CÁNCER DE MAMA, TRATAMIENTOS Y LA IMPORTANCIA DE
UNA DETECCIÓN PRECOZ**
MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ, SUSANA ALONSO POSADA,
MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES, ALICIA RODRÍGUEZ
RODRÍGUEZ Y ANA MARIA MATÉ GONZALEZ 2323
- 414 **LOS CUIDADOS PALIATIVOS, QUE SON Y QUÉ FUNCIÓN TIENE
UN TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES,
ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ
Y MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ 2327
- 415 **LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA COMO
PREVENCIÓN SECUNDARIA**
SUSANA ALONSO POSADA, MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES,
ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ANA MARIA MATÉ GONZALEZ
Y MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ 2331
- 416 **OSTOMIAS**
ESTHER RODRÍGUEZ CASTELLANOS 2335

- 417 LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE CALOR (TERMOTERAPIA)
DAVID GONZALEZ MONTES Y REBECA IGLESIAS VALDES 2337
- 418 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO CON TRACCIÓN EN FRACTURA DE CADERA
DAVID GONZALEZ MONTES Y REBECA IGLESIAS VALDES 2339
- 419 CUIDADOS DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTRAOPERATORIO
JULIO MATANZAS SUAREZ, BEGOÑA PEREZ PATRICIO, LORENA GUTIERREZ ROMO Y ANA MARIA SUÁREZ VEGA 2343
- 420 CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN
JULIO MATANZAS SUAREZ, ANA MARIA SUÁREZ VEGA, BEGOÑA PEREZ PATRICIO Y LORENA GUTIERREZ ROMO 2349
- 421 CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE PRÓTESIS DE CADERA
DAVID FERNANDEZ JIMENEZ Y SHEILA GUERRERO LEÓN 2355
- 422 CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO
LORENA GUTIERREZ ROMO, JULIO MATANZAS SUAREZ, BEGOÑA PEREZ PATRICIO Y ANA MARIA SUÁREZ VEGA 2359
- 423 CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HERIDAS
LORENA GUTIERREZ ROMO, BEGOÑA PEREZ PATRICIO, JULIO MATANZAS SUAREZ Y ANA MARIA SUÁREZ VEGA 2365
- 424 CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS
ANA MARIA SUÁREZ VEGA, JULIO MATANZAS SUAREZ, LORENA GUTIERREZ ROMO Y BEGOÑA PEREZ PATRICIO 2373

- 425 CUIDADOS TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL AL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA
ANA MARIA SUÁREZ VEGA, LORENA GUTIERREZ ROMO, BEGOÑA PEREZ PATRICIO Y JULIO MATANZAS SUAREZ 2381
- 426 CUIDADOS BASICOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL NEONATO
BEGOÑA PEREZ PATRICIO, ANA MARIA SUÁREZ VEGA, JULIO MATANZAS SUAREZ Y LORENA GUTIERREZ ROMO 2387
- 427 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ANCIANO FRÁGIL EN URGENCIAS
BEGOÑA PEREZ PATRICIO, ANA MARIA SUÁREZ VEGA, JULIO MATANZAS SUAREZ Y LORENA GUTIERREZ ROMO 2393
- 428 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN BOX DE UCI. ACTUACIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA
PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ, LORENA PEREZ MENENDEZ, ELICE MARIA GARCIA PEINADOR, MARINA MENÉNDEZ SUÁREZ Y LIDIA RODRIGUEZ CADENAS 2397
- 429 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS INTENSIVOS
SONIA MARIA PLAZA GARCIA, MARGARITA SERRANO SUAREZ Y EMMA GONZALEZ MUÑOZ 2401
- 430 HEMORRAGIAS EXTERNAS, A PROPÓSITO D EUN CASO CLÍNICO
MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ 2403
- 431 PACIENTE CRÍTICO Y SU NUTRICIÓN ENTERAL
MÓNICA CANTELI RIVERA, NOELIA CUESTA MARIA, CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, SUSANA DIAZ BRANDY Y SONIA MORILLO GONZÁLEZ 2405
- 432 TEXTILES HOSPITALARIOS, MANIPULACIÓN PARA EVITAR INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA.
DOMINGA BETTY HUATUCO RAMÍREZ 2411

- 433 **USO DE LOS EPIS PARA EL TCAE DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO**
ROCIO DEL CORRO MEGIDO, JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ,
BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ Y BEATRIZ LEAL LÓPEZ 2415
- 434 **SITUACIÓN DE ACOSO LABORAL**
ROCIO DEL CORRO MEGIDO, BIBIANA FERNANDEZ BARRERO,
BEATRIZ LEAL LÓPEZ Y BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ 2429
- 435 **CÁNCER INFANTIL. LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y RELACIÓN CON EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ, BEATRIZ LEAL LÓPEZ,
BIBIANA FERNANDEZ BARRERO Y JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ 2439
- 436 **FRACTURA TRIMALEOLAR, A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO**
ELIZABETH TUYA CABEZA 2443
- 437 **LA COLOSTOMÍA Y SU CUIDADO. CÓMO HA DE ACTUAR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA MISMA.**
JAVIER DEL RIEGO APARICIO 2445
- 438 **RESIDUOS SANITARIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS**
CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ 2451
- 439 **LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA MISMA**
JAVIER DEL RIEGO APARICIO 2453
- 440 **NEUMONIA EN LÓBULO SUPERIOR DERECHO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**
ELIZABETH TUYA CABEZA 2459
- 441 **IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS**
CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ 2463

- 442 **LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA**
EMMA MARIA ANTON GARCÍA, GENEROSA GARCÍA SUÁREZ Y
JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ 2467
- 443 **CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON
HELICOBACTER PYLORI**
MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS, CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA,
MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA NURIA
ALVAREZ VIVAS Y MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO 2471
- 444 **CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE ICTUS Y CÓMO AYUDAR A
ESTOS PACIENTES**
MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS, MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO,
MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS, CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA Y
MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ 2475
- 445 **ASEO DEL PACIENTE INTUBADO**
CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA, MARÍA DEL ROSARIO
FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS, MARIA
JESUS GOMEZ MIÑANO Y MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS 2479
- 446 **INFECCIONES NOSOCOMIALES. QUÉ SON Y CÓMO
COMBATIRLAS DESDE UN PUNTO DE VISTA
MULTIDISCIPLINAR**
MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA NURIA
ALVAREZ VIVAS, MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO, MARIA BELÉN
ÁLVAREZ VIVAS Y CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA 2485
- 447 **CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A UN ENFERMO
TERMINAL**
MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO, MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS,
CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA, MARÍA DEL ROSARIO
FERNÁNDEZ MENÉNDEZ Y MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS 2489
- 448 **EL LAVADO DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO COMO
MEDIDA DE PREVENCIÓN**
JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ, EMMA MARIA ANTON
GARCÍA Y GENEROSA GARCÍA SUÁREZ 2497

449	EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA, MANIPULACIÓN Y CUIDADOS JAVIER DEL RIEGO APARICIO	2501
450	INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y MEDIDAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE SU TRANSMISIÓN. PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES	2507
451	AISLAMIENTO RESPIRATORIO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES	2511
452	CUIDADOS BASICOS EN EL NIÑO CON CANCER MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ	2515
453	ENEMAS: TIPOS Y TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN. BRENDA CABO DIAZ	2519
454	ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA DE LIMPIEZA MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA	2521
455	COMO HIDRATAR LA PIEL DEL CUERPO MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA	2523
456	ADMINISTRACION DE ENEMAS POR TCAE CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ	2525
457	LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA	2527
458	EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO REBECA LÓPEZ HEVIA Y TAMARA LÓPEZ HEVIA	2529
459	PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS. IRIS ASUETA RODRÍGUEZ, CAROLINA CORRAL GONZALEZ Y MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR	2535

460	AMPLIADO EL CONOCIMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO ELVIA MARIA GARCIA GARCIA	2541
461	SINDROME DE SJÖGREN CON PERFIL DE BAJO RIESGO ELENA LOPEZ BUJIDOS Y VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA	2543
462	PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL CUIDADOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ	2545
463	CETOACIDOSIS DIABÉTICA MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ	2555
464	ASMA BRONQUIAL MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO, NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ Y SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ	2559
465	LA DISFAGIA MARTA GONZÁLEZ OCHOA	2563
466	FUNCIONES DEL TCAE EN ÁREA QUIRÚRGICA MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, LORENA PORTILLA GARCIA, MIRIAM DÍAZ CASTRO Y ROCÍO ARAGON ÁLVAREZ	2565
467	RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS. PILAR LAYOSA GONZÁLEZ, LAURA CANGA SERRANO, JULIA MÉNDEZ DEL VAL, SILVIA ARGUELLES CUETO Y VERONICA ALVAREZ PALICIO	2569
468	SÍNDROME DE ASPERGER MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO, NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ Y SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ	2573
469	LOS CUIDADOS TRAS UNA CIRUGIA MARTA GONZÁLEZ OCHOA	2577

470	EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS MARTA GONZÁLEZ OCHOA	2579
471	EL CONTACTO DEL PIEL CON PIEL MADRE-HIJO TRAS EL PARTO Y SUS BENEFICIOS. SAMANTA QUIROGA SALGADO	2581
472	GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE MATERNIDAD PARA TCAE. SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ Y MARGARITA HEVIA MOSQUERA	2585
473	ALERTA DEL TCAE ANTE UNA POSIBLE REACCIÓN ANAFILACTICA M ^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO, LAURA MUÑIZ MONTEIRO, CRISBEL GALLARDO PEREZ, MÓNICA MARTÍN DÍAZ Y ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA	2589
474	LA OXIGENOTERAPIA BELEN GARCIA BARBA	2593
475	TCAE EN HOSPITALIZACION SUSANA CANTELI CORTE	2597
476	PLAN DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO GENEROSA GARCÍA SUÁREZ, EMMA MARIA ANTON GARCÍA Y JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ	2599
477	INVESTIGANDO LA ENFERMEDAD CELIACA ADRIANA CAMPILLO CASO, PATRICIA VEGA TORRES Y CARLA LLAMAZARES CAMPILLO	2605
478	ASEO DEL PACIENTE POST-OPERADO VERÓNICA GARCÍA DEL CAMPO	2609
479	DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD DE CROHN VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA Y ELENA LOPEZ BUJIDOS	2613
480	INMUNOTERAPIA APLICADA EN TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER. VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA Y ELENA LOPEZ BUJIDOS	2617

- 481 **TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: BULIMIA**
CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ, SHEILA SUAREZ
SANGUINO, CRISTINA VEGA GARCIA, FRANCISCA MARIA
FERNANDEZ FERNANDEZ Y MOUNA LHARTI LHARTI 2621
- 482 **LA DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS**
VERONICA ALVAREZ PALICIO, SILVIA ARGUELLES CUETO, PILAR
LAYOSA GONZÁLEZ, LAURA CANGA SERRANO Y JULIA MÉNDEZ
DEL VAL 2625
- 483 **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN NIÑOS: DESCRIPCIÓN Y
MATERIALES NECESARIOS DEL CARRO.**
JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ 2629
- 484 **COMO AFRONTAR EL TRAMO FINAL DE LA VIDA COMO
PROFESIONALES DE LA SALUD DESDE DISTINTAS ESFERAS;
OMS, LEYES NACIONALES,BOPA..**
BEGOÑA COLLAR ALVES, YOLANDA QUEIPO HERÍAS Y SUSANA
FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2633
- 485 **INTERÉS SANITARIO Y MEDIOAMBIENTAL DE LA GESTIÓN DE
RESIDUOS HOSPITALARIOS PRODUCIDOS POR LA ACTIVIDAD
CLÍNICA**
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2639
- 486 **TÉCNICA DE LAPAROSCOPIA**
PATRICIA VEGA TORRES, CARLA LLAMAZARES CAMPILLO Y
ADRIANA CAMPILLO CASO 2641
- 487 **ASEO GENERAL EN PACIENTES ENCAMADOS**
LORENA GONZÁLEZ GARCÍA 2645
- 488 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EFECTIVIDAD DE LOS CAMBIOS
POSTURALES Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE UPP.**
JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ, ROCIO DEL CORRO
MEGIDO, VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ Y BEATRIZ LEAL LÓPEZ 2647

- 489 **TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ENFERMEDAD TERMINAL**
MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON Y MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ 2653
- 490 **TCAE. LACTANCIA MATERNA**
LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA, MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ Y FELI PUENTE FERNÁNDEZ 2659
- 491 **FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL**
MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO, MARIA JESUS DIAZ SUAREZ Y CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES 2665
- 492 **CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN ENTERAL POR JERINGA REALIZADA POR UN TCAE.**
M^a CRISTINA RIERA ZAPICO 2667
- 493 **MOVILIZACIONES EN PACIENTES CRITICOS: UN DESAFÍO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA**
SILVIA ARGUELLES CUETO, VERONICA ALVAREZ PALICIO, LAURA CANGA SERRANO, JULIA MÉNDEZ DEL VAL Y PILAR LAYOSA GONZÁLEZ 2671
- 494 **EL SINDROME DEL " QUEMADO"EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA**
DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA, CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO Y TATIANA PRIETO PEREZ 2675
- 495 **DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE CROHN**
MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA Y CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA 2679
- 496 **LOS TCAE ADMISIÓN Y TRIAGE HOSPITALARIAS**
CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO, TATIANA PRIETO PEREZ Y DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA 2681
- 497 **CONTACTO PIEL CON PIEL EN CESÁREAS**
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 2687

- 498 **TÉCNICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA EPIDURAL DURANTE EL PARTO**
CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE, CARLA MURIAS GARCÍA,
NURIA MURIAS GARCIA, NURIA GARCIA SUAREZ Y ANA BELÉN
PÉREZ FERNÁNDEZ 2689
- 499 **RIESGOS ERGONÓMICOS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**
MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ 2697
- 500 **PROTOCOLO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL ASISTENCIAL EN EL GABINETE DENTAL**
AURORA FERNÁNDEZ LLERA, JUAN CARLOS TOLIVIA
FERNANDEZ Y YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ 2707
- 501 **CÁNCER ORAL Y OROFARÍNGEO: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**
AURORA FERNÁNDEZ LLERA, YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ Y
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ 2713
- 502 **LA ANQUILOGLOSIA Y SU TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR**
AURORA FERNÁNDEZ LLERA, YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ Y
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ 2719
- 503 **CUIDADOS DE COLOSTOMÍA**
MONTSERRAT SUERO 2725
- 504 **EL ESTADO CONFUSIONAL AGUDO: PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO.**
MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ
CASTELLANOS, EVA MARÍA GALENDE SANDÍN, ELISA BLANCO
GONZALEZ Y LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 2729
- 505 **LA DIÁLISIS VISTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA**
TATIANA PRIETO PEREZ, CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO Y
DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA 2735

506	PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE Y ASEO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS Y EVA MARÍA GALENDE SANDÍN	2739
507	DIFERENTES GRADOS DE QUEMADURAS JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ Y NEREA PEÑA VALDIVIA	2745
508	UNION DEL RECIÉN NACIDO CON SU MADRE SANDRA GONZALEZ ARIAS	2749
509	TRASTORNO DEL ATRACON COMPULSIVO MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ	2753
510	EL PARTO DOMICILIARIO VERSUS HOSPITALARO BEATRIZ LEAL LÓPEZ, VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ, JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ Y ROCIO DEL CORRO MEGIDO	2757
511	EL RETO DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UCI CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO, DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA Y TATIANA PRIETO PEREZ	2763
512	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SONIA RON PEREZ	2769
513	IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO VERONICA PÉREZ FERNANDEZ	2771
514	ETAPAS DEL FUNCIONAMIENTO DEL AUTOCLAVE VERONICA PÉREZ FERNANDEZ	2773
515	LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL DEL RECIEN NACIDO VERONICA PÉREZ FERNANDEZ	2777

- 516 LA CONFIDENCIALIDAD: UN DEBER OLVIDADO**
MARIA LUISA PERERA SIMÓN, NOELIA DÍAZ GERAS, BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ, PAULA FERNANDEZ MARTINEZ Y ALBA COITO DIAZ 2779
- 517 DIABETES...LAS 3 PES**
YOLANDA GRANDA GONZÁLEZ, VANESA RODRIGUEZ ABELLA, SONIA IGLESIAS GARCÍA, JENNIFER MENÉNDEZ FERNÁNDEZ Y ROCÍO MASEDA MEGIDO 2783
- 518 LA ESTERILIZACIÓN, EL TRABAJO DEL TCAE**
DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA, TATIANA PRIETO PEREZ Y CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO 2785
- 519 ESTUDIO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA AL PACIENTE VISTO POR TCAE**
TATIANA PRIETO PEREZ, DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA Y CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO 2789
- 520 CONCEPTOS DEL TECNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN DESINFECCION Y ESTERILIZACION**
NATALIA NORIEGA LOREDO, YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA, ESMERALDA MEANA PIÑERA Y PATRICIA SANCHEZ LOZANO 2793
- 521 CÁNCER DE MAMA...EXAMINATE**
ROCÍO MASEDA MEGIDO, YOLANDA GRANDA GONZÁLEZ, VANESA RODRIGUEZ ABELLA, SONIA IGLESIAS GARCÍA Y JENNIFER MENÉNDEZ FERNÁNDEZ 2799
- 522 CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO**
OLGA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 2801
- 523 LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS**
ELENA LOPEZ BUJIDOS Y VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA 2805
- 524 UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: ESA GRAN DESCONOCIDA**
MONTSERRAT VIGUERA SOLIS, PABLO SANCHEZ GARCIA, JULIA SANCHEZ REQUEJO Y NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN 2809

- 525 CUIDADOS ESPECIALES HOSPITALARIOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO ENCAMADO
MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO, VANESA SANCHEZ RIESGO, MARÍA TERESA ALONSO CORDERO, RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y MARIA HUELAMO GUADAMURO 2815
- 526 HIGIENE DE LA BOCA; FUNCION DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA
ESMERALDA MEANA PIÑERA, NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ, NATALIA NORIEGA LOREDO Y YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA 2821
- 527 IMPLANTE DE MARCAPASOS .
ANGELES PEREZ SANCHEZ, MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA, ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA Y ANA MARÍA GRUESO CARRIO 2827
- 528 LOS PÓLIPOS Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON (INTESTINO GRUESO)
CARLA LLAMAZARES CAMPILLO, ADRIANA CAMPILLO CASO Y PATRICIA VEGA TORRES 2831
- 529 PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
SARA MATÉ SAN MIGUEL, ANDREA ALVAREZ BAYÓN, ANDREA PIQUERO FERNANDEZ Y SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL 2835
- 530 LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE
ANDREA ALVAREZ BAYÓN, ANDREA PIQUERO FERNANDEZ, SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL Y SARA MATÉ SAN MIGUEL 2837
- 531 CUIDADOS PREOPERATORIOS . LA TECNICA DEL RASURADO POR EL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES ENFERMERÍA.
MARGARITA HEVIA MOSQUERA, SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA 2839
- 532 COMO UTILIZAR CORRECTAMENTE LOS GUANTES EN UN MEDIO HOSPITALARIO
VANESA RODRIGUEZ ABELLA, SONIA IGLESIAS GARCÍA, JENNIFER MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, ROCÍO MASEDA MEGIDO Y YOLANDA GRANDA GONZÁLEZ 2843

- 533 CUIDADOS POSTMORTEM
ANDREA PIQUERO FERNANDEZ, SORAYA GUTIÉRREZ SAN
MIGUEL, SARA MATÉ SAN MIGUEL Y ANDREA ALVAREZ BAYÓN 2847
- 534 TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN RELACIÓN CON EL
PROCESO ANESTÉSICO
RAQUEL CAMPORRO LLANA Y MARÍA LAURA FERNÁNDEZ
FAEDO 2849
- 535 TCAE EN HOSPITALIZACIÓN SUS FUNCIONES EN
REANIMACIÓN
MARIA JOSE ROKALY VILLAR SANCHEZ 2853
- 536 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
EN PERSONAS HOSPITALIZADAS.
ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM, ALDENIRA PEREIRA SALES Y
JOSEFA REBON SARDINA 2855
- 537 LAS FASES DEL PARTO
CARMEN AYUSO VALDES, NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO,
ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, ELISA NATIVIDAD GARCIA
BLANCO Y MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ 2863
- 538 ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE EL PACIENTE TERMINAL.
EMMA GONZALEZ MUÑOZ, SONIA MARIA PLAZA GARCIA Y
MARGARITA SERRANO SUAREZ 2869
- 539 CUIDADOS DEL TCAE EN UN PACIENTE CON MARCAPASOS
REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA, ELENA TIRADO GONZALEZ,
ÁNGELA GÓMEZ USERO Y KATTY JHOJANA MARIN OSORIO 2871
- 540 ACTUACIONES DEL TCAE HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO
MARÍA ELENA VEGA AGUADERO, NURIA GONZALEZ MARTINEZ,
MARIA GARCÍA MARTINEZ Y JULIA MARIA MANSO MATA 2877
- 541 CUIDADOS DEL TCAE EN EL CONTROL PRENATAL
REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA, ÁNGELA GÓMEZ USERO, KATTY
JHOJANA MARIN OSORIO Y ELENA TIRADO GONZALEZ 2883

- 542 CUIDADOS DEL TCAE ANTE UN FRACTURA DE CADERA
ELENA TIRADO GONZALEZ, KATTY JHOJANA MARIN OSORIO,
ÁNGELA GÓMEZ USERO Y REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA 2889
- 543 CUIDADOS Y PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION POR EL
TCAE
ÁNGELA GÓMEZ USERO, ELENA TIRADO GONZALEZ, REMEDIOS
RODRÍGUEZ SIERRA Y KATTY JHOJANA MARIN OSORIO 2895
- 544 CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA A UN PACIENTE
OSTOMIZADO
ÁNGELA GÓMEZ USERO, KATTY JHOJANA MARIN OSORIO,
ELENA TIRADO GONZALEZ Y REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA 2901
- 545 LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA COMUNICACIÓN Y EMPATIA
CON EL PACIENTE
ELENA TIRADO GONZALEZ, REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA,
KATTY JHOJANA MARIN OSORIO Y ÁNGELA GÓMEZ USERO 2909
- 546 LOS CUIDADOS DEL TCAE EN ONCOLOGIA
KATTY JHOJANA MARIN OSORIO, REMEDIOS RODRÍGUEZ
SIERRA, ELENA TIRADO GONZALEZ Y ÁNGELA GÓMEZ USERO 2915
- 547 LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA ESCLEROSIS MULTIPLE
KATTY JHOJANA MARIN OSORIO, ÁNGELA GÓMEZ USERO,
REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA Y ELENA TIRADO GONZALEZ 2921
- 548 HERNIA INGUINAL EN TCAE
MARTA GONZALEZ RUBIO 2925
- 549 CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TCAE EN LOS AISLAMIENTOS
INTRAHOSPITALARIOS
JULIA MARIA MANSO MATA, MARÍA ELENA VEGA AGUADERO,
NURIA GONZALEZ MARTINEZ Y MARIA GARCÍA MARTINEZ 2927
- 550 EL CUIDADO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE
ENFERMERÍA FRENTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL
ANCIANO
VERONICA MENENDEZ FEITO, MARÍA ÁNGELES MARCOS
RODRÍGUEZ Y ELENA URÍA CUERVO 2935

- 551 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HOSPITALIZADO
POR FRACTURA DE CADERA
MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, MARÍA PAZ DÍAZ
RODRÍGUEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, EVA
MARÍA GALENDE SANDÍN Y ELISA BLANCO GONZALEZ 2939
- 552 LA BRONQUIOLITIS
ELVIA MARIA GARCIA GARCIA 2945
- 553 HISTORIA CLÍNICA Y DERECHOS DE ACCESO
JOSEFA REBON SARDINA, ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM Y
ALDENIRA PEREIRA SALES 2947
- 554 FUNCIONES BASICAS DEL TCAE CON EL PACIENTE
HOSPITALIZADO
NURIA GONZALEZ MARTINEZ, MARIA GARCÍA MARTINEZ, JULIA
MARIA MANSO MATA Y MARÍA ELENA VEGA AGUADERO 2953
- 555 DUELO NEONATAL. AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES
SANITARIOS Y NO SANITARIOS
PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 2959
- 556 CASO CLINICO: PACIENTE INTOLERANTE A LA LACTOSA
LUCIA PELÁEZ MARTINEZ 2963
- 557 PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN
ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
PALOMA LÓPEZ PRENDES, VANESA FERNANDEZ SOL, MARTA
RICO GARCIA Y ASTRID RUIZ SUÁREZ 2965
- 558 ÚLCERAS POR PRESIÓN: PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR, JORGE RODRÍGUEZ
MÉNDEZ Y CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO 2969
- 559 PROCEDIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA ANTE EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO
CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO, AITANA GARCIA
FERNANDEZ-CAMPOAMOR Y JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ 2971

- 560 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
SILVIA MEANA GOMEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS 2975
- 561 HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO.**
MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS, JESSICA GRANDA PELAEZ,
LAURA HERES GARCIA, LEONOR ALONSO SÁNCHEZ Y MARÍA
CRISTINA BERMÚDEZ BANGO 2979
- 562 SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA EN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT ROSADO CON ARCO PÓRTICO IZQUIERDO.**
OLAYA MIÑAMBRES ALVEAR, RAQUEL BORREGO SORIA,
BEGOÑA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, MARÍA DEL MAR SAL
ALVAREZ Y LIDIA ANGELES RODRIGUEZ 2985
- 563 RECONOCIMIENTO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO**
MARÍA TERESA ALONSO CORDERO, MARÍA ISABEL LÓPEZ
RIESGO, VANESA SANCHEZ RIESGO, MARIA HUELAMO
GUADAMURO Y RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 2989
- 564 NUTRICIÓN POR SONDA NASOGRÁSTRICA.**
SORAYA MORENO CORREA, MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS,
JESSICA GRANDA PELAEZ, LAURA HERES GARCIA Y LEONOR
ALONSO SÁNCHEZ 2997
- 565 IMPORTANCIA DE LA EMPATIA EN LOS CENTROS SANITARIOS TANTO EN PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO**
LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 3001
- 566 CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN**
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 3003
- 567 LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN**
FATIMA GAYOL, NATALIA CUERVO CUERVO, SORAYA MORENO
CORREA, MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS Y JESSICA GRANDA
PELAEZ 3005

- 568 **MONONUCLEOSIS INFECCIOSA**
MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA Y CONSUELO
INMACULADA GARCÍA GARCÍA 3009
- 569 **CUIDADOS DEL TCAE EN PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO.**
ELISA BLANCO GONZALEZ, LULIA MARÍA RODRÍGUEZ
RODRÍGUEZ, MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES, MARÍA PAZ
DÍAZ RODRÍGUEZ Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS 3011
- 570 **ACTUACION Y CUIDADOS DEL TCAE CON PACIENTES
QUEMADOS**
MARIA GARCÍA MARTINEZ, JULIA MARIA MANSO MATA, MARÍA
ELENA VEGA AGUADERO Y NURIA GONZALEZ MARTINEZ 3015
- 571 **BLOQUE QUIRÚRGICO: FUNCIONES Y CUIDADOS DEL EQUIPO
DE ENFERMERÍA.**
MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR, CAROLINA CORRAL
GONZALEZ Y IRIS ASUETA RODRÍGUEZ 3021
- 572 **PROCESO Y PROCEDIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA**
MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ Y MARIA DEL MAR ALONSO DE
LA COBA 3027
- 573 **LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. ASEPSIA, ANTISEPSIA.
ESTERILIZACIÓN**
MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS, CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA,
MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA NURIA
ALVAREZ VIVAS Y MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO 3029
- 574 **ASEO E HIGIENE POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERIA**
NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ, YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA,
MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS Y PATRICIA
SANCHEZ LOZANO 3039
- 575 **LA EMPATÍA**
CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ 3045

- 576 **ACTUACIÓN ANTE LOS AISLAMIENTOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 3047
- 577 **CUIDADOS PREOPERATORIOS EN LA ADMINISTRACION DEL GLIOLAN**
AIDA RODRÍGUEZ ORNIA Y ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ 3049
- 578 **FUNCIONES DEL AUXILIAR EN LA TÉCNICA 4 MANOS.**
VERONICA MENENDEZ FEITO, ELENA URÍA CUERVO Y MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ 3053
- 579 **VACUNACIÓN ¿MEDIDA DE PROTECCIÓN EFICAZ CONTRA LA GRIPE A?**
BEATRIZ DÍAZ ALONSO 3055
- 580 **ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO.**
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 3065
- 581 **EL ICTUS. UNA PATOLOGÍA**
CRISTINA VEGA GARCIA, CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ, SHEILA SUAREZ SANGUINO, FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ Y MOUNA LHARTI LHARTI 3067
- 582 **FUNCIONES DEL TCAE EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO**
NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS, EVA MARÍA GALENDE SANDÍN, ELISA BLANCO GONZALEZ, LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES 3073
- 583 **ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO (FACTORES DE RIESGO).**
MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA Y MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ 3079
- 584 **PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)**
ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ, DAVID SÚAREZ, BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ Y VANESA PRADA DÍAZ 3081

- 585 EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES.**
MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS, YLENIA EXTREMERA
JAMBRINA, VANESA CAYARGA MARTÍNEZ Y MARIA FLOR
MARTIN MAYOR 3087
- 586 TÉCNICAS DE HIGIENE Y CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO.**
YLENIA EXTREMERA JAMBRINA, VANESA CAYARGA MARTÍNEZ,
MARIA FLOR MARTIN MAYOR Y LORENA HEVIA GONZÁLEZ 3097
- 587 EL PACIENTE TERMINAL Y LOS CUIDADOS POST-MORTEM**
YLENIA EXTREMERA JAMBRINA, MARIA FLOR MARTIN MAYOR,
LORENA HEVIA GONZÁLEZ Y MARÍA PÉREZ BARRIOS 3105
- 588 CUIDADOS ESENCIALES EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.**
EVA MARÍA GALENDE SANDÍN, ELISA BLANCO GONZALEZ,
LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARÍA ANTONIA
ALVAREZ COTES Y MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ 3113
- 589 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL.**
BIBIANA FERNANDEZ BARRERO, ROCIO DEL CORRO MEGIDO,
BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ Y VERÓNICA MONTES
ÁLVAREZ 3119
- 590 EL LAVADO DE MANOS**
INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN 3123
- 591 Distrofia muscular.**
INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN 3125
- 592 ESPINA BÍFIDA**
INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN 3127
- 593 CIRUGÍA DE IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE TOBILLO**
VANESA PRADA DÍAZ, ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ, DAVID
SÚAREZ Y BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ 3129

594 PLAN DE CUIDADOS EN UN PARTO MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ Y CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE	3135
595 VENTAJAS DEL EJERCICIO FISICO EN LA DIABETES TIPO 2 MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ Y CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE	3139
596 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA (RTU) MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ Y CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE	3145
597 CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE CON PANCREATITIS NURIA MARIA FERNANDEZ LEON	3151
598 LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS NURIA MARIA FERNANDEZ LEON	3157
599 CALIDAD DE LOS PROCESOS COMUNICATIVOS ENTRE EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE ROSA ISABEL FERRERO RUBIN, LORENA MARTINEZ MARTIN, GEMMA MIGUÉLEZ VALLE Y REYES CASTAÑÓN. MARCOS	3161
600 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. MARÍA MARTÍN ÁLVAREZ, ELENA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ALBA QUINTANA FERNÁNDEZ Y MARTA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ	3167
601 LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS ELVITA GARCIA CAO Y JOSE ANTONIO VEGA GARCIA	3171
602 RIESGOS PARA LA SALUD EN FUMADORES PASIVOS ELVITA GARCIA CAO Y JOSE ANTONIO VEGA GARCIA	3173
603 FUNCIONES DEL TCAE EN SALUD HOSPITALARIA MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ Y SUSANA LÓPEZ CARRO	3175

- 604 EL PAPEL DE LA TCAE EN REHABILITACION**
FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, CARMEN MARIA
LOPEZ FERNANDEZ, SHEILA SUAREZ SANGUINO, CRISTINA
VEGA GARCIA Y MOUNA LHARTI LHARTI 3177
- 605 CUIDADO AL PACIENTE ANCIANO: CARACTERÍSTICAS, FASES Y
FUNCIONES DEL TCAE**
GEMMA MIGUÉLEZ VALLE, REYES CASTAÑÓN. MARCOS, ROSA
ISABEL FERRERO RUBIN Y LORENA MARTINEZ MARTIN 3179
- 606 IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA PIEL EN PACIENTES
ENCAMADOS ANCIANOS**
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 3185
- 607 PARKINSON**
MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ Y EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO 3187
- 608 LA REPERCUSIÓN Y EVOLUCIÓN QUE TIENE EL LAVADO DE
MANOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, DESDE
SUS COMIENZOS.**
ANA OVIES ROZADA, SILVIA CAMPO GARCIA, JUDIT GUTIERREZ
CADENA, LUCIA GALAN ÁLVAREZ Y MARGARITA CARREÑO
MANEIRO 3195
- 609 IATROGENIA VERSUS PRIMUM NON NOCERE (LO PRIMERO ES
NO HACER DAÑO)**
BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA 3203
- 610 HIGIENE DE MANOS EN EL CONTROL DE INFECCIONES**
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 3207
- 611 CASO CLÍNICO: MUCOCELE APENDICULAR**
ROSA MARÍA ROSENDE CASAL Y ANA RODRÍGUEZ ARANGO 3209
- 612 HIDROCEFALIA. CLASIFICACIÓN, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO**
LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ Y MARÍA MERCEDES SANTOS
LAURES 3211

- 613 EL TCAE EN LA COMUNICACIÓN TERAPEUTICA CON EL PACIENTE**
BEGOÑA BORGE CASTRO, ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ, NOELIA MAQUEDA GUILLEN Y GRETA LÓPEZ URÍA 3217
- 614 EL TCAE Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PACIENTE**
BEGOÑA BORGE CASTRO, NOELIA MAQUEDA GUILLEN, GRETA LÓPEZ URÍA Y ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ 3223
- 615 EL TCAE EN LA INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE**
ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ, BEGOÑA BORGE CASTRO, GRETA LÓPEZ URÍA Y NOELIA MAQUEDA GUILLEN 3229
- 616 LA EMPATÍA DEL TCAE CON EL PACIENTE**
ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ, GRETA LÓPEZ URÍA, NOELIA MAQUEDA GUILLEN Y BEGOÑA BORGE CASTRO 3235
- 617 EL TCAE EN LA VIOLENCIA DE GENERO**
NOELIA MAQUEDA GUILLEN, ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ, BEGOÑA BORGE CASTRO Y GRETA LÓPEZ URÍA 3239
- 618 LA ACTUACION Y PROTECCION DEL TCAE ANTE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO**
NOELIA MAQUEDA GUILLEN, GRETA LÓPEZ URÍA, ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ Y BEGOÑA BORGE CASTRO 3243
- 619 LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ALZHEIMER**
LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ 3249

Índice

- 620 EL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS CATÁSTROFES**
GRETA LÓPEZ URÍA, BEGOÑA BORGE CASTRO, ROSA MARIA
DIAZ ALVAREZ Y NOELIA MAQUEDA GUILLEN 3251
- 621 EL TCAE EN EL APOYO PSICOLOGICO A LAS VICTIMAS EN
CATASTROFES**
GRETA LÓPEZ URÍA, NOELIA MAQUEDA GUILLEN, BEGOÑA
BORGE CASTRO Y ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ 3257
- 622 GESTION DE LA HISTORIA CLINICA PARA PERSONAL
SANITARIO Y NO SANITARIO**
MARTA RODRIGUEZ RODRIGUEZ 3263
- 623 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA EL BUEN
DESCANSO DEL PACIENTE**
BELEN GASCÓN PÉREZ Y SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO 3265
- 624 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA, ROSA MARÍA GIL OLMOS, ISABEL
GONZÁLEZ GARCIA Y JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL 3271
- 625 FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS DE LA
FORMACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIONES.**
MARGARITA CARREÑO MANEIRO, ANA OVIES ROZADA, SILVIA
CAMPO GARCIA, JUDIT GUTIERREZ CADENA Y LUCIA GALAN
ÁLVAREZ 3275
- 626 UPP: ULCERAS POR PRESION**
ETELVINA ALVAREZ CAYUELA 3281

- 627 **LA HIGIENE DE UN PACIENTE ENCAMADO EN UN ENTORNO HOSPITALARIO REALIZADO POR TCAE**
MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ, MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS,
ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO, ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ Y
DAVID HUERTA ALONSO 3283
- 628 **MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LOS HOSPITALES**
LORENZO GAYO GONZÁLEZ 3291
- 629 **VASECTOMÍA: MÉTODO ANTICONCEPTIVO MASCULINO.**
ZULAICA VIJANDE FERNÁNDEZ, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA,
ANA BELÉN RECIO GARCÍA, LAURA LÓPEZ GARCÍA Y ÁNGELA
SÉSAR NAVAL 3295
- 630 **LA IMPORTANCIA DEL TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA
JIMÉNEZ GARCÍA, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y
YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE 3299
- 631 **CUIDADOS EN ROTURAS DE CADERA**
CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE Y MARIA DEL CARMEN
MARTINEZ ALVAREZ 3303
- 632 **TRAQUEOTOMÍA Y TRAQUEOSTOMÍA; DEFINICIÓN,
DIFERENCIA Y SUS COMPLICACIONES**
CASTORA CAMPA GARCÍA, MARIA MONTSERRAT MARTINEZ
VAZQUEZ, MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO Y RAQUEL
GRANDA PÉREZ 3309
- 633 **FIBROSIS PULMONAR, QUE ES Y CUIDADOS PARA CONVIVIR
CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA**
CASTORA CAMPA GARCÍA, MARIA MONTSERRAT MARTINEZ
VAZQUEZ, MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO Y RAQUEL
GRANDA PÉREZ 3313
- 634 **PIEL DEL ANCIANO. CUIDADOS DEL TCAE.**
M^a DEL MAR VALLINA ALONSO, ANA BELEN VALLINA ALONSO,
VERÓNICA MUÑOZ EIRO Y EVA MARÍA GARCÍA MATOS 3317

- 635 NUTRICION ENTERAL A TRAVES DE SONDA NASOGASTRICA
POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA
NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ, MARIA ARANTZAZU
RENDUELES IGLESIAS, PATRICIA SANCHEZ LOZANO Y
ESMERALDA MEANA PIÑERA 3323
- 636 LA MATERNIDAD SIGLO XXI: FUNCIONES DEL TCAE ANTE
PACIENTES DE EDAD MADURA CON EMBARAZOS
SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ, JOSE LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ,
JORDANIA YELUL RAMOS Y ADRIANA TOMA 3327
- 637 VIOLENCIA OBSTÉTRICA
YOANA PARAPAR MURIAS 3333
- 638 ASEO PACIENTE ,GESTIÓN Y REALIZACIÓN Y FUNCIONES
PERSONAL ENFERMERIA Y TCAE (SERVICIOS ESPECIALES UCI
,URGENCIAS ETC)
JOSE LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ,
ADRIANA TOMA Y JORDANIA YELUL RAMOS 3335
- 639 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS
MARÍA MARTÍN ÁLVAREZ, ELENA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ALBA
QUINTANA FERNÁNDEZ, PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ Y
MARTA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 3343
- 640 PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
(UPP)
MARIA EUGENIA RODRIGUEZ DIAZ 3347
- 641 PROTOCOLOS Y CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LA TENSIÒN
ARTERIAL.
MARIA EUGENIA RODRIGUEZ DIAZ 3351
- 642 ACERCAMIENTO DEL TCAE A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ELISA NATIVIDAD GARCIA BLANCO, MARIA TERESA GARCIA
GONZALEZ, ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ Y NOELIA
ÁLVAREZ BERNARDINO 3353

- 643 ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE LAS CAIDAS**
 LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ, MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ, YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ, ANA ISABEL GARCIA LOPEZ Y ANDREA ISABEL LLERA PEÑA 3359
- 644 CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFAGIA**
 BELEN GASCÓN PÉREZ Y SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO 3363
- 645 EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS**
 MARIA INES ACEVEDO FERNANDEZ 3371
- 646 LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
 RAQUEL SANTÍN ANTUÑA, SORAYA TORRE BARBON, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS Y VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ 3377
- 647 EL ALZHEIMER VISTO POR UNA TCAE**
 EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO, MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ Y MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ 3381
- 648 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA**
 JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE, MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ Y BEGOÑA MARCOS MENDEZ 3385
- 649 TRASTORNO DEPRESIVO**
 LORENA RODRIGUEZ DEL CUETO Y JENNIFER AGUILAR ALVAREZ 3389
- 650 CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE**
 GEMMA MIGUÉLEZ VALLE, REYES CASTAÑON. MARCOS, ROSA ISABEL FERRERO RUBIN Y LORENA MARTINEZ MARTIN 3393
- 651 ANÁLISIS DEL NIVEL DE CARGA SOBRE EL CUIDADOR INFORMAL**
 IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA, MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ Y RAQUEL GALVAN MARTINEZ 3399

- 652 **LA SEGURIDAD LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARGARITA SERRANO SUAREZ, EMMA GONZALEZ MUÑOZ Y
SONIA MARIA PLAZA GARCIA 3405
- 653 **HOSPITALIZACIÓN INFANTIL**
MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ 3407
- 654 **QUISTE DE TARLOV O QUISTE PERINEURAL.**
ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS Y SUSANA PIERNAVIEJA
MIGUEL 3409
- 655 **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN
CEREBROCARDIOPULMONAR (RCCP)**
MANUEL ROLDAN MENÉNDEZ, CRISTINA SUAREZ ALVAREZ,
PAULA NOYA MOURE, MARÍA AMOR MIER ALVAREZ Y VERONICA
RUIZ LÓPEZ 3413
- 656 **UPP EN PACIENTES ENCAMADOS**
CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO, ANA RODRÍGUEZ ARANGO Y
MARTA GARCIA ANTON 3425
- 657 **PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL ÁREA
DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CABUEÑES**
CRISTINA RAMOS DOS SANTOS, SONIA ÁLVAREZ GRANDA,
VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA Y NOELIA NÚÑEZ RIAL 3427
- 658 **DIABETES GESTACIONAL**
CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO, ANA RODRÍGUEZ ARANGO Y
MARTA GARCIA ANTON 3429
- 659 **LOS RIESGOS BIOLÓGICOS A LOS QUE SE HAYA EXPUESTO EL
TCAE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
SORAYA TORRE BARBON, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ÁNGEL
JOSÉ CALVO DE DIOS, VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y
RAQUEL SANTÍN ANTUÑA 3433

- 660 ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL ÁMBITO PEDIÁTRICO**
MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ, BERTY GUERRERO MARTÍNEZ, NOELIA IGLESIAS BODELON Y VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ 3437
- 661 HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO.**
ANA MARIA PACHON MOYANO, VANESSA GARCIA SUAREZ, JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN Y SONIA PACHON MOYANO 3445
- 662 LACTANCIA MATERNA Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA ANQUILOGLOSIA**
MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ, BERTY GUERRERO MARTÍNEZ, NOELIA IGLESIAS BODELON Y VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ 3449
- 663 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS EXPUESTOS**
ANA MARIA PACHON MOYANO, VANESSA GARCIA SUAREZ, JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN Y SONIA PACHON MOYANO 3457
- 664 QUEMADURAS Y TRATAMIENTO**
VANESSA GARCIA SUAREZ, JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN, SONIA PACHON MOYANO Y ANA MARIA PACHON MOYANO 3461
- 665 PREECLAMPSIA EN EL SEGUNDO EMBARAZO.**
ANA RODRÍGUEZ ARANGO, CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO Y MARTA GARCIA ANTON 3465
- 666 EL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO.**
CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO, ANA RODRÍGUEZ ARANGO Y MARTA GARCIA ANTON 3469
- 667 LA NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA**
NATALIA PÉREZ COTO, NURIA OTERO BARTOLOME, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA OLGA SOLIS VILLA Y ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ 3473

- 668 CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.
ROSA MAR NIETO MORAN, ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL,
ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL Y FRANCISCA TORRU BEJAR 3477
- 669 DESCRIBIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
VERÓNICA MUÑOZ EIRO, EVA MARÍA GARCÍA MATOS, M^a DEL
MAR VALLINA ALONSO Y ANA BELEN VALLINA ALONSO 3481
- 670 PROYECTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ, NORMA LORENA BUYO
AVALOS, SARA FERNÁNDEZ RICO, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ Y
GEMA MARIA BERNAL ALONSO 3485
- 671 ACTUACIONES DEL TCAE ANTE LAS ÚLCERAS Y HERIDAS POR INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.
ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS, VIRGINIA HERNÁNDEZ
GONZÁLEZ, RAQUEL SANTÍN ANTUÑA, SORAYA TORRE BARBON
Y ANGELA ROCES MENÉNDEZ 3489
- 672 PRINCIPIOS GENERALES EN EL MANEJO DE LOS DRENAJES PARA EL TCAE.
ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS, VIRGINIA HERNÁNDEZ
GONZÁLEZ, RAQUEL SANTÍN ANTUÑA, SORAYA TORRE BARBON
Y ANGELA ROCES MENÉNDEZ 3493
- 673 LA CONTENCIÓN MECÁNICA.
ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS,
VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, RAQUEL SANTÍN ANTUÑA Y
SORAYA TORRE BARBON 3497
- 674 INFORME CLINICO SOBRE UN CASO DE CEFALEA TENSIONAL Y CRISIS: MIGRAÑA.
MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ, ANA ISABEL GARCIA LOPEZ,
LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ, ANDREA ISABEL LLERA PEÑA
Y YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ 3501
- 675 PREVENIR CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD
MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ 3505

- 676 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ 3507
- 677 CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL TRABAJO DE LOS TCAE Y ACCIONES PREVENTIVAS.
MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO, SANDRA MARINERO GONZÁLEZ, CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ Y LAURA SANCHEZ MONTEIRO 3511
- 678 IMPLANTE COCLEAR: LA SOLUCIÓN A LA SORDERA PROFUNDA.
VANESA ARRANZ ARROYO, BLANCA DOMINGUEZ-GIL Y BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO 3517
- 679 EL TRATO PSICOLÓGICO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO
ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ Y AIDA RODRÍGUEZ ORNIA 3521
- 680 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: TAREAS DEL TCAE
CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SANCHEZ MONTEIRO, MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO Y SANDRA MARINERO GONZÁLEZ 3525
- 681 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LA ASISTENCIA DEL PERSONAL SANITARIO PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA
NURIA GONZALEZ NORIEGA, MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ, MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO Y MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ 3531
- 682 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LOS CUIDADOS SANITARIOS AL PIE DIABÉTICO
MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ, MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO, MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ Y NURIA GONZALEZ NORIEGA 3541

- 683 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LOS CUIDADOS
SANITARIOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA
MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ, MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO,
MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ Y NURIA GONZALEZ NORIEGA 3551
- 684 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
DEL HOSPITAL DE CABUEÑES
CRISTINA RAMOS DOS SANTOS, SONIA ÁLVAREZ GRANDA,
VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA Y NOELIA NÚÑEZ RIAL 3565
- 685 MÉTODO MADRE CANGURO
MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO, RAQUEL GRANDA PÉREZ,
CASTORA CAMPA GARCÍA Y MARIA MONTSERRAT MARTINEZ
VAZQUEZ 3569
- 686 ASEO AL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA
MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ 3573
- 687 ENFERMEDADES HOSPITALARIAS.
CRISTINA CABALLERO HERRERA, SANDRA ALVAREZ MARTIN,
JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN, SONIA ARENAS BARRO
Y PAULA CASAL BOUZA 3575
- 688 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE EL CUIDADO DEL
PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE
MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ, MERCEDES QUINTANA
FERNÁNDEZ, NURIA GONZALEZ NORIEGA Y MARÍA JESÚS PÉREZ
RUBIO 3577
- 689 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LA ATENCIÓN
SANITARIA DESTINADA A LA GESTANTE DE ALTO RIESGO
MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO, NURIA GONZALEZ NORIEGA,
MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ Y MARI PAZ GARCÍA
GONZALEZ 3589
- 690 CAUSAS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
BEATRIZ DÍAZ ALONSO 3599

- 691 ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA PREVENCIÓN DE DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI).**
MONICA ALVAREZ GARCIA, LUCIA ARDURA GONZALEZ, NOELIA CERNUDA MORA Y FELICIDAD PENELOPE PROENZA GARCÍA 3605
- 692 CUIDADOS EN PACIENTES CON ICTUS**
BEATRIZ BAQUERO CUEVAS, CORINA GARCÍA MERA Y HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN 3609
- 693 ELIMINACIONES URINARIAS.**
SANDRA ALVAREZ MARTIN, JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN, SONIA ARENAS BARRO, PAULA CASAL BOUZA Y CRISTINA CABALLERO HERRERA 3619
- 694 PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO**
MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ 3623
- 695 LOS CUIDADOS AL PACIENTE BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.**
MARIA DE LOS ANGELES ESTEVEZ SEOANE, ANA BELÉN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA Y JOSÉ ANTONIO ESCANLAR MONTESERÍN 3625
- 696 INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS**
CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ 3629
- 697 LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL PREVIENEN INFECCIONES**
VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS, MARÍA OLGA SOLIS VILLA, ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ, NATALIA PÉREZ COTO Y NURIA OTERO BARTOLOME 3635
- 698 EL DUELO: FASES, TIPOS Y BASES DEL TRATAMIENTO.**
CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ 3641
- 699 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (IR)**
JOSÉ JULIO ROLDÁN QUINTANS 3647

- 700 LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES**
ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO, PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ Y
YOANA LLAMES GONZÁLEZ 3663
- 701 INFORME CLÍNICO SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL CENTRO
DE REHABILITACIÓN (CEDA) GIJON**
MARÍA DEL MAR SAL ALVAREZ, BEGOÑA FERNÁNDEZ
MARTÍNEZ, LIDIA ANGELES RODRIGUEZ, RAQUEL BORREGO
SORIA Y OLAYA MIÑAMBRES ALVEAR 3665
- 702 PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ, ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO Y
YOANA LLAMES GONZÁLEZ 3667
- 703 USO DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS EN LA ATENCIÓN
HOSPITALARIA**
MARÍA OLGA SOLIS VILLA, ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ,
NATALIA PÉREZ COTO, NURIA OTERO BARTOLOME Y VANESA
ÁLVAREZ CASTELLANOS 3669
- 704 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y SU IMPORTANCIA**
ANA BELÉN SILVA BARREIRO 3673
- 705 CAMBIOS POSTURALES EN UN ANCIANO ENCAMADO**
ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS, VERÓNICA LORENZO GARCÍA Y
ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ 3675
- 706 MÉTODOS DE DESINFECCIÓN**
CLARA MARIA GARCIA HERRERO, MARÍA ISABEL GARCÍA
GARCÍA Y MARÍA CELIA CABO SUÁREZ 3679
- 707 EL ASEO AL PACIENTE ENCAMADO**
NURIA OTERO BARTOLOME, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS,
MARÍA OLGA SOLIS VILLA, ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ Y
NATALIA PÉREZ COTO 3689
- 708 PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**
YOANA LLAMES GONZÁLEZ, ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO Y
PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ 3695

- 709 EL ESTRÉS RELACIONADO CON LAS PROFESIONES DE GÉNERO.
MANUEL GÓMEZ MURIAS, MARÍA AQUILINA MURIAS RICO,
MARÍA TERESA BELLO SOUTO Y SUSANA GALÁN SERRANO 3697
- 710 REPERCUSIONES EN EL CUIDADOR DE ANCIANOS
DEPENDIENTES
MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ 3701
- 711 LACTANCIA ARTIFICIAL Y LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA
PREPARACION Y LIMPIEZA DE BIBERONES.
ANA BELÉN SILVA BARREIRO 3703
- 712 NEUROBLASTOMA EN PEDIATRÍA. ABORDAJE Y CUIDADOS DE
ENFERMERÍA.
YOANA LLAMES GONZÁLEZ, PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ Y
ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO 3707
- 713 CAUSAS DE LAS AFIASIAS PARA T.C.A.E.
PATRICIA CARDELI GONZALEZ 3709
- 714 ALIMENTOS RECOMENDADOS A EMBARAZADAS
PATRICIA CARDELI GONZALEZ 3711
- 715 EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE
ENCAMADO. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL
CABECERO DE LA CAMA.
ANDREA GALINDO MENÉNDEZ Y CARMEN SÁNCHEZ
RODRÍGUEZ 3713
- 716 CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE
ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON ALIMENTACIÓN
ENTERAL
ANDREA GALINDO MENÉNDEZ Y CARMEN SÁNCHEZ
RODRÍGUEZ 3719

- 717 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO
ANDREA GALINDO MENÉNDEZ Y CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ 3723
- 718 EL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER.
ESPERANZA VELASCO CAMPA Y ELISA VALLINA GONZÁLEZ 3727
- 719 EL PACIENTE ENCAMADO: RIESGOS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 3731
- 720 CAMBIOS POSTURALES COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN
LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 3733
- 721 EL ESTREÑIMIENTO
CLARA MARIA GARCIA HERRERO, MARÍA CELIA CABO SUÁREZ Y MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA 3735
- 722 VIGILANCIA Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS CONSTANTES VITALES: MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA.
CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y ANDREA GALINDO MENÉNDEZ 3741
- 723 INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE
CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y ANDREA GALINDO MENÉNDEZ 3747
- 724 LA TCAE FRENTE A LOS CUIDADOS PALIATIVOS
ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES, MARIA MERCEDES BARRERO MORALES Y CRISTINA PRADA LORENZO 3753

- 725 **INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TRASLADO DEL PACIENTE DE LA CAMA A LA CAMILLA**
CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ Y ANDREA GALINDO MENÉNDEZ 3757
- 726 **EL TCAE Y LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES HOSPITALARIAS**
CRISTINA PRADA LORENZO, ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES Y MARIA MERCEDES BARRERO MORALES 3761
- 727 **EL T.C.A.E. CON EL PACIENTE HEPÁTICO EN CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA**
DOLORES ARGÜELLES MEANA, DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ Y YOLANDA GONZALEZ GARCIA 3769
- 728 **LOS CAMBIOS POSTURALES QUE DEBE DAR EL TCAE**
ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES, MARIA MERCEDES BARRERO MORALES Y CRISTINA PRADA LORENZO 3773
- 729 **EL TRABAJO DEL TCAE EN LA PLANTA HOSPITALARIA**
MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES, MARIA MERCEDES BARRERO MORALES, CRISTINA PRADA LORENZO Y ANDRÉS UGIDOS ZAPICO 3777
- 730 **EL TCAE Y EL PACIENTE ADULTO CON LEUCEMIA AGUDA MIELOIDE CON TRATAMIENTO DE HOSPITAL DE DÍA ONCOLOGICO**
DOLORES ARGÜELLES MEANA, DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ Y MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA 3781
- 731 **VALORACIÓN DE LOS PREBIOTICOS Y PROBIOTICOS POR EL T.C.A.E. EN DIGESTIVO**
MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA, YOLANDA GONZALEZ GARCIA, DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ, DOLORES ARGÜELLES MEANA Y PATRICIA PÉREZ CASTRO 3785

- 732 LA TCAE Y EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO**
MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES, MARIA MERCEDES
BARRERO MORALES, CRISTINA PRADA LORENZO Y ANDRÉS
UGIDOS ZAPICO 3789
- 733 CONOCER E IDENTIFICAR LAS ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMUNES.**
CRISTINA PRADA LORENZO, ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARÍA
DEL CARMEN BARRERO MORALES Y MARIA MERCEDES
BARRERO MORALES 3795
- 734 EL TCAE Y LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA
RENAL: LA HEMODIALISIS**
MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA, DOLORES ARGÜELLES
MEANA Y DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ 3807
- 735 LA UNIDAD DE PEDRIATRIA VISTA POR EL TCAE**
MARIA MERCEDES BARRERO MORALES, CRISTINA PRADA
LORENZO, ANDRÉS UGIDOS ZAPICO Y MARÍA DEL CARMEN
BARRERO MORALES 3811
- 736 ACTUACIONES DEL TCAE EN TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN DE
SONDAS NASOGÁSTRICAS**
SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ELO FERNANDEZ PEREZ, NURIA
MARTINEZ MARTINEZ, LIBERTAD SUAREZ HERMOSO Y DESIREE
JUAN GARCIA 3815
- 737 LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE TERMINAL**
JOSÉ ANTONIO ESCANLAR MONTESERÍN, MARIA DE LOS
ANGELES ESTEVEZ SEOANE, ANA BELÉN GONZÁLEZ
FERNÁNDEZ Y ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA 3819
- 738 EL BAÑO DEL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO**
ELISABET GRANDA GONZÁLEZ, LAURA RAMOS LLANO Y MARIA
TERESA DIAZ DIAZ 3823
- 739 CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE OSTOMIZADO**
DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ, MARÍA DEL AMPARO
ARGÜELLES MEANA Y DOLORES ARGÜELLES MEANA 3827

- 740 ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA**
MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS, YARINA PRIETO
ALCAÑIZ, ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO, ABRAHAM FABIAN
RODRIGUEZ Y LAURA CAMPA CAMPA 3829
- 741 ASEO CORRECTO DE PACIENTE ENCAMADO**
ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ Y SHEILA MARTINEZ
RODRÍGUEZ 3833
- 742 CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO TERMINAL**
VERONICA MENENDEZ BARROS 3837
- 743 EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA MÉDICA, LAURA
ARAUJO MORILLAS, MARIA ISABEL RAMOS SASTRE, MARTA
APARICIO PEREZ Y PAULA DÍAZ AREA 3841
- 744 EL TCAE EN ODONTOLOGÍA**
MARIA MERCEDES BARRERO MORALES, CRISTINA PRADA
LORENZO, ANDRÉS UGIDOS ZAPICO Y MARÍA DEL CARMEN
BARRERO MORALES 3843
- 745 CORRECTA MOVILIZACIÓN DE PACIENTE ENCAMADO NO
COLABORATIVO: GIROS Y VUELTAS.**
ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ Y SHEILA MARTINEZ
RODRÍGUEZ 3849
- 746 CAIDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
BEGOÑA MARCOS MENDEZ, JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE Y
MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ 3853
- 747 ACTUACIÓN DEL TCAE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL
PACIENTE TERMINAL**
SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ELO FERNANDEZ PEREZ, NURIA
MARTINEZ MARTINEZ, LIBERTAD SUAREZ HERMOSO, DOLORES
ESTHER MONGIL GONZALEZ Y DESIREE JUAN GARCIA 3857

- 748 MEDIDAS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO**
LIBERTAD SUAREZ HERMOSO, DESIREE JUAN GARCIA, SUSANA
MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ELO FERNANDEZ PEREZ Y NURIA
MARTINEZ MARTINEZ **3863**
- 749 VACUNACIÓN**
LIBERTAD SUAREZ HERMOSO, DESIREE JUAN GARCIA, SUSANA
MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ELO FERNANDEZ PEREZ Y NURIA
MARTINEZ MARTINEZ **3867**
- 750 EL PROCESO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO EN EL TCAE.EL
COACHING**
MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, M^a PAZ NÚÑEZ
FERNÁNDEZ, RAQUEL GALVAN MARTINEZ, IRENE CAMPORRO
FERNÁNDEZ Y MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA **3871**
- 751 EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN LA TOMA DE MUESTRAS
SANGUÍNEAS**
LUISA GANSO FERNANDEZ, MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA,
ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA, MARIA ELVA LOPEZ
ALVAREZ Y MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO **3877**
- 752 ACTUACIONES DEL TCAE PARA HACER LA CAMA
HOSPITALARIA CON ENFERMO ENCAMADO**
ELO FERNANDEZ PEREZ, NURIA MARTINEZ MARTINEZ,
LIBERTAD SUAREZ HERMOSO, DESIREE JUAN GARCIA Y SUSANA
MARTÍNEZ MARTÍNEZ **3889**
- 753 ASEO E HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO**
VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, RAQUEL SANTÍN ANTUÑA,
SORAYA TORRE BARBON, ANGELA ROCES MENÉNDEZ Y ÁNGEL
JOSÉ CALVO DE DIOS **3893**
- 754 ACTUACIONES DEL TCAE EN LOS CUIDADOS POST-MORTEM**
ELO FERNANDEZ PEREZ, NURIA MARTINEZ MARTINEZ,
LIBERTAD SUAREZ HERMOSO, DESIREE JUAN GARCIA Y SUSANA
MARTÍNEZ MARTÍNEZ **3897**

- 755 EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN EL CATETERISMO ARTERIAL**
MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO, MARIA ELVA LOPEZ
ALVAREZ, ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA, LUISA GANSO
FERNANDEZ Y MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA 3901
- 756 TAREAS DEL TCAE PARA EVITAR COMPLICACIONES
DERIVADAS DE LA SONDA VESICAL**
LAURA SANCHEZ MONTEIRO, MARGARITA FERNÁNDEZ
GUTIÉRREZ, JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO, SANDRA
MARINERO GONZÁLEZ Y CLARA EUGENIA GUTIERREZ
GONZALEZ 3913
- 757 ACTUACIONES DEL TCAE EN SONDAJE NASOGÁSTRICO**
VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, RAQUEL SANTÍN ANTUÑA,
SORAYA TORRE BARBON, ANGELA ROCES MENÉNDEZ Y ÁNGEL
JOSÉ CALVO DE DIOS 3919
- 758 ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS
MAYORES HOSPITALIZADAS**
MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA Y MARÍA VANESA DÍAZ
GONZÁLEZ 3923
- 759 LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS**
DESIREE JUAN GARCIA, SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ELO
FERNANDEZ PEREZ, NURIA MARTINEZ MARTINEZ Y LIBERTAD
SUAREZ HERMOSO 3925
- 760 TITULO CAMBIOS POSTURALES**
BEATRIZ BAQUERO CUEVAS, HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN Y
CORINA GARCÍA MERA 3929
- 761 CUIDADOS DEL TCAE ANTE PACIENTE CON FLEBECTOMIA**
GEMA MARIA BERNAL ALONSO, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ,
NORMA LORENA BUYO AVALOS, MARÍA DAGMAR GUIASOLA
DÍAZ Y ANA VIOR LÓPEZ 3935

- 762 ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES DE ELIMINACIÓN.
DAVID HUERTA ALONSO, ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ,
ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO, MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ
Y MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS 3941
- 763 RELACIONES DEL TCAE CON EL PACIENTE INGRESADO
MARIA JOSEFA FERNANDEZ RODRIGUEZ 3949
- 764 ARTRITIS REUMATOIDE
RAQUEL GRANDA PÉREZ, CASTORA CAMPA GARCÍA, MARIA
MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ Y MARÍA CRISTINA ROMERO
TARRÍO 3953
- 765 ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y CUIDADOS A PACIENTES
CON SINDROME DEL TUNEL CARIANO
MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ, MONTSERRAT DÍAZ
MARTÍNEZ, NORMA LORENA BUYO AVALOS, MARÍA DAGMAR
GUISASOLA DÍAZ Y ANA VIOR LÓPEZ 3957
- 766 TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL
CUIDADO AL CUIDADOR INFORMAL EN EL HOSPITAL
FELICIDAD PENELOPE PROENZA GARCÍA, MONICA ALVAREZ
GARCIA, LUCIA ARDURA GONZALEZ Y NOELIA CERNUDA MORA 3961
- 767 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DISTINTOS MÉTODOS
PARA HALLAR LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA CARDÍACA.
JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ, BIBIANA FERNANDEZ
BARRERO, BEATRIZ LEAL LÓPEZ Y VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ 3965
- 768 LOS CUIDADOS GERIÁTRICOS DE LOS TÉCNICOS DE CUIDADES
AUXILIARES DE ENFERMERÍA
RAQUEL SANTÍN ANTUÑA, SORAYA TORRE BARBON, ANGELA
ROCES MENÉNDEZ, ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS Y VIRGINIA
HERNÁNDEZ GONZÁLEZ 3969

- 769 NUTRICIÓN Y ESPESANTES PARA PACIENTES CON RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN**
ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ, MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ,
MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA Y M^a JESÚS CEPEDA
FERNÁNDEZ 3973
- 770 DERMATITIS DE PAÑAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO**
M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA, MARÍA DEL CARMEN
GONZÁLEZ CEPEDAL, RAQUEL MUÑIZ PERERA Y NÉLIDA SIXTO
TRAPIELLA 3977
- 771 EDUCACIÓN SANITARIA DEL TCAE AL PACIENTE COLOSTOMIZADO**
MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO, ÁNGELES
RODRÍGUEZ GARCÍA, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ, ELENA
MUÑIZ ALVAREZ Y VANESA MATA RAMOS 3981
- 772 PROBLEMAS EN LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO**
ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ, MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ,
MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA Y M^a JESÚS CEPEDA
FERNÁNDEZ 3987
- 773 CASO CLINICO SOBRE UN CASO DE BRONQUITIS ASMATIFORME**
ANA ISABEL GARCIA LOPEZ, LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ,
ANDREA ISABEL LLERA PEÑA, YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ Y
MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ 3991
- 774 EL TCAE EN LA ADMINISTRACIÓN Y MANEJO DE ENEMAS**
SORAYA TORRE BARBON, ANGELA ROCES MENÉNDEZ, ÁNGEL
JOSÉ CALVO DE DIOS, VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y
RAQUEL SANTÍN ANTUÑA 3993
- 775 INFECCIONES NOSOCOMIALES, Y LA HIGIENE DE MANOS**
M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA, MARÍA DEL CARMEN
GONZÁLEZ CEPEDAL, RAQUEL MUÑIZ PERERA Y NÉLIDA SIXTO
TRAPIELLA 3997

- 776 CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON SONDAJE VESICAL**
ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ, NATALIA PÉREZ COTO, NURIA OTERO BARTOLOME, VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS Y MARÍA OLGA SOLIS VILLA **4001**
- 777 LAS MEDIDAS DE ASEPSIA**
MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ, MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ Y ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO **4005**
- 778 EL DESGASTE EMOCIONAL EN LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES**
MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ, MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO **4009**
- 779 EL AFRONTAMIENTO DEL DUELO**
MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ, ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO Y MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ **4013**
- 780 LA VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES**
MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ, ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO Y MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ **4017**
- 781 LABORES DEL TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO**
MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO, ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ, ELENA MUÑIZ ALVAREZ Y VANESA MATA RAMOS **4021**
- 782 LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO**
MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ, ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO, MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ **4027**

- 783 LA EPOC EN ANCIANOS**
ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO,
MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ, MONICA ÁLVAREZ
MENÉNDEZ Y MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ **4031**
- 784 EL MANEJO DEL PACIENTE ANCIANO CON EPOC**
ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ CALVILLO, MARIA
DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ, MARTA FERNANDEZ
FERNANDEZ Y MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ **4035**
- 785 PAPEL DEL TCAE EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS**
CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ, ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA
DÍAZ ARIAS, MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO Y
VANESA MATA RAMOS **4039**
- 786 LA RELACIÓN DE AYUDA ENTRE EL TCAE Y EL PACIENTE**
ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ,
ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA DÍAZ ARIAS Y VANESA MATA
RAMOS **4045**
- 787 BULIMIA NERVIOSA: ASPECTOS GENERALES Y
CARACTERÍSTICAS**
MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ, BEGOÑA MARCOS
MENDEZ Y JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE **4051**
- 788 ACTUACIÓN DEL TCAE PARA LA PREVENCION DE
INFECCIONES NOSOCOMIALES**
ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ,
ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA DÍAZ ARIAS Y VANESA MATA
RAMOS **4055**
- 789 EDUCACIÓN DEL TCAE ANTE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN**
CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ, ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA
DÍAZ ARIAS, MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO Y
VANESA MATA RAMOS **4061**
- 790 ENFERMEDAD DE LA PIEL VISTO POR UNA TCAE**
EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO, MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ
ALVAREZ Y MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ **4067**

- 791 ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LA BOCA DEL PACIENTE ENCAMADO (CONSCIENTE E INCONSCIENTE)**
NURIA MARTINEZ MARTINEZ, LIBERTAD SUAREZ HERMOSO,
DESIREE JUAN GARCIA, SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y ELO
FERNANDEZ PEREZ 4073
- 792 SONDAJES DIGESTIVOS PARA TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA**
MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ 4077
- 793 CÓMO TRABAJAR CON EL PACIENTE INFECCIOSO EN AISLAMIENTO DE CONTACTO**
MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL, RAQUEL MUÑIZ
PERERA, NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA Y M^a ANGELES GONZÁLEZ
ABELLA 4083
- 794 PRECAUCIONES DEL TCAE EN AISLAMIENTOS**
NURIA DÍAZ ARIAS, MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO,
ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ
Y VANESA MATA RAMOS 4087
- 795 FUNCIONES DEL TCAE EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS**
NURIA DÍAZ ARIAS, MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO,
ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA, CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ
Y VANESA MATA RAMOS 4095
- 796 EVITAR LA DESHIDRATACIÓN DEL ANCIANO HOSPITALIZADO: PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
EMILIA MIRANDA MORA, NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ Y
FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ 4105
- 797 TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS Y PRECAUCIONES**
NOELIA DÍAZ GERAS, BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ, PAULA
FERNANDEZ MARTINEZ, ALBA COITO DIAZ Y SUSANA
FERNANDEZ TORRE 4109

- 798 IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE ESCARAS**
LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ, RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y PATRICIA GARCÍA MARTÍN 4113
- 799 ENVEJECER CON SALUD SIGUIENDO RECOMENDACIONES SANITARIAS.**
EMILIA MIRANDA MORA, FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ Y NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ 4117
- 800 LABORES DEL TCAE Y DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS**
FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ, EMILIA MIRANDA MORA Y NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ 4121
- 801 ACTUACIONES DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LOS OJOS DEL PACIENTE ENCAMADO**
NURIA MARTINEZ MARTINEZ, LIBERTAD SUAREZ HERMOSO, DESIREE JUAN GARCIA, SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ Y ELO FERNANDEZ PEREZ 4125
- 802 PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS**
MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS Y JOSEFA MENENDEZ MARCOS 4127
- 803 ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS**
JOSEFA MENENDEZ MARCOS Y MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS 4133
- 804 USO CORRECTO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO.**
NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ, EMILIA MIRANDA MORA Y FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ 4139
- 805 PAPEL DEL TCAE EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**
FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ, NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ Y EMILIA MIRANDA MORA 4143

- 806 CUIDADOS DE UN PACIENTE OSTOMIZADO**
JOSEFA MENENDEZ MARCOS Y MARIA DEL PILAR MENENDEZ
MARCOS 4147
- 807 EL TCAE Y LAS FASES DEL DUELO**
MARIA LUZ GONZALEZ PAN, INÉS COUSO OSORIO,
SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ Y MARIA DE LA CRUZ PADILLA
LOPEZ 4151
- 808 MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE ASEPSIA EN UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS**
MARIA LUZ GONZALEZ PAN, SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ,
MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ Y INÉS COUSO OSORIO 4157
- 809 ESTRATEGIAS EN LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE**
INÉS COUSO OSORIO, MARIA LUZ GONZALEZ PAN, MARIA DE LA
CRUZ PADILLA LOPEZ Y SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ 4163
- 810 ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO**
ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ Y SHEILA MARTINEZ
RODRÍGUEZ 4169
- 811 LOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA**
INÉS COUSO OSORIO, MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ,
SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ Y MARIA LUZ GONZALEZ PAN 4173
- 812 BENEFICIOS DEL DEPORTE PARA EL LESIONADO MEDULAR
DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO.**
NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ, FRANCISCO ANTONIO BERDÚN
RODRÍGUEZ Y EMILIA MIRANDA MORA 4177
- 813 LAS ESTRATEGIAS DEL PACIENTE CON CANCER**
MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ, MARIA LUZ GONZALEZ
PAN, INÉS COUSO OSORIO Y SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ 4181
- 814 EL CUIDADO DEL TCAE AL PACIENTE CARDIOVASCULAR**
MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ, SACRAMENTO GARCIA
MUÑOZ, MARIA LUZ GONZALEZ PAN Y INÉS COUSO OSORIO 4187

- 815 EL TCAE EN EL TRATO DEL PARKINSON**
MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ, MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ
ALVAREZ Y EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO 4191
- 816 ASMA**
RAQUEL GRANDA PÉREZ, CASTORA CAMPA GARCÍA, MARIA
MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ Y MARÍA CRISTINA ROMERO
TARRÍO 4197
- 817 CUIDADOS DEL TCAE EN PACIENTES ONCOLOGICOS**
SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ, INÉS COUSO OSORIO, MARIA
LUZ GONZALEZ PAN Y MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ 4201
- 818 ASEO EN PACIENTE ENCAMADO Y BENEFICIOS EN SU SALUD**
MARIA BELEN RODRIGUEZ LOPEZ, VERONICA GARCIA NIDO,
MARIA DOLORES ALONSO VIOR, ROSA ANA GARCIA NIDO Y
AIDA ALONSO FUENTES 4205
- 819 LOS CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE TERMINAL**
SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ, MARIA DE LA CRUZ PADILLA
LOPEZ, INÉS COUSO OSORIO Y MARIA LUZ GONZALEZ PAN 4209
- 820 PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES**
JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN, SONIA ARENAS
BARRO, PAULA CASAL BOUZA, CRISTINA CABALLERO HERRERA
Y SANDRA ALVAREZ MARTIN 4213
- 821 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE
ENCAMADO**
LUCIA FUERTES SIERRA 4215
- 822 LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y
ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
LUZ PEREZ GONZALEZ Y ANGELA HERNANDO TEMPRANA 4217
- 823 LA COMUNICACIÓN, UN PILAR IMPORTANTE CON LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS.**
LILIAN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 4223

- 824 **QUE VIVAN LAS MANCHAS.**
PAULA CASAL BOUZA, CRISTINA CABALLERO HERRERA,
SANDRA ALVAREZ MARTIN, JÉNNIFER ELVIRA MAROTO
MONCALIÁN Y SONIA ARENAS BARRO 4225
- 825 **CARGA DE TRABAJO Y EMBARAZO**
SONIA ARENAS BARRO, PAULA CASAL BOUZA, CRISTINA
CABALLERO HERRERA, SANDRA ALVAREZ MARTIN Y JÉNNIFER
ELVIRA MAROTO MONCALIÁN 4227
- 826 **LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**
NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ 4231
- 827 **LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y
LOS CUIDADOS PALIATIVOS**
OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ, DESIREE PRIETO FERNANDEZ,
MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ Y MARÍA ELENA ARIAS
FERNÁNDEZ 4233
- 828 **ÁREA QUIRÚRGICA - EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO.**
ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ, MARÍA DEL CARMEN ARIAS
DÍAZ, MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS, ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO
Y DAVID HUERTA ALONSO 4237
- 829 **EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE
EL DUELO**
LAURA RAMOS LLANO, MARIA TERESA DIAZ DIAZ Y ELISABET
GRANDA GONZÁLEZ 4243
- 830 **EL TRASPLANTE RENAL**
NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ 4245
- 831 **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL**
LAURA RAMOS LLANO, MARIA TERESA DIAZ DIAZ Y ELISABET
GRANDA GONZÁLEZ 4249
- 832 **PREPARACIÓN PREVIA A UNA COLONOSCOPIA.**
MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ 4251

- 833 MEDIDAS EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.**
NURIA MURIAS GARCIA, CARLA MURIAS GARCÍA, NURIA
GARCIA SUAREZ, ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ Y CINTIA
MARIA GARCÍA LAFUENTE 4255
- 834 “EL AISLAMIENTO INVERSO. EL GRAN DESCONOCIDO”**
MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ 4257
- 835 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE QUIRÓFANO**
MARIA TERESA DIAZ DIAZ, ELISABET GRANDA GONZÁLEZ Y
LAURA RAMOS LLANO 4261
- 836 EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.**
MARIA SAGRARIO GARCÍA AVELLO 4265
- 837 TCAE CON EL PACIENTE CON DISFAGIA**
ANA VIOR LÓPEZ Y GEMA MARIA BERNAL ALONSO 4267
- 838 CUIDADOS DEL T.C.A.E AL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA**
ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA DÍAZ ARIAS, MARIA DE LA
CONCEPCION PRIETO MALLO, ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA Y
VANESA MATA RAMOS 4273
- 839 FUNCIONES DEL TCAE EN LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE
PACIENTES.**
ELENA MUÑIZ ALVAREZ, NURIA DÍAZ ARIAS, MARIA DE LA
CONCEPCION PRIETO MALLO, ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA Y
VANESA MATA RAMOS 4277
- 840 TÉCNICOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO.**
MARIA YOLANDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ 4281
- 841 TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS RELACIONADOS CON
EL TRABAJO EN PERSONAL HOSPITALARIO**
ANDREA MONTES TORRES, IOANA VALERIA ROMAN, JAIME
ALVAREZ DIAZ, MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ Y
SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA 4285

- 842 FUNCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS**
MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ, MARÍA ELENA ARIAS FERNÁNDEZ, OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ Y DESIREE PRIETO FERNANDEZ 4289
- 843 COMO MOVILIZAR A UN PACIENTE PARA PREVENIR LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS**
MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ, ANDREA MONTES TORRES, IOANA VALERIA ROMAN, JAIME ALVAREZ DIAZ Y SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA 4295
- 844 BUSQUEDA DE SOLUCIONES A LA DEFORMACIÓN PECTORAL CARTILAGINOSA MÁS FRECUENTE.**
MARIA DEL ROSARIO FERNANDEZ RODRIGUEZ, ANDREA MANJÓN SÁNCHEZ, LAURA GARCIA MARTINEZ, SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ Y MELISA ROBLES SANDINO 4299
- 845 PAPEL DEL TCAE CON EL PACIENTE RENAL**
DAVID SÚAREZ, BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ, VANESA PRADA DÍAZ Y ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ 4307
- 846 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS**
FLORENTINA CELEMÍN RODRÍGUEZ, RAQUEL GRANDA PÉREZ, CASTORA CAMPA GARCÍA, MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ Y MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO 4315
- 847 TRASLADO DEL PACIENTE DE CAMA A SILLA**
SANDRA LILIANA GOMEZ CASTRO 4319
- 848 EL TCAE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE TERMINAL**
YOLANDA GONZALEZ GARCIA, PATRICIA PÉREZ CASTRO, DOLORES ARGÜELLES MEANA Y MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA 4321
- 849 HEMORRAGIA INTERNA**
BEATRIZ CANDANO GARRIDO Y ANA MENÉNDEZ BARRERO 4325

850	ÚLCERAS POR PRESIÓN BEATRIZ CANDANO GARRIDO Y ANA MENÉNDEZ BARRERO	4327
851	CUIDADOS Y FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SANDRA LILIANA GOMEZ CASTRO	4329
852	FISURA DE RADIO BEATRIZ CANDANO GARRIDO Y ANA MENÉNDEZ BARRERO	4333
853	ENCEFALOPATÍA BEATRIZ CANDANO GARRIDO Y ANA MENÉNDEZ BARRERO	4335
854	REACCIÓN ALERGICA BEATRIZ CANDANO GARRIDO Y ANA MENÉNDEZ BARRERO	4337
855	TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UCI DESIREE PRIETO FERNANDEZ Y OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ	4339
856	EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ	4343
857	EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN RECIÉN NACIDOS: SEGUIMIENTO DEL TRASTORNO Y COOPERACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA, ROMINA DAUNESSE PEREZ, MARTA DIEZ SOJO Y RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ	4351
858	HIGIENE: CUIDADO BÁSICO QUE PROMUEVE LA COMODIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS SANDRA LILIANA GOMEZ CASTRO	4357
859	LAS PRINCIPALES AFECCIONES CARDÍACAS DERIVADAS DE MALOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA Y TCAE PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA, ROMINA DAUNESSE PEREZ, MARTA DIEZ SOJO Y RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ	4359

- 860 CELIAQUIA
ANA MENÉNDEZ BARRERO Y BEATRIZ CANDANO GARRIDO 4365
- 861 ACTUACION DEL EQUIPO DE ENFERMERIA FRENTE A LAS
INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO
ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA, MARIA BELEN FERNANDEZ
GARCIA, LUISA GANSO FERNANDEZ, MARIA ELVA LOPEZ
ALVAREZ Y MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO 4367
- 862 COMO CURAR UN QUISTE PILONIDAL
MARTA GARCIA ANTON, ANA RODRÍGUEZ ARANGO Y CRISTINA
RODRÍGUEZ BOTO 4383
- 863 TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN UN PACIENTE CON
UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA MULTISISTÉMICA.
MARIA SÁNCHEZ GARCÍA, CINTIA CUBILLAS ALONSO Y MARTA
TIZÓN GARCÍA 4387
- 864 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).
CINTIA CUBILLAS ALONSO, MARTA TIZÓN GARCÍA Y MARIA
SÁNCHEZ GARCÍA 4399
- 865 USO DE ONDAS DE CHOQUE EN PATOLOGÍAS DE PARTES
BLANDAS
INES GARCÍA LAMUÑO Y EMMA CABEZA VALDÉS 4403
- 866 FISIOTERAPIA COMO PRIMERA OPCIÓN EN EL SÍNDROME DEL
TÚNEL CARPIANO.
LAURA COTO VIEJO 4413
- 867 EVALUACIÓN CLÍNICA FISIOTERAPICA DEL PACIENTE
QUEMADO
SONIA MEANA FERNÁNDEZ 4419
- 868 READAPTACIÓN AL EJERCICIO EN LA ENFERMEDAD
PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC): CASO CLÍNICO
CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ 4421

- 869 **TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA FRACTURA DE COLLES. CASO CLÍNICO.**
SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ Y SONSOLES AGÜERIA ALVAREZ 4425
- 870 **REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA EN FASE INICIAL TRAS RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**
RODRIGO ALVAREZ GONZÁLEZ 4429
- 871 **MOVILIZACIÓN POSTERIOR DEL ASTRÁGALO EN ESGUINCE DE TOBILLO**
LUCÍA VITURRO BERNARDO, ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ Y GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS 4437
- 872 **A PROPÓSITO DE UNA CASO : AFECTACIÓN POR TUMORACIÓN EN LA FOSA POSTERIOR**
CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS Y SARA ESCUER LORENZO 4453
- 873 **PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE CERVICALGIA MECÁNICA SIN COMPROMISO NEUROLÓGICO**
ELENA TARJUELO DEL MOLINO, JAIME CUEVA DE MERA, IRIS UREÑA CARRASCO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE Y MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO 4457
- 874 **TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE**
MARTA RÍOS LEÓN 4467
- 875 **TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA FASCITIS PLANTAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**
OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ, SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ 4483
- 876 **EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO ANALGÉSICO: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CON RESULTADOS Y REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS.**
JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ Y SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 4487

- 877 **TRATAMIENTO CONSERVADOR LUXACIÓN DE RÓTULA EN PACIENTE JÓVEN**
MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ 4503
- 878 **FIBROMIALGIA, ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO**
LAURA VEGA MORÁN, MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARTA FUERTES MARTÍNEZ, ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA 4507
- 879 **FRACTURA DEL CUELLO DEL PERONÉ COMO CAUSA DE NEUROPATÍA DEL NERVIPO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO (CPE). A PROPÓSITO DE UN CASO**
LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO Y PATRICIA FERVIENZA FUEYO 4513
- 880 **REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA EN EL PACIENTE AMPUTADO DE MIEMBRO INFERIOR**
SARA GONZÁLEZ HENARES 4517
- 881 **FISIOTERAPIA EN PARKINSON**
CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA, LAURA VEGA MORÁN, MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARTA FUERTES MARTÍNEZ Y ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ 4521
- 882 **EL EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO Y SUS BENEFICIOS SOBRE LA FATIGA, CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y SUPERVIVIENTES DURANTE Y POST-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**
CRISTINA GARCÍA ALAS 4527
- 883 **REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA**
ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA 4535
- 884 **TÉCNICAS Y CUIDADOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN CON ENTRENAMIENTO FÍSICO DIRIGIDOS AL PERSONAL HOSPITALARIO**
SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA, IOANA VALERIA ROMAN, ANDREA MONTES TORRES, JAIME ALVAREZ DIAZ Y MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ 4539

885 REHABILITACION EN CIRUGÍA ABDOMINAL MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA Y XANA CUELLO POSADA	4549
886 BLINDAJE RADIOLÓGICO PARA PACIENTES EN ODONTOLOGÍA BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO	4555
887 IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO PABLO LOZA ROMERO	4559
888 FUNCIONES DEL TCAE ANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN	4561
889 INFECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELEN BLANCO GUTIERREZ, REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA Y DESIREE FERNANDEZ CUESTA	4563
890 BIOPSIA LÍQUIDA. UNA BUENA HERRAMIENTA EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER. MARIA DEL MAR GUTIÉRREZ PRADO	4567
891 RESONANACIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUMNA OLAYA NAVES MUÑIZ Y MARTA PEDREGAL QUINTANAL	4573
892 LA IMPORTANCIA DEL PRONÓSTICO DE LA INVASIÓN PERINEURAL EN LAS BIOPSIAS DE CÁNCER DE PRÓSTATA ANA MARÍA BOQUETE NIETO	4575
893 CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA VEJIGA URINARIA, HISTOLOGÍA Y MANIPULACIÓN ANA MARÍA BOQUETE NIETO	4579
894 RIESGOS QUÍMICOS DE LOS HIGIENISTAS DENTALES BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO	4583
895 PROCESO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ	4589

896	PROCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES LABORALES CON MATERIAL BIOLÓGICO JULIA MARIA SUAREZ FERNANDEZ	4595
897	TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN ADQUIRIDOS EN EL ENTORNO PERIOPERATORIO LORENA SALGADO LÓPEZ	4601
898	ESTUDIO DE ESPUTO ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ	4607
899	ANGIO-TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA (ANGIOTC) DE TÓRAX EN PEDIATRÍA PABLO LOZA ROMERO	4609
900	INTERACCIÓN DE LA RADIACIÓN CON LA MATERIA MARTA MARIA CASTRILLON FERNANDEZ Y EVA MARIA GARZON CANDELA	4613
901	TIPOS DE CONTRASTES EN RADIOLOGÍA LAURA CABREJAS LOPEZ	4615
902	PROGRAMA DE SCREENING DE MAMA EN EL SERVICIO DE RX BEATRIZ SUÁREZ VELASCO	4617
903	ATUENDO Y DISPOSITIVOS DE PERSONAL SANITARIO COMO FÓMITES (TRANSMISORES DE CONTAMINACIÓN PATÓGENA) DOMINGA BETTY HUATUCO RAMÍREZ	4623
904	PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR INSTRUMENTAL REUTILIZABLE: LA ESTERILIZACIÓN. DOMINGA BETTY HUATUCO RAMÍREZ	4627
905	CARACTERÍSTICAS DEL DONANTE DE SANGRE Y LOS RESULTADOS DE LA TRANSFUSIÓN EN ANÁLISIS CLÍNICOS. LORENA SALGADO LÓPEZ	4633

- 906 TRANSITO INTESTINAL : ESTUDIO ESOFAGO -
GASTRODUODENAL.**
SUSANA GARCÍA LUCES, LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL
OLMO, MERCEDES ERICE ALVAREZ Y NOELIA DE CON SANTOS 4639
- 907 EL EFECTO DE LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO
MOLECULAR EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN LAS
INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO**
BEATRIZ RAMOS LORENZO 4643
- 908 ESTRÉS DEL PERSONAL SANITARIO A CONSECUENCIA DEL
TRABAJO A TURNOS**
PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES, LUCIA GÓMEZ GONZALEZ,
MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ Y CRISTINA SUAREZ
RODRIGUEZ 4647
- 909 TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX**
MERCEDES ERICE ALVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA
GARCÍA LUCES Y LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO 4651
- 910 OBJETIVOS DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA**
MARTA PEDREGAL QUINTANAL Y OLAYA NAVES MUÑIZ 4655
- 911 ANGIOGRAFÍA PULMONAR**
MERCEDES ERICE ALVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA
GARCÍA LUCES Y LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO 4657
- 912 EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ, MARÍA ELENA CABERO
FERNANDEZ, LUCIA GÓMEZ GONZALEZ Y PATRICIA FERNÁNDEZ
AMORES 4661
- 913 CRANEEO BIFIDO O ENCEFALOCELE**
DESEADA PRIETO RODRIGUEZ Y MARÍA BEGOÑA NAVES
ALVAREZ 4665
- 914 MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**
MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ 4669

- 915 RIESGO DE CAÍDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
LUCIA GÓMEZ GONZALEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES,
CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ Y MARÍA ELENA CABERO
FERNANDEZ 4675
- 916 COLOCACIÓN DE ARPÓN MEDIANTE MAMOGRAFÍA EN LA
LOCALIZACIÓN DE LESIONES NO PALPABLES**
PABLO LOZA ROMERO 4679
- 917 EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN
EL ÁMBITO QUIRÚRGICO**
TAMARA GARCÍA GÓMEZ, ANA ISABEL ARÉVALO MURCIEGO Y
NATALIA GARCIA ANTUÑA 4683
- 918 LÍQUIDO SINOVIAL**
MARTA VELASCO ARRANZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO
GARCÍA, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZALEZ
LOPEZ Y EVA GARCÍA ALONSO 4687
- 919 ESTUDIO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR).**
ELENA GONZALEZ LOPEZ, EVA GARCÍA ALONSO, MARTA
VELASCO ARRANZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA Y
ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS 4693
- 920 RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ, CRISTINA SUAREZ
RODRIGUEZ, PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES Y LUCIA GÓMEZ
GONZALEZ 4699
- 921 SÍNDROME BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS**
RAFAEL LENDINES NAVAJAS, BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ,
CARMEN MAQUEDA VILLAREJO, DIEGO PEÑARANDA PALOMINO
Y ALMUDENA LUQUE HERNÁNDEZ 4705
- 922 ABLACIÓN DE TUMORES HEPÁTICOS MEDIANTE
RADIOFRECUENCIA PERCUTÁNEA GUIADA POR ECOGRAFÍA**
ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, REBECA RODRÍGUEZ
RODRÍGUEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ
GARCÍA Y MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ 4709

- 923 **LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA, QUE ES Y PARA QUE SIRVE**
ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, REBECA RODRÍGUEZ
RODRÍGUEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ
GARCÍA Y MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ 4715
- 924 **APLICACIONES DEL CB/CT (TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA
DE HAZ CONICO) EN ENDODONCIA**
ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA
JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y
REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 4719
- 925 **LA ORTOPANTOMOGRFÍA DIGITAL Y LOS DIAGNÓSTICOS
MÁS HABITUALES REALIZADOS A PARTIR DE ESTE TIPO DE
PRUEBA RADIOLÓGICA**
ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA
JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y
REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 4725
- 926 **ENEMA OPACO Y COLONO TAC: PROCEDIMIENTO,
DIFERENCIAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
RAQUEL PEREZ PEREZ, RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, JOSE
ANGEL ROCHA IGLESIAS, CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ Y
ANGELA LÓPEZ SUÁREZ 4733
- 927 **LA TOMOGRFÍA AXIAL COMPUTARIZADA COMO MÉTODO
DE DIAGNÓSTICO EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN
NIÑOS**
VICENTE SUSTAETA CALZADO, VIRGINIA CAMPELO PANTIGA,
NAZARET GARCÍA INSUNZA Y LAURA ALVAREZ 4739
- 928 **TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS: SÍNDROME MIELODISPLÁSICO**
DAVINIA BRAVO ALVAREZ, NEREA ÁLVAREZ ÁLVAREZ, OMAR
GONZÁLEZ DÍAZ, MANUEL IBÁÑEZ SÁNCHEZ Y DARIANA
BATISTA BETANCOURT 4743
- 929 **LA ANGIOGAMMAGRAFÍA CARDIACA DE PRIMER PASO**
SONIA MARIA ORTEGA MORALES 4753
- 930 **LA VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA**
SONIA MARIA ORTEGA MORALES 4755

931	TÉCNICAS RADIOACTIVAS EN NEUMOLOGÍA SONIA MARIA ORTEGA MORALES	4757
932	METABOLISMO DE LA GLUCOSA SERGIO VELILLA CRESPO	4759
933	PARASITOLOGÍA: ÁSCARIS LUMBRICOIDES SERGIO VELILLA CRESPO	4761
934	CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS HELMINTOS SERGIO VELILLA CRESPO	4763
935	PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES YESICA DIAZ ROCES, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO Y COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ	4765
936	LA RESISTENCIA MICROBIANA A LOS ANTIBIÓTICOS. DIEGO PINTO CASTRILLÓN	4769
937	HISTORIA Y AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL VIH DIEGO PINTO CASTRILLÓN	4773
938	ASERTIVIDAD, ESCUCHA ACTIVA Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA Y VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA	4779
939	LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN TOMOGRFÍA COMPUTARIZADA ANA MENÉNDEZ JARDÓN, SAUL TUÑON MENENDEZ, REBECA FERNÁNDEZ SANCHO Y ELENA GONZALEZ LOPEZ	4783
940	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN ELENA GONZALEZ LOPEZ, ANA MENÉNDEZ JARDÓN, SAUL TUÑON MENENDEZ Y REBECA FERNÁNDEZ SANCHO	4787

- 941 **OSTEOPOROSIS POR DENSITOMETRÍA ÓSEA**
REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS,
SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ Y ANA
ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ 4791
- 942 **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA INFANTIL**
NAZARET GARCÍA INSUNZA, LAURA ALVAREZ, VIRGINIA
CAMPELO PANTIGA Y VICENTE SUSTAETA CALZADO 4797
- 943 **ARTROSCOPIA DE HOMBRO**
YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE, MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ
GARCÍA, ALBERTO DÍAZ GARCÍA, EVA MARIA FERNÁNDEZ
GARCÍA Y LAURA GONZÁLEZ DÍAZ 4801
- 944 **CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE
PATOLOGÍAS RENALES**
MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA, ALBERTO DÍAZ GARCÍA,
EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA, LAURA GONZÁLEZ DÍAZ Y
YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE 4805
- 945 **APORTACIÓN DEL PET/TAC 18F-COLINA EN EL CANCER DE
PRÓSTATA**
EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA, LAURA GONZÁLEZ DÍAZ,
YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE, MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ
GARCÍA Y ALBERTO DÍAZ GARCÍA 4811
- 946 **EVALUACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA**
SABRINA ZANGO POZO, NEREA MORAIS ALVAREZ Y MIRIAN
VILLANUEVA SÁNCHEZ 4817
- 947 **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MEDIO
HOSPITALARIO**
PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES 4827
- 948 **ESTUDIO DEL SISTEMA URINARIO: ¿UROGRAFÍA O UROTAC?**
TAMARA GARCÍA GÓMEZ 4831

949	VALORACIÓN DE ESCOLIOSIS A TRAVÉS DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL TAMARA GARCÍA GÓMEZ	4835
950	EL LAVADO DE MANOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ	4839
951	REVISIÓN SOBRE LOS PRINCIPIOS FÍSICOS DEL PET EN MEDICINA NUCLEAR RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS	4843
952	EQUIPOS DE RAYOS X QUIRÚRGICOS: ARCO EN "C" LAURA ALVAREZ, NAZARET GARCÍA INSUNZA, VICENTE SUSTAETA CALZADO Y VIRGINIA CAMPELO PANTIGA	4849
953	LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE). YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE, MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA, ALBERTO DÍAZ GARCÍA, EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA Y LAURA GONZÁLEZ DÍAZ	4853
954	LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL "SITUS INVERSUS" SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y ROCÍO GARCÍA FRANCOS	4857
955	OBSERVACIÓN DE LAS VENAS EN RADIOLOGÍA POR FLEBOGRAFIA MARIA ISABEL GARCIA BLANCO Y NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA	4861
956	PARASITOS ESTEFANIA MARENTES MENENDEZ	4865
957	TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN EL HOSPITAL MARIA ISABEL GARCIA BLANCO Y NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA	4867
958	TÉCNICA DEL ESPUTO INDUCIDO MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ	4871

- 959 **ENDOMETRIOSIS OVÁRICA PERFIL RADIOLÓGICO**
MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ Y DESEADA PRIETO
RODRIGUEZ 4877
- 960 **¿QUÉ ES LA RADIOLOGÍA DENTAL?**
TAMARA GARCÍA GÓMEZ Y ANA ISABEL ARÉVALO MURCIEGO 4881
- 961 **EL LABORATORIO CLÍNICO: GARANTÍA DE SEGURIDAD PARA
EL PACIENTE**
SABRINA ZANGO POZO, NEREA MORAIS ALVAREZ Y MIRIAN
VILLANUEVA SÁNCHEZ 4885
- 962 **RADIOLOGÍA CONVENCIONAL Y DIGITAL**
JORGE SAL GARCIA 4893
- 963 **ENTORSIS DE RODILLA REQUIERE DE RESONANCIA
MAGNÉTICA**
JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ, SERGIO SAMPEDRO
FERNANDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO Y AROA IGLESIAS
MARTÍNEZ 4895
- 964 **INTERVENCIONISMO ABDOMINAL: COLANGIOGRAFÍA
TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA.**
ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, RAQUEL ALONSO ALONSO,
COVADONGA ARAUJO SUAREZ Y AIDA GOMEZ COYA 4897
- 965 **LOCALIZACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA CON ISÓTOPOS
RADIOACTIVOS**
EVA MARÍA FERNÁNDEZ GARCÍA, LAURA GONZÁLEZ DÍAZ,
YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE, MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ
GARCÍA Y ALBERTO DÍAZ GARCÍA 4899
- 966 **DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE COLLES MEDIANTE
TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS**
SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO,
JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ Y ANGELA BAÑOS TRABANCO 4903
- 967 **EXAMEN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO**
JENNIFER GARCÍA LÓPEZ, ANDREA DÍAZ PARIENTE, ESTELA
LÓPEZ CANO Y NOELIA CARBAJAL GARCÍA 4907

968	LA CARIES DESDE LA INFANCIA MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ	4913
969	LA PERIODONTITIS EN LA EDAD ADULTA MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ	4919
970	EL USO DE GUANTES EN EL AMBIENTE SANITARIO ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA Y ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR	4923
971	ESTUDIO DE LAS MAMAS CON RESONANCIA MAGNÉTICA ELENA DÍAZ ALONSO	4925
972	ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA, ALBERTO DÍAZ GARCÍA, EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA, LAURA GONZÁLEZ DÍAZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE	4929
973	PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA LA VALORACIÓN DEL APARATO EXCRETOR LAURA GONZÁLEZ DÍAZ, YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE, MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA, ALBERTO DÍAZ GARCÍA Y EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA	4937
974	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMÁGEN EN PACIENTE CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES ROSANA VALDÉS, MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA, MARIA RIESGO RODRIGUEZ Y NATALIA TAMÉS RIESGO	4943
975	ESTUDIO DEL TÓRAX POR URGENCIAS MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN ZAIRA MARÍA DORESTE GONZÁLEZ, GLORIA CORTES MENDEZ, MARÍA EMILIA ALVAREZ PALACIOS Y PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ	4947
976	ACTIVÍMETRO JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ	4953

977	RADIACIÓN: FUENTES Y TIPOS. JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ	4957
978	LOS HEMOCULTIVOS ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ	4965
979	DISEÑO DE UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ	4969
980	UTILIZACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA LAURA BLANCO PANCORBO	4977
981	EL CANCER DE RECTO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO SARA LOZANO MERA	4981
982	ANEURISMA ABDOMINAL DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA SARA LOZANO MERA	4983
983	APLICACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN PEDIATRÍA LAURA BLANCO PANCORBO	4985
984	CANCER DE MAMA OCULTO - IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES SARA LOZANO MERA	4989
985	REALIZACIÓN DE UNA UROGRAFIA DARIO DIAZ MENENDEZ Y DANIEL GARCÍA VALLINA	4991
986	ESTUDIO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ	4995
987	ESTUDIO DEL TÓRAX MEDIANTE TAC NATALIA TOCINO PRIETO Y ADRIÁN SUÁREZ MERINO	4999

- 988 REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE UTILIZADOS EN RADIOLOGÍA**
VANESA ARJONA TUYA, ELIZABETH TRILLO GONZALEZ,
EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS Y PABLO MACHO
JUNQUERA 5001
- 989 SEGURIDAD LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
RAQUEL GONZALEZ GARCIA, LAURA DIAZ MAYO, MARIA BEJAR
PEREZ, MELISA SALINAS RÍOS Y SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ 5005
- 990 LAS RADIACIONES IONIZANTES EN UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA**
MARCOS SANCHEZ CASERO 5009
- 991 EVOLUCIÓN DE UNA ESTENOSIS AÓRTICA.**
MARIA LANA FERNÁNDEZ Y JULIA ÁLVAREZ PEREIRA 5011
- 992 BIOPSIA TRANSRECTAL GUIADA POR ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DE DETECCIÓN DE CANCER DE PROSTATA**
SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA
GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ Y
ROCÍO GARCÍA FRANCOS 5015
- 993 VARIEDAD ANATÓMICA EN EL PECTUM EXCAVATUM.**
ANA ISABEL ARÉVALO MURCIEGO 5021
- 994 DEBERES DEL TRABAJADOR DE UN HOSPITAL EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**
DANIEL SAMPAYO IGLESIAS, MIGUEL MOLINA MENÉNDEZ,
LORENA LÓPEZ CERÓN Y ANA ISABEL VIJANDE ANGEL 5023
- 995 LA COMUNICACIÓN BILATERAL: UN ASPECTO CLAVE PARA EL PERSONAL SANITARIO**
SUSANA GALÁN SERRANO, MANUEL GÓMEZ MURIAS, MARÍA
AQUILINA MURIAS RICO Y MARÍA TERESA BELLO SOUTO 5029
- 996 EL ENEMA OPACO.**
ADRIÁN SUÁREZ MERINO Y NATALIA TOCINO PRIETO 5033

- 997 ESOFAGOGRAMA.**
ADRIÁN SUÁREZ MERINO Y NATALIA TOCINO PRIETO 5037
- 998 CÓMO SON LOS MARCADORES TUMORALES**
ALMUDENA SUERO ALVAREZ, EVA PILOÑETA GONZALEZ,
HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ Y VANESSA RODRIGUEZ
GARCIA 5041
- 999 NORMAS DE PROTECCIÓN ANTE EXPOSICIONES CASUALES DE
SANGRE Y/O FLUIDOS CORPORALES EN EL SECTOR SANITARIO.**
MARIA RIESGO RODRIGUEZ, MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA Y
NATALIA TAMÉS RIESGO 5045
- 1000 LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA (LLA)**
VANESSA RODRIGUEZ GARCIA, HECTOR FERNANDEZ
FERNANDEZ, EVA PILOÑETA GONZALEZ Y ALMUDENA SUERO
ALVAREZ 5049
- 1001 CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁREA DE LA SALUD**
JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN, SONIA PACHON MOYANO, ANA
MARIA PACHON MOYANO Y VANESSA GARCIA SUAREZ 5053
- 1002 EL DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DE COLLES MEDIANTE
RADIOGRAFÍA**
ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL, ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL,
ROSA MAR NIETO MORAN Y FRANCISCA TORRU BEJAR 5057
- 1003 LA ECO DOPPLER EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS
VENOSA PROFUNDA**
ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL, ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL Y
ROSA MAR NIETO MORAN 5061
- 1004 LA DESCONOCIDA SALUD LABORAL**
MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, ELIZABET GARCIA
GRANDA, PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, ESTEFANIA BLANCO
GARCÍA Y RAQUEL RUIZ TURRADO 5067

- 1005 ANÁLISIS DE ORINA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. URINOCULTIVO.**
ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE, ALICIA VALLES TORRICO,
MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ, M.AMPARO RODRIGUEZ
BRAGA Y INMACULADA JUNCO LARIA 5071
- 1006 HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SOLIDOS I "COMPLEJO PRINCIPAL DE HISTOCOMPATIBILIDAD, ALORESPUESTA Y RECHAZO INMUNOLÓGICO"**
REYES CARVAJAL PALAO, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO, MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ, MARÍA PANDO SANDOVAL Y MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ 5075
- 1007 HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL TRASPLANTE DE ORGANOS SOLIDOS II "METODOLOGÍAS DE GENOTIPADO HLA"**
REYES CARVAJAL PALAO, MARÍA PANDO SANDOVAL, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO, MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ Y MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ 5083
- 1008 HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SOLIDOS III "METODOLOGÍA DE DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS"**
REYES CARVAJAL PALAO, MARÍA PANDO SANDOVAL, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO, MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ Y MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ 5089
- 1009 LAVADO PUNCIÓN - ASPIRACIÓN DE CALCIFICACIONES EN EL HOMBRO GUIADO POR ECOGRAFÍA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR (TSID Y MN).**
NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ, ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ-PACHECO, BELEN GALAN ALVAREZ Y ANDREA GONZALEZ GARCIA 5095
- 1010 PRL: INFECCIONES NOSOCOMIALES, NORMAS DE HIGIENE PARA TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL SANITARIO Y NO SANITARIO**
MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA, ROSANA VALDÉS, NATALIA TAMÉS RIESGO Y MARIA RIESGO RODRIGUEZ 5101

1011 RECONSTRUCCIÓN DE UNA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA LAURA BLANCO PANCORBO	5105
1012 APLICACIONES DEL TC EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA BELEN GALAN ALVAREZ, ANDREA GONZALEZ GARCIA, NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ Y ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO	5109
1013 HEMOCROMATOSIS Y SU IMPORTANCIA DIAGNOSTICA . VANESA BLANCO ESPEJO Y SARA LOZANO MERA	5115
1014 FRACTURAS POR STRESS VANESA BLANCO ESPEJO Y SARA LOZANO MERA	5119
1015 LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL: TORAX Y ABDOMEN RAQUEL ALONSO ALONSO, COVADONGA ARAUJO SUAREZ, AIDA GOMEZ COYA Y ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ	5121
1016 TAC DE ARTERIAS PULMONARES EN LA PATOLOGÍA DEL TROMBOEMBOLISMO ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL, ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL, ROSA MAR NIETO MORAN Y FRANCISCA TORRU BEJAR	5125
1017 EL USO DE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES IMPLANTADOS ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL, ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL, ROSA MAR NIETO MORAN Y FRANCISCA TORRU BEJAR	5129
1018 ESTUDIO DE LAS VIAS URINARIAS. PIELOGRAFIA RETROGRADA O ASCENDENTE. RAQUEL ALONSO ALONSO, COVADONGA ARAUJO SUAREZ, AIDA GOMEZ COYA Y ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ	5133
1019 ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA - TÉCNICAS NOVEDOSAS. VANESA BLANCO ESPEJO Y SARA LOZANO MERA	5135
1020 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL QUIRÓFANO LIDIA RODRIGUEZ CADENAS	5139

- 1021 ARTEFACTOS EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA**
PABLO MACHO JUNQUERA, VANESA ARJONA TUYA, ELIZABETH
TRILLO GONZALEZ Y EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS 5145
- 1022 QUE ES LA ACREDITACIÓN JOINT COMISSION INTERNACIONAL
EXPLICADA POR UN TÉCNICO ESPECIALISTA EN
RADIODIAGNÓSTICO**
MARIA JOSEFA FERNÁNDEZ ROSAL 5151
- 1023 DIAGNOSTICO DE ANEMIAS EN EL LABORATORIO**
MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ, M.AMPARO RODRIGUEZ
BRAGA, INMACULADA JUNCO LARIA, ALMUDENA GUTIÉRREZ
ALLENDE Y ALICIA VALLES TORRICO 5155
- 1024 PRUEBAS DE LABORATORIO Y EMBARAZO.**
ALICIA VALLES TORRICO, MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ,
M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA, INMACULADA JUNCO LARIA Y
ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE 5161
- 1025 DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN**
CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZALEZ GONZALEZ,
CRISTINA ARCE DÍAZ Y JOANA SERRANO ORTIZ 5167
- 1026 DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA**
CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZALEZ GONZALEZ,
CRISTINA ARCE DÍAZ Y JOANA SERRANO ORTIZ 5171
- 1027 ECOGRAFÍA ESCROTAL**
ADRIÁN SUÁREZ MERINO Y NATALIA TOCINO PRIETO 5177
- 1028 RIESGOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA REALIZACIÓN DE
UNA AUTOPSIA.**
ANGELA HERNANDO TEMPRANA Y LUZ PEREZ GONZALEZ 5179
- 1029 AISLAMIENTO PROTECTOR O INVERSO. RECURSOS
MATERIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION**
PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES 5185

1030 AISLAMIENTO CUTÁNEO-MUCOSO. RECURSOS MATERIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION. PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES	5189
1031 PATOLOGÍA LITIASICA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ, BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ Y VANESA CANDANO GARRIDO	5193
1032 FRACTURA DE CADERA BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ, VANESA CANDANO GARRIDO Y CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ	5197
1033 NODULO BENIGNO EN MAMA: FIBROADENOMA. CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ, BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ Y VANESA CANDANO GARRIDO	5199
1034 TAC TEPA BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ, VANESA CANDANO GARRIDO Y CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ	5201
1035 TAC ABDOMEN PEDIATRICO VANESA CANDANO GARRIDO, CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ Y BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ	5203
1036 TAC DE TÓRAX VANESA CANDANO GARRIDO, BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ Y CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ	5205
1037 LA ARTICULACIÓN DEL CODO: CONSIDERACIONES RADIOLÓGICAS NATALIA TOCINO PRIETO Y ADRIÁN SUÁREZ MERINO	5207
1038 INTERVENCIONISMO MAMARIO GUIADO CON IMAGEN ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO, RAQUEL RUIZ TURRADO, ESTEFANIA BLANCO GARCÍA, ELIZABET GARCIA GRANDA Y PATRICIA MARTINEZ GARCÍA	5211
1039 LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO NURIA PELÁEZ FERNÁNDEZ	5215

1040 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE HOSPITALIZADO ULISES GARZÓN DÍAZ	5223
1041 LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES. ALEJANDRO MARTIN MANJON	5227
1042 LA GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO, GEMMA ARIAS ALVAREZ Y MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ	5233
1043 EL LAVADO DE MANOS HOSPITALARIO ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO, MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ Y GEMMA ARIAS ALVAREZ	5237
1044 LA ASERTIVIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO JOSE MANUEL GARCIA PEREZ Y BENJAMIN CASTAÑO COTA	5241
1045 COMUNICACIÓN SANITARIA ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA, SONIA MARIA PLAZA GARCIA Y MARGARITA SERRANO SUAREZ	5247
1046 MEDIDAS DE HIGIENE EN HOSPITALES MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA, SONIA MARIA PLAZA GARCIA, MARGARITA SERRANO SUAREZ Y ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ	5253
1047 FATIGA FÍSICA DEL PERSONAL DE LOS HOSPITALES VERONICA VILLA CASTRESANA	5259
1048 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS LYDIA WARNER PALLAS, MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ Y ELENA VIDAL GARCIA	5263
1049 ASEPSIA Y VESTIMENTA DEL CELADOR DE QUIRÓFANO MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ, LYDIA WARNER PALLAS Y ELENA VIDAL GARCIA	5267

- 1050 LA MULTIDISCIPLINARIDAD PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
MONICA AMADO MENÉNDEZ, MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ,
LETICIA AMADO MENÉNDEZ, ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ Y
VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ 5271
- 1051 PAPEL DEL CELADOR PARA PREVENIR LOS RIESGOS
LABORALES EN QUIRÓFANO**
ELENA VIDAL GARCIA, LYDIA WARNER PALLAS Y MARÍA JESUS
ÁLVAREZ PÉREZ 5275
- 1052 EL CELADOR EN EL CENTRO HOSPITALARIO, TRASLADO Y
MOVILIDAD DE LOS MISMOS.**
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ Y YOLANDA LOPEZ
RODRIGUEZ 5279
- 1053 EL CELADOR EN ATENCION PRIMARIA**
JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ Y YOLANDA LOPEZ
RODRIGUEZ 5283
- 1054 IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL CELADOR.**
PATRICIA ISABEL PIRES PELÁEZ, CARMEN VERÓNICA HERRANZ
PELÁEZ Y DIANA HERNÁNDEZ MONTERO 5287
- 1055 TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS**
VERONICA VILLA CASTRESANA 5291
- 1056 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUATRIA**
YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ Y JUAN CARLOS TOLIVIA
FERNANDEZ 5295
- 1057 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO.**
CARMEN VERÓNICA HERRANZ PELÁEZ, PATRICIA ISABEL PIRES
PELÁEZ Y DIANA HERNÁNDEZ MONTERO 5297
- 1058 EL /LA CELADOR/A Y SU TRABAJO ENTORNO A LA
OXIGENOTERAPIA**
MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ
CASTELLANOS, RAQUEL CAMPORRO LLANA, MARÍA SUÁREZ
DÍAZ Y NATALIA CASTRO LÓPEZ 5301

1059 FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO FERNANDO CARBALLO COYA	5307
1060 MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y POSTQUIRÚRGICOS PARA CELADORES MONICA SÁNCHEZ CARCABA Y JAVIER VÁZQUEZ RUIZ	5311
1061 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS HOSPITALARIOS MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ	5317
1062 EL CELADOR ANTE EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO MONICA SÁNCHEZ CARCABA Y JAVIER VÁZQUEZ RUIZ	5321
1063 HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE MONICA SÁNCHEZ CARCABA Y JAVIER VÁZQUEZ RUIZ	5325
1064 BURNOUT Y EL PERSONAL NO SANITARIO MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ Y ELENA URÍA CUERVO	5329
1065 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL MARÍA SUÁREZ DÍAZ, RAQUEL CAMPORRO LLANA, NATALIA CASTRO LÓPEZ, MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS	5333
1066 LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA MARÍA SUÁREZ DÍAZ, RAQUEL CAMPORRO LLANA, NATALIA CASTRO LÓPEZ, MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS	5339
1067 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ Y JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ	5345
1068 LA VACUNACION DEL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO ELENA URÍA CUERVO, MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ Y VERONICA MENENDEZ FEITO	5347

- 1069 ESTUDIO SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES DORSO-LUMBARES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DE LOS CELADORES DE LA CUARTA PLANTA DEL HOSPITAL VITAL ALVAREZ BUYLLA.**
MARIA ELENA JUBERÍAS AMO Y MARIA SOL GONZALEZ LLANOS 5351
- 1070 LA IMPORTANCIA DE LA MECÁNICA CORPORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARGARITA SERRANO SUAREZ, ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA Y SONIA MARIA PLAZA GARCIA 5355
- 1071 CELADOR EN SERVICIO DE URGENCIAS**
MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ, ELENA URÍA CUERVO Y VERONICA MENENDEZ FEITO 5357
- 1072 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALUD HOSPITALARIA**
RUBÉN LAGAR OSORIO Y LUCIA COUSO MENENDEZ 5361
- 1073 RIESGOS LABORALES ERGONÓMICOS DEL PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS**
JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO, PATRICIA VILLAMIL GARCÍA, ROSA MARIA LOPEZ COSMEA, ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ Y ROSARIO ANA MENÉNDEZ BLANCO 5367
- 1074 COMUNICACIÓN Y EMPATÍA DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL PACIENTE EN EL ENTORNO SANITARIO**
CRISTINA GONZALEZ 5375
- 1075 DOS YO**
SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE 5379
- 1076 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**
LUCIA COUSO MENENDEZ Y RUBÉN LAGAR OSORIO 5383

1077 COMO UTILIZA UN CELADOR LA PULSERA ELECTRONICA O IDENTIFICATIVA MARGARITA CISNEROS GONZALEZ	5389
1078 MOVILIZACIÓN DEL CELADOR A PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR. MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ, LUIS BUENO PAZ, ELIAS GUTIERREZ GONZALEZ Y LYS VÁZQUEZ MARTÍN	5393
1079 EL CELADOR EN REHABILITACIÓN PEDRO SUAREZ SUAREZ, JOSE MARTINEZ FERNANDEZ, MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN Y AVELINA INFANTES LOPEZ	5397
1080 CELADOR EN LA SALA DE URGENCIAS PEDRO SUAREZ SUAREZ, MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN, JOSE MARTINEZ FERNANDEZ Y AVELINA INFANTES LOPEZ	5401
1081 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN JUAN JOSÉ DOGLIO	5403
1082 LAS COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO. JUAN JOSÉ DOGLIO	5405
1083 EL CELADOR Y LOS CAMBIOS POSTURALES. JUAN JOSÉ DOGLIO	5407
1084 COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL QUIROFANO JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ	5409
1085 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. PILAR DE LA TORRE GONZALEZ, JORGE MARCOS RODRÍGUEZ, RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ, LAURA LÓPEZ SAMPEDRO Y NURIA NOGALES URDIALES	5411
1086 LA PRESIÓN ASISTENCIAL, UN MAL DE LA SANIDAD PÚBLICA. NURIA NOGALES URDIALES, PILAR DE LA TORRE GONZALEZ, JORGE MARCOS RODRÍGUEZ, RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ Y LAURA LÓPEZ SAMPEDRO	5417

1087 DERECHO A LA INTIMIDAD EN LOS HOSPITALES MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ, VERONICA MENENDEZ FEITO Y ELENA URÍA CUERVO	5421
1088 VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL AMBITO SANITARIO ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS	5425
1089 CELADOR ANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO FERNANDO CARBALLO COYA	5433
1090 ACCIONES ÉTICAS DEL ADMINISTRATIVO PARA FAVORECER LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ, MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO, SERVANDO GARCIA FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO Y JULIA RODRIGO SORDO	5437
1091 TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES REALIZADOS POR EL CELADOR PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS A PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS. SILVIA BENAVIDES DIEZ Y VANESA SUAREZ MENDEZ	5441
1092 LA ASEPSIA EN LOS HOSPITALES E INSTITUCIONES SANITARIAS PABLO NIETO PEREZ	5445
1093 LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES PABLO NIETO PEREZ	5449
1094 CELADOR EN SU FUNCIÓN DE VIGILANCIA NATALIA CASTRO LÓPEZ, MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO, MARÍA SUÁREZ DÍAZ, RAQUEL CAMPORRO LLANA Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS	5453
1095 EL CELADOR EN QUIRÓFANO ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ, MANUEL OSACAR GONZÁLEZ, GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ Y MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE	5459

1096 FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACEN SARAI MARTIN CALDERERO, NATALIA MENÉNDEZ PALICIO, NATALIA CASTRO LÓPEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS Y MARÍA SUÁREZ DÍAZ	5467
1097 MEDIDAS QUE DEBE ADOPTAR EL CELADOR EN LOS AISLAMIENTOS JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ	5473
1098 EL CELADOR DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ Y ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN	5475
1099 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ	5481
1100 CELADOR DE UCI Y PRECAUCIONES RESPECTO DEL APARATAJE Y DEMÁS ELEMENTOS LIDIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN	5483
1101 EL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS HOSPITALARIOS (ATENCIÓN ESPECIALIZADA) Y EL AUX. ADMINISTRATIVO RUBÉN LAGAR OSORIO Y LUCIA COUSO MENENDEZ	5487
1102 LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL EN EL AMBITO SANITARIO ELENA URÍA CUERVO, VERONICA MENENDEZ FEITO Y MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ	5495
1103 EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE VANESA SUAREZ MENDEZ Y SILVIA BENAVIDES DIEZ	5499
1104 EL CELADOR EN EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ Y ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN	5505
1105 NOCIONES BÁSICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) JAVIER VÁZQUEZ RUIZ Y MONICA SÁNCHEZ CARCABA	5511

- 1106 ERGONOMÍA Y PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL PARA EL CELADOR**
JAVIER VÁZQUEZ RUIZ Y MONICA SÁNCHEZ CARCABA 5517
- 1107 MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE ADMISIÓN DE RADIOLOGÍA (PERSONAL NO SANITARIO): AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ 5523
- 1108 FUNCIONES DE UN CELADOR HOSPITALARIO REALIDAD-BUROCACIA**
ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA, BEGOÑA COLLAR ALVES Y ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ 5527
- 1109 LA IMPORTANCIA DE LA PROTECCION DE DATOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO**
MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO, JULIA RODRIGO SORDO, MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ, MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO Y SERVANDO GARCIA FERNANDEZ 5533
- 1110 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN**
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Y CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ 5537
- 1111 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS DEL HOSPITAL**
MILAGROS BAYÓN ALVAREZ, SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ Y MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ 5541
- 1112 EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS**
MILAGROS BAYÓN ALVAREZ, SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ Y MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ 5543
- 1113 CALIDAD EN INSTITUCIONES SANITARIAS**
ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS 5545
- 1114 LA CONFIDENCIALIDAD EN EL TRABAJO**
JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 5551

- 1115 EL CELADOR EN RELACION CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TECNICAS DE MOVILIZACION DE PACIENTES.**
GABRIELA DÍAZ GARCÍA Y HECTOR FERNANDEZ GARCIA 5555
- 1116 ERGONOMÍA**
LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ 5561
- 1117 FUNCIONES DE VIGILANCIA DEL CELADOR**
BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS, SILVIA MEANA GOMEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS 5565
- 1118 CELADOR. TÉCNICAS DE ARREGLO DE CAMA**
GABRIELA DÍAZ GARCÍA Y HECTOR FERNANDEZ GARCIA 5569
- 1119 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS**
ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS, BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS Y SILVIA MEANA GOMEZ 5575
- 1120 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR CON DISPOSITIVO DE GRÚA**
MARGARITA CISNEROS GONZALEZ 5579
- 1121 LA TURNICIDAD LABORAL Y LAS REPERCUSIONES PARA LA SALUD**
ELENA URÍA CUERVO, MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ Y VERONICA MENENDEZ FEITO 5581
- 1122 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA HABITACIÓN DEL ENFERMO**
MARINO ARECES FERNÁNDEZ 5585
- 1123 LABOR DEL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO**
GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA BEJAR PEREZ, LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN Y PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ 5589

- 1124 INTIMIDAD & CONFIDENCIALIDAD ENTRE EL PACIENTE Y EL ADMINISTRATIVO SANITARIO**
GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA BEJAR PEREZ,
LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN Y
PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ 5593
- 1125 EL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN**
DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ 5597
- 1126 SITUACIONES DE CONFLICTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO**
CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ 5601
- 1127 CELADORES, ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL BURNOUT**
JOSE IVAN ARIAS LLANO 5607
- 1128 MEDIDAS HOSPITALARIAS PREVENTIVAS PARA EL SCA.**
ISMAEL RIVAS CABALLERO Y SILVIA ARIAS FUENTES 5611
- 1129 EXTINCIÓN DE CONATOS DE INCENDIOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO**
LEIRE HORNAS FERNANDEZ, ARANZAZU PRADA DIAZ, NAIARA
MARTIN LOPEZ, SECUNDINO CUERVO RODILES Y EVA MARIA
BERNARDO SUÁREZ 5617
- 1130 EL CELADOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS**
ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA, ROCÍO MÉNDEZ
GONZALEZ Y BEGOÑA COLLAR ALVES 5623
- 1131 ¿CÓMO ACTUAR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO?**
VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ Y CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ 5629
- 1132 IMPORTANCIA DE LA CORRECTA MOVILIZACIÓN COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DIRIGIDO A CELADORES**
RICARDO GUILLÉN IGLESIAS, PABLO ÁLVAREZ SALCEDO,
ALEJANDRO GARCÍA VELASCO, SONIA FERREIRO SIMON Y
IGNACIO SASTRE FALCÓN 5635

- 1133 PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL HOSPITALARIO**
SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ Y CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ 5643
- 1134 EL CELADOR EN PLANTA Y SU IMPORTANCIA EN EL SISTEMA HOSPITALARIO**
ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO, VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ, MARÍA SIDA HEVIA MALLADA Y NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN 5651
- 1135 PREVENCIÓN PARA EVITAR CAÍDAS EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.**
ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO, VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ, MARÍA SIDA HEVIA MALLADA Y NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN 5655
- 1136 ADMISIÓN DE URGENCIAS (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO) AUXILIAR ADMINISTRATIVO: DESINFECCIÓN DE MANOS Y USO DE MASCARILLA**
TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ, SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, BIBIANA NUÑO PEREZ Y CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ 5659
- 1137 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SALAS DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS.**
MARIA DOLORES RODRIGUEZ MUÑIZ 5663
- 1138 TRABAJAR CON EL CORAZÓN: EMPATÍA CON EL PACIENTE**
MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO Y ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ 5667
- 1139 EL CELADOR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO**
ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ, ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA Y BEGOÑA COLLAR ALVES 5671
- 1140 HIGIENE HOSPITALARIA: MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE EL RIESGO BIOLÓGICO, MINIMIZAR EL POSIBLE CONTAGIO ENTRE EL PERSONAL Y EL PACIENTE EN AISLAMIENTO DE CONTACTO**
SARA SÁNCHEZ VELASCO Y MARTA SUÁREZ PÉREZ 5677

- 1141 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON UN PACIENTE EN FASE
TERMINAL Y POSTMORTEM**
VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ, MARÍA SIDA HEVIA MALLADA,
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA Y ANGELA GRACIELA SEOANE
VERDASCO 5683
- 1142 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
REHABILITACION**
VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ, MARÍA SIDA HEVIA MALLADA,
MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA Y ANGELA GRACIELA SEOANE
VERDASCO 5687
- 1143 FUNCIONES DEL CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN.**
JOSE DIAZ FERNANDEZ 5691
- 1144 FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN QUIROFANO**
MARÍA SONÍA ORTIZ TEJÓN 5693
- 1145 RIESGOS LABORALES EMERGENTES DE LOS PROFESIONALES EN
LA SANIDAD**
LAURA RODRIGUEZ PIÑERA, MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ
PIÑERA Y MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ 5695
- 1146 COMUNICACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES ENFERMOS
DE ALZHEIMER**
SONIA FERREIRO SIMON, RICARDO GUILLÉN IGLESIAS, PABLO
ÁLVAREZ SALCEDO, IGNACIO SASTRE FALCÓN Y ALEJANDRO
GARCÍA VELASCO 5703
- 1147 ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS POR PARTE DE LOS
PROFESIONALES DE UN HOSPITAL**
MARÍA TERESA BELLO SOUTO, SUSANA GALÁN SERRANO,
MANUEL GÓMEZ MURIAS Y MARÍA AQUILINA MURIAS RICO 5711
- 1148 CONSECUENCIAS DE UNA INCORRECTA MOVILIZACIÓN DEL
PACIENTE.**
MARÍA AQUILINA MURIAS RICO, MARÍA TERESA BELLO SOUTO,
SUSANA GALÁN SERRANO Y MANUEL GÓMEZ MURIAS 5715

- 1149 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL (SANITARIO Y NO SANITARIO).**
LORENA LÓPEZ CERÓN, ANA ISABEL VIJANDE ANGEL, DANIEL SAMPAYO IGLESIAS Y MIGUEL MOLINA MENÉNDEZ 5719
- 1150 EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**
MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA 5723
- 1151 ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.**
LUIS FERMIN CUEVA TORRE, MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ Y DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA 5725
- 1152 ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL ENFERMO MENTAL**
ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARIA MERCEDES BARRERO MORALES Y MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES 5729
- 1153 TAREAS BÁSICAS DEL CELADOR**
ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARIA MERCEDES BARRERO MORALES, CRISTINA PRADA LORENZO Y MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES 5733
- 1154 LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RESPECTO AL CELADOR, AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PERSONAL SANITARIO.**
BIBIANA NUÑO PEREZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ Y SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ 5739
- 1155 MEDIDAS QUE DEBE DE TOMAR UN CELADOR EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTOS DE ÁMBITO HOSPITALARIO.**
MARÍA SIDA HEVIA MALLADA, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA, NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN Y VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ 5743
- 1156 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PERSONAS MAYORES**
PABLO ÁLVAREZ SALCEDO, SONIA FERREIRO SIMON, IGNACIO SASTRE FALCÓN, ALEJANDRO GARCÍA VELASCO Y RICARDO GUILLÉN IGLESIAS 5747

- 1157 FUNCIÓN DE CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA
MARIA DOLORES RODRIGUEZ MUÑIZ 5753
- 1158 EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE. EL DERECHO A TOMAR
DECISIONES SOBRE SU SALUD.
MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, ILLAN SUÁREZ
RODRÍGUEZ Y MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA 5757
- 1159 COMO DEBE ACTUAR EL CELADOR EN EL TRASLADO DE
PACIENTES.
MARÍA SIDA HEVIA MALLADA, MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA,
NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN Y VIRTUDES CASTRO
RODRIGUEZ 5761
- 1160 EL PACIENTE TERMINAL ACTUACION DEL CELADOR.
VERONICA CALLEJA FERNANDEZ 5763
- 1161 EL CELADOR ANTE EL AISLAMIENTO DE PACIENTES
CONTAGIOSO
BEATRIZ RIO DIAZ, JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL Y LAURA
LIZCANO BARREIRA 5769
- 1162 PREVENCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA EN EL ÁMBITO
LABORAL
CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ Y JOSÉ ANTONIO
GONZÁLEZ RODRÍGUEZ 5773
- 1163 SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO: RECLAMACIONES,
QUEJAS Y SUGERENCIAS
MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA, MARÍA MARGARITA
ALONSO FERNÁNDEZ Y LAURA RODRIGUEZ PIÑERA 5777
- 1164 RIESGO DORSOLUMBAR EN PERSONAL HOSPITALARIO.
MARÍA YOLANDA GARCÍA VILLABRILLE Y SONIA LÓPEZ MARTÍN 5783
- 1165 RIESGOS POR EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS
MARÍA YOLANDA GARCÍA VILLABRILLE Y SONIA LÓPEZ MARTÍN 5789

1166	NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA. YESICA GARCÍA MAYO	5793
1167	DERECHO A LA INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS YESICA GARCÍA MAYO	5797
1168	MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE OBESO ADRIÁN ALONSO PERTIERRA Y JUAN MONTES MÁRMOL	5803
1169	LA COMUNICACIÓN ENTRE EL CELADOR Y EL PACIENTE GERIÁTRICO LAURA LIZCANO BARREIRA, BEATRIZ RIO DIAZ Y JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL	5805
1170	DERECHOS Y DEBERES EN LOS CENTROS SANITARIOS MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	5811
1171	HIGIENE PERSONAL Y ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO DEL CELADOR LAURA LIZCANO BARREIRA, BEATRIZ RIO DIAZ Y JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL	5815
1172	INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN EL AMBITO SANITARIO CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ	5821
1173	AGRESIVIDAD DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD ANTE EL PERSONAL NO SANITARIO. SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA	5827
1174	VIOLENCIA LABORAL- VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	5831
1175	LA HIGIENE HOSPITALARIA. VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ Y SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ	5835

1176 EL SINDROME DE BOURNOT EN EL ÁMBITO SANITARIO SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO Y ISABEL HERNANDEZ SALGUERO	5839
1177 SECUELAS EN LOS TURNOS DE NOCHE EN EL ÁMBITO SANITARIO SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO Y ISABEL HERNANDEZ SALGUERO	5841
1178 ACTITUD DEL NIÑO ANTE SU INGRESO HOSPITALARIO. RELACION DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL NIÑO HOSPITALIZADO Y SU FAMILIA DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA, LUIS FERMIN CUEVA TORRE Y MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ	5843
1179 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO Y ISABEL HERNANDEZ SALGUERO	5847
1180 RIESGOS BIOLÓGICOS EN CENTROS HOSPITALARIOS LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA	5849
1181 LA IMPORTANCIA EN EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO ISABEL HERNANDEZ SALGUERO Y SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO	5853
1182 MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON UN ELEVADOR HIDRÁULICO O GRUA ISABEL HERNANDEZ SALGUERO Y SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO	5855
1183 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS CIUDADANOS EN CENTROS SANITARIOS ROGELIO SANCHEZ VALLES Y ARACELI GARCIA RODRIGUEZ	5857
1184 LA ILUMINACIÓN EN EL TRABAJO HOSPITALARIO DAVID MARTÍNEZ NIETO, PAULA GARCIA MIRANDA, LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ Y LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ	5863

1185 HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD ROGELIO SANCHEZ VALLES Y ARACELI GARCIA RODRIGUEZ	5865
1186 LIDERAZGO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO ROGELIO SANCHEZ VALLES Y ARACELI GARCIA RODRIGUEZ	5869
1187 COLOCACION DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRURGICA MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA, NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN, ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO Y MARÍA SIDA HEVIA MALLADA	5875
1188 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CELADOR MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA, NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN, ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO Y MARÍA SIDA HEVIA MALLADA	5879
1189 EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES JESSICA PEÑA ALEA	5881
1190 FUNCIONES DEL CELADOR DESDE EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE HASTA SU TRASLADO A LA SALA DE AUTOPSIAS. JESSICA PEÑA ALEA	5885
1191 EL CELADOR EN LA INTIMIDAD CON EL PACIENTE Y EL SECRETO PROFESIONAL VERONICA CALLEJA FERNANDEZ	5889
1192 RELACIÓN ENTRE LAS FIGURAS DEL CELADOR Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA. DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ	5895
1193 EL CELADOR EN CENTROS HOSPITALARIOS NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN, ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO, VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ Y MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA	5901

- 1194 EL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**
ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARIA MERCEDES BARRERO
MORALES, MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES Y CRISTINA
PRADA LORENZO 5905
- 1195 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA**
JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL, LAURA LIZCANO BARREIRA Y
BEATRIZ RIO DIAZ 5909
- 1196 EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS**
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ, MARTA MARÍA
MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y AROA PELAEZ CANO 5913
- 1197 EL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA**
MARIA MERCEDES BARRERO MORALES, ANDRÉS UGIDOS
ZAPICO, MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES Y CRISTINA
PRADA LORENZO 5917
- 1198 EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y LOS CAMBIOS
POSTURALES DEL PACIENTE TERMINAL**
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ, AROA PELAEZ CANO Y
MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ 5921
- 1199 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN EL
ÁMBITO SANITARIO**
JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL, LAURA LIZCANO BARREIRA Y
BEATRIZ RIO DIAZ 5925
- 1200 EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO**
MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ, MONTSERRAT
MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y AROA PELAEZ CANO 5929
- 1201 LO QUE DEBE SABER EL PERSONAL NO SANITARIO DE LA
TARJETA SANITARIA**
HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, VANESA MONTES COLLÍA Y ANA
PILAR CARRERA GARCIA 5935
- 1202 MOVILIZACION Y TRASPORTE DEL PACIENTE.**
VERONICA CALLEJA FERNANDEZ 5939

- 1203 HIGIENE DEL CELADOR EN QUIROFANO**
HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, VANESA MONTES COLLÍA Y ANA
PILAR CARRERA GARCIA 5945
- 1204 COMUNICACIÓN Y EMPATÍA DEL CELADOR CON EL PACIENTE
TERMINAL**
AROA PELAEZ CANO, MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y
MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ 5949
- 1205 INFECCIÓN NOSOCOMIAL. EL CELADOR COMO VECTOR DE
TRANSMISIÓN**
FRANCISCO RUIZ RUIZ, GUILLERMO LAGO LOURIDO Y EDUARDO
COLINO NEVOT 5953
- 1206 EL TRABAJO DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS**
AROA PELAEZ CANO, MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ Y
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ 5957
- 1207 FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE
REHABILITACIÓN**
MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ, AROA PELAEZ CANO Y
MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ 5961
- 1208 ATENCIÓN AL PÚBLICO, ACOGIDA E INFORMACIÓN A USUARIO**
ANA PILAR CARRERA GARCIA, VANESA MONTES COLLÍA Y
HECTOR CRISTOBO MARTINEZ 5965
- 1209 PACIENTES CON PARKINSON Y SUS CUIDADOS**
JAIME ALVAREZ DIAZ, IOANA VALERIA ROMAN, ANDREA
MONTES TORRES, MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ Y
SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA 5973
- 1210 LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**
MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ Y MARIA DEL TRANSITO
GARCIA CARNERO 5977

- 1211 ATENCIÓN AL USUARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.**
MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN, CARLA MIRANDA TAMARGO, PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ Y SONIA LORENZO RUBIO **5979**
- 1212 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A LA HISTORIA CLÍNICA**
MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES, ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, CRISTINA PRADA LORENZO Y MARIA MERCEDES BARRERO MORALES **5983**
- 1213 OPERACIONES COMERCIALES EN EL MUNDO SANITARIO**
MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES, ANDRÉS UGIDOS ZAPICO, MARIA MERCEDES BARRERO MORALES Y CRISTINA PRADA LORENZO **5987**
- 1214 FUNCIONES DEL CELADOR EN FARMACIA Y ANIMALARIO**
JESSICA PEÑA ALEA **5991**
- 1215 EL CELADOR Y SU ACTITUD ANTE LOS AISLAMIENTOS.**
JOSE ARMANDO BENITEZ VILELA **5997**
- 1216 DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA ABDOMINAL MEDIANTE LA ECOGRAFÍA.**
BELEN BLANCO GUTIERREZ, REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA, DESIREE FERNANDEZ CUESTA Y LUCÍA MERA MARTÍNEZ **6003**
- 1217 DIABETES MELLITUS TIPO II**
MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ, MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS, MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ, TETYANA SEMENOVA Y TANIA BORQUE CAICEDO **6005**
- 1218 PROTOCOLO DE ESTUDIO DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS POR ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA.**
REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA, DESIREE FERNANDEZ CUESTA, LUCÍA MERA MARTÍNEZ Y BELEN BLANCO GUTIERREZ **6009**
- 1219 ESPECTRO DE ERRORES DIAGNÓSTICOS EN RADIOLOGÍA**
BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO **6013**

- 1220 HEMOCULTIVOS**
MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES, MARTA GONZALEZ
IGLESIAS Y MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ 6019
- 1221 FUNCIONES BASICAS DE OMI-AP PARA AUXILIARES
ADMINISTRATIVOS Y CELADORES**
ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ 6023
- 1222 MANEJO DE LA IDEACIÓN AUTOLÍTICA EN EL ENTORNO
SANITARIO.**
JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO Y CELIA MARÍA FERNÁNDEZ
BONILLA 6025
- 1223 EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA
SALUD**
LAUDELINA ALONSO ALVAREZ, CANDELARIA COVADONGA
PÉREZ SÁNCHEZ Y JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ 6031
- 1224 CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS**
MARTA MARIA PEDRON FERNANDEZ 6035
- 1225 CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION EN EL ENTORNO
SANITARIO**
CRISTINA GONZALEZ 6037
- 1226 TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO**
JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO Y CELIA MARÍA FERNÁNDEZ
BONILLA 6043
- 1227 LA INFORMÁTICA ADAPTADA A LA SANIDAD**
MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ, ELDA MARGARITA CUESTA
ALVAREZ, LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI Y ANA MARIA
RODRIGUEZ TAMARGO 6047
- 1228 LA IMPORTANCIA DEL AISLAMIENTO EN LOS HOSPITALES**
ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO, LUZ FRANCISCA GÁMEZ
ALBERTI, ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ Y MARTA
BERNARDO FERNÁNDEZ 6051

- 1229 LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES CON DÉFICIT FUNCIONAL**
ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO, LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI, ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ Y MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ 6053
- 1230 EL CELADOR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**
LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI, ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO, MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ Y ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ 6055
- 1231 LA FIGURA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE MORTUORIOS**
LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI, ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO, MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ Y ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ 6059
- 1232 MITOSIS Y CROMOSOMAS**
MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ, MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES Y MARTA GONZALEZ IGLESIAS 6063
- 1233 LUMBALGIA EN EL PERSONAL SANITARIO**
PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA, ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR Y ALDANA RANCAÑO BENITEZ 6065
- 1234 BIOSEGURIDAD DIRIGIDA AL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL ENTORNO SANITARIO. EL PELIGRO QUE NO VEMOS.**
DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ Y ARACELI ZAPICO DIAZ 6067
- 1235 ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE ACCIDENTES ELÉCTRICOS E INCENDIOS Y PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN .**
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 6073
- 1236 EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS: EL PACIENTE TERMINAL**
ARACELI BERNARDO GARCIA 6077
- 1237 EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL**
ARACELI BERNARDO GARCIA 6081

- 1238 EL CELADOR Y EL PACIENTE FALLECIDO: FUNCIONES.**
ARACELI BERNARDO GARCIA 6083
- 1239 LA VACUNACIÓN EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS**
MILAGROS BAYÓN ALVAREZ, MARÍA TERESA SUÁREZ
FERNANDEZ Y SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ 6085
- 1240 LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO**
SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ, MILAGROS BAYÓN ALVAREZ Y MARÍA
TERESA SUÁREZ FERNANDEZ 6087
- 1241 USO DE TÉCNICAS RADIOLÓGICAS PARA REALIZAR
IMPLANTES COCLEARES EN NIÑOS**
MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ,
REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS Y
SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA 6089
- 1242 EL CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN Y TRASLADOS.**
JOSE MARTINEZ FERNANDEZ, PEDRO SUAREZ SUAREZ, MARIA
AMPARO SASTRE CAPELLAN Y AVELINA INFANTES LOPEZ 6099
- 1243 EL CELADOR EN QUIROFANO**
JOSE MARTINEZ FERNANDEZ, MARIA AMPARO SASTRE
CAPELLAN, PEDRO SUAREZ SUAREZ Y AVELINA INFANTES LOPEZ 6103
- 1244 VIGILANCIA DEL CELADOR DE CENTROS SANITARIOS**
ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ Y JOSE MIGUEL NORIEGA
PUENTE 6107
- 1245 RIESGOS ERGONOMICOS EN LA MANIPULACION DE CARGAS
EN CENTROS HOSPITALARIOS**
ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ Y JOSE MIGUEL NORIEGA
PUENTE 6111

- 1246 TÉCNICAS DE IMAGEN RADIOLÓGICA COMO APOYO PARA DIAGNOSTICAR SÜDECK O SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO (SDRC)**
MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS Y SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA **6115**
- 1247 ACTUACION DEL CELADOR EN RELACION AL PACIENTE TERMINAL**
JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE Y ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ **6119**
- 1248 FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE, GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ, MANUEL OSACAR GONZÁLEZ Y ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ **6123**
- 1249 NECESIDAD DE FORMACIÓN Y APRENDIZAJE EN EL TEMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES HOSPITALARIOS**
JOSÉ SAMUEL FERNÁNDEZ SALVANTE Y ANA BELLA VAQUERO ABOLI **6127**
- 1250 EL CELADOR EN EL AMBITO HOSPITALARIO.**
JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE Y ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ **6133**
- 1251 EL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS.**
GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ, MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE, ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ Y MANUEL OSACAR GONZÁLEZ **6137**
- 1252 FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO**
JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE Y ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ **6141**
- 1253 MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTO**
CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ Y VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ **6145**

1254 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN Y JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ	6151
1255 DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN PACIENTES ANCIANOS CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ Y VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ	6155
1256 PERIODO EXPULSIVO. IDONEIDAD DE LA POSICIÓN DE LITOTOMÍA Y OTRAS POSICIONES. DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ, PAULA GARCÍA PRIETO Y AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ	6159
1257 EL SECRETO PROFESIONAL EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA AIDA VIEJO BARRIOS	6163
1258 EL CELADOR EN CENTRO DE SALUD Y EL SUAP AVELINA INFANTES LOPEZ, PEDRO SUAREZ SUAREZ, MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN Y JOSE MARTINEZ FERNANDEZ	6165
1259 EL CELADOR EN LAVANDERÍA AVELINA INFANTES LOPEZ, MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN, PEDRO SUAREZ SUAREZ Y JOSE MARTINEZ FERNANDEZ	6169
1260 CELADOR DE INFORMACIÓN MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN, AVELINA INFANTES LOPEZ, JOSE MARTINEZ FERNANDEZ Y PEDRO SUAREZ SUAREZ	6171
1261 TIPOS DE CELADORES EN EL HOSPITAL MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN, PEDRO SUAREZ SUAREZ, JOSE MARTINEZ FERNANDEZ Y AVELINA INFANTES LOPEZ	6173
1262 LA SALUD PAULA POMBO RABUÑAL	6177
1263 EL CELADOR EN EL QUIRÒFANO JUAN JOSE ESPESO CUESTA Y NURIA ESPESO DÍAZ	6179

1264 FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO JUAN JOSE ESPESO CUESTA Y NURIA ESPESO DÍAZ	6183
1265 LA CAMILLA DE HOSPITAL – TIPOS Y ACCESORIOS JUAN JOSE ESPESO CUESTA Y NURIA ESPESO DÍAZ	6187
1266 CELADOR:RIESGOS EN SU PUESTO DE TRABAJO NURIA ESPESO DÍAZ Y JUAN JOSE ESPESO CUESTA	6191
1267 CELADOR: EL GRAN DESCONOCIDO EN EL HOSPITAL NURIA ESPESO DÍAZ Y JUAN JOSE ESPESO CUESTA	6195
1268 HIGIENE DE MANOS PAULA POMBO RABUÑAL	6199
1269 EL EQUIPO HUMANO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION NURIA ESPESO DÍAZ Y JUAN JOSE ESPESO CUESTA	6203
1270 INTRODUCCIÓN AL MÉTODO BÁSICO DEL PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO NAZARET CORDERO GARCÍA	6207
1271 TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMA,CAMILLA O SILLA DE RUEDAS. PAULA POMBO RABUÑAL	6211
1272 RIESGO BIOLOGICO MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ	6213
1273 RIESGOS LABORALES (SOCIALES Y PSICOLÓGICOS) PARA PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS ANA MARIA GARCIA GARCIA, MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, VERÓNICA GARCÍA CALZÓN, CLAUDIO GARCIA MURIAS Y SONIA GARCÍA MUÑIZ	6217
1274 ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS HUMANIZADORAS EN LA SALUD MENTAL MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ Y LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ	6223

- 1275 ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS
MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ Y LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ 6229
- 1276 EL PERSONAL NO SANITARIO ANTE EL PACIENTE TERMINAL
MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ, DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA Y LUIS FERMIN CUEVA TORRE 6233
- 1277 EL LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS EN CENTROS SANITARIOS.
SECUNDINO CUERVO RODILES, LEIRE HORNAS FERNANDEZ, NAIARA MARTIN LOPEZ, ARANZAZU PRADA DIAZ Y EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ 6241
- 1278 HABILIDADES DE LA COMUNICACIÓN
MARIA TERESA ROSARIO GARCIA, MONICA ALVAREZ CARRASCO, ARACELI ZAPICO DIAZ Y MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA 6247
- 1279 PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
MARIA TERESA ROSARIO GARCIA, MONICA ALVAREZ CARRASCO, ARACELI ZAPICO DIAZ Y MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA 6251
- 1280 BENEFICIOS DEL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL AL NACIMIENTO.
AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ Y PAULA GARCÍA PRIETO 6255
- 1281 ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS
SECUNDINO CUERVO RODILES, NAIARA MARTIN LOPEZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ Y ARANZAZU PRADA DIAZ 6259
- 1282 TRABAJO DE LA EMPATÍA CON EL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN
MERITXELL DORADO GÁNDARA, JULIA MARÍA PRIETO VELASCO Y NATALIA RUIZ RAMON 6265

- 1283 INFECCIONES NOSOCOMIALES**
EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ, ARANZAZU PRADA DIAZ, LEIRE
HORNAS FERNANDEZ, SECUNDINO CUERVO RODILES Y NAIARA
MARTIN LOPEZ 6269
- 1284 EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ, ZAIRA MARÍA DORESTE
GONZÁLEZ, GLORIA CORTES MENDEZ Y MARÍA EMILIA
ALVAREZ PALACIOS 6275
- 1285 ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PECHO EN
PEDIATRÍA**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 6281
- 1286 RIESGOS BIOLÓGICOS EN LOS HOSPITALES**
SECUNDINO CUERVO RODILES, ARANZAZU PRADA DIAZ, EVA
MARIA BERNARDO SUÁREZ, NAIARA MARTIN LOPEZ Y LEIRE
HORNAS FERNANDEZ 6285
- 1287 HOJA DE COMPROBACIÓN PARA PACIENTES EN MEDICINA
NUCLEAR**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 6291
- 1288 PREVENCIÓN DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE
RADIOFÁRMACOS ENDOVENOSOS EN LA SALA DE
GAMMACÁMARA EN MEDICINA NUCLEAR**
ISABEL GARCÍA AGUDIN 6295
- 1289 INFECCIÓN: ASEPSIA, ANTISEPSIA, ESTERILIZACIÓN Y
DESINFECCIÓN.**
EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ, SECUNDINO CUERVO RODILES,
ARANZAZU PRADA DIAZ, NAIARA MARTIN LOPEZ Y LEIRE
HORNAS FERNANDEZ 6299
- 1290 DISPOSITIVOS PARA LA INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN
DEL PACIENTE**
LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ 6303

1291 EL CELADOR EN SERVICIOS ESPECÍFICOS: PSIQUIATRÍA Y MORTUORIO LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ	6307
1292 ACCIDENTES LABORALES EN UN CENTRO HOSPITALARIO LEIRE HORNAS FERNANDEZ, NAIARA MARTIN LOPEZ, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ, ARANZAZU PRADA DIAZ Y SECUNDINO CUERVO RODILES	6311
1293 MOVILIZACIÓN DE PACIENTES : PRINCIPIOS Y POSTURAS LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ	6319
1294 LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN EL ANCIANO CON DEMENCIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	6325
1295 PAUTAS BÁSICAS PARA ABORDAR LA DISFAGIA MARTA TIZÓN GARCÍA, CINTIA CUBILLAS ALONSO Y MARIA SÁNCHEZ GARCÍA	6329

Capítulo 1

LA QUIMIOTERAPIA INTRATECAL: ANÁLISIS DE LA ADMINISTRACIÓN Y SUS COMPLICACIONES.

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

La quimioterapia intratecal es utilizada frecuentemente, en la práctica clínica, con doble propósito, el de extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) para su análisis e introducir uno o varios fármacos para la profilaxis o el tratamiento de enfermedades, normalmente neoplasias hematológicas.

2 Objetivos

Mostrar el procedimiento del uso de la vía intratecal y administración de medicamentos antineoplásicos por ella, reconocer las complicaciones o efectos adversos derivados de este procedimiento altamente especializado.

3 Metodología

Revisión de la literatura acerca de aspectos prácticos de la utilización de la quimioterapia intratecal. Búsqueda en PubMed, Medline y Trip Data Base, utilizando los términos “chemotherapy AND intrathecal”.

4 Resultados

1- Administración de quimioterapia por vía intratecal:

La vía intratecal es utilizada para la administración de fármacos que han de actuar directamente en el SNC y que cuentan con dificultades para atravesar la barrera hematoencefálica debido a sus características. El fármaco se puede administrar por medio de una punción lumbar o bien a través de un reservorio subcutáneo, colocado mediante cirugía, conectado a los ventrículos cerebrales (Ommaya).

La punción nos ayuda a diagnosticar o descartar una posible afectación del LCR y, por tanto, del SNC. Además, mediante la administración de tratamiento pretendemos, bien proteger al SNC cuando se trata de profilaxis, bien administrar el tratamiento adecuado cuando sabemos que existe un proceso patológico afectando al SNC.

Para la administración de fármacos por vía intratecal se requiere el acceso al espacio subaracnoideo a través de la colocación de un trocar o catéter. La zona de inserción se ubica entre las apófisis espinosas de las vértebras L4 y L5, zona que ya no hay más que LCR y raíces nerviosas.

Se desinfecta la zona y en condiciones estériles se introduce la aguja que debe llegar al espacio en el que se encuentra el LCR, lo cual es evidente por la salida espontánea del mismo. Dicho espacio se encuentra manteniendo una correcta colocación del paciente. Éste ha de encontrarse en decúbito lateral con las extremidades inferiores en flexión forzada, llevando las rodillas hacia el tronco lo máximo posible.

El líquido LCR es aprovechado para su estudio. Cuando se considera que la muestra extraída es suficiente, se introduce el o los fármacos. Una vez acabada la administración de medicación se extrae la aguja y se cura la zona con un antiséptico y un apósito. El paciente debe mantenerse acostado en su cama, normalmente en decúbito supino, durante al menos una hora para evitar efectos secundarios.

Los fármacos destinados a la administración intratecal deben reunir una serie de requisitos en cuanto a su preparación y formulación que se recomienda sea acorde a las características del LCR. Los fármacos citotóxicos más empleados para la terapia intratecal son : Metotrexato, Citarabina, Liposomal Tiotepa Mercaptopurina, Etopósido, Rituximab, Trastuzumab.

2- Complicaciones de la administración de quimioterapia intratecal:

La quimioterapia intratecal se ha mostrado como un procedimiento relativa-

mente seguro, pero no está exento de complicaciones. Entre las que podemos encontrar:

- Cefalea: Muy común. Se puede producir una irritación meníngea transitoria que se expresa en forma de cefalea, normalmente no muy intensa, pero que puede requerir tratamiento con analgésicos y que suele prevenirse con el reposo del paciente en las horas siguientes al procedimiento. Es una complicación transitoria.
- Dolor: Durante el momento de la punción, en ocasiones, manifestado por dolor con sensación de descarga eléctrica en una de las piernas. Esto es un síntoma muy fugaz y que tiene relación con el posible contacto entre la aguja y alguna de las terminaciones nerviosas de la zona.
- Infección, hematoma en el lugar de punción: Estas complicaciones derivan directamente del procedimiento. En el caso de la infección se detecta con la elevación de la temperatura corporal. Si se produjera un hematoma en la zona de inserción del catéter, éste sería reconocido por la alteración de la pigmentación alrededor de la punción. Todas las anteriores son complicaciones consideradas leves, transitorias y fácilmente abordables.
- Hematoma intracraneal secundario a hipotensión del LCR y Herniación transtentorial: Excepcionalmente se han descrito hematomas intracraneales secundarios a la hipotensión del LCR, así como la herniación transtentorial, complicación potencialmente mortal y que puede aparecer en pacientes con procesos intracraneales previos como grandes masas. El hematoma intracraneal, puede ser visible mediante la realización de una prueba de imagen (TAC ó resonancia magnética RMN craneal). La herniación transtentorial, puede producirse por un aumento de la presión intracraneal , ya sea por la presencia de una masa, hematomas o un exceso de líquido.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia tener un mayor conocimiento de la vía de administración intratecal así como de los fármacos citostáticos que se administran por ella, para poder anticiparnos a las complicaciones de su uso, minimizar su aparición o paliar sus consecuencias.

6 Bibliografía

- Nagpal S, Recht L. Treatment and prophylaxis of hematologic malignancy in the central nervous system. *Curr Treat Options Neurol.* 2011;13(4):400-12.

- Abbott NJ: Astrocyte-endothelial interactions and blood-brain barrier permeability. *J Anat* 2002; 200: 629-638.
- Gamundi Planas MC, Castro Núñez I, Echarri Arrieta E, Ferriols Lisart F, García Silva A, Martínez Cutillas J, Oliveras Arenas M, de Puig de Cabrebra E. Medicamentos citostáticos. Sociedad Española de Farmacéuticos de Hospitales. 4a Edición. Madrid: 2005.
- Moreno FJ. Seguridad de la quimioterapia intratecal en pacientes onco-hematológicos: análisis de 627 procedimientos. <http://eprints.ucm.es/23581/1/T34923.pdf> . Ultimo Acceso Junio 2015.

Capítulo 2

APLASIA MEDULAR: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

MARIA PAULA CHAVEZ COLLAZOS

1 Introducción

La aplasia medular (AM) es una enfermedad muy infrecuente, con una incidencia de dos a seis casos por millón de personas. Se manifiesta típicamente en el adulto joven, aunque existe un segundo pico de incidencia en mayores de 65 años y afecta por igual a ambos sexos.

2 Objetivos

Revisar los casos de aplasia medular en nuestro centro en un periodo comprendido entre los años 2004 y 2014

3 Metodología

Estudio retrospectivo de las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los casos de aplasia medular diagnosticados en los últimos 10 años en el HUA. Para ello se han utilizado las bases de datos y las historias clínicas de dicho centro.

4 Resultados

De 2004 a 2014 se han diagnosticado nueve casos de AM grave, (4 varones y 5 mujeres). La media de edad de los pacientes es de 53 años, la mediana para los

pacientes mayores de 30 años es de 68 años, dos pacientes fueron menores de 30 años. Es interesante señalar que dos de los pacientes habían recibido tratamiento inmunosupresor, dos pacientes habían recibido tratamiento quimioterápico y uno debutó simultáneamente con un LNH de célula grande. Se detectó en 4 pacientes un clona HPN.

Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor de acuerdo con el protocolo GETH: Inmunoglobulina de conejo antitimocitos humanos (3.75/ mg/ kg/día/ x5 días) y CSA (1.5mg/ kg/ día) con posterior ajuste de dosis para mantener niveles de 200+/-50.

Los pacientes recibieron soporte transfusional según las indicaciones de la guía española de aplasia medular. Se realizó profilaxis antibacteriana, antivírica y fúngica. En la reevaluación +120 días de tratamiento, el 44%(4) de los pacientes se encontraba en remisión parcial. A los 240 días de tratamiento continuaban en RP. Posteriormente, cuatro de nuestros pacientes alcanzaron una RC con una mediana de tiempo de 18 meses. Tres de nuestras pacientes necesitaron dos TIS porque no alcanzaron una RP en la reevaluación del día +240. Uno de los pacientes falleció de manera precoz el día +10 de TIS por un shock séptico por Gram(-).

En la actualidad, ocho de los siete pacientes siguen vivos con una mediana de seguimiento de 31 meses. 44%(4) de los pacientes continúan con requerimientos transfusionales en la actualidad.

5 Discusión-Conclusión

- La AM típica es una enfermedad del adulto joven, aunque existe un segundo pico de incidencia en mayores de 70 años.
- La terapia precoz ha demostrado un claro impacto favorable.
- Los pacientes tuvieron una RP al día +120. No presentaba una RC al día +240. Se decidió esperar y seguir tratamiento con ciclosporina con disminución de dosis escalonada. En nuestro centro hemos observado una respuesta tardía al tratamiento.
- Seis de nuestros siete pacientes recibieron alguna terapia inmunosupresora, quimioterápicos o tiopurinas, lo cual se relaciona con la aparición de AM. Además, dos de los pacientes mayores de 50 años presentaban enfermedades autoinmunes concomitantes.

6 Bibliografía

1. Young, N. S. & Kaufman, D. W. The epidemiology of acquired aplastic anemia. *Haematologica* 93, 489–492 (2008).
2. Mary, J. Y., Baumelou, E. & Guiguet, M. Epidemiology of aplastic anemia in France: a prospective multicentric study. The French Cooperative Group for Epidemiological Study of Aplastic Anemia. *Blood* 75, 1646–53 (1990).
3. Vaht, K. et al. Incidence and outcome of acquired aplastic anemia: real-world data from patients diagnosed in Sweden from 2000-2011. *Haematologica* 102, 1683–1690 (2017).

Capítulo 3

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ABDOMINAL

ELENA BERZAL CANGA

1 Introducción

Los procedimientos laparoscópicos han revolucionado el campo de la cirugía por sus múltiples beneficios, como reducción del tiempo de recuperación postquirúrgica, menor estancia hospitalaria, y disminución del dolor y de las complicaciones en el postoperatorio (1, 2).

La cirugía laparoscópica se realiza mediante la insuflación en la cavidad peritoneal de dióxido de carbono (CO₂).

La elección de este gas se debe a sus propiedades físicas, es inerte, muy soluble, no inflamable y de rápida eliminación (3,4). El neumoperitoneo conlleva una serie de cambios fisiopatológicos tanto a nivel respiratorio como hemodinámico. La insuflación de CO₂ incrementa la presión intraabdominal, generando un desplazamiento craneal del diafragma, que resulta en el colapso de las pequeñas vías respiratorias y la formación de atelectasias, asociándose a una reducción de la compliance y de la CRF (5,6). La disminución de la compliancia del sistema respiratorio no se debe exclusivamente a la disminución de la compliancia pulmonar, sino también a la de la caja torácica, por lo que el riesgo de sobredistensión alveolar asociado al aumento de la presión meseta durante la ventilación mecánica es menor (7,8). Las atelectasias aparecen fundamentalmente en

regiones pulmonares dependientes de gravedad. El daño pulmonar asociado a la existencia de atelectasias se produce por tres mecanismos: "Stress", "strain" y atelectrauma (9). La reducción de los volúmenes pulmonares y la disminución de la CRF conducen a menudo a un desajuste en la ventilación/perfusión y a un incremento del shunt intrapulmonar (10). Estos efectos son más exagerados en pacientes con obesidad mórbida (11,12).

La gran mayoría de pacientes tolera bien los cambios hemodinámicos durante la cirugía laparoscópica. Estos cambios pueden relacionarse tanto con la posición del paciente como con el neumoperitoneo. La posición de Trendelenburg favorece el retorno venoso aumentando el volumen de sangre intratorácico y el gasto cardiaco, mientras que en la posición de anti-Trendelenburg los cambios observados son los opuestos. Tras el inicio del neumoperitoneo se produce un aumento transitorio de la precarga, seguido de una disminución del gasto cardíaco y de un aumento de las resistencias vasculares sistémicas relacionado con la liberación de catecolaminas endógenas, que condiciona un aumento de la presión arterial media (13, 14, 15).

2 Objetivos

Estudiar los efectos de la ventilación mecánica en cirugía laparoscópica abdominal.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos incluidos en la base de datos electrónica Pubmed-Medline.

Se emplearon los siguientes términos de búsqueda: [mechanical ventilation] AND [pneumoperitoneum], [mechanical ventilation] AND [laparoscopic surgery].

Se seleccionaron manualmente artículos de revisión clínica y fisiopatológica que se consideraron de interés, así como revisiones sistemáticas y metaanálisis, y estudios multicéntricos y controlados aleatorizados, todos ellos aplicados a pacientes quirúrgicos adultos.

4 Resultados

Se obtuvieron 901 referencias, 452 y 449 respectivamente, de las dos líneas de búsqueda.

Tras el filtro manual se seleccionaron 60 artículos. Los hallazgos encontrados se revisan a continuación:

La lesión pulmonar inducida por ventilación mecánica es un hecho bien documentado, que implica también a los procedimientos laparoscópicos. De hecho la distribución del volumen tidal (VT) en un pulmón colapsado al final de la espiración, así como la formación de atelectasias, son mecanismos que inducen lesión pulmonar. Existen varias estrategias de protección pulmonar durante la cirugía laparoscópica:

FiO₂: La toxicidad del oxígeno es bien conocida, actúa a través de la formación de radicales libres. El uso de FIO₂ elevadas favorece las atelectasias por reabsorción. Sin embargo, la formación de atelectasias clínicamente significativas no se ha objetivado con FiO₂ <0,8 (16). Hovaguimian F. et al. han demostrado en un reciente metaanálisis que la utilización de una FiO₂ intraoperatoria elevada (80%) no aumenta el riesgo de atelectasias en el postoperatorio y produce una disminución de infección en herida quirúrgica y de las náuseas y vómitos postoperatorios (17).

Volumen tidal: El primer estudio sobre los efectos deletéreos de los volúmenes tidal altos fue realizado por Webb y Tierney (18). Posteriormente, Dreyfuss et al. confirmaron dichos hallazgos, y desde entonces un gran número de estudios han comprobado su relevancia clínica (19).

La ventilación protectora hace referencia a la utilización de bajos VT, habitualmente entre 4 – 8 ml/kg de peso ideal; en realidad, 6 ml/kg es el VT fisiológico normal en humanos. Múltiples ensayos randomizados han mostrado que el uso de bajos VT se ha asociado a mejores resultados y a una reducción de la incidencia de lesión pulmonar asociada a ventilación mecánica. Además de la reducción del VT, la utilización de un nivel de PEEP suficiente está actualmente considerado una parte fundamental de la ventilación de protección pulmonar para minimizar las atelectasias y mejorar la oxigenación pulmonar (20).

Determann et al. realizaron un ensayo randomizado que comparaba la ventilación convencional (VT de 10 ml/kg) con la ventilación de protección pulmonar (VT 6 ml/kg) en 152 pacientes críticos. Encontraron que había más pacientes que desarrollaban lesión pulmonar en el grupo convencional, y niveles mayores de

IL-6 en el plasma de los pacientes que se ventilaban con bajos VT (21).

Lee et al. En un ensayo randomizado en 103 pacientes críticos encontraron que el uso de bajos VT reducía la incidencia de infecciones pulmonares y la duración de la intubación (22).

Choi y colaboradores encontraron que, en pacientes sanos sometidos a cirugía abdominal prolongada, el uso de VT bajos (6 ml/kg) con PEEP prevenía el incremento de los niveles de factores procoagulantes en el lavado broncoalveolar indicativos de lesión pulmonar que se asociaba a VT mayores (12 ml/kg) sin PEEP (23).

En 2013, el estudio IMPROVE, demostró que la utilización de VT más bajo (8ml/kg peso corporal ideal) disminuye las complicaciones postoperatorias, tanto pulmonares como sistémicas, en comparación con una estrategia de no protección pulmonar (24).

Frecuencia respiratoria: Puede ser necesario incrementar la frecuencia para eliminar dióxido de carbono. Según algunos estudios, se requieren aumentos del volumen minuto de entre el 10 y el 30% para mantener la normocapnia (25,26.)

El-Tahan y colaboradores encontraron que la hipocapnia antes y durante la insuflación de CO₂ atenúa el incremento de presión arterial secundario al neumoperitoneo (13).

Sin embargo, es motivo de discusión cuánto de agresivo o de permisivo se debe ser a la hora de eliminar el CO₂, ya que existen datos que sugieren el papel protector de la hipercapnia permisiva (27,28).

Maniobras de reclutamiento y PEEP: La utilidad de los niveles fisiológicos de PEEP durante la ventilación mecánica se ha debatido intensamente desde hace muchos años. Es bien conocido, que la PEEP impide el cierre de las vías respiratorias al final de la espiración, y por tanto, ayuda a que los alvéolos permanezcan abiertos y no se colapsen. Mantener los alvéolos abiertos al final de la espiración es fundamental para mantener el intercambio gaseoso.

Sin embargo, no hay consenso en relación con el nivel ideal de PEEP durante la cirugía laparoscópica.

El uso de PEEP ha mejorado la oxigenación y la mecánica respiratoria en pacientes obesos (29,30) y no obesos (31). La combinación de volúmenes tidal bajos y PEEP ha demostrado disminuir los niveles sanguíneos de mediadores proinflamatorios (32) y la incidencia de infecciones pulmonares tras la cirugía (33).

Karsten J et al. concluyen en sus estudios que una ventilación intraoperatoria durante la cirugía laparoscópica aplicando PEEP tiene un efecto positivo en la distribución de la ventilación en el postoperatorio inmediato visualizada mediante Tomografía de Impedancia Eléctrica, resultando en una distribución más homogénea de la ventilación. El nivel de PEEP se ajustó tras la realización de una maniobra de reclutamiento inicial, consistente en una insuflación sostenida durante 15 segundos, a una presión de 40 cm agua (34).

Macarajá Neto y colaboradores encontraron en su estudio que el uso de valores de PEEP de 10 cm agua, sin maniobras de reclutamiento, atenúan los efectos del neumoperitoneo en la mecánica respiratoria, mejorando la elastancia y la resistencia del sistema respiratorio (35).

Panjak Kundra et al. demostraron que la aplicación de PEEP puede facilitar el intercambio gaseoso además de mejorar la oxigenación en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica (36). En este estudio no se realizaron maniobras de reclutamiento previas a la aplicación de PEEP.

El uso de maniobras de reclutamiento ha probado su eficacia para tratar la hipoxemia y mejorar la mecánica respiratoria. Balick –Weber et al. midieron las compli-
ances estática y dinámica a los 15 y 40 minutos del neumoperitoneo, encontrando descenso en ambos casos (37). La restauración de la compliance después del neumoperitoneo depende de un gran número de factores: presión intraabdominal aplicada, duración de la insuflación, posición del paciente... Si la compliance no retorna a los valores previos puede ser el reflejo de atelectasia residual, que puede predisponer a los pacientes a complicaciones respiratorias infecciosas o no infecciosas en el postoperatorio. La compliance inicial puede restaurarse usando una simple maniobra de reclutamiento de 40 cm de agua mantenida durante 10 segundos al final de la cirugía (38).

Jansen et al. demostraron que el descenso intraoperatorio de la compliance está asociado con complicaciones respiratorias en el periodo postoperatorio. Encontraron que pacientes con cambios de la compliance menores de 4 ml/cm de agua tenían menos atelectasias, necesitaban menos oxígeno suplementario y tenían menos hipoxia, mientras que los pacientes con cambios mayores de 9 ml/cm agua tenían frecuentemente complicaciones respiratorias (39).

Whalen et al. investigaron sobre los efectos de la maniobra de reclutamiento sobre la oxigenación en pacientes obesos sometidos a cirugía laparoscópica, pero no pudieron demostrar un incremento en la compliance de estos pacientes (30).

Rothen et al. mostraron que la aplicación de maniobras de reclutamiento con 20 cm de H₂O no afecta a las atelectasias, 30 cm de agua las reduce, y 40 cm de agua durante 15 segundos lo reexpande completamente (40). Posteriormente, estos mismos autores demostraron que la aplicación de estas maniobras durante 7-8 segundos revertía completamente las atelectasias (41).

La aplicación de maniobras de reclutamiento preventivas, antes de la insuflación de gas, pueden ser útiles para mejorar la oxigenación arterial sin un incremento adicional en la presión de la vía aérea en cirugía ginecológica laparoscópica, según el estudio de Park y colaboradores (42).

En su estudio, Talab et al. realizaron una maniobra de capacidad vital, que consiste en aplicar 40 cm H₂O durante 15 segundos (se ha demostrado que con 7-8 segundos es suficiente, según Rothen et al.), aplicando posteriormente PEEP de 10 cm agua, para prevenir las atelectasias en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica por laparoscopia. Se observó una mejor oxigenación intra y postoperatoria en comparación con la aplicación de la maniobra de capacidad vital aislada (43). Coussa et al. obtuvieron resultados similares, sin embargo Rothen encontró que la maniobra aisladamente, sin aplicación posterior de PEEP, puede abolir por sí sola el desarrollo de atelectasias, pero en este estudio los pacientes no eran obesos (41).

El estudio de Whalen FX et al. tenía como objetivo cuantificar los efectos de las maniobras de reclutamiento seguido de PEEP en la oxigenación pulmonar, la mecánica y la hemodinámica durante la cirugía bariátrica laparoscópica (30). El método de reclutamiento que se utilizó en este estudio es una modificación del descrito por Tusman et al.

El reclutamiento pulmonar con presiones de 40 cm de agua durante 15 segundos cada 10 minutos combinado con PEEP de 10 cm de agua está asociado con una mejoría de la compliance y de la PaO₂ en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica laparoscópica comparados con PEEP de 10 cm de agua sola, presión inspiratoria de 40 cm de agua aplicada una sola vez, o ambos (44).

Bohm et al. concluyeron que una estrategia de reclutamiento alveolar con altos niveles de PEEP fueron hemodinámicamente bien tolerados en pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía laparoscópica que recibieron una carga de volumen intravascular. Jellinek et cols demostraron la ausencia de compromiso hemodinámico con altos niveles de PEEP si las PVC se mantienen por encima de 10 mmHg (45).

En un reciente metaanálisis, Serpa Neto et al. concluyen que una estrategia ventilatoria consistente en bajos VT y PEEP combinada con maniobras de reclutamiento pueden prevenir la lesión pulmonar en pacientes con pulmones previamente sanos en comparación con altos VT asociados a bajas PEEP o sin PEEP (46).

Futier y colaboradores realizaron un estudio en el que comparaban los efectos de la aplicación de PEEP de 10 cm H₂O frente a la aplicación de PEEP + maniobra de reclutamiento en pacientes sometidos a cirugía abdominal laparoscópica. Concluyen que con la aplicación de PEEP + maniobras de reclutamiento se obtiene una mejoría en el volumen pulmonar al final de la espiración, en la oxigenación y en la mecánica respiratoria (47).

Según un estudio de Tusman y colaboradores, la estrategia de reclutamiento alveolar es efectiva para aumentar la oxigenación arterial en pacientes anestesiados, independientemente de su masa corporal. En pacientes obesos, es necesario un nivel de PEEP más elevado para mantener valores de oxigenación adecuados tras el reclutamiento pulmonar (12).

Ventilación controlada por presión o por volumen: aunque se ha propuesto en algunas ocasiones el uso de PVC, ya que se generan presiones menores en la vía aérea, no hay estudios que demuestren diferencias significativas entre ambos modos ventilatorios.

Si la PCV es superior a la VCV es todavía un debate. En algunos estudios VCV proporciona una mejor ventilación alveolar (6), pero en otros, la PVC proporciona una mejor oxigenación (48).

El metaanálisis de Wang et al. compara los dos modos ventilatorios, y concluye que los dos pueden ser utilizados, encontrándose mínimas diferencias entre ambos: PVC está asociada con niveles de presión pico menores y mejor compliance, pero se encontraron niveles más altos de CO₂ (49).

Según De Baerdemaeker et al., VCV y PCV parecen ser técnicas ventilatorias igualmente adecuadas para procedimientos laparoscópicos en pacientes obesos mórbidos. La eliminación de CO₂ es más eficiente utilizando VCV, si bien esto podría explicarse por las diferencias en el espacio muerto fisiológico y en la producción de CO₂. La oxigenación arterial permaneció sin cambios (10).

Aydin et al., comparando el modo ventilatorio VCV con PCV durante la colecistectomía laparoscópica, encontraron que con la ventilación controlada por volumen

se alcanza mayor volumen tidal y menor gradiente alveolo-arterial de oxígeno después del neumoperitoneo (6).

Posición: Los efectos de la posición son bien conocidos, la posición de anti-Trendelenburg está asociada con una mejoría clara en la mecánica respiratoria mientras que en la posición de Trendelenburg ocurre lo contrario.

Anestesia: Los estudios comparativos entre anestesia con sevoflurano o desflurano versus propofol no mostraron diferencias significativas, salvo un estudio realizado por Ghering et al. en 1998 que encontró niveles de PaCO₂ más elevados y de PaO₂ más bajos después de colecistectomía laparoscópica usando isoflurano que con propofol (50). Sin embargo, hay pocos datos disponibles y no permiten afirmar que una técnica sea superior a la otra.

Complicaciones: Durante la cirugía laparoscópica pueden ocurrir algunas complicaciones derivadas de la insuflación de CO₂ durante el neumoperitoneo, como enfisema subcutáneo o mediastínico, hipercapnia o neumotórax. Este último es una complicación rara, pero importante, de la cirugía laparoscópica, por lo que son necesarios un diagnóstico y tratamiento precoces. El diagnóstico de neumotórax durante la laparoscopia incluye el incremento brusco del ETCO₂, con una disminución de la compliancia y un incremento anormal en la presión de la vía aérea (2). El embolismo aéreo es otra complicación asociada al paso de CO₂ a la circulación venosa central, que se manifiesta como un descenso brusco de la presión arterial y del ETCO₂, hipoxemia y cianosis.

5 Discusión-Conclusión

Durante la cirugía laparoscópica abdominal se recomienda llevar a cabo una ventilación de protección pulmonar mediante la realización de maniobras de reclutamiento, el ajuste de unos niveles de PEEP adecuados, así como el uso de bajos volúmenes tidal, prestando especial atención a la posible aparición de atelectasias. No hay consenso en cuanto al nivel de PaCO₂ que resulta más adecuado durante este tipo de cirugía.

En cuanto a los modos ventilatorios VCV versus PCV, no parece haberse demostrado superioridad de ninguno de ellos, pudiendo utilizarse indistintamente en la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. Klopfenstein CE, Schiffer E, Pastor CM et al. Laparoscopic colon surgery: Unreliability of end-tidal CO₂ monitoring. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 700-707
2. Salihoglu Z, Demiroglu S, Demirkiran O et al. The effects of pneumothorax on the respiratory mechanics during laparoscopic surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2008 Jun; 18 (3) : 423-427
3. Gerges FJ, Kanazi GE, Jabbour-Khoury SI. Anesthesia for laparoscopy: A review. *J Clin Anesth* 2006; 18:67-78
4. Kovusalo AM, Lindgren L. Effects of carbon dioxide pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2000; 44: 834-41
5. Cakmakkaya OS, Kaya G, Altintas F et al. Restoration of pulmonary compliance after laparoscopic surgery using a simple alveolar recruitment maneuver. *J Clin Anesth* 2009 Sep ; 21 (6): 422- 426
6. Aydin V, Kabukcu HK, Sahin N et al. Comparison of pressure and volume – controlled ventilation in laparoscopic cholecystectomy operations. *Clin Respir J* 2014 Oct
7. Valenza F, Chevillard G, Fossali T et al. Management of mechanical ventilation during laparoscopic surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2010 Jun ; 24 (2): 227-241
8. García-Pérez ML, Belda FJ, Llau JV et al. Cambios de la compliancia torácica y pulmonar durante la colecistectomía laparoscópica. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2001; 48: 171-175
9. Cinnella G, Grasso S, Spadaro S, Rausedo M, Mirabella L, Salatto P, De Capraris A, Nappi L, Grecco P, Dambrosio M. Effects of recruitment maneuver and positive end-expiratory pressure on respiratory mechanics and transpulmonary pressure during laparoscopic surgery. *Anesthesiology* 2013 Jan; 118 (1) : 114-122
10. De Baerdemaeker LE, Van der Hertten C, Gillardin JM et al. Comparison of volume -controlled and pressure –controlled ventilation during laparoscopic gastric banding in morbidly obese patients. *Obes Surg* 2008 Jun ; 18 (6) : 680-685
11. Ortiz VE, Vidal-Melo MF, Walsh JL. Strategies for managing oxygenation in

obese patients undergoing laparoscopic surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2015 May-Jun ; 11(3) : 721-728

12. Tusman G, Bohm SH, Melkum F et al. Efectos de la maniobra de reclutamiento alveolar y de la PEEP sobre la oxigenación arterial en pacientes obesos anestesiados. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2002; 49: 177-183

13. El-Tahan MR, Al Dossary ND, El Eman H et al. Does hypocapnia before and during carbon dioxide insufflation attenuate the hemodynamic changes during laparoscopic cholecystectomy? *Surg Endosc* 2012 Feb; 26 (2): 391-397

14. Wahba RWM, Bèique F, Kleiman SJ. Cardiopulmonary function and laparoscopic cholecystectomy. *Can J Anaest* 1995; 42 :51-63

15. Felber AR, Blobner M, Goegler S et al. Plasma vasopressin in laparoscopic cholecystectomy. *Anesthesiology* 1993; 79:32

16. Meyhoff CS, Wetterslev J, Jorgensen LN et al. PROXI Trial Group. Effect of intraoperative high inspired oxygen fraction on surgical site infection and pulmonary complications after abdominal surgery: the PROXI randomized clinical trial. *JAMA* 2009; 302: 1543-1550

17. Hovaguimian F, Lysakowski C, Elia N et al. Effect of intraoperative high inspired oxygen fraction on surgical site infection, postoperative nausea and vomiting, and pulmonary function. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesiology* 2013; 119: 303-316

18. Webb H, Tierney DF. Experimental pulmonary edema due to intermittent positive pressure ventilation with high inflation pressures. Protection by positive end-expiratory pressure. *The American review of respiratory disease*. 1974; 110: 556-565

19. Dreyfuss D, Soler P, Basset G et al. High inflation pressure pulmonary edema. Respective effects of high airway pressure, high tidal volume, and positive end-expiratory pressure. *The American review of respiratory disease*. 1988; 137: 1159-1164

20. Ela Y, Baki ED, Ates M, et al. Exploring for the safer ventilation method in laparoscopic urologic patients? Conventional or low tidal? *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2014 Nov; 24 (11) : 786-790

21. Determann RM, Royakkers A, Whothuis EK et al. Ventilation with lower tidal

volumes as compared with conventional tidal volumes for patients without acute lung injury: A preventive randomized controlled trial. *Critical Care* 2010; 14: R1

22.Lee PG, Helmsmoortel CM, Cohn SM et al. Are low tidal volumes safe? *Chest* 1990 ; 97: 430-434

23.Choi G, Wolthuis EK, Bresser P et al.Mechanical ventilation with lower tidal volumes and positive end-expiratory pressure prevents alveolar coagulation in patients without lung injury. *Anesthesiology* 2006; 105: 689-695

24.Futier E, Constantin JM, Paugam-Burtz C et al. IMPROVE study group: A trial of intraoperative low-tidal-volume ventilation in abdominal surgery. *N Engl J Med* 2013; 369: 428-437

25.Wahba RWM, Mamazza J. Ventilatory requirements during laparoscopic cholecystectomy. *Can J Anaest* 1993; 40 : 206-210

26.Tan PL, Lee TL, Tweed WA. Carbon dioxide absorption and gas exchange during pelvic laparoscopy. *Can J Anaest* 1992 ; 39: 677-681

27.Broccard AF, Hotchkiss JR, Vannay C et al. Protective effects of hypercapnic acidosis on ventilator-induced lung injury. *American Journal of respiratory and critical care medicine* 2001; 164: 802-806

28.De Smet HR, Bersten AD, Barr HA et al. Hypercapnic acidosis modulates inflammation lung mechanics and edema in the isolated perfused lung. *Journal of Critical Care* 2007; 22: 305-313

29.Valenza F, Vagginelli F, Tiby A et al. Effects of the beach chair position, positive end-expiratory pressure, and pneumoperitoneum on respiratory function in morbidly obese patients during anesthesia and paralysis. *Anesthesiology* 2007; 107: 725-732

30.Whalen FX, Gajic O, Thompson GB et al. The effects of the alveolar recruitment maneuver and positive end-expiratory pressure on arterial oxygenation during laparoscopic bariatric surgery. *Anesthesia and Analgesia* 2006; 102: 298-305

31.Meininger D, Byhahn C, Mierdl S et al. Positive end-expiratory pressure improves arterial oxygenation during prolonged pneumoperitoneum. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; 49:

- 32.Ranieri VM, Suter PM, Tortorella C et al. Effect of mechanical ventilation on inflammatory mediators in patients with acute respiratory distress syndrome: A randomized controlled trial. *JAMA* 1999; 282: 54-61
- 33.Young P, Wyncoll D. PEEP is protective against pulmonary microaspiration. *Critical Care Medicine* 2009; 37: 380-382
- 34.Karsten J, Heinze H, Meier T. Impact of PEEP during laparoscopic surgery on early postoperative ventilation distribution visualized by electrical impedance tomography . *Minerva Anesthesiol.* 2014 Feb; 80(2) : 158-166
- 35.Maracajá-Neto LF, Vercosa N, Roncally AC et al. Beneficial effects of high positive end-expiratory pressure in lung respiratory mechanics during laparoscopic surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 Feb ; 53 (2) : 210-217
- 36.Kundra P, Subramani Y, Ravishankar M et al. Cardiorespiratory effects of balancing PEEP with intraabdominal pressures during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014 Jun; 24(3): 232-239
37. Balick-Weber CC, Nicolas P, Hedreville-Montout M, Blanchet P. and F. Stéphan F. Respiratory and haemodynamic effects of volume- controlled vs pressure-controlled ventilation during laparoscopy.
- 38.Cakmakaya OS, Kaya G, Altintas F et al. Restoration of pulmonary compliance after laparoscopic surgery using a simple alveolar recruitment maneuver. *J Clin Anesth* 2009 Sep ; 21 (6): 422- 426
- 39.Jansen DA, Kaye AD, Banister RE et al. Changes in compliance predict pulmonary morbidity in patients undergoing abdominal plication. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 2012-2015
- 40.Rothen HU, Sporre B, Engberg G et al. Reexpansion of atelectasis during general anaesthesia: a computed tomography study. *Br J Anaesth* 1993; 71: 788-795
- 41.Rothen HU, Sporre B, Engberg G et al. Dynamics of re-expansion of atelectasis during general anaesthesia. *Br J Anaesth* 1999; 82: 551-556

- 42.Park HP, Hwang JW, Kim YB et al. Effect of pre-emptive alveolar recruitment strategy before pneumoperitoneum on arterial oxygenation during laparoscopic hysterectomy. *Anaesth Intensive Care* 2009; 37: 593-597
- 43.Talab HF, Zabani IA, Abdelrahman HS et al. Intraoperative ventilatory strategies for prevention of pulmonary atelectasis in obese patients undergoing laparoscopic bariatric surgery. *Anesth Analg* 2009 Nov; 109 (5): 1511-1516
- 44.Almarakbi WA, Fawzi HM, Alhashemi JA. Effects of four intraoperative ventilator strategies on respiratory compliance and gas exchange during laparoscopy gastric banding in obese patients. *Br J Anaesth* 2009 Jun; 102(6): 862- 868
- 45.Bohm SH, Thamm OC, Von Sandersleben A et al. Alveolar recruitment strategy and high positive end-expiratory pressure levels do not affect hemodynamics in morbidly obese intravascular volume- loaded patients. *Anesth Analg* 2009 Jul; 109(1) : 160-163
- 46.Serpa Neto A, Schultz MJ, Gama de Abreu M. Intraoperative ventilation strategies to prevent postoperative pulmonary complications: Systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2015 Sep ; 29(3) : 331-340
- 47.Futier E, Constantin JM, Pelosi P et al. Intraoperative recruitment maneuver reverses detrimental pneumoperitoneum-induced respiratory effects in healthy weight and obese patients undergoing laparoscopy. *Anesthesiology* 2010 Dec; 113 (6): 1310-9
- 48.Cadi P, Guenoun T, Journois D et al. Pressure-controlled ventilation improves oxygenation during laparoscopic obese surgery compared with volume-controlled ventilation. *Br J Anaesth* 2008; 100: 709-716
- 49.Wang JP, Wang HB, Liu YJ et al. Comparison of pressure- and volume-controlled ventilation in laparoscopic surgery: A meta- analysis of randomized controlled trial. *Clin invest Med* 2015 May 31; 38 (3) : E 119-141
- 50.Gehring H, Kuhmann K, Klotz KF et al. Effects of propofol versus isoflurane on respiratory gas exchange during laparoscopic cholecistectomy. *Acta Anaesthesiol Scan* 1998; 42: 189-194

51. Kim JY, Shin CS, Kim HS, et al. Positive end-expiratory pressure in pressure-controlled ventilation improves ventilatory and oxygenation parameters during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2010 May; 24(5) : 1099-1103
52. Tafer N, Nouette-Gaulain K, Richebe P et al. Effectiveness of a recruitment manoeuvre and positive end-expiratory pressure on respiratory mechanics during laparoscopic bariatric surgery. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009 Feb ; 28 (2) : 130-134
53. Lestar M, Gunnarsson L, Lagerstrand L et al. Haemodynamic perturbations during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy in 45° Trendelenburg position. *Anesth Analg* 2011 Nov; 113 (5) : 1069-1075
54. Karsten J, Luepschen H, Grossherr M et al. Effect of PEEP on regional ventilation during laparoscopic surgery monitored by electrical impedance tomography. *Acta Anaesthesiol Scand* 2011 Aug; 55 (7) : 878-886
55. Llorens J, Ballester M, Tusman G et al. Adaptive support ventilation for gynaecological laparoscopic surgery in Trendelenburg position: bringing ICU modes of mechanical ventilation to the operating room. *Eur J Anaesthesiol* 2009 Feb; 26 (2) : 135-139
56. Maharjan SK, Shrestha BR. Do we have to hyperventilate during laparoscopic surgery? *Kathmandu Univ Med J* 2007 Jul-Sep; 5(3): 307-311
57. Kim WH, Hahm TS, Kim JA et al. Prolonged inspiratory time produces better gas exchange in patients undergoing laparoscopic surgery: A randomized trial. *Acta Anaesthesiol Scand* 2013 May; 57 (5): 613-622
58. Choi EM, Na S, Choi SH et al. Comparison of volume-controlled and pressure-controlled ventilation in steep Trendelenburg position for robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *J Clin Anesth* 2011 May ; 23 (3): 183-188
59. Peris-Montalt R, Cruz-García- Dihinx I, Errando C, Granell M. Efectos de la ventilación mecánica intraoperatoria y de la ventilación de protección pulmonar en el paciente quirúrgico adulto. *MÉD.UIS*. 2015; 28 (1): 65-78

60.P. Pelosi, G. Foti, M. Cereda, P. Vicardi, L. Gattinoni. Effects of carbon dioxide insufflation for laparoscopic cholecystectomy on the respiratory system. *Anaesthesia*, 1996, Volume 51, pages 744-749.

Capítulo 4

ALTERACIONES CONDUCTUALES COMO DEBUT DE DEMENCIA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

1 Introducción

Las encefalopatías por priones o espongiformes son un grupo de enfermedades neurodegenerativas raras de etiología idiopática, adquirida o genética. Se caracterizan por periodos de incubación largos asociados a una evolución irreversible y mortal. Existen cuatro grupos de encefalopatía espongiforme transmisible en humanos: kuru, síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinke, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, e insomnio familiar fatal.

La más conocida, y más frecuente en nuestro medio es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, con una incidencia mundial de 1/1.000.000 habitantes.

2 Objetivos

A pesar de que las prionopatías son enfermedad poco frecuente en la práctica clínica de atención primaria, hemos de tenerlas en cuenta en el diagnóstico diferencial de las demencias. A través de un caso clínico acaecido en la práctica clínica diaria, pretendemos hacer una síntesis sobre el diagnóstico y curso de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

3 Caso clínico

Mujer de 62 años, alérgica a ácido-acetil-salicílico (AAS) y metamizol. Hipertensa en tratamiento con losartán. Totalmente activa y autónoma. Vive sola, está separada, presta ayuda continua a sus hijos, especialmente en el cuidado de sus nietos.

Anamnesis: Desde hace dos semanas comienza con cuadros de “desconexiones” transitorias en las que “parecía no estar a lo que estaba”, realizaba actos y expresiones repetitivas y presentaba pérdidas de memoria transitoria que cada vez eran de mayor duración y que alternaban con otros periodos de completa lucidez, en los que se enfadaba con la familia por considerar que conspiraban contra ella, incluso llegó a pelearse con una vecina. Inicialmente la familia atribuía los cambios conductuales a una alteración del ánimo. Pero el empeoramiento progresivo les hace llevar la paciente, en contra de su voluntad, a urgencias del hospital de referencia.

Exploración física: A su llegada a urgencias la paciente está agitada y desorientada, con expresiones repetitivas y muy enfadada. No presenta movimientos clónicos ni sacádicos oculares. Tampoco rigidez de nuca. Pupilas isocóricas normorreactivas. Resto de pares craneales normal. Fuerza y sensibilidad conservada en las cuatro extremidades.

Auscultación cardiopulmonar: Rítmica, a buena frecuencia, murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando y depresible, sin masas ni visceromegalias, no signos de peritonismo.

Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP).

Pruebas complementarias:

En urgencias se realizan: Analítica (incluyendo hemograma, bioquímica, coagulación, tiroideas, fólico y vitamina B12), radiografía de tórax, TAC craneal y punción lumbar (gram y cultivo) que resultan rigurosamente normales.

El cuadro inicialmente impresiona de crisis temporal. Como etiología probable se barajó foco epileptógeno no conocido o foco de encefalitis.

Ante la normalidad de las pruebas complementarias, y esta primera impresión, se inicia tratamiento con dexametasona y perfusión de valproato. Se cursa ingreso en neurología solicitando electroencefalograma y resonancia magnética craneal.

El electroencefalograma muestra PLDS (descargas periódicas lateralizadas) en hemisferio izquierdo y que paulatinamente se hacen mas frecuentes y se lentifica

toda la actividad de base incluyendo el hemisferio derecho. Lo que concuerda con status epiléptico izquierdo.

La resonancia magnética nuclear (RMN) craneal pone de relevancia una intensa restricción de la difusión y en mapa ADC de núcleos caudados, putaminal anterior bilateral y cortical global del hemisferio cerebral izquierdo.

4 Resultados

La paciente cumple criterios clínicos y radiológicos para la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica. Se realiza punción lumbar, con extracción de muestra para estudio de proteína priónica que resulta positiva.

Durante la primera semana de ingreso y en tratamiento con la perfusión continua de valproico la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, aunque sigue desorientada y no reconoce a familiares. De forma progresiva, la paciente comienza a fluctuar entre la agitación y la somnolencia, quedándose incluso dormida mientras se alimenta y presentando episodios de apnea durante el sueño cada vez más llamativos y mioclonías en mano derecha.

Dada la imposibilidad de tratamiento de la patología que padece y el rápido deterioro de su estado general, se consensua con la familia la limitación del esfuerzo terapéutico, falleciendo el día 21 de ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Al inicio de la enfermedad no existen signos específicos, por lo que existen grandes dificultades diagnósticas. Son frecuentes los síntomas psiquiátricos, lo más habitual al inicio del cuadro es el debut con cambios del ánimo con tendencia a la depresión, trastornos del sueño, pérdida de peso y apetito, deterioro de las funciones cognitivas o alteraciones de la conducta. Más adelante suelen aparecer síntomas como alucinaciones, confusión e ideas delirantes que progresan rápidamente, en semanas, incluso días. Es por ello que en muchas ocasiones el diagnóstico es tardío, siendo tratada indebidamente como una patología propia de salud mental. En algunos pacientes puede existir al inicio sólo un síntoma neurológico, lo más habitual en este caso es la marcha atáxica. Con la evolución del cuadro aparecen las características mioclonías que suelen ser multifocales, asincrónicas y arrítmicas, y florecen de forma espontánea o por estímulos táctiles o auditivos.

Durante el periodo de estado, se produce un rápido deterioro global con una pérdida progresiva de relación con el entorno y finalmente se desarrolla un mutismo acinético con desconexión del medio hasta el fallecimiento.

La importancia del diagnóstico precoz y correcto, ante la sospecha de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en pacientes con cuadros psiquiátricos que se asocian a deterioro neurológico progresivo y no esperado radica en la importancia de prestar cuidados adecuados, preferiblemente en domicilio si el curso de la enfermedad lo permite y prestar consejo genético a los descendientes sanos.

6 Bibliografía

1. Arranz Martínez E, Trillo Sánchez Redondo G, Ruiz García A, Ares Blanco S. Prionopatías: las encefalopatías por priones. *Semergen*. 2010; 36(8): p. 443-448.
2. Cardinal P, Pedemonte I, Castelli J, Zitto E, Cacciatore A, Zefferino N. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica: dos casos en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*. 2011; 35(1): p. 54-57.
3. Power B, Trivedi D, Samuel M. What psychiatrists should know about sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Australasian Psychiatry*. 2012; 20(1): p. 60-66.
4. Villegas V, Velandia F, Payán C. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica: estudio clínico, patológico y molecular de un caso ; Sporadic Creutzfeldt-Jakob disease: Clinical, pathological and molecular study. *Revista Ciencias de la Salud*. 2008; 6(3).

Capítulo 5

VALORACIÓN PRONÓSTICA DE ENCEFALOPATÍA ANÓXICA POST PARADA CARDIORESPIRATORIA.

BELÉN GARCÍA ARIAS

1 Introducción

El paro cardíaco es un problema de salud importante con 50-110 casos /10000 habitantes en el mundo. Dados los avances médico-tecnológicos actuales la supervivencia de estos pacientes ha aumentado de forma considerable en los últimos años. Sin embargo, alrededor de un 80% de los pacientes que ingresan en una UCI tras una PCR extrahospitalaria, lo hacen en situación de coma y, entre 50%-66% de ellos morirán a causa de sus secuelas neurológicas.

Establecer el pronóstico neurológico de forma precoz es un reto cuyo objetivo general es centrarse en el mejor interés para el paciente: por un lado, evitar tratamientos inadecuados o fútiles a pacientes sin posibilidad de recuperación y por otro, no suspender de forma precoz tratamientos a pacientes con posibilidad de recuperación.

Muerte cerebral: es “la pérdida irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo los reflejos de tallo cerebral”. Los tres elementos que definen la muerte encefálica son: coma, ausencia de reflejos de tronco del encéfalo y apnea.

Estado vegetativo: “Es una condición clínica de falta de consciencia de uno mismo y del ambiente. El paciente respira espontáneamente, tiene función circulatoria estable y ciclos de cierre y apertura de los ojos que simulan el sueño y el estado de alerta”.

2 Objetivos

Exponer cómo se debe de realizar una adecuada valoración pronóstica de encefalopatía anóxica post parada cardiorrespiratoria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Requisitos exigidos para el diagnóstico de estado vegetativo

Condiciones previas ineludibles:

- Etiología conocida.
- Situación no debida a efectos farmacológicos.
- Situación no debida a alteraciones metabólicas.
- Causas estructurales tratables descartadas a partir de estudios de neuroimagen.

Criterios clínicos obligatorios:

- Ausencia de evidencia de interrelación con el medio en ningún momento.
- Ausencia de respuesta a estímulos que indiquen voluntariedad o propósito consciente.
- Ausencia de evidencia de comprensión o emisión de lenguaje. c) Criterios clínicos habituales, pero no obligatorios:
- Apertura y cierre de ojos recordando ciclos de sueño-vigilia.
- Funciones hipotálamicas y del tronco del encéfalo conservadas.

En el momento actual se considera persistente (EVP) si se mantiene más de 4 semanas y permanente (EVP) después de tres meses si es de causa no traumática. Cuando la etiología es traumática es necesario un año en este estado para que se considere permanente.

Características principales estado vegetativo persistente EVP:

- No consciencia de sí mismo ni del entorno e incapacidad para interactuar con otros.
- No evidencia de comprensión o expresión del lenguaje.
- Ciclos de sueño-vigilia preservados.
- Funciones autónomas de TE conservadas que permiten supervivencia con ayuda sanitaria (médico/enfermería).
- Incontinencia vesical / rectal.
- Variabilidad en respuesta a reflejos tanto superiores como espinales.

Estado de mínima consciencia (EMC): situación clínica en la que existe alteración de la consciencia, pero no cumple criterios de EVP. El paciente puede demostrar una mínima interacción con el ambiente, obedecer órdenes sencillas, intentar verbalizar, aunque sea de forma ininteligible y en ocasiones tienen comportamiento dirigido a un propósito determinado.

Criterios definitorios del estado de mínima consciencia. Una o más de las siguientes características:

- Obedece órdenes sencillas.
- Puede responder sí o no de manera verbal o con algún tipo de gesto.
- Presenta algún grado de verbalización inteligible.
- Responde o muestra comportamiento voluntario frente a estímulos relevantes como, por ejemplo:
 - Sonrisa o llanto apropiados a estímulos visuales o lingüísticos.
 - Respuesta del paciente a cuestiones lingüísticas mediante vocalización o lenguaje gesticular.
 - Alcanzar objetos buscando una dirección o localización correctas.
 - Tocar o sujetar objetos con una correcta adaptación a su forma y tamaño. Fijación visual mantenida a un estímulo visual móvil, etc.

La diferencia entre EVP y EMC es, en ocasiones difícil, pero imprescindible si se plantea limitación de soporte vital (LSV) a un paciente.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad no se dispone de ningún criterio que asegure el pronóstico tras una situación de anoxia cerebral. Disponemos de elementos clínicos, electrofisiológicos, de imagen y marcadores séricos que, utilizados en combinación, permiten establecer con mucha probabilidad cual va a ser la evolución. Para el

propósito de este protocolo se entiende por mal resultado neurológico la evolución a muerte encefálica o estado vegetativo.

6 Bibliografía

1. Neurological prognostication of outcome in patients in coma after cardiac arrest. Andrea O Rossetti, Alejandro A Rabinstein, Mauro Oddo Mayo 2016; 15 (6): 597-609.
2. Prognostication after cardiac arrest. Claudio Sandroni¹ Sonia D'Arrigo¹ and Jerry P. Nolan Critical Care (2018) 22:150.
3. Neurological prognostication after cardiac arrest. Claudio Sandroni a and Romergryko G. Geocadin^{b,c}. Curr Opin Crit Care. 2015 Jun; 21(3): 209–214.
4. Wijdicks EF, Hijdra A, Young GB, Bassetti CL, Wiebe S, Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology Neurology. 2006;67(2):203.
5. Zandbergen EG, de Haan RJ, Stoutenbeek CP, Koelman JH, Hijdra A Lancet. 1998; 352 (9143): 1808.
6. Encefalopatía anoxo-isquémica posterior al paro cardiorrespiratorio. José Fidencio Mata-Vicente. Med Int Mex 2013;29:388-398
7. Callaway CW, Donnino MW, Fink EL, Geocadin RG, et al. Part 8: post-Cardiac Arrest Care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015.

Capítulo 6

BIOMARCADORES EN EL CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO. ESTUDIO DE EVALUACIÓN CRÍTICA DE UN ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN.

MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL

1 Introducción

Clásicamente se ha utilizado un antígeno glicoproteico CA15-3 como marcador tumoral en el cáncer de mama. Los niveles de CA15-3 pueden ser indicadores de progresión del carcinoma si se produce una elevación o de la existencia de una correcta respuesta al tratamiento al disminuir los mismos. Sin embargo, este marcador tumoral tiene poca sensibilidad en torno al 60-70%.

La determinación de la cantidad de células tumorales circulantes en sangre y la cantidad de DNA específico del tumor se plantean como nuevos biomarcadores en el cáncer de mama. Esta identificación del DNA tumoral se realiza mediante secuenciación del genoma completo con el fin de localizar las alteraciones genéticas que lo caracterizan.

2 Objetivos

- Realizar una evaluación crítica de un artículo de investigación en relación al DNA tumoral como biomarcador en el cáncer de mama. La evaluación crítica se realizó sobre el siguiente artículo: "Analysis of circulating tumor DNA to monitor metastatic breast cancer".

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de información y revisión de documentación en relación al artículo publicado. La evaluación crítica se ha realizado mediante el sistema RAMMbo. Además se valorará si el estudio responde a las preguntas clínicas planteadas mediante el sistema PICO.

4 Resultados

Se trata de un estudio prospectivo y experimental, concretamente de un ensayo clínico, en el que se comparan tres biomarcadores distintos como forma de seguimiento y respuesta al tratamiento del cáncer de mama metastásico en 30 pacientes de forma aleatorizada.

Búsqueda de información y revisión de documentación: respecto al protocolo de búsqueda y revisión de la documentación utilizada por los autores la considero correcta porque nos aportan información sobre los datos que existen en la literatura médica de los métodos que van a comparar aportando cifras de sensibilidad de otros estudios. Asimismo aportan información de los protocolos utilizados en los estudios que toman de referencia, comprobando que estén aprobados por organismos oficiales. Ejemplo: “el sistema CellSearch es la única prueba aprobada por la Food and Drug Administration”

Para analizar la pregunta que se realizaron los autores a la hora de llevar a cabo el estudio emplearé el sistema PICO, que aplico a continuación.

Sistema PICO:

- Problema/Población: ¿Cuál es el mejor método para evaluar la respuesta al tratamiento en mujeres con cáncer de mama metastásico?

Mujeres con cáncer de mama metastásico en las que previamente sea posible identificar alteración genética tumoral.

-Intervención: obtención de muestras seriadas de sangre (30 ml cada una) a intervalos de tres semanas o más para después ser analizados los niveles de CA 15-3, las células tumorales circulantes y la cantidad de DNA tumoral.

- Comparación/Control: se compara la sensibilidad de los tres métodos (niveles de CA 15-3, células circulantes del tumor y cantidad de DNA tumoral) para poder averiguar que método es superior.

- Resultados: el método de la medición de niveles de CA 15-3 alcanzó niveles anormales en el 78% de los casos (21 de 27 mujeres), mientras que en 87% de las mujeres (26 de 30 pacientes) se pudo encontrar células circulantes tumorales en

sangre. El método con mayor sensibilidad fue el análisis del ADN tumoral en sangre, que fue positivo en el 97% de las mujeres estudiadas (29 de las 30).

Para la evaluación crítica del artículo de investigación utilicé el sistema RAMMBO:

- R – Recruitment (Reclutamiento).

La población estudiada representa a pacientes mujeres con cáncer de mama metastásica las cuales requieren de un control de la carga tumoral para determinar su evolución y la respuesta al tratamiento. En este estudio se evalúan distintas técnicas, a fin de valorar su sensibilidad, para realizar el mejor control tumoral de estas pacientes.

El número muestral (30) es adecuado para obtener resultados comparativos preliminares de una técnica de la que se carece prácticamente de evidencia científica hasta la fecha respecto a otras técnicas más comúnmente empleadas como son la determinación de niveles del marcador tumoral CA 15-3 o la cantidad de células tumorales circulantes en sangre. Además tenemos que tener en cuenta que 30 es un número de pacientes adecuado máxime cuando se trata de un análisis complejo y costosa la obtención y secuenciación del genoma tumoral y que por tanto hay que optimizar el número muestral para obtener resultados preliminares para posteriormente plantearnos si es viable este método. Llegados a este punto en el que los autores han obtenido resultados prometedores, ahora se requiere la realización de estudios con un mayor número muestral y no solo limitados a un centro hospitalario sino a nivel multicéntrico para obtener una mayor evidencia.

Criterios de exclusión e inclusión:

En un centro hospitalario fueron reclutadas 52 mujeres con cáncer de mama metastásico que estaban recibiendo tratamiento sistémico para dicha enfermedad. De estas 52 pacientes, solo 30 formaron parte del estudio porque cumplían como requisito que tuvieran una alteración genómica para poder monitorear los niveles de DNA tumoral. Por tanto las mujeres sin alteraciones genéticas tumorales fueron excluidas del estudio ya que no se puede valorar sin este requisito la técnica del análisis de DNA tumoral. Como anteriormente hemos mencionado para que un paciente entrará en el estudio tenía que tener una alteración genómica tumoral. Esta alteración la detectábamos mediante dos métodos: el primer método fue la detección con el sistema Tam-Seq de mutaciones PIK3CA o de TP53 en las 52 pacientes de las cuales 25 presentaban al menos una de las dos mutaciones; la segunda técnica fue la secuenciación genómica completa de extremos emparejados o paired-end mediante HiSeq2000 para identificar mutaciones o variantes

estructurales. De las 52 pacientes, en 9 se encontraron mutaciones o variantes estructurales. Además se confirmaron las alteraciones somáticas halladas con el método de secuenciación sanger. Recopilando los datos obtenidos, 22 pacientes tenían mutaciones, 5 pacientes tenían variantes estructurales y 3 tenían tanto mutaciones como variantes estructurales. Por tanto, un total de 30 pacientes con alteraciones genómica tumorales que entraron a formar parte del estudio.

- A – Allocation (Asignación).

En este estudio está correctamente aleatorizado. En un mismo paciente se realizaron los tres test para valorar la evolución tumoral, siendo esta la manera ideal para determinar la eficacia de cada procedimiento, ya que se comparan con el mismo paciente en la misma situación. Por tanto no se realizaron grupos según procedimiento, realizándose en las 30 pacientes la cuantificación del marcador tumoral CA 15-3, del número de células circulantes de tumor y del DNA tumoral.

- M- Measurements (mantenimiento).

Las condiciones en las que se analizaron las muestras mediante las tres técnicas fueron las mismas ya que se obtuvieron las muestras sanguíneas del mismo paciente y en el mismo momento para cada técnica. Se obtuvieron 141 muestras para la cuantificación del DNA circulante, 126 muestras para la cuantificar células circulantes de tumor y 114 muestras para la cuantificación de CA 15-3.

- M- Measurement (Medición).

En el estudio se pretendía cuantificación del DNA tumoral circulante, cuantificar células circulantes de tumor y la cuantificación del antígeno tumoral CA 15-3. Para el aislamiento y cuantificación del DNA tumoral se obtuvieron las muestras de sangre anticoaguladas con EDTA y procesada en la primera hora tras la extracción. A partir del plasma (obtenido por centrifugación) se extrajo el DNA con el kit QIAamp de ácido nucleico circulante (quiagen). Para medir el DNA circulante del tumor se realizó una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) usando el sistema fluidigm biomark o mediante la secuenciación directa en plasma por medio de etiquetado-amplificación de secuencias mediante la máquina HiSeq2500. La medición del antígeno tumoral CA 15-3 se realizó por inmunoensayo ADVIA centaur (siemens healthcare). Las muestras se recolectaron en tubos CellSave (veridex) y fueron procesadas en las primeras 96 horas para la cuantificación de células tumoral por el Sistema de CellSearch (veridex). También se realizó un TC para valorar la extensión de la enfermedad tumoral y de esta manera comparar la evolución con los datos obtenidos de las técnicas anteriormente citadas.

- B-Blind (ciego).

Las pacientes conocían que iban a formar parte del estudio y que por tanto se les iban a extraer muestras de sangre para comparar las técnicas ya que se les informó al respecto y firmaron el consentimiento correspondiente. El conocimiento de esta información no se verá afectado por las diferencias obtenidas entre las distintas técnicas ya que la obtención de muestras se realiza en el mismo paciente en un mismo momento. La cuantificación del DNA tumoral circulante y del marcador CA 15-3 no se verán influenciados porque son pruebas objetivas obtenidas por métodos estandarizados de laboratorio, así como el recuento de células tumorales que se realizó de forma ciega.

Por ello veo adecuado tanto el ciego realizado como el tipo de estudio realizado.

- O-Objective (objetivo).

La metodología estadística es la adecuada mostrando intervalos de confianza del 95%, regresión de COX para el análisis de supervivencia, curvas de supervivencia, etc. Las medidas obtenidas en el estudio se han realizado con unos sistemas de medida estandarizados y con referencias precisas al respecto como anteriormente hemos descrito. Las mediciones son objetivas y cuantitativas. No existe efecto placebo a priori en los resultados obtenidos porque se trata de un método diagnóstico y no un tratamiento, y en el caso de que pudiera existir afectaría de igual forma a los resultados de las tres técnicas porque las muestras están obtenidas de un mismo paciente en un momento determinado.

5 Discusión-Conclusión

Después de analizar este estudio lo considero de una buena calidad metodológica. Por ello podemos extraer una valiosa información científica y ya que están respaldados los resultados por otros estudios similares en otros ámbitos de la oncología. Se puede concluir que la cuantificación de células tumorales circulantes es de utilidad y en menor medida la cuantificación de antígeno tumoral CA 15-3. Sin embargo la mejor técnica para evaluar la evolución del cáncer de mama metastásico es la cuantificación de DNA circulante. De esta forma el ADN circulante del tumor es un biomarcador informativo, inherentemente específico y altamente sensible del cáncer de mama metastásico.

6 Bibliografía

- Dawson SJ, Tsui DW, Murtaza M, Biggs H, Rueda OM, Chin SF, Dunning MJ, Gale D, Forsheo T, Mahler-Araujo B, Rajan S, Humphray S, Becq J, Halsall D,

Wallis M, Bentley D, Caldas C, Rosenfeld N. Analysis of circulating tumor DNA to monitor metastatic breast cancer. *N Engl J Med.* 2013 Mar 28;368(13):1199-209.

Capítulo 7

SECUESTRO PULMONAR DE DIAGNÓSTICO PRENATAL.

ANA MILENA MUÑOZ

1 Introducción

El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente que consiste en tejido pulmonar afuncional sin comunicación con el árbol bronquial e irrigado por una arteria anómala sistémica que en más del 70 % de los casos proviene de la aorta torácica o abdominal aunque se han descrito casos de irrigación desde la arteria mamaria interna, arteria subclavia, tronco celiaco, intercostales e incluso de las arterias coronarias.

2 Objetivos

- Describir un caso de secuestro pulmonar donde destacamos la importancia de las pruebas de imagen en su diagnóstico, ya que los datos que aportan pueden ayudar a establecer el pronóstico y en el manejo perinatal, pudiendo así ofrecer a la familia información, asesoramiento genético y terapéutico.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una recién nacida, hija de madre de 31 años. En el control ecográfico de semana 20 se visualiza en región torácica imagen hiperecogénica de pequeño tamaño localizada en base pulmonar derecha. La paciente es seguida por la unidad de medicina fetal visualizándose en semana 22 mediante ecografía

doppler que dicha lesión en base pulmonar derecha está irrigada por una rama aórtica, lo que se diagnostica de secuestro pulmonar. La lesión permanece estable sin complicaciones durante toda la gestación, no se visualiza hydrops, desplazamiento mediastínico ni hipoplasia pulmonar asociada.

4 Resultados

La paciente nace a término, mediante parto eutócico. Apgar 9-10, no precisa reanimación. Peso al nacimiento 2300 gramos. Asintomática. Presenta una exploración en paritorio y a las 24 horas de vida compatible con la normalidad. Se realiza radiografía de tórax sin hallazgos patológicos que no excluye el diagnóstico prenatal por lo que ante la sospecha prenatal del mismo se realiza AngioTC torácico donde se confirma el diagnóstico de secuestro pulmonar intralobar y que la irrigación depende de una rama aórtica. La paciente asintomática fue dada de alta hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

El secuestro pulmonar es una malformación pulmonar poco frecuente, se trata de un tejido pulmonar afuncional que no comunica con el árbol traqueobronquial y tiene un aporte sistémico. Existen dos tipos de secuestro pulmonar, los más frecuentes hasta en el 75% de los casos son los intralobares. Con frecuencia son asintomáticos, se diagnostican de forma algo más tardía o mediante radiografía de tórax de rutina. A veces se presentan como neumonías de repetición en la adolescencia, hemoptisis, cansancio u otros síntomas vagos. En ellos la lesión está contenida dentro de la pleura visceral del pulmón sano.

Los secuestros extralobares, producen clínica en periodo neonatal. Pueden presentarse como distrés respiratorio, cianosis y/o infección en recién nacidos y se asocian en un 50-65% con otras malformaciones congénitas (hernias u otras anomalías diafragmáticas, cardiopatías, fístula traqueoesofágica...). El área de pulmón afecto en este caso se rodea de pleura propia. Ambos se nutren de la circulación sistémica a través de arterias aberrantes que surgen desde la aorta torácica o la abdominal sin existir aporte desde la arteria pulmonar a la lesión. El drenaje venoso más frecuente es a las venas pulmonares sobre todo en la forma intralobar.

Los avances en técnicas ecográficas han permitido realizar el diagnóstico en peri-

odo prenatal. La ecografía doppler permite visualizar tanto la irrigación arterial como el drenaje venoso. La confirmación postnatal debe realizarse mediante angioTC de tórax que demuestra la irrigación sistémica.

6 Bibliografía

- Cavoretto P, Molina F, Poggi S, et al. Prenatal diagnosis and outcome of echogenic fetal lung lesions. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;32(6):769–783.
- Winters WD, Effmann EL. Congenital masses of the lung: prenatal and postnatal imaging evaluation. *J Thorac Imaging* 2001;16(4):196–206.
- Tortajada M, Gracia M, Vega MI, et al. Controversies in the diagnosis of pulmonary sequestration. *Anales de pediatría* 2007; 66 (3): 323-324.

Capítulo 8

LUXACIÓN NO REDUCIDA DEL PRIMER DEDO: CRONIFICACIÓN DE UNA PATOLOGÍA AGUDA.

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

CLARA QUINTERO LÓPEZ

MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La luxación palmar metacarpo-falángica del primer dedo pulgar es una patología muy infrecuente, siendo más infrecuente aún, la presentación clínica de una luxación inveterada metacarpo-falángica, debido a la clínica aguda, no es frecuente que un paciente acuda con una luxación de años de evolución.

Para una correcta función de la mano, el pulgar debe de combinar fuerza, estabilidad y una movilidad sin dolor, ya que constituye un 40% de la funcionalidad de la mano. En el primer dedo se aplica el 60% de la fuerza prensil de la mano. Revisando la bibliografía al respecto, existe escasa literatura sobre la luxación inveterada volar de la articulación metacarpo-falángica del primer dedo.

La bibliografía muestra que la reducción abierta es el tratamiento de elección en los casos agudos no reductibles, pero en las luxaciones inveteradas, será necesaria una artrodesis para lograr la correcta funcionalidad del primer dedo y, por tanto, de la mano.

2 Objetivos

- Mostrar la actualización bibliográfica, epidemiología e indicaciones quirúrgicas, describiendo el caso presentado.

3 Caso clínico

Paciente de 37 años que sufre accidente de motocicleta en su país de origen 5 años antes, con dolor e impotencia funcional en 1º dedo mano derecha que con el tiempo mejoró. Trabajador manual, la lesión impide el desarrollo de actividad laboral funcional por dolor.

El examen clínico muestra una deformidad llamativa de la cabeza del metacarpi-ano con la articulación metacarpo-falángica bloqueada a 45 grados de flexión, la falange proximal a volar y radial. Imposibilidad para la extensión y pinza disfuncional por dolor.

Radiográficamente se confirma la luxación inveterada metacarpo-falángica. En la resonancia magnética, se informa sobre la lesión asociada de partes blandas. En la cirugía, disección sigmoidea volar, observando una erosión de la cabeza metacarpiana, sin cartílago articular. Los tendones estaban comprimidos y acortados. Se observó un remanente de tejido que parecía cápsula articular. No fue posible identificar los ligamentos colateral cubital, colateral radial ni la placa volar. Se realizó artrodesis a 20 grados de flexión y discreta rotación interna. Se inmovilizó 6 semanas y fisioterapia posterior. Reincorporación laboral a los 7 meses, con ciertas restricciones, pero sin dolor.

4 Resultados

Reincorporación laboral a los 7 meses, con ciertas restricciones, pero sin dolor.

5 Discusión-Conclusión

La rareza del caso estriba en la cronicidad de la lesión, ya que, debido al dolor y la deformidad, el paciente acude tempranamente a urgencias. La bibliografía describe que las luxaciones volares MTCF del primer dedo se producen por un traumatismo directo en el dorso de la falange proximal con la articulación en flexión, generalmente con la mano en posición de agarre o aprehensión. Existe

controversia respecto a la anatomía patológica, aunque en la bibliografía la mayoría de casos ponen de manifiesto rotura de cápsula dorsal LCC Y LCR.

Los ligamentos colaterales constituyen el soporte dorsal de la falange proximal. La artrodesis es el tratamiento de elección que permitirá eliminar el dolor la funcionalidad suficiente para realizar la actividad laboral.

La luxación inveterada metacarpo-falángica del primer dedo implica una mano disfuncional.

La bibliografía es unánime respecto a la necesidad de artrodesis para conseguir restaurar la fuerza del primer dedo y por tanto, la funcionalidad de la mano, siempre teniendo en cuenta el estado del cartilago y las partes blandas circundantes.

6 Bibliografía

1. Diaz Abele J, Thibaudeau S, Luc M. Open metacarpophalangeal dislocations: literature review and case report. *Hand (N Y)*. 2015 Jun;10(2):333-7.
2. Kitano K, Tsujiuchi N, Ito A, Tokunaga D, Kubo T, Nakamura S. Measurement of rehabilitation in thumb MP joint subluxation due to rheumatoid arthritis. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. 2014;5308-11.
3. Senda H, Okamoto H. Palmar dislocation of the thumb metacarpophalangeal joint: report of four cases and a review of the literature. *J Hand Surg Eur*. 2014 Mar;39(3):276-81.
4. Song SW, Sur YJ, Shin DC. Complete dislocation of the thumb metacarpal with extreme displacement. *J Plast Surg Hand Surg*. 2014 Feb;48(1):91-3.
5. Tung TC, Chen HC, Hsiao CW, Wei FC. Chronic volar dislocation of the metacarpophalangeal joint of the thumb: a case report and review of the literature. *J Trauma*. 1996 Sep;41(3):561-4.
6. Waitzenegger T, Lantieri L, Le Viet D. Dislocation of the thumb extensor tendons: an anatomical, clinical study and new classification. *Chir Main*. 2014 Sep;33(4): 291-4.
7. Xiong G, Gao Y, Guo S, Dai L, Liu K. Pathoanatomy and treatment modifications of metacarpophalangeal joint locking of the thumb. *J Hand Surg Eur*. 2015 Jan;40(1):68-7.
8. Zhang X, Ren C, Zhang Z. Radial sesamoid displacement of the thumb metacarpophalangeal joint. *J Hand Surg Eur Vol*. 2012 May;37(4):359-60.

Capítulo 9

MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO EN SINDROME ISQUIOFEMORAL: UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA.

CLARA QUINTERO LÓPEZ

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ

1 Introducción

La coxalgia es una causa frecuente de consulta médica en la clínica diaria, de difícil diagnóstico, ya que la etiología es diversa. El pinzamiento isquiofemoral es definido como el dolor que se produce debido al estrechamiento del espacio entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor produciendo un compromiso del músculo cuadrado femoral, encontrando alteraciones en su señal en resonancia magnética. Descrito inicialmente en pacientes con dolor tras cirugía de cadera (Johnson, 1977) posteriormente, se ha descrito en pacientes sin cirugía o traumatismo previo.

En nuestra práctica clínica debemos pensar en esta patología sumamente infrecuente en pacientes, principalmente femeninos, con dolor crónico en ingle o nalgas sin traumatismo previo, en los que puede haber una pseudocitalgia y cuyos síntomas se exacerben con la hiperextensión, aducción y rotación externa de la cadera.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de conocer una patología sumamente infrecuente como es el impingement isquiofemoral, para poder llegar a un correcto diagnóstico que nos permita un manejo terapéutico satisfactorio.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 24 años de edad, atleta de alto rendimiento, actualmente centrada en carrera de vallas, triple salto y salto de longitud, sin alergias ni antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta por cuadro de coxalgia de un año de evolución, reagudizado en los últimos tres meses, localizado en la región inguinal derecha con irradiación a zona trocantérica y al glúteo, y que se reproduce con la actividad física. El dolor no le ha impedido continuar con la competición activa, aunque ésta agrava la sintomatología, precisando reposo absoluto tras la campaña deportiva, por exacerbación del dolor.

En la exploración física hallamos a la paciente con buen estado general, sin atrofas ni deformidades, y movilidad conservada en las 4 extremidades. Balance articular de la cadera izquierda conservado, aunque se reproduce chasquido y dolor al adducir, rotar externamente y extender la cadera. La radiología simple de columna lumbar y caderas no mostraban alteraciones. Las pruebas de laboratorio, incluyendo hemograma, función renal y hepática, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, CPK, hormonas tiroideas, estudio de autoinmunidad y reactantes de fase aguda, estaban dentro de parámetros normales.

Inicialmente se pauta tratamiento con analgesia antiinflamatoria vía oral y reposo deportivo. Dada la persistencia de su sintomatología tras el tratamiento efectuado y con aumento del dolor en zona subglútea y en tensor de la fascia lata, se realiza nueva exploración física y se decide realizar resonancia magnética de caderas, que se informa como una discreta alteración de señal que afecta a la inserción del glúteo mediano de forma bilateral y prácticamente simétrica sin alteraciones de señal esqueléticas, compatible con tendinopatía insercional.

Se evidencia además signos de pinzamiento isquiofemoral bilateral de predominio izquierdo, evidenciando discreto edema del cuadrado femoral izquierdo. Asimismo se informa de una adecuada congruencia articular coxofemoral con superficies y espacios articulares y sin signos de derrame articular ni distensión de las bursas periarticulares. No se aprecian otras alteraciones morfológicas ni

de señal esqueléticas ni musculotendinosas. Sobre la base de dichos hallazgos, se diagnosticó de síndrome de pinzamiento isquiofemoral.

4 Resultados

El caso que nos concurre presentó un buen resultado siguiendo terapia de reposo con antiinflamatorios y tratamiento fisioterápico intensivo.

5 Discusión-Conclusión

El pinzamiento a nivel isquiofemoral no es un impingement frecuente en la práctica clínica, así como el choque femoroacetabular es una patología ampliamente conocida y descrita, el pinzamiento entre el trocánter menor y el isquion no se considera habitualmente, dado que el espacio es más amplio entre estas estructuras, y por tanto, muy poco frecuente. El tiempo de evolución oscila de meses a años, llegando a ser bilateral en un 25% de los pacientes. La prevalencia de esta patología no está bien descrita, debido a series cortas, en las que principalmente se presentan pacientes femeninas, por lo que se piensa que debe haber relación entre esta patología y la anatomía pélvica femenina.

El diagnóstico de confirmación se realiza mediante resonancia magnética, donde se encuentra un espacio entre la tuberosidad isquiática y el trocánter (valores inferiores a 13 ± 5 mm en el espacio isquiofemoral o 7 ± 3 mm en el espacio del cuadrado femoral) disminuido y edema en el cuadrado femoral, siendo preciso realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que impliquen dolor inguinal.

El tratamiento conservador consistente en reposo, antiinflamatorios e infiltraciones con corticoides suele tener un resultado variable, siendo necesario acompañarlo de un tratamiento fisioterápico intensivo, orientado al aumento del espacio isquiofemoral, trabajando para ello la flexión, abducción y rotación interna de cadera (con cadera neutra), si se acompaña de otras estructuras afectadas, habrá que sumarle trabajo excéntrico de las mismas.

En los casos resistentes al tratamiento conservador, debe plantearse la cirugía artroscópica, no siendo necesario en el caso presentado. El pinzamiento isquiofemoral es una enfermedad poco frecuente que debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial del síndrome del trocánter mayor, que puede mermar

la calidad de vida de los pacientes. La respuesta heterogénea al tratamiento conservador hace que en ocasiones sea necesario el tratamiento quirúrgico.

6 Bibliografía

1. Ali AM, Teh J, Whitwell D, Ostlere S. Ischiofemoral impingement: a retrospective analysis of cases in a specialist orthopaedic centre over a four-year period. *Hip Int.* 2013;23(3):263–8.
2. Bano A, Karantanas A, Pasku D, Datsaris G, Tzanakakis G, Katonis P. Persistent sciatica induced by quadratus femoris muscle tear and treated by surgical decompression: a case report. *J Med Case Reports* 2010;4:236.
3. Gómez-Hoyos J, Schroder R, Reddy M, et al. Femoral neck anteversion and lesser trochanter retroversion in patients with ischiofemoral impingement: a case-control magnetic resonance imaging study. *Arthroscopy* 2015.
4. Hernando MF, Cerezal L, Pérez-Carro L, Canga A, González RP. Evaluation and management of ischiofemoral impingement: a pathophysiologic, radiologic, and therapeutic approach to a complex diagnosis. *Skeletal Radiol.* 2016 Jun;45(6):771–87.
5. Jayaseelan DJ, Moats N, Ricardo CR. Rehabilitation of Proximal Hamstring Tendinopathy Utilizing Eccentric Training, Lumbopelvic Stabilization, and Trigger Point Dry Needling: 2 Case Reports. *Orthop. Sports Phys. Ther.* 2013.
6. Johnson KA. Impingement of the lesser trochanter on the ischial ramus after total hip arthroplasty. Report of three cases. *J Bone Joint Surg Am* 1977;59(2):268–269.
7. Maras Ozdemir Z, Aydingoz U, Gormeli CA, Sagir Kahraman A. Ischiofemoral space on MRI in an asymptomatic population: normative distance measurements and soft tissue signal variations. *Eur Radiol* 2015; 25:2246–2253.
8. O'Brien SD, Bui-Mansfield LT. MRI of quadratus femoris muscle tear: another cause of hip pain. *AJR Am J Roentgenol* 2007;189(5): 1185–1189.
9. Patti JW, Ouellette H, Bredella MA, Torriani M. Impingement of lesser trochanter on ischium as a potential cause for hip pain. *Skeletal Radiol* 2008;37(10):939–941.
10. Sutter R, Pfirrmann CW. Atypical hip impingement. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;201(3):437–42.
11. Torriani M, Souto SC, Thomas BJ, Ouellette H, Bredella MA. Ischiofemoral impingement syndrome: an entity with hip pain and abnormalities of the quadratus femoris muscle. *AJR Am J Roentgenol* 2009;193(1):186–190.

12. White KE. High hamstring tendinopathy in 3 female long distance runners. J Chiropr Med. 2011;10:93-99.

Capítulo 10

INESTABILIDAD DE TOBILLO POR LUXACION RECIDIVANTE DE TENDONES PERONEOS: MANEJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

MANUEL RODRIGUEZ JIMÉNEZ

JOSE ANTONIO CABALLERO ANGULO

CLARA QUINTERO LÓPEZ

1 Introducción

La subluxación o luxación de tendones peroneos es una lesión poco frecuente y puede confundirse con un esguince lateral de tobillo en el contexto agudo. Varios estudios han demostrado que más del 90% de estas lesiones son secundarias a traumatismos relacionados con el deporte. El resto son causas congénitas como déficits de retináculo peroneo superior, surco retroperoneo poco excavado o presencia de peroneus quartus.

- Las luxaciones agudas pueden no diferenciarse de un esguince complejo ligamentoso lateral de tobillo o de una lesión de retináculo superior, diferenciándose en que existe más dolor a nivel retromaleolar con cajón anterior negativo, dolor importante y aprehensión extrema a la eversión de pie con contrarresistencia
- Las luxaciones crónicas, el paciente suele referir ruido seco o sensación de chasquido alrededor del maléolo peroneal con o sin dolor

Existen 4 grados de luxación de tendones peroneos según Eckert y Davis:

Grado I: retináculo peroneo superior desprendido del peroné.

Grado II: anillo fibroso avulsionado de la cara posterolateral del peroné a lo largo del retináculo peroneo superior.

Grado III: avulsión ósea de la parte posterolateral del peroné por el retináculo peroneo superior.

Grado IV: rotura del retináculo superior en su inserción posterior a nivel de l calcáneo y el tendón de Aquiles.

2 Objetivos

- Mostrar la importancia de conocer una patología sumamente incapacitante y de difícil diagnóstico, que en la mayoría de los casos pasa desapercibida en procesos traumáticos agudos de tobillo, en especial en deportistas.

3 Caso clínico

Mujer de 29 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a consulta por dolor en tobillo derecho de larga evolución, tras un esguince de dicho tobillo hace 4 años que se trató de forma conservadora.

Sigue tratamiento exclusivamente analgésico en función del dolor.

Exploración física: la paciente presenta un chasquido palpable en la cara lateral de ambos tobillos, doloroso y reproducible por ella misma, más evidente en el tobillo derecho. Se aprecia una inflamación retromaleolar bilateral, mayor en el tobillo derecho. Dolor a la eversión y Flexión dorsal forzada, con sensación de salto de tendones peroneos. No se evidencian alteraciones clínicas ni deformidades del antepié ni del retropié. No alteraciones de ejes en MMII.

Pruebas complementarias:

- Rx: se aprecia línea esclerosa en punta de peroné que sugiere que el paciente sufrió fx anular o en anillo que es patognomónica de patología de peroneos.

- Resonancia magnética (RM) del tobillo derecho: rotura longitudinal del tendón peroneo corto con subluxación anterolateral de parte del mismo con líquido en la vaina sinovial. Lesión de grado I del retináculo peroneo superior.

Diagnóstico: en función de todo lo anterior, se emitió el diagnóstico de luxación de los tendones peroneos, de grado I de Eckert y Davis.

Tratamiento: se decide efectuar una intervención quirúrgica del tobillo derecho empleando la técnica de profundización de surco de Thomson junto con la reparación y retensado del retináculo peroneo superior. Mediante un abordaje directo y sobre el maléolo externo se exponen el peroné y, posteriormente, la vaina de los tendones peroneos.

Esta técnica consiste en osteotomizar la porción lateral del peroné en 3 partes dejando articulada la parte más posterior. Con este colgajo de hueso levantado, se legra el hueso esponjoso subyacente del peroné y se reinserta el colgajo en el lecho profundizado. Se asocia en este caso, la re inserción y retensado del RPS.

4 Resultados

Se coloca una férula posterior durante tres semanas y posteriormente se permite la carga con un botín de yeso durante dos semanas más. La evolución de la paciente es satisfactoria. Asintomática.

5 Discusión-Conclusión

- La patología de los tendones peroneos es relativamente infrecuente y muchas veces difícil de diagnosticar. Se agrupa en tres grupos principales: roturas tendinosas, tenosinovitis e inestabilidad de los tendones.
- La luxación de los tendones peroneos fue descrita en 1803, y hoy día es una lesión poco frecuente que se observa en pacientes que presentan una insuficiencia constitucional de los retináculos, con el surco retromaleolar poco profundizado, a lo que se añade un movimiento brusco de inversión forzada del tobillo en dorsiflexión, generalmente en relación con alguna actividad deportiva.

En este desencadenante inicial de inversión forzada con el tobillo en dorsiflexión, si el tobillo está en menos de 15° de dorsiflexión, se suele producir luxación o subluxación de los tendones peroneos; si está entre 15° y 25°, es más frecuente la rotura parcial del tendón, y si es mayor de 25° suele ser una zona de relativa seguridad para los tendones peroneos. Este mecanismo suele asociar, a la luxación de los tendones peroneos, la rotura del tendón peroneo corto y la inestabilidad del tobillo. Una vez producida la lesión, el paciente puede provocar la luxación tendinosa mediante movimientos de dorsiflexión con el tobillo evertido.

La patología de los peroneos genera molestias tras esguinces o traumatismos directos, que con el paso del tiempo pueden ocasionar inestabilidad de tobillo.

Inicialmente el tratamiento de las lesiones (sobre todo las agudas), suelen ser conservador con inmovilización con botina de yeso y descarga durante al menos 6 semanas. Las luxaciones crónicas normalmente se decide un tratamiento quirúrgico pues los conservadores no son efectivos.

Las técnicas quirúrgicas que se pueden realizar son muy variadas:

- Reconstrucción anatómica de partes blandas.
- Procedimientos de bloqueo óseo.
- Procedimiento de transferencia de tejido.
- Procedimientos de cambio de ruta.
- Procedimientos de profundización de surco.

Ninguna de estas técnicas ha demostrado ser mejor que el resto (los resultados se muestran en grados IV y V de evidencia científica), y la elección de la técnica dependerá de las preferencias del cirujano y de los hallazgos en cada caso.

En aquellos pacientes que presentan una deformidad del retropié en varo también se puede asociar una luxación de los tendones peroneos. En este grupo, como tratamiento opcional se puede realizar una osteotomía valguizante del calcáneo, pues mejora la mecánica y la carga del tobillo, así como la clínica proveniente de los tendones peroneos.

6 Bibliografía

1. Heckman DS, Reddy S, Pedowitz D, Wagner KL. Operative treatment for peroneal tendon disorders. *J Bone Joint Surg (Am)* 2008; 90: 404-18.
2. Larssen E. Surgery for recurrent dislocation of the perineal tendons. *Acta Orthop Scand* 1984; 55: 554-5.
3. Canale T. Trastornos de los tendones y las fascias. En: Campbell WC. *Campbell Cirugía Ortopédica*. 10.^a ed. Madrid: Elsevier. 2004: 4207-15.
4. Núñez-Samper M. Cirugía de la luxación recidivante de los tendones peroneos. En: *Técnicas quirúrgicas de la cirugía del pie*. Capítulo 19. 1.^a ed. Barcelona: Masson; 2006. p. 237-40.
5. DiGiovanni BF; Fraga CJ, Cohen BE, Shereff MJ. Associated injuries found in chronic lateral ankle instability. *Foot and Ankle Int*. 2000;20:809-15.
6. Coughling MJ, Mann RA, Saltzman CL. *Surgery of the Foot and the Ankle*. 8th ed. Philadelphia. Mosby Elsevier; 2007. P 1282-94.

7. Davis WH, Sobel M, Delan J, Bohne WH, Patel MB. The superior Peroneal retinaculum: an anatomic study. *Foot Ankle Int.* 1994;15:271-5.
8. Ecker Wr, Davis EA Jr. Acute rupture of the peroneal retinaculum. *J Bone Joint Surg Am.* 1976;58:670-2.

Capítulo 11

AUSENCIA CONGÉNITA DE LA ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DEL TEMA.

BEATRIZ ESCOBAR MALLADA

1 Introducción

La agenesia unilateral de arteria carótida interna (ACI) es una anomalía del desarrollo muy poco frecuente. Se presentan 5 casos clínicos de agenesia de ACI con diversa presentación clínica, la mayoría hallazgos casuales en estudios de imagen. Se revisa la anatomía, hallazgos por imagen e implicaciones clínicas de estas malformaciones.

2 Objetivos

- Describir de los hallazgos radiológicos de la ausencia congénita de carótida interna y de sus variantes vasculares.

3 Caso clínico

Caso 1. Varón de 64 años con hipoacusia postraumática. La ausencia de canal carotídeo en el lado izquierdo traduce la ausencia de arteria carótida interna. La angioTC de troncos supraórticos confirma la ausencia de la arteria carótida interna izquierda.

Caso 2. Mujer de 58 años a estudio por episodios sincopales. La angioRM demuestra la ausencia de ACI izda. La arteria cerebral media izquierda recibe su aporte sanguíneo a través de la arteria comunicante posterior y la arteria cerebral anterior (ACA) se nutre a través de la arteria comunicante anterior (AcoA).

Caso 3. Niña de 18 meses a estudio por retraso psicomotor. Ausencia de la ACI izquierda. La arteria cerebral anterior del lado afectado se nutre a través de la arteria comunicante anterior y la arteria cerebral media desde la arteria comunicante posterior. Corresponde a un tipo fetal o tipo A de Lie.

Caso 4. Mujer de 53 años con hemangioma hemifacial intervenido en la infancia, estrabismo y retraso psicomotor. En la RM se aprecia la ausencia de ACI y de A1 derecha. La arteria cerebral media (ACM derecha) se nutre de la arteria comunicante posterior (AcoP) y la ACA de la ACI contralateral a través de la ACoA.

Caso 5. Mujer de 21 años con enfermedad desmielinizante. Presenta ausencia de la porción cervical de ACI izda con hipoplasia del canal carotídeo en el hueso temporal. La ACA recibe aporte a través de la ACoA y la ACM a través de la ACoP. La ausencia de ACI con hipoplasia del canal carotídeo indica aplasia de la arteria.

4 Resultados

La ausencia congénita de la arteria carótida interna (ACI) es una anomalía muy poco frecuente, con una incidencia menor del $<0,01\%$.

Engloba 3 entidades, descritas por Lie en 1968:

- Agenesia: falta completa de desarrollo de la ACI.
- Aplasia: falta completa de la ACI habiendo existido su precursor embrionario, por un fallo en su desarrollo
- Hipoplasia: ACI de pequeño calibre debido a un desarrollo incompleto.

El primer caso documentado fue descrito por Tode en 1787 tras la realización de una necropsia y el primer diagnóstico "in vivo" fue realizado por Verbiest en 1954 mediante arteriografía cerebral. Puede ser bilateral, pero es más frecuente la afectación unilateral y en el lado izquierdo (3/1). Se desconoce su causa exacta; se cree que se debe a trastorno mecánico o hemodinámico durante el desarrollo embrionario, entre la 3a y la 5a semana de la vida fetal.

En la 4a-5a semana del desarrollo embrionario se forman los arcos branquiales,

cada uno de los cuales recibe su propio nervio y su propia arteria. Estas arterias reciben el nombre de arcos aórticos, tienen origen en el saco aórtico y terminan en las aortas dorsales.

La porción proximal de la arteria carótida interna deriva del tercer arco aórtico. El resto de la carótida interna está formado por la porción craneal de la aorta dorsal. Su desarrollo se completa la 6ª semana de gestación.

El canal carotídeo en la base craneal se forma por la presencia de la carótida interna o de su precursor, por lo tanto la ausencia del canal carotídeo traduce una agenesia de la arteria carótida interna. La ausencia congénita de la ACI es habitualmente asintomática debido al desarrollo de circulación colateral compensatoria que es capaz de mantener la perfusión cerebral, y es detectada de forma incidental durante la realización de un estudio de imagen o tras un accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico. No existe un cuadro clínico definido, se ha relacionado con cefaleas recurrentes, visión borrosa, pérdida de audición, síndrome de Horner, epilepsia, hemiplejía o hemorragia intracraneal por la rotura de un aneurisma cerebral. Los síntomas suelen presentarse en la edad adulta y relacionarse con insuficiencia cerebrovascular, ya que toda la circulación anterior depende de una sola carótida o del sistema vertebrobasilar, que pueden verse afectados por aterosclerosis. En otros casos la clínica se debe al efecto de masa condicionado por bucles y elongaciones de los vasos colaterales o a la rotura de aneurismas intracraneales.

La ausencia de la arteria carótida interna ACI se acompaña del desarrollo de circulación colateral a partir del polígono de Willis, de ramas transcraneales procedentes de la carótida externa o de vasos embrionarios persistentes.

Lie estableció en 1968 una clasificación de la circulación colateral en 6 patrones:

- Tipo A: Ausencia de ACI unilateral. La arteria cerebral anterior (ACA) del lado afectado se nutre a través de la arteria comunicante anterior (ACoA) y la arteria cerebral media (ACM) desde la arteria comunicante posterior (ACoP).
- Tipo B: Ausencia unilateral de la ACI con aporte sanguíneo a la ACA y ACM desde la ACI contralateral a través de la ACoA.
- Tipo C: Ausencia bilateral de ACI. La circulación anterior depende de las ACoP.
- Tipo D: Ausencia unilateral del segmento cervical de la ACI con comunicación intracavernosa desde la ACI contralateral.
- Tipo E: Hipoplasia bilateral de ACI. La ACA tiene su origen en la ACI hipoplásica y la ACM es suplida por la ACoP.
- Tipo F: Ausencia uni o bilateral de la ACI con anastomosis transcraneales procedentes de la arteria carótida externa.

Posteriormente se asoció con la presencia de la arteria trigeminal persistente (ATP), que se trata una comunicación embriológica del sistema arterial carotídeo y el sistema vertebrobasilar. La ATP se origina en la porción precavernosa de la arteria carótida interna pudiendo adoptar dos recorridos distintos: la variante medial (esfenoidal) es la más frecuente y presenta un trayecto posterior a través del dorso selar y la variante lateral (petrosa) se dirige hacia atrás para unirse al tronco basilar atravesando el seno cavernoso .

La clasificación más sencilla y utilizada divide la ausencia de ACI en tres tipos en función del tipo de circulación colateral desarrollada:

- El tipo fetal, el más frecuente, en el que la ACA del hemisferio afectado recibe aporte sanguíneo de la ACI contralateral a través de la arteria ACoA, mientras que la ACM se nutre desde la arteria basilar a través de la ACoP.
- En el tipo adulto la ACI contralateral suple, a través de ACoA, tanto a la arteria ACM como a la ACA del hemisferio afecto.
- Un tercer patrón en el que el hemisferio homolateral a la agenesia recibe flujo a través de anastomosis anómalas: a) desde la arteria carótida externa a través de la arteria maxilar, oftálmica, vidiana o meníngeas accesorias, b) desde la porción cavernosa de la ACI contralateral por conexiones transelares intracavernosas, o c) a través de vasos embrionarios persistentes.

En estos pacientes existe una alta prevalencia de aneurismas cerebrales, del 25 al 35% en distintas series, muy superior a la de la población general, que es del 2 al 4%. Es típica su localización en la ACoA. La formación de aneurismas puede tratarse de una alteración independiente de la ausencia de ACI, o bien deberse a un desequilibrio hemodinámico por un aumento de flujo en el lado contralateral a la misma. a ausencia congénita de la ACI se ha asociado múltiples anomalías a distintos niveles: anomalías del sistema nervioso como la agenesia del cuerpo calloso, quistes aracnoideos, meningocele, o enfermedad de Moya-Moya, alteraciones del eje hipotalamo-hipofisario, neurofibromatosis tipo II, poliquistosis hepatorenal, Síndrome de Klippel-Trenaunay o alteraciones cardiovasculares como la coartación de aorta y malformaciones cardíacas.

Los tres hallazgos radiológicos principales en la ausencia congénita de la ACI son:

- Disminución de calibre o ausencia de visualización de la arteria ACI, ya sea parcial o completa.
- Ausencia o hipoplasia del canal carotídeo en el hueso temporal.
- Circulación colateral a través del Polígono de Willis, de arterias embrionarias

persistentes o de vasos transcraneales procedentes de la ACE.

El diagnóstico de "agenesia" precisa la demostración de la ausencia de la ACI mediante una prueba angiográfica (arteriografía, angioTC o angioRM) y de la ausencia del canal carotídeo en el hueso temporal mediante TC.

En la "aplasia" de la ACI no se identifica la arteria pero existe un canal carotídeo hipoplásico.

El signo de la cuerda es sugestivo de "hipoplasia" de la ACI.

La ausencia del canal carotídeo o un canal carotídeo de pequeño tamaño permite el diagnóstico diferencial con causas adquiridas de disminución del calibre de la ACI como disecciones, displasia fibromuscular, ateromatosis o estenosis postirradiación.

El diagnóstico de esta anomalía es especialmente importante en la enfermedad tromboembólica, ya que en pacientes con agenesia o aplasia un embolismo que afecte a un hemisferio cerebral puede deberse a ateromatosis del sistema vertebrobasilar o de la carótida contralateral y la obstrucción de uno de estos sistemas puede dar lugar a lesiones isquémicas bilaterales extensas.

También es relevante cuando se plantea una endarterectomía de la arteria carótida contralateral, ya que ambos hemisferios cerebrales dependen de la carótida ateromatosa, o en la planificación de cirugía transesfenoidal debido a las posibles complicaciones en caso de existencia de colaterales transeles intra-cavernosas.

5 Discusión-Conclusión

La agenesia de la arteria carótida interna es una anomalía congénita excepcional que suele diagnosticarse de forma casual durante la realización de angioRM o de TC. Su reconocimiento es importante debido a su asociación con aneurismas cerebrales, en la enfermedad tromboembólica y de cara al planteamiento de cirugía carotídea contralateral.

6 Bibliografía

1. Ito S., Miyazaki H, Iino N, Shiokawa Y, Saito I. Unilateral agenesis and hypoplasia of the internal carotid artery: a report of three cases. *Neuroradiology* (2005) 47: 311-315.

2. Álvarez-Uría Tejero M.J., Sáiz-Ayala A. , Fernández-Rey C. , Santamarta-Liébana E. Agenesia unilateral de la arteria carótida interna. *Angiología* (2009); 61: 213-7].
3. Lee J.H., Oh C.W., Lee S.H., and Han D.H. Aplasia of the internal carotid artery. *Acta Neurochir* (2003) 145: 117–125
Farhat W., Ahdab R., Hosseini H. Congenital agenesis of internal carotid artery with ipsilateral Horner presenting as focal neurological symptoms. *Vascular Health and Risk Management* 2011;7 37–40.
4. Choh N.A., Choh S.A., Jehangir M. Right Internal Carotid Artery Agensis. *Indian J Pediatr* 2008; 75 (12) : 1269-1271
Anderson D. Bilateral absence of the internal carotid artery: MR angiography and ultrasound findings. *The British Journal of Radiology*, 78 (2005), 569–572.

Capítulo 12

CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

IRENE LOSADA ÁLVAREZ

ELENA BAZTARRICA ECHARTE

MARIA BARBER ANSÓN

LAURA CALVO BARRENA

1 Introducción

El carcinoma renal de células claras supone un 2-3% de las neoplasias malignas del adulto. En los últimos años su incidencia ha aumentado gracias al desarrollo y empleo sistemático de métodos de diagnóstico por imagen que permiten un diagnóstico precoz en estados asintomáticos. Hasta en un tercio de los pacientes presentan enfermedad metastásica al diagnóstico y alrededor de otro tercio las presentarán en un futuro.

La enfermedad metastásica en el páncreas por cáncer renal es poco frecuente. Suele presentarse de forma sincrónica aunque hay casos descritos de aparición tardía. Su presentación suele ser con carácter asintomático y su diagnóstico en el desarrollo de controles de la enfermedad primaria. El tratamiento de elección es la resección completa dejando suficiente tejido para sostener la función endocrina.

2 Objetivos

- Presentar un caso significativo para destacar el aumento de la incidencia del carcinoma renal.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 58 años que en 1998 es diagnosticado de una masa renal izquierda y es sometido a una nefrectomía radical izquierdo por vía abierta. El diagnóstico anatomopatológico describió un Adenocarcinoma de células claras. Estadio T1 GII. Los controles posteriores no mostraron recidiva local ni a distancia, siendo el último control de 2003.

En 2012 tras la práctica de una radiografía de tórax por un cuadro agudo sugestivo de infección bronquial, se le detecta un nódulo pulmonar. En noviembre de ese año es sometido a una resección en cuña del lóbulo pulmonar inferior izquierdo y el resultado anatomopatológico fue de metástasis de un carcinoma de células claras de alto grado nuclear.

En controles posteriores en Oncología Médica se objetivó mediante una TAC una lesión nodular posterior al lecho quirúrgico de la nefrectomía radical izquierda y medial al bazo, con una densidad heterogénea sugestiva de nueva recidiva tumoral. (Ver imagen 1: Estudio de imagen mediante TAC).

En octubre del 2014 se le realiza la exéresis por vía laparoscópica de la lesión descrita con el resultado anatomopatológico de metástasis de carcinoma renal en páncreas. (Ver imagen 2: Pieza macroscópica). El paciente no recibió ningún tipo de tratamiento adyuvante y el último control mediante TAC fue en noviembre del 2018 sin evidencia de recidiva local ni a distancia.

4 Resultados

Las metástasis pancreáticas de cualquier foco primario son raras y suponen entre el 2 y el 5% de los tumores pancreáticos; el carcinoma renal como foco primario es poco frecuente, entre el 1 y el 2,8% de las metástasis pancreáticas (1).

Suelen presentarse sincrónicamente con el tumor primario o bien en el contexto de una enfermedad diseminada(2).

En nuestro caso se trata de una metástasis pancreática única, 14 años después de la nefrectomía por un carcinoma renal de células claras estadio pT1, N0.

A pesar de que la gran mayoría de las metástasis suelen desarrollarse entre 5 y 10 años tras la nefrectomía, debe tenerse en cuenta la capacidad de los tumores renales de presentar metástasis tardía (3). Habitualmente se tratan de lesiones asintomáticas que se detectan en los estudios rutinarios de control (4). De presentar síntomas, pueden ser muy diversos e indistinguibles de otro tipo de cánceres pancreáticos (1).

En pacientes con antecedentes de carcinoma renal, con incluso un pronóstico inicial no desfavorable, la presencia de lesiones tardías en otros órganos debe ponernos en alerta ante la posibilidad de una metástasis. Es importante la diferenciación con un carcinoma primario de páncreas desde el punto de vista pronóstico. Tanto la TAC como la RM no permiten establecer un diagnóstico diferencial. En pacientes seleccionados, cuanto el tumor primario está controlado, el páncreas es el único órgano afectado por metástasis y la lesión es resecable, se recomienda un tratamiento quirúrgico agresivo siempre que no haya comorbilidades que lo contraindiquen (5).

Se consideran como factores de buen pronóstico en la resección de metástasis: 1. Características del tumor primario (histología, grado, estadio); 2. Largo intervalo de tiempo entre tumor primario y la aparición de metástasis; 3. Metástasis únicas y sin compromiso ganglionar; y 4. Necrosis extensa en la pieza de resección (6). En nuestro caso son datos de buen pronóstico el estadio inicial, T1 GII N0, la aparición de metástasis 14 años después de la nefrectomía como lesión única y sin compromiso ganglionar.

A pesar de la escasa experiencia acumulada en el tratamiento de metástasis pancreáticas únicas por un carcinoma renal se considera necesario la resección completa en casos seleccionados. La extensión de la resección vendría marcada por la necesidad de lograr márgenes libres y conservar suficiente tejido pancreático para mantener la función endocrina (2).

No existe necesidad de una disección linfática radical. La literatura indica que la afectación ganglionar en la enfermedad metastásica pancreática es muy rara (1). La tasa de supervivencia en el carcinoma renal metastático es muy baja, sin embargo los pacientes con metástasis únicas tienen mejor pronóstico. Hay observaciones que indican que, aparentemente, es mejor el pronóstico mientras más tiempo haya transcurrido entre la cirugía renal y la presentación de la metástasis

(7).

5 Discusión-Conclusión

- Aunque la mayoría de las metástasis en el carcinoma renal aparecen en los primeros años después de la nefrectomía, la posibilidad de recurrencia tardía existe y está cifrada entre el 4 y 11 %.
- La enfermedad metastásica del páncreas por carcinoma renal es poco frecuente (1-2,8%). Siempre debe sospecharse metástasis pancreática en los pacientes que presenten una masa pancreática y tengan antecedentes de carcinoma renal. El intervalo entre la resección primaria y las metástasis puede ser bastante largo. Los pacientes pueden presentar o no síntomas, siendo estos muy variados.
- La posibilidad de recurrencia tardía hace necesario un seguimiento a largo plazo. Su rentabilidad, desde el punto de vista coste-efectividad, debería valorarse mediante la realización de estudios con mayor número de casos.
- Ante la presencia de metástasis única en pacientes con expectativa de vida aceptable, la metastasectomía puede considerarse una opción terapéutica ofreciendo buenos resultados en términos de supervivencia.

6 Bibliografía

1. Pérez Fentes D.A, Blanco Parra M, Toucedo Caamaño V, Lema Grille J, Cimadevilla Gsrcía A, Villar Nuñez M: Carcnoma renal metastático de localización atípica. Revisión de la literatura. Actas Urol Esp. 2005; 29: 621-30.
2. M Ruibal Moldes, J.L Quintana de la Rosa, L.A Fariña Pérez, F. Tardáguila, J.A Ortiz Rey, E. Zungri Telo: Metástasis pancreática tardía por carcinoma renal. Actas Urol Esp. 2001; 25 (2): 122-124.
3. Chechile G, Zungri E, Algaba F, Viladoms JM: Recurrencia tardía de carcinoma renal en la cicatriz de nefrectomía. Actas Urol Esp 1986; 10: 117-118.
4. Faure Jp, Richer JP, Irani J, Bon D, Dugue T, Carretier M: Cancer du rein et métastases pancréatiques tardives. A propos de 3 cas et revue de la littérature. Progre en Urol 1998; 8: 404-407.
5. Markinez I, Jiménez R, Ruiz I, Villarreal E, Lizarazu A, Borda N, Arteaga X, Medrano MA, Guisasola E, Beguiristain A, Enríquez-Navascués JM: Metástasis pancreáticas por carcinoma renal. Nuestra casuística y revisión de la literatura. Cir Esp. 2013; 91 (2): 90-95.
6. Stankard CE, Richard C: The treatment of isolated pancreatic metastases from renal cell carcinoma: a surgical review. Am J Gastroenterol 1992; 87: 1658-1660.

7. JC Montero y Mota, J Macedo Ramírez, T. González Díaz: Metástasis pancreática que se presenta 10 años después de nefrectomía por cáncer renal. Cir Gen 2004; 26: 125-127.

Capítulo 13

PERSONAL SANITARIO : QUE PASA CUANDO SE VULNERA EL SECRETO PROFESIONAL

RAUL MATEOS IGLESIAS

TANIA MELERO PEREIRA

1 Introducción

Privacidad y confidencialidad de la historia clínica. La relación médico-paciente descansa sobre un pilar básico, que es el secreto profesional. La confidencialidad es el acto de confiar en otro lo que se tiene oculto o reservado; el secreto profesional es el deber que tiene todo profesional de no descubrir esos datos ocultos o reservados y que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión. Jurídicamente los términos intimidad y privacidad son superponibles. Tanto médicos como enfermeras (entre otros) nunca deben olvidar que su ejercicio profesional siempre está ligado a un conjunto de normas legales que lo regulan, y de normas deontológicas, que deben regir su conducta profesional. La historia clínica posee una doble regulación, deontológica y jurídica. La primera se encuentra en el Código de Deontología Médica y de Enfermería Profesional, y la segunda, al no existir una ley positiva específica que la regule, la encontramos en disposiciones legales dispersas que hacen referencia a ella directa o indirectamente .

La Constitución Española recoge en su artículo 18 los derechos de las personas en relación a los datos de carácter personal (que se desarrollan en la Ley 15/1999). La Ley General de Sanidad, además de establecer el derecho a la intimidad y confidencialidad con carácter general en su artículo 10, en su artículo 61, relativo a la

historia clínica, dice que «...deberán quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar, y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica...». El Código Penal establece en su artículo 197 las penas en caso de revelación de secreto profesional.

2 Objetivos

Evitar un uso indebido de las historias clínicas. Fomentar el respeto a la intimidad del paciente. Conseguir profesionales sanitarios éticos. Educar al profesional sanitario en la responsabilidad en el ejercicio de su profesión. Proteger la intimidad del paciente. Informar sobre las repercusiones legales a los profesionales de un mal uso por su parte del acceso a las historias clínicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Consultados artículos y textos legales, son contados los casos en los que se permite la revelación del contenido de la historia clínica de un paciente. Los enumerados a continuación son las situaciones que permitirían esta revelación, serían:

1. La investigación, las publicaciones científicas y los estudios epidemiológicos, siempre y cuando se preserve el derecho a la intimidad (artículo 15.4 del Código Deontológico; artículo 61 de la Ley General de Sanidad; LORDTAD).
2. Los partes de enfermedades de declaración obligatoria dirigidos a la Jefatura Provincial de Sanidad, por tratarse de enfermedades que hacen correr un riesgo a la salud de terceros o de la población general. Así mismo, se informará a los familiares y allegados que tengan riesgo de contraer la enfermedad (artículos 18.3 y 18.4 del Código Deontológico; Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre, que

constituye la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y normas autonómicas).

3. Los partes de incapacidad temporal laboral dirigidos al INSALUD, omitiendo el diagnóstico en el ejemplar dirigido a la empresa.

4. A la Inspección médica (artículo 61 de la Ley General de Sanidad) y a las EVIS del INSS, como elemento para otorgar las prestaciones de incapacidad laboral temporal y permanente (Orden de 18 de enero de 1996 de aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995 de 21 de julio sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social), pero con el consentimiento del paciente en el caso de la incorporación permanente (Orden de 18 de enero de 1996).

5. A instancias de la Administración pública para la planificación de la sanidad, prevención, estudio de dolencias y estadísticas del INSALUD (LORDTAD).

6. A la Administración de justicia (LORTAD), en: a) la denuncia de delitos (artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) u obligación de comunicar las lesiones y muertes violentas o sospechosas de criminalidad al juez de instrucción, mediante parte médico; b) partes de aborto, nacimiento y muerte natural dirigidos al juez del Registro Civil (Ley del Registro Civil), y de internamiento psiquiátrico compulsivo al juez de primera instancia (artículo 211 del Código Civil, modificado por la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero), y c) la colaboración con la Administración de justicia, cuando el médico actúa en calidad de perito y se limita a informar de aquello que tenga que ver estrictamente con el proceso (artículos 410, 416, 417 y 716 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), es requerido en calidad de testigo para informar sobre lo conocido del paciente (artículo 410 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), a pesar de que la Constitución prevé en su artículo 24 que la ley regulará la exención de declarar sobre hechos conocidos por causa del secreto profesional, pero esta ley aún no se ha dictado, y cuando le es requerido el historial para esclarecimiento de una causa judicial (a lo que no puede negarse cuando es criminal, y sí cuando la causa es judicial laboral, civil o contenciosa administrativa). Tanto cuando al médico le es solicitado el historial como cuando es requerido en calidad de testigo, bien él o el profesional de enfermería, el proceder a seguir aconsejado es el siguiente: solicitar al juez el motivo de su requerimiento; obtener la autorización escrita del paciente; si considera que no es pertinente la entrega del historial, especificar al juez el porqué, y señalar que teme violar el secreto médico profesional. Después de ello, someterse a su criterio final, y entregar la historia omitiendo toda información personal del paciente ajena al proceso, y hacerlo saber así al juez. El médico o la enfermera que no colaboran con la Administración de justicia, cuando tienen obligación de ello, tienen que saber que pueden incurrir en un delito de desobediencia a la autoridad

judicial (artículo 556 del Código Penal), y en un delito de denegación de auxilio a la justicia (artículo 412.1 del Código Penal).

7. A petición del propio paciente, que muchas veces precisa certificados o informes sobre su estado de salud, y tiene derecho a ellos (Ley General de Sanidad y Código Deontológico). No proporcionarlos da lugar a una falta disciplinaria menos grave de la OMC (artículos 64 y 65 de los Estatutos de la OMC). 8. En las situaciones de urgencia (LORTAD). La utilización o cesión de datos de la historia clínica con cualquier otra finalidad precisará en todo caso el consentimiento del paciente (Código Deontológico y LORDTAD). Además, por el incumplimiento de este deber, sin existir el consentimiento del paciente o una imposición legal que obligue a revelarlo, el médico puede incurrir en responsabilidad profesional, si de tal revelación se deriva un daño físico o moral para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Toda situación distinta de las mencionadas anteriormente incurrirían en responsabilidad jurídica por ser contrarias a la ley vigente en este aspecto. La relación médico-paciente descansa sobre un pilar básico, que es el secreto profesional. La confidencialidad es el acto de confiar en otro lo que se tiene oculto o reservado; el secreto profesional es el deber que tiene todo profesional de no descubrir esos datos ocultos o reservados y que han sido conocidos en el ejercicio de su profesión. Jurídicamente los términos intimidad y privacidad son superponibles. La labor del médico es inseparable de la actuación de enfermería en el ejercicio de su profesión, desde la aplicación de las órdenes de tratamiento, técnicas de diagnóstico y estudio, control de constantes, etc., hasta su labor como profesionales más próximos en tiempo y en contacto con los pacientes y familiares y que aporta esa parte de información psicosociofamiliar de las personas que a veces es tan importante para comprender la patogenia de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Es cierto, pues, que los pilares básicos de la asistencia sanitaria, médico y enfermera, son imprescindibles para la labor sanitaria. Pero no podemos olvidar que implica la actuación de otros profesionales.

6 Bibliografía

- Castellano M. Informe acerca de la titularidad-propiedad de la historia clínica desde la normativa deontológica y médico-legal. Aragón Médico, marzo de 1996.
- Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos: mucho por hacer en el sistema público (I y II). Jano 1997; 52: 1.195-1.197.

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE 24-11-1995; 281: 3398734058.
- Martínez-Pereda Rodríguez JM. La protección penal del secreto médico en el derecho español. Actualidad Penal 1996; 10: 164-174.
- Petchey R, Farnsworth W, Heron T. The maintenance of confidentiality.
- Chavida García F. La confidencialidad de los datos clínicos;Jano 1997; 52: 1.195-1.197.

Capítulo 14

EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS.

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

La transfusión de componentes sanguíneos no está exento de riesgos, debemos considerar que cualquier signo o síntoma aparecida durante o poco después de una transfusión puede estar relacionado con la transfusión, por lo que es necesario disponer de procedimientos de detección y manejo de este tipo de complicaciones.

2 Objetivos

Identificar la diversa etiología de reacciones adversas que pueden ocurrir durante la transfusión de hemocomponentes. Así como los cuidados de enfermería inmediatos cuando estas aparecen.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículo científicos, consultando las bases de datos Med-Line y Pub Med sin restricciones de fechas en idioma inglés y español

4 Resultados

Las reacciones adversas relacionadas con la transfusión de hemocomponentes se pueden clasificar en función del momento en que se presentan, en función del significado clínico y en función del mecanismo patogénico.

- Reacciones postransfusionales inmediatas:

1.- Inmunológicas

- Hemólisis intravascular: Debido a la alteración de la temperatura de conservación de la sangre.

Clínica: Malestar general, agitación calor en la vena inyectada, presión torácica, dolor lumbar bilateral, palidez, frialdad, taquicardia, hipotensión

- Reacción febril no hemolítica: Generación de citoquinas, anticuerpos frente a leucocitos.

Clínica: Aumento de la temperatura sin ninguna otra causa de fiebre, cefalea, náuseas.

- Reacción alérgica: Anticuerpos frente a proteínas plasmáticas.

Clínica: Reacción urticariforme localizada o generalizada, en zonas mas severas asma, edema de glotis, shock anafiláctico.

- Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión: Debido a la toxicidad por citrato o hiperkaliemia.

Clinica: Hipoxemia de inicio agudo, infiltrados pulmonares bilaterales.

2.- No inmunológicas:

- Contaminación bacteriana: Shock séptico, diarrea, mialgias generalizadas.

- Insuficiencia cardíaca congestiva: Disnea, opresión torácica, cefalea, turgencia de yugulares, ortopnea, cianosis.

- Alteraciones metabólicas:

Sobrecarga de potasio: parestesias en extremidades, fibrilación ventricular, parada cardiaca.

Sobrecarga de citrato: parestesias peribucales, calambres musculares, bradicardia, hipotensión.

- Reacciones postransfusionales tardías:

1.- Inmunológicas:

- Hemólisis tardía: Presencia de anticuerpos irregulares eritrocitarios no ABO.
Clínica: Anemización con datos de hemólisis a los 7 o 15 días posteriores a la transfusión.
- Purpura postransfusional: Presencia de anticuerpos frente a antígenos plaquetarios.
Clínica: Aparición de trombopenia a los 7 o 10 días postransfusión.
- Enfermedad de injerto contra huésped: Por la presencia de linfocitos transfundidos en el receptor.
Clínica: Pancitopenia, afectación cutánea, hepática o intestinales.

2.- No inmunológicas:

- Sobrecarga de hierro:
Clínica: Elevación de las cifras de hierro, cardiopatía.
- Infecciosas

Cuidados de enfermería ante una posible reacción adversa postransfusional:

Atención inicial:

- Suspender la transfusión.
- Mantener una vía venosa permeable con sueroterapia.
- Toma de signos vitales del paciente.
- Comprobar de nuevo la identidad del paciente e identificar la unidad transfundida.
- Comunicar al médico responsable del paciente, la reacción, y al médico del Servicio de Transfusión.
- Valoración estrecha del paciente .
- Tratamiento sintomático si procede.

5 Discusión-Conclusión

La transfusión de hemocomponentes, es una práctica segura, pero no está exento de riesgos, debido a su naturaleza de producto humano.

6 Bibliografía

- Hemovigilancia. Año 2013. Unidas de Hemovigilancia. Area de Hemoterapia. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Reacciones transfusionales.
- Protocolo de Transfusión del Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Hematología. Año 2017.
- Reacciones postransfusionales. Actualización para mejor desempeño profesional y técnico. Revista de Ciencias Medicas de Pinar del Rio. Julio- Agosto 2017; vol 21, 598-614.

Capítulo 15

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON REACCIÓN ADVERSA A QUIMIOTERAPIA SUBCUTÁNEA A PROPÓSITO DE UN CASO

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

5-Azacitidina es un fármaco citotóxico y antineoplásico que debe inyectarse por vía subcutánea en brazo, muslo o abdomen, rotando los lugares de inyección. Dentro de las reacciones adversas que puede presentar se encuentran las cutáneas y del tejido subcutáneo relacionadas con el lugar de administración.

2 Objetivos

Presentamos un caso de una paciente de sexo femenino de 86 años con diagnóstico de Leucemia Aguda Mieloide de riesgo intermedio que recibe el primer ciclo de 5-Azacitidina a dosis habituales, en región glútea derecha que acude a urgencias por molestias en región glútea derecha y fiebre, siendo diagnosticada de celulitis e ingresada en unidad de hospitalización.

3 Metodología

Describir el plan de cuidados de enfermería realizado a la paciente durante el ingreso hospitalario.

4 Resultados

Plan de cuidados de enfermería 00046.

Deterioro de la integridad cutánea.

NOC: 1102. Curación de las heridas: por primera intención.

NIC: 3660. Cuidados de las heridas.

3590. Vigilancia de la piel.

00132. Dolor agudo.

NOC: 1605 Control del dolor.

2102 Nivel del dolor.

NIC: 1400 Manejo del dolor.

2210 Administración de analgésicos.

00007 Hipertemia.

NOC: 0800 Termorregulación.

0802 Signos vitales.

NIC: 3740 Tratamiento de la fiebre.

66080 Monitorización de signos vitales.

00146 Ansiedad.

NOC: 1211 Nivel de ansiedad.

NIC: 4920 Escucha activa.

5270 Apoyo emocional.

00004 Riesgo de infección.

NOC: 0702 Estado inmune.

NIC: 6550 Protección contra la infección.

6520 Análisis de la situación sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación del proceso de atención de enfermería aporta unos cuidados de calidad centrados en el bienestar del paciente, fomentando a su vez el razonamiento crítico apoyándonos en el modelo científico.

6 Bibliografía

- Guía de reconstitución y administración de Azacitidina. Asociación Nacional de Enfermería Hematológica.
- Manejo Práctico de Azacitidina. Dr Carlos Ulibarrena Redondo. Complejo Hospitalario de Ourense. Mayo 2010- Versión 1-4.
- Ficha Técnica Vidaza 25 mg/ml polvo para suspensión inyectable, www.ema.europa.eu (web Agencia Europea de Medicamentos).

Capítulo 16

LA DISFAGIA OROFARINGEA EN EL ANCIANO

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos. Se define como la sensación de dificultad en el paso del bolo alimenticio durante la deglución, y puede ser causada por alteraciones anatómicas o funcionales. El término usado para definir los trastornos en la deglución relacionados con el envejecimiento es el de presbifagia. Sus consecuencias serán la malnutrición y/o la deshidratación, así como una posible bronco-aspiración, las cuales complican el tratamiento de la enfermedad y suponen un alargamiento de la estancia en el hospital.

2 Objetivos

- Dar a conocer la disfagia.
- Conocer los datos de prevalencia debido a diferentes criterios como la edad de la población o la causa que origina la disfagia.

3 Metodología

Mediante búsqueda bibliográfica, usando como palabras clave: disfagia, mayores, alimentación, deglución; recopilando la información más importante sobre el tema en cuestión, realizando un resumen exhaustivo de todas las informaciones encontradas en varias bases de datos para artículos de habla hispana y artículos de ciencias de la salud globales.

4 Resultados

La disfagia puede ser detectada por cualquier persona observando signos y síntomas que se manifiestan durante las comidas, sin embargo, para un diagnóstico definitivo se suele recurrir a varios procedimientos: información aportada por el paciente o la familia, cuestionarios de cribaje, prueba de disfagia y exploración clínica.

Prueba de disfagia: El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), que detecta de manera objetiva si el paciente tiene una alteración de la deglución. Consiste en administrar agua espesada a viscosidad néctar y pudín en diferentes volúmenes crecientes (20 ml, 10 ml y 5 ml), y observar la reacción del paciente, buscando la posible existencia de algún signo de trastorno de la deglución. Los principales signos que se observan son: tos durante o después de la ingesta, cambios en la calidad de la voz y la presencia de residuos del agua espesada en la boca o en la garganta.

Ante la disfagia, enfermería seguirá medidas higiénicas y posturales, tanto en la administración de alimentos como de medicación. La disfagia se clasifica en diferentes tipos, en función del área o fase de la deglución alterada, del tipo de alimentos o bebidas que cuesta tragar o del factor causal que la produce. Conocer el tipo de disfagia que se padece es muy importante, ya que el tratamiento será específico en cada caso. En el paciente con disfagia cualquier líquido deberá modificar su textura, usando espesantes o agua gelificada. Las principales guías hablan de tres niveles de viscosidad para administrar los líquidos: néctar, miel o pudín.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones la disfagia puede pasar desapercibida, porque se presta más atención a la enfermedad de base que provoca esta alteración, como el ictus, la enfermedad de Alzheimer o de Parkinson. En estos casos se instaura lentamente por lo que cuesta evaluarla.

El diagnóstico mediante la realización de la prueba de disfagia es muy importante para su detección, ya que es un problema frecuente en los centros que atienden a población anciana. Es un síntoma que se puede prevenir, diagnosticar y tratar, para ello es imprescindible el trabajo como equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

- Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Ed. Glosa, 2011
- CEADAC. Guía de Nutrición para personas con Disfagia. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e igualdad. IMSERSO. 2012.
- Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría: Nutrición y Salud. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Garmendia Merino G, Gómez Candela C. Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea. Ed. Glosa, 2010.

Capítulo 17

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA FLEBITIS

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

LUCIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Uno de los procedimientos más comunes en el medio hospitalario es la administración de medicación por vía intravenosa, siendo la flebitis el principal riesgo de la punción y del mantenimiento del catéter. Podríamos definirla como la inflamación de una vena debido a una alteración endotelial que afecta a la túnica íntima de los vasos sanguíneos.

2 Objetivos

Conseguir definir un protocolo de prevención de flebitis y conocer los cuidados de enfermería cuando aparece esta complicación.

3 Metodología

Realizando una búsqueda sistemática de bibliografía en diferentes bases de datos, usando como palabras clave: flebitis, protocolo, tratamiento, prevención, catéter periférico y enfermería.

4 Resultados

Es importante conocer los signos y síntomas de la flebitis para su correcta identificación:

- Dolor leve a moderado.
- Enrojecimiento.
- Calor local.
- Edema.
- Disminución de la velocidad de infusión.
- Palpación de cordón venoso en el trayecto de la vena.
- En ocasiones puede aparecer fiebre.

Es importante también informar al paciente para que comunique cualquier molestia en la zona de punción.

Para prevenir la flebitis y sus complicaciones debemos tener en cuenta:

- Elección adecuada del catéter: menor calibre para mayor vena.
- Características del paciente: fistula AV, mastectomía, diestro, paresias...
- Higiene de manos: aunque se usen guantes.
- Antisepsia cutánea: realizar una técnica aséptica durante la inserción y mantenimiento del catéter.

En cuanto al mantenimiento del catéter también se han de tener en cuenta unas consideraciones:

- Desinfección del punto de inserción.
- Usar un apósito estéril.
- Vigilancia del punto de inserción.
- Cambio de apósito cuando precise.
- Cambio de equipos y accesorios según protocolo de planta.
- Mantener la vía permeable realizando lavado con SSF 0.9%.
- Retirar todo catéter sin uso, si es innecesario y si presenta signos de flebitis.

Cuando aparece la flebitis se evitará su progresión, se registra el incidente y se administraran cuidados de enfermería como elevación de la extremidad, aplicación de compresas húmedas y las pomadas indicadas.

5 Discusión-Conclusión

La flebitis es un problema frecuente que tiene medidas específicas para su prevención. Lo más importante es valorar diariamente el punto de inserción del catéter

y mantener los registros actualizados. Igual de importante es animar al paciente y/o familia a comunicar cualquier molestia que presente.

6 Bibliografía

- Salud.uncomo.com 27/01/17.
- Salud.ccm.net/fag/19328.flebitis.
- Sahifa. Maludice7.com/flebitis-definicion-clasificacion-tratamiento-y-prevencion. Junio 03, 2019.
- Semfyc.es 2016/07/10-11.
- Maria Pozo Sánchez. Fisioterapia-online.com/articulos/flebitis.

Capítulo 18

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA CESÁREA

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

HELENA RICO BLANCO

1 Introducción

Una cesárea es un tipo de intervención quirúrgica, en la cual se realiza una incisión en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más bebés. La OMS suele recomendar su uso cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

Una cesárea puede ser planificada con anticipación si hay complicaciones en el embarazo o si ha tenido una cesárea anterior.

En ocasiones, una cesárea puede ser más seguro que un parto vaginal, tanto para el bebé como para la madre. El médico recomienda esta intervención en los siguientes casos:

- Que el parto no avance.
- Que el bebé no reciba suficiente oxígeno.
- Cuando la posición del bebé no es la correcta.
- Embarazos múltiples.
- Problemas con la placenta.

- Problemas de salud de la embarazada o del bebé.

La recuperación de una cesárea es más lenta que la recuperación de un parto vaginal, y, al igual que otros tipos de cirugía mayor, las cesáreas también conllevan un riesgo de complicaciones.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados siguiendo la metodología NANDA/NIC/NOC.
- Identificar precozmente signos y síntomas de posibles complicaciones derivadas de la cirugía.
- Individualizar las intervenciones adaptadas a la paciente unificando las actividades y criterios enfermeros.

3 Caso clínico

A continuación vamos a elaborar un plan de cuidados para una mujer embarazada a la que se le realiza una cesárea electiva por presentación podálica del bebé. Para respetar la confidencialidad de la paciente, pondremos solamente sus iniciales.

Nombre: AGP. Edad: 36 años. Origen: Gijón (Asturias)

Valoración al ingreso:

Constantes :

- TA (Tensión Arterial): 125/68 mmHg.
- Fc (Frecuencia cardiaca): 72.
- T^a : 36.8 °C.

Se canaliza vía venosa periférica con Abbocath N° 18 en antebrazo de MSI(Miembro superior izquierdo).

- A las 11h ,es trasladada a quirófano para la realización de la cesárea electiva.
- A las 11:35h, una de las enfermeras lleva al bebé, un RN (Recién Nacido) sano, a una sala para realizar el protocolo piel con piel con el padre del bebé, ante la imposibilidad de realizar el protocolo con la madre.
- La madre permanece en el servicio de Reanimación durante dos horas,hasta que es llevada de nuevo a su habitación.

A su llegada a la habitación,la enfermera de planta,examina a la paciente la cual porta :

- Sueroterapia pasando por VVP (vía venosa periférica).

- SV (sonda vesical) con 300 cc de orina clara.
- Dieta absoluta.
- Apósito de herida quirúrgica limpio.
- A las 6h de la intervención quirúrgica, se le da tolerancia oral, siendo ésta positiva y retirando la sueroterapia y la SV, quedando pendiente de primera micción.
- La paciente realiza primera micción tras retirada SV a las 21:45h.
- Precisa analgesia durante la noche, siendo efectiva.

Día 23/08/2013:

La paciente ha descansado durante la noche, puesto que la analgesia administrada ha sido efectiva.

Levantamos apósito quirúrgico para que la paciente se duche, tras lo cual, realizaremos cura de HQ (Herida Quirúrgica) con clorhexidina.

Plan de Cuidados:

- Control de sangrado.
- 00004-Riesgo de infección: Cuidados del sitio de incisión y mantenimiento de dispositivos de acceso venoso periférico.
- Riesgo de estreñimiento.
- 00104 Lactancia materna ineficaz: Asesoramiento lactancia materna.
- 00132 Dolor agudo: Manejo del dolor.
- 00146 Ansiedad: Apoyo emocional.
- 00108 Déficit de autocuidado: Baño (ayuda total o parcial en la higiene).
- 00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro: Seguirá las instrucciones indicadas para el autocuidado

Tras un postoperatorio normal, la paciente es dada de alta el día 25/08/2013. En el informe de alta, se juntan las recomendaciones a realizar en su domicilio:

- No levantar más peso que el del bebé.
- Reposo relativo hasta retirada de puntos.
- Limpieza y cura diaria de herida quirúrgica
- Dieta rica en fibra para prevenir estreñimiento
- Evitar nuevo embarazo en un periodo de tiempo que oscila entre los 6 y 12 meses.
- Retirada de puntos en su centro de salud a los 10 días.

Debe acudir al médico en caso de:

- Fiebre > 38°C
- Dolor repentino.
- Sangrado vaginal abundante y/o con coágulos.

- Signos de infección de herida quirúrgica: calor, ubor, dolor...

4 Resultados

Los profesionales de enfermería realizan su trabajo correctamente consultando el plan de cuidados establecido.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de un plan de cuidados estandarizado en el postoperatorio de la cesárea orientará la actividad enfermera ante estas pacientes, permitiendo así una prevención y detección precoz de complicaciones postoperatorias, proporcionando cuidados de calidad basados en la evidencia, además del cuidado integral de la paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 19

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO INMEDIATO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

HELENA RICO BLANCO

1 Introducción

El puerperio es el intervalo de tiempo transcurrido desde la finalización del parto hasta el momento en que el organismo de la mujer retoma a sus condiciones normales anteriores a la gestación. El puerperio inmediato hace referencia a las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé y es la primera etapa del puerperio. Es un periodo de grandes cambios fisiológicos y psicosociales.

Es muy importante realizar una valoración de los cuidados de enfermería que precisa la puerpera. En este sentido, por un lado tenemos la valoración del estado fisiológico, cuyos cuidados se centran mayoritariamente en la toma de constantes vitales, comprobar altura y tono uterino, controlar loquios (aspecto y cantidad), cuidados del periné, control de primera micción y estado de las mamas.

Por otro lado, haremos una valoración de los cambios psicosociales a los que se enfrentan, proporcionando apoyo emocional, consejos y ayuda en todos los aspectos, así como una educación sanitaria de la lactancia materna o artificial, haciendo más hincapié en la materna, por ser más beneficiosa para ambos.

Otro de los objetivos principales y fundamental ,será evitar posibles complicaciones, siendo la más común la hemorragia, aunque también pueden aparecer procesos tromboembólicos, hipertensivos, infecciosos y depresivos. Para ello crearemos un plan de cuidados.

2 Objetivos

- Establecer un plan de cuidados siguiendo la metodología NANDA/NIC/NOC, basándonos en la evidencia científica.
- Identificar precozmente signos y síntomas de posibles complicaciones derivadas del parto.
- Individualizar las intervenciones adaptadas a la paciente unificando las actividades y criterios enfermeros.

3 Caso clínico

Día 24/02/2017 a las 23:30h:

Gestante de 38+3 semanas que acude a urgencias tras bolsa rota en su domicilio a las 23h.

A su llegada a urgencias:

TA(Tensión arterial) : 110/60 mmHg.

Fc (Frecuencia cardiaca): 72lx´.

Escala EVA: 2.

Ingresa en planta,donde la enfermera realiza protocolo de acogida y valoración de ingreso. Posteriormente es valorada por el ginecólogo y la matrona realiza monitor al bebé. Tras comprobar que todo está correctamente, pasa de nuevo a la habitación.

Durante la noche,comienza con dinámica de parto cada 2-3 minutos. Es valorada por la matrona a las 4h comprobando 3 cm de dilatación en cuello uterino.

A las 7:30h,pasa a box de dilatación tras aumento de dinámica para colocar monitor interno. La matrona canaliza vía venosa periférica.

Tras comprobar a las 9h que continua con 3cm de dilatación, deciden comenzar la administración de anestesia epidural.

Todo evoluciona favorablemente hasta que a las 15:10h del día 25/02/2017 tiene lugar el nacimiento del RN (Recién Nacido) sano. En los primeros 30´ de vida del RN, comienza con lactancia materna.

Tras pasar dos horas en partos, a las 17h la paciente pasa de nuevo a su habitación en la planta de hospitalización acompañada de su bebé. A su llegada, la enfermera toma constantes vitales, comprueba altura y tono uterino y revisa sangrado vaginal. Tras comprobar que todo es normal, comienza tolerancia oral, siendo ésta positiva, y realiza micción espontánea, por lo que la enfermera, retira vía venosa periférica.

Plan de Cuidados:

Diagnóstico - NOC - NIC - Actividades

- Riesgo de infección de acceso venoso periférico - Severidad de la infección y/o síntomas - Mantenimiento - Detectar signos de infección.
- Dolor agudo correspondientes - Control del dolor - Manejo del dolor- Control de signos vitales y asegurar que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Riesgo de sangrado - Severidad de la pérdida - Control de hemorragias - Control de constantes vitales, líquidos y vigilar la palidez cutánea.
- Lactancia materna lactante - Identificar fuente de las mamas - Técnica correcta e informar de las ventajas - El bebé se mostrará satisfecho.

4 Resultados

Los profesionales de enfermería realizan su trabajo correctamente consultando el plan de cuidados establecido.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de un plan de cuidados estandarizado en el puerperio inmediato orientará la actividad enfermera ante estas pacientes, permitiendo así una prevención y detección precoz de complicaciones, proporcionando cuidados de calidad basados en la evidencia, además del cuidado integral de la paciente.

6 Bibliografía

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente y de planes de cuidados de distintos hospitales. Se ha realizado una

búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Capítulo 20

ENFERMERÍA Y EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO EN GERIATRÍA

LUCIA MARTINEZ MARTINEZ

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

El síndrome confusional se define como “una alteración del estado mental de la persona, que aparece súbitamente”. Es transitorio, reversible en muchos casos o cronificarse en otros.

2 Objetivos

- Conocer el síndrome confusional (definición, causalidad y manifestaciones clínicas).
- Identificar la labor de enfermería en este proceso.

3 Metodología

Realizando una búsqueda bibliográfica en distintas guías clínicas veremos que las características del anciano le hacen más propenso a la confusión, y en especial si presenta algún tipo de demencia previa. Usando las palabras clave: anciano, síndrome confusional, enfermería, delirium y cuidados, se obtiene varios artículos; seleccionando los más relevantes al tema y que están escritos en español.

4 Resultados

Las causas del síndrome confusional son varias:

- Trastornos neurológicos/cerebrales (intracraneales).
- Tumores.
- Factores externos(extracraneales): infecciones, fármacos, cambios ambientales.

Es prioritario una identificación temprana valorando la presencia de factores de riesgo:

- Deterioro sensorial.
- Intervención quirúrgica.
- Enfermedad mental o física.
- Factores ambientales.

Conocer las características del proceso también ayudará a su detección:

- Presenta oscilaciones en el día.
- Sensibilidad a estímulos auditivos/visuales.
- Alteración del ciclo vigilia/sueño.
- Deterioro cognitivo.
- Lenguaje incoherente.
- Alucinaciones.
- Cambios bruscos de humor.

Enfermería debe adoptar distintas medidas:

- Preventivas: correcta hidratación y oxigenación.
- Atención adecuada, entorno tranquilo, acompañamiento familiar.
- Especificas de la enfermedad: mejorar el problema.
- Dirigidas a las manifestaciones: correcta alimentación, buena hidratación, mantener balance hidrico, análisis de sangre con cierta frecuencia.
- Entorno adecuado, evitar la sobreestimulación.
- No será beneficioso colocarlo con un compañero de habitación también en estado confusional. Enfermería le transmitirá tranquilidad y confianza, ayudándolo a orientarse. Si observa alucinaciones le explicará su equivocación; si observa inquietud tomará precauciones ante posibles daños. No recurrir a la contención física si no hay riesgo alto de auto-lesión. Usará fármacos prescritos si se encuentra muy agitado. Debemos atender siempre las demandas del anciano, observando cambios tanto en exceso como por defecto.

5 Discusión-Conclusión

Como consecuencia del envejecimiento cerebral se podría producir un deterioro cognitivo y un síndrome confusional. La prevención es la solución más adecuada.

La actuación sobre las manifestaciones también es la mejor forma de afrontar el síndrome confusional en el anciano.

6 Bibliografía

- Antón Jimenez, M., Giner Santeodoro, A. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Ed. SEGG, marzo 2009.
- Guillén Llera, F., Pérez del Molino, M. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico, Ed. Elsevier, Barcelona, 2008.
- Tejeiro Martínez, J., Gómez Sereno, B. Guía diagnóstica y terapéutica del síndrome confusional agudo. Rev. Cli. Esp. 20002 y 20058.280-8. 2002.
- Dobato Ayuso, J.L. Demencias y síntomas cognitivos y conductuales. Ed. Iberoamericana, 2002.
- Carrillo Esper R, Carrillo Córdova R. Delirio en el enfermo grave. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2007;21:38-44.
- Martínez-Velilla N, Alonso Bouzo C, Ripa Zazpe C, Sanchez-Ostiz R, et al. Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. Cir Esp. 2012;90:75-84.
- Ribera Casado J. M. "El Síndrome Confusional Agudo: un síndrome geriátrico al alza". Rev. Clin. Esp. 2005; 205 (10): 469-7.

Capítulo 21

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

LEONOR FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una patología frecuente en los países desarrollados y constituye la primera causa de mortalidad y discapacidad en la población menor de 45 años, la edad de mayor riesgo se sitúa entre 15 y 30 años, a partir de esta edad, la incidencia disminuye hasta volver a elevarse entre los adultos de 60 y 65 años. Es una de las causas más frecuentes de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

La causa más frecuente de traumatismo craneoencefálico (TCE) son los accidentes de tráfico, la segunda más frecuente son los precipitados por diferentes alturas. El TCE tiene mayor incidencia en hombres que en mujeres.

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de traumatismo tanto en los accidentes de tráfico como en las caídas y en las agresiones. Los TCE que se originan debido a una caída afectan principalmente a niños y personas mayores de 65 años.

La National Head Injury Foundation define el daño cerebral traumático como un “daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, causado por una fuerza externa, que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas”.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Actualización de los conocimientos en el cuidado al paciente con traumatismo craneoencefálico por parte del personal de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Conocer su mecanismo de acción, su fisiopatología así como los diferentes tipos de lesiones que se producen.
- Resumir los pasos que se deben realizar en la valoración inicial a un paciente con traumatismo craneoencefálico.
- Conocer cuáles son los cuidados básicos del paciente con traumatismo craneoencefálico.

3 Metodología

La GCS es una valoración del nivel de conciencia y se basa en la observación de tres parámetros; la respuesta ocular que evalúa el correcto funcionamiento del tallo cerebral, la respuesta verbal que proporciona al evaluador información sobre la comprensión y el funcionamiento de los centros cognitivos y permite al paciente demostrar que tiene capacidad para expresar una respuesta y la respuesta motora. Fue elaborada por los neurocirujanos británicos Graham Teasdale y Bryan Jennet y se publicó por primera vez a mediados del siglo XX en la revista The Lancet.

Según GCS una puntuación de 13 a 15 indica un TCE leve o simplemente una contusión cerebral, una puntuación de 9 a 12 un TCE moderado y TCE grave si la puntuación de esta escala es de 3 a 8 puntos. En cualquiera de las tres formas de TCE debe de instaurarse precozmente el tratamiento y si es posible, en el lugar del accidente.

Vía aérea y ventilación:

- Se manejará al traumatizado siguiendo el protocolo de “Soporte Vital Avanzado al Trauma”.
- Se comprobará que la vía aérea es permeable, se aspiraran secreciones si precisa para evitar la obstrucción de la vía y se colocará una cánula de Guedel, cánula orofaríngea para asegurar la permeabilidad.
- La intubación endotraqueal es la técnica de elección para el aislamiento definitivo de la vía aérea. Es necesario asegurar un aporte de oxígeno para mantener saturaciones por encima del 95%.

- Se monitorizará al paciente con un pulsioxímetro o un capnógrafo.

Circulación:

- La hipotensión arterial influye negativamente en el pronóstico del TCE aumentando el doble el riesgo de fallecimiento sobre todo cuando se trata de un traumatismo severo.
- Se canalizarán dos catéteres periféricos de calibre grueso, preferentemente de 14G y 15G.
- Se recomienda utilizar soluciones salinas isotónicas para alcanzar una tensión arterial sistólica por encima de 90mmHg y así prevenir la aparición de isquemia cerebral secundaria al TCE, localizar y recuperar pulsos normales, 60-100lpm.

Exploración neurológica:

La exploración neurológica ha de incluir siempre una valoración pupilar y una valoración del nivel de conciencia. Toda alteración del nivel de conciencia son emergencias letales hasta que se estabilicen las funciones vitales. La valoración del nivel de conciencia es el aspecto más importante y de mayor valor predictivo.

Para la valoración neurológica se utiliza la GCS, anteriormente mencionada, se medirá el nivel de conciencia en diferentes intervalos del tiempo dependiendo de la situación del paciente:

- En los TCE en los que existe una disminución del nivel de conciencia suele continuar un estado de confusión, desorientación y pueden ocurrir alteraciones en la memoria.
- En los TCE leves o moderados hay que valorar la existencia de una amnesia postraumática (APT). Definimos amnesia postraumática (APT) a la alteración de la memoria retrógrada y anterógrada. La APT puede estar presente durante un tiempo indefinido, su duración puede ser de segundos a meses. La APT se examina indicando al paciente que recuerde tres palabras, por ejemplo: reloj, bicicleta y ventana, al cabo de un tiempo debe de repetir estas tres palabras.

Se define el final del coma cuando un paciente es capaz de abrir los ojos, gracias a este dato se distingue el “coma” de otros acontecimientos como el estado vegetativo persistente o el síndrome de “locked in”. La exploración neurológica de un paciente que acaba de sufrir un TCE puede ser dificultosa si el paciente ha ingerido alcohol, drogas o presenta una agitación psicomotriz.

Examen pupilar:

- Se explorarán las pupilas buscando cambios en la simetría y en la reactividad.
- En el examen pupilar valoraremos el tamaño en milímetros, la simetría de las

pupilas y su reactividad a la luz.

- La ingesta de alcohol o sustancias puede aumentar o disminuir el tamaño y alterar su reactividad. La atropina puede dar lugar a pupilas midriáticas (pupilas dilatadas) que responden mal o directamente no responden a la luz.
- Las sustancias opioides provocan pupilas puntiformes en las que es imposible evaluar una respuesta a un estímulo luminoso.
- Un episodio anóxico o una hipotensión grave dan lugar a una midriasis en ambos ojos, arreactiva que se revertirá una vez se corrija la causa del problema.
- La hipotermia y los barbitúricos pueden provocar una falta de reactividad pupilar.
- Cuando el paciente se encuentre bajo los efectos de fármacos sedantes y relajantes musculares se utilizará la escala RASS para conocer el grado de sedación.
- La evaluación la realizará el médico junto al personal de enfermería, durante las primeras seis horas se realizará con frecuencia evaluaciones completas: tamaño y reactividad pupilar, movilidad de las extremidades, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, frecuencia y ritmo cardiaco, tensión arterial, temperatura y exploración de los pares craneales.

Cuidados básicos enfermería en la unidad de cuidados intensivos:

- 1.- Lavado de manos, medida más importante contra la infección nosocomial.
- 2.- Correcto manejo de los catéteres. Protocolo de bacteriemia zero.
- 3.- Sonda urinaria con mantenimiento de sistema cerrado.
- 4.- Evitar la aparición de úlceras por presión (UPP). Su no aparición es un indicador de calidad de los cuidados prestados. La mejor intervención por parte del personal de enfermería para el tratamiento de la úlcera por presión (UPP) es la prevención.
- 5.- Movilizaciones cada 6 horas, siempre y cuando el paciente lo tolere. Prevención tromboembolismo.

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Esponanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

4 Resultados

El TCE es un problema de salud pública que existe desde el comienzo del ser humano aunque su mecanismo de lesión ha ido evolucionando con el desarrollo tecnológico. Los accidentes de tráfico han incrementado su incidencia en el siglo XXI lo que ha motivado a buscar medidas de prevención y nuevas opciones de tratamiento.

El abordaje terapéutico se basa principalmente en la escala del coma de Glasgow (GCS), sin embargo, no solo podemos tener en cuenta la ECG para establecer un pronóstico si no que es de suma importancia llevar a cabo un examen físico completo para verificar si existen lesiones y así poder determinar el pronóstico y un tratamiento adecuado para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El TCE es uno de los principales problemas socioeconómicos más importantes de los últimos años debido a su alta mortalidad, especialmente en las primeras 48 horas, la estancia en el hospital de los pacientes que lo sufren y a las graves secuelas posteriores que pueden acarrear. Su causa mas frecuente son los accidentes de tráfico, causa que aumenta su riesgo si se consume alcohol especialmente. Ambas causas pueden prevenirse por eso debe hacerse hincapié en su prevención.

A día de hoy el tratamiento se basa en prevenir la lesión primaria, la atención inmediata en el lugar donde ha tenido lugar el accidente y su continuo cuidado durante el transporte hasta el centro para una vez estabilizado y realizado las pruebas de neuroimagen pueda ser ingresado en la UCI.

El conocimiento y manejo de la GCS es fundamental ya que es el examen más importante, examen que debe completarse con un examen físico para comprobar si existen más lesiones.

La existencia de protocolos específicos sobre TCE y el conocimiento de qué parámetros deben controlarse para el manejo adecuado de un TCE es fundamental para un buen pronóstico y un buen tratamiento.

6 Bibliografía

- C. Calderón Dimas, G. Rodríguez Benítez, R. López Castillo, A. García Sandoval, R. Ramírez Cano. Intervenciones de enfermería en la atención al adulto con traumatismo craneoencefálico grave. *Rev Enferm IMSS*. 2015; 23.
- M. Antónia Poca. Actualizaciones sobre los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.
- Alted López, S. Bermejo Aznárez, M. Chico Fernández. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. *Revista de Medicina Intensiva*. 2009; 33:16-30.
- Silvera Alvez MS. Cuidados enfermeros del paciente neurocrítico con monitoreo de la presión intracraneana. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. Junio 2015; 4 (1): 32-38.
- A. Ortiz. Traumatismo encefalocraneano (TEC). Una puesta al día. *Revista médica*. 2006; 17(3); 98-105.
- J. Sahuquillo. Protocolos de actuación clínica en el traumatismo craneoencefálico (TCE) leve. Comentario a la publicación de las guías de la Sociedad Italiana de Neurocirugía. *Revista en la Internet*. Febrero 2006; 17 (1): 5-8.
- M.D Francisco Guzmán. Fisiopatología del trauma craneoencefálico. *Colomb. Med*. Septiembre 2008; 39: 78-84.
- Peña Rodríguez, AM. Manejo y cuidados de enfermería en el paciente neurocrítico. Hipertensión intracraneal y alteración del nivel de conciencia. Universidad de Valladolid. 2018. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/30533>.
- Muñana-Rodríguez J.E, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*. 2014;11(1):24-35.
- Sánchez Sánchez MM, Sánchez Izquierdo EI, Sánchez Muñoz I, et al. Fiabilidad interobservador de la escala del coma de Glasgow en pacientes críticos con enfermedad neurológica o neuroquirúrgica. *Enferm Intensiva*. 2014; 25(1):15-23.
- Bravo Neira AG, Herra Macera SP, Álvarez Ordoñez WJ, Delgado Conforme WA. Traumatismo Craneoencefálico: Importancia de su Prevención y Tratamiento. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 2019; 3(2): 467-483.
- A. Quiroga, J. Ávila, G. Badillo, O. Cleves, M. Garavito et al. Intervenciones de enfermería en trauma craneoencefálico en urgencias. *Repert.med.cir*. 2009; 18: 223-230.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Medición de signos neurológicos (Escala de Glasgow) [Internet]. Comunidad

- de Madrid: Salud Madrid; Julio 2011. Marzo 2019]. Disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>
- C. Gil Sánchez. Cuidados de enfermería al paciente con traumatismo craneoencefálico grave. Aplicación de las medidas generales de tratamiento. Barcelona: Neurotrauma; 2012 [Marzo 2019]. Disponible en: <https://www.neurotrauma.net/pic2012/uploads/Documentacion/Enfermeria/CristinaGil.pdf>
 - J.V Carmona Simarro, J.M Gallego López, P.Llabata Carabal. El paciente neurocrítico; Actuación integral de enfermería. Revista Enfermería (Enfermería Global). 2005.
 - C. Narbona Toledo, F. Narbona Toledo. Enfermería en la monitorización del Índice Biespectral (BIS). Enfermería Docente 2010; 92: 10-13.

Capítulo 22

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ILEOSTOMÍA.

JOSÉ ARCIOLES FERNÁNDEZ

ISABEL MARÍA OLIVER JIMÉNEZ

MARIA LUISA SANCHEZ MARTINEZ

1 Introducción

La ileostomía es un procedimiento quirúrgico en el cual una porción del íleon se expone a través de una abertura en la pared abdominal, para permitir el paso de heces. Esta cirugía se realiza cuando el colon o el recto no está funcionando apropiadamente.

2 Objetivos

Nuestros objetivos irán encaminados a la conducta que poco a poco irá adquiriendo Francisco para adaptarse a la nueva situación.

Reorganizar su vida con las nuevas pautas: habilidades, dieta, medicación, cuidados ileostomía, higiene y vida social, para ello crearemos un ambiente de confianza para que el paciente nos comunique temores, preocupaciones y dudas.

3 Caso clínico

Francisco, varón de 45 años, acude por primera vez a nuestra consulta de enfermería para hacer el seguimiento de la reciente ileostomía que le han realizado.

Debida a enfermedad de Crohn diagnosticada hace 15 años, y que en los últimos 6 meses habían aumentado la intensidad de los síntomas y se habían acortado los periodos de remisión. Se pretende que sea de carácter transitorio si la mucosa intestinal recupera sus condiciones y funcionalidad. Se realiza la resección del íleon más afectado.

Conocemos su anterior preocupación sobre cómo podía contarle a sus hijos, pero que cuenta con el apoyo incondicional de su mujer desde el principio.

Debido a su trabajo viaja mucho y puede permanecer varios días fuera de casa, es otro tema que le intranquiliza.

4 Resultados

Con este paciente vamos a mantener una continua reevaluación de su educación sanitaria para que el cambio de estilo de vida le ayude a mantener una saludable, a pesar de tener que convivir con una ileostomía. Para ello le facilitaremos todo tipo de información y lo pondremos en contacto con asociaciones de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Un paciente como Francisco no es fácil de tratar, el tener que ver diariamente las inmundicias de tu cuerpo, cuando antes del episodio podía eliminar sin tener que ver los desperdicios que salen del mismo, es muy duro de asimilar, nuestra labor como enfermeras, será demostrarle con nuestro compromiso asistencial, que es incluso posible que el proceso sea reversible, que puede ser temporal o permanente, dependiendo de cómo evolucione su enfermedad. No podemos darle falsas esperanzas, pero tampoco cercenarlas, nos mantendremos neutrales en el seguimiento.

Tendrá que aprender a valorar lo que tiene, una compañera fiel dispuesta a brindarle todo su apoyo, unos hijos a quien les importa su padre, el tenerlo a su lado con bolsa o sin ella, amigos, familiares, compañeros de trabajo que lo aprecian y lo necesitan.

Nosotros en el proceso, dentro de nuestras posibilidades y expectativas, pondremos empeño y ganas en transmitirle a Francisco la ilusión de empezar de nuevo, sin pensar en lo que ha perdido, sino en lo que ha ganado una vida nueva.

6 Bibliografía

- American Cancer Society. Ileostomía: una guía. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002869-pdf.pdf>.
- Linda Gross, MA. Guía de ileostomía. Disponible en: http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uo_ileostomy_es.pdf.
- Fundación “Te cuidamos”. Guía rápida de ileostomía. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-ILE.pdf>.

Capítulo 23

ATENCIÓN ENFERMERA AL INICIO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

HELENA RICO BLANCO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson es un trastorno degenerativo del SNC donde se produce un aumento en la formación de acetilcolina y una disminución de la producción de dopamina. Por causas que se desconocen, se produce la muerte de las células de la sustancia negra del mesencéfalo lo cual ocasiona un déficit del neurotransmisor dopamina.

La sintomatología inicial aparece tras la pérdida del 80% de la producción de dopamina y es más frecuente en varones, sobre todo a partir de las 50-60 años. La triada parkinsoniana está formada por un cuadro de bradicinesia, rigidez y temblor en reposo. Además, también afecta a otras regiones del SN provocando otros síntomas no motores que pueden aparecer incluso años antes. Algunos de estos síntomas son la depresión, la reducción del olfato, el estreñimiento y el trastorno de la conducta del sueño (REM).

Los cuidados que reciben estos pacientes influyen de manera importante en su

calidad de vida, por lo que la atención enfermera al inicio de la enfermedad repercute tanto en el bienestar del paciente como en el de su familia.

El tratamiento del Parkinson incluye 2 aspectos: el farmacológico y las medidas no farmacológicas. El uso de fármacos es, hasta el momento, imprescindible para el tratamiento de estos pacientes. Las medidas no farmacológicas también son imprescindibles para el manejo integral del paciente, ya que el objetivo es mantener la mejor calidad de vida en su nueva situación de salud.

2 Objetivos

- Exponer la manera de presentación de la enfermedad de Parkinson.
- Abordar medidas eficaces para el manejo de la enfermedad de Parkinson.

3 Caso clínico

Varón de 67 años, casado, ingeniero jubilado.

NAMC:

- No hábitos tóxicos.
- No antecedentes familiares de parkinsonismo.
- Antecedentes personales: apendicectomizado, SAOS a tratamiento con CPAP.

Hace 4 años aproximadamente comienza a percibir temblor oscilante en MSI, fundamentalmente en reposo. Asociado, también presenta trastorno del sueño REM. En la exploración se evidencia micrografía, hiposmia y leve rigidez cervical, no existiendo trastorno de la marcha. Por indicación médica se realiza DATSCAN con diagnóstico probable de enfermedad de Parkinson, el cual se vé avalado por los datos clínicos además de las pruebas de imagen.

Desde el diagnóstico de la enfermedad el paciente está a tratamiento con carbidopa/levodopa, pramipexol, rasagilina y quetiapina. Tiene buena respuesta al tratamiento, con mejoría sustancial de los síntomas.

En la consulta de neurología, la enfermera responsable, le informa y orienta sobre los cuidados necesarios para afrontar la enfermedad.

Cuidados de enfermería individualizados :

- El ejercicio físico: como la natación, caminar, bailar... ha demostrado su eficacia y se considera que la actividad física podría enlentecer la progresión de la enfer-

medad, mejorar la movilidad articular, la flexibilidad muscular, la rigidez y evitar contracturas, y así frenar el incremento de las dosis de medicación.

- Alimentación: una adecuada intervención en la dieta facilita la respuesta al tratamiento con levodopa. Se recomienda ingerir esta antes de las comidas y dejar los alimentos ricos en proteínas para la noche y así facilitar la absorción. La dieta ha de ser normoprotéica (15% proteínas/día) pero han de repartirse de manera que se consuman un 12% de este total a la cena. Pueden aumentar la velocidad de absorción de la levodopa las bebidas carbonatadas y la vitamina C.

El tratamiento con levodopa interfiere en la eliminación intestinal provocando estreñimiento, y para prevenir esta situación se deben adoptar medidas higiénico-dietéticas. Se debe ingerir suficiente cantidad de líquidos (preferiblemente agua) y aumentar el consumo de fibra (fruta, verduras, cereales integrales...), así como disminuir alimentos astringentes como el plátano, el arroz...

Se debe instruir al paciente en la administración de la levodopa. Debe tomarla 1 hora aproximadamente antes de las comidas, con el estómago vacío, lo cual facilita la absorción y que no interfiera con los alimentos. En caso de que el tratamiento produzca malestar gástrico o náuseas, se puede tomar con alimentos que no contengan proteínas o grasas (también dificultan la absorción), como puede ser una infusión. No debe suspender el tratamiento de forma unilateral, ya que se produciría un empeoramiento de los síntomas.

-La capacidad de afrontamiento: se verá reforzada con la información sobre los aspectos relevantes de la enfermedad de Parkinson y sobre su evolución, y así tendrán un mejor control de los síntomas tanto el paciente como su familia. Hay que ayudarles a afrontar el miedo y facilitar los medios para que el enfermo aprenda a vivir con su nueva situación. Es importante que el paciente y la familia conozcan los cambios que conlleva su nueva situación de salud y hay que favorecer que el paciente verbalice sus dudas y temores.

Plan de cuidados estandarizados:

Necesidad de comunicación:

- Afrontamiento individual ineficaz (NANDA:00069).

NOC: Aceptación estado de salud (1300), afrontamiento del problema (1302).

NIC: Apoyo emocional (5270), escucha activa (4920), mejorar el afrontamiento (5230).

- Necesidad de moverse:

Deterioro de la movilidad física (NANDA: 00085).

NOC: Movilidad (0208).

NIC: Terapia ejercicios: control muscular (0226).

- Necesidad de eliminación:

Estreñimiento (NANDA: 00011).

NOC: Eliminación intestinal (0501).

NIC: Control intestinal (0430), Manejo de líquidos (0450).

- Necesidad sueño/reposo:

Insomnio (NANDA: 00095).

NOC: Descanso (0003), Sueño (0004).

NIC: Mejora del sueño (1850).

4 Resultados

El Parkinson es una enfermedad crónica que afecta de manera diferente a cada paciente, pudiendo ser su evolución más rápida o más lenta. En cualquier caso, no es una enfermedad mortal pero si altamente invalidante y por esto mismo, es muy importante contar con un plan de cuidados enfermeros con el objetivo de retrasar lo más posible la merma en la calidad de vida del paciente.

Por ello, al centrarnos en un caso donde la enfermedad ha sido diagnosticada recientemente, prestaremos especial atención a los cuidados referidos a los primeros síntomas que aparecen y que son los que llevan al paciente a buscar atención médica.

El objetivo fundamental se centrará en establecer los cuidados enfermeros necesarios para los diferentes problemas:

- Movilidad.
- Eliminación intestinal.
- Alimentación.
- Tratamiento farmacológico.
- Capacidad de afrontamiento.
- Sueño/reposo.

Las necesidades de un paciente con enfermedad de Parkinson al inicio de la enfermedad se relacionan principalmente con la movilidad, la administración del tratamiento, la alimentación, la eliminación intestinal y la capacidad de afrontamiento. Hay que programar las intervenciones enfermeras adecuadas a

las necesidades de cada paciente e implicar a la familia en estas . Esto será relevante para aumentar el periodo de independencia del paciente y ralentizar el progreso de la enfermedad.

El paciente del caso clínico, acudió a una asociación de enfermos de Parkinson donde realiza sesiones de gimnasia 2 veces/semana y fisioterapia 1 día/semana para mejorar su rigidez cervical. Así mismo camina todos los días 90 minutos. Mantiene una alimentación sana y equilibrada, con aumento de la ingesta de fibra y redistribución de las proteínas y respeta un horario fijo en la toma de la medicación.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación de un plan de cuidados estandarizado nos permite ofrecer los cuidados necesarios para que el paciente pueda afrontar esa nueva etapa de su vida como enfermo de Parkinson. En los momentos iniciales tras el diagnóstico, cobran especial relevancia estos cuidados ya que serán fundamentales para ralentizar el progreso de la enfermedad.

Asimilar la enfermedad y convivir con ella favorecerán una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- Búsqueda en bases bibliográficas en Google: Scielo o Medline Plus.
- Manual básico de enfermería en neurología (Coordinadora M^a Isabel Curto Prado).
- Vademecum.

Capítulo 24

PACIENTE OSTOMIZADO- CUIDADOS AL PACIENTE CON COLOSTOMÍA

MIRIAM DE LA RIVA LARIO

1 Introducción

El paciente ostomizado sufrirá grandes cambios desde que se le diagnostica la razón por la cual se le va a colocar una ostomía, hasta que es capaz de aceptar su nuevo estado: tener que convivir con un estoma. La gran mayoría tienen un diagnóstico de cáncer y se someterán a una cirugía mayor, lo que conllevará después de la cirugía a una agresión de su imagen corporal, con una disminución de la autoestima, produciéndose grandes cambios.

Para un paciente colostomizado, la contención fecal es uno de los principales problemas a los que se enfrenta después de la intervención quirúrgica. Sufrirá una serie de cambios, no solo de su imagen corporal sino también higiénicos, dietéticos, sociales, etc. Como enfermeros debemos saber detectar las necesidades de estos pacientes, para poder prestar así unos cuidados adecuados que les permitan vivir de la forma más óptima posible.

El incremento del número de personas poseedoras de un estoma, trae consigo la necesidad de contar con personal especializado y capacitado para proporcionarle los elementos necesarios para su reintegración a la vida social, familiar y laboral.

El cáncer de colon es una enfermedad crónica degenerativa que afecta tanto a hombres como mujeres con predominio en la edad adulta y adulta mayor. Esta enfermedad tiene como tratamiento alternativo la realización de una ostomía de eliminación llamada colostomía; que es la creación quirúrgica de una apertura

del colon a la piel de la pared abdominal con la finalidad de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso; es decir es el lugar por donde la persona eliminará los desperdicios intestinales de su organismo. El cambio de ubicación del ano ve alterada la calidad de vida del paciente.

Las principales indicaciones del estoma son neoplasia de colon, recto y ano, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades congénitas o malformaciones, obstrucciones intestinales, sepsis por dehiscencias de suturas, sepsis pelviana, traumatismos, incontinencia anal, fistula recto-vaginal, diverticulitis y vólvulos intestinales.

Las reacciones del paciente debidas a la alteración de su imagen corporal dependen de sus características individuales, de su entorno social, y de la percepción que tenga el paciente de esta nueva situación. Asociada a esta alteración está la disminución de la actividad sexual como consecuencia de este cambio de la Imagen física, el temor a la no aceptación y al rechazo por parte de la pareja así como el tener que mantener relaciones sexuales con la bolsa colectora.

En el caso del hombre la cirugía puede ocasionar reducción o pérdida de la libido, disminución o ausencia de erección y/o eyaculación. En la mujer reducir la pérdida de la libido, dispaurenia producida por la afectación psicológica provocada por la alteración de su imagen física.

La pérdida del control esfinteriano, junto con los gases involuntarios y el olor, supone uno de los problemas más graves para los pacientes colostomizados y una de las cuestiones más difíciles de aceptar, ya que supone para ellos una pérdida de control de su cuerpo.

2 Objetivos

Identificar todas las necesidades de los pacientes antes y después de la colocación del estoma durante su estancia hospitalaria por parte del personal de enfermería, con una serie técnicas que traten no sólo los aspectos referidos a su imagen corporal sino también a la higiene, alimentación, y ámbito social, con el objetivo de conseguir aceptación y afrontamiento por parte del paciente.

Surge la necesidad de disponer en los servicios de salud, de profesionales expertos en ostomías para ofrecer cuidados de calidad a los pacientes colostomizados y que sean capaces de abordar aspectos fisiológicos, dietéticos, de autoimagen y autoconcepto, sexuales, apoyo psicológico, de complicaciones derivadas del es-

toma, de reinserción social y laboral, y de recurso disponibles.

3 Metodología

El trabajo ha sido llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet.

Descriptores: Afrontamiento, Autonomía, Ostomía, Calidad de vida, Imagen corporal.

4 Resultados

Se puede observar que tras la colocación del estoma surge un periodo de adaptación duro para al paciente.

Las personas jóvenes tienden a lograr rápidamente su autonomía, en cambio los de avanzada de edad normalmente delegan los cuidados del estoma a un familiar, lo que conllevará a una educación sanitaria que implicará no sólo al paciente sino a su entorno más próximo.

5 Discusión-Conclusión

Para concluir se podría decir que la colocación del estoma conlleva a que el paciente experimente una serie de cambios que afectan en muchos ámbitos de su vida, y que durante su estancia hospitalaria la enfermería ha de cumplir un papel óptimo para ayudar a afrontar esa serie de cambios.

Los miedos, como la fuga del material fecal, el ámbito sexual se suman también a más factores que pueden disminuir el índice de la calidad de vida.

La educación al paciente en el periodo preoperatorio, postoperatorio inmediato y tras el alta es muy importante, así como reducir las incidencias en complicaciones asociadas a la colostomía así como los episodios de ansiedad y depresión.

Es importante llevar a cabo un análisis minucioso de la situación junto con el propio paciente, comprobar con el los diagnósticos de enfermería y priorizarlos según la importancia que tengan para él, con las intervenciones que sean necesarias para solucionar sus problemas y mejorar la calidad de vida.

6 Bibliografía

- Martí J, Tegido M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Ediciones Doyma. Barcelona 1999.
- Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2001; 28:6.
- McCann E. Routine assessment of the patient with an ostomy. In: *Wound, Ostomy, and Continence Nursing Secrets*, Milne C, Corbett I, Dubuc D (Eds), Hanley and Belfus, Philadelphia 2003. p.299.
- Colwell J. Principles of stoma management. In: *Colwell, J, Goldberg, M, Carmel, J, Fecal and Urinary Diversions: Management Principles* (Ed), Mosby, St. Louis 2004. p.240.
- Doughty DB, Landmann RG. Management of patients with a colostomy or ileostomy. Up to date 2011. Revisión del 26 de enero.

Capítulo 25

CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE LARGA DURACIÓN. CUIDADOS Y MANEJO ENFERMERO.

LOURDES MARÍA RODRIGO ROJAS

1 Introducción

Los accesos venosos son utilizados desde hace varias décadas, aproximadamente hace 40 años, tiempo atrás no se canalizaban catéteres venosos y cuando los pacientes necesitaban tratamientos prolongados, requerían de repetidas venopunciones. La aparición de nuevos catéteres venosos surgió debido a la administración de tratamientos en situaciones críticas, tratamientos parenterales, los cuales podían ser agresivos, provocando numerosas complicaciones, como flebitis, extravasación, haciendo tratamientos complicados, dolorosos, e inseguros, lo que conllevaba la implantación de otras vías venosas periféricas. Por lo tanto, han evolucionado nuevos materiales biocompatibles que han dado respuesta a los numerosos fármacos a administrar, así como la disponibilidad de nuevos dispositivos (1).

En el siglo XVII, se descubrió una nueva forma de administración de fármacos, mediante la inyección intravenosa. En 1628 William Harvey, publicó un libro en el que argumentó la circulación de la sangre, bombeada por el corazón. Surgió la idea, que la sangre fuese un medio de transporte de sustancias y alimentos, lo que cautivó a la comunidad científica, para seguir investigando, sobre esta nueva forma de administración. Las primeras inyecciones se realizaron con fines experimentales y no terapéuticos, datan de 1656, Christopher Wewn administró

vino a un perro, mediante el uso de una pluma de ganso unida a la vejiga de un cerdo. Seguidamente Robert Boyle y Robert Hooke, continuaron estos ensayos con opio y azafrán (2) (3).

Posteriormente, se trasladaron los ensayos a un uso humano de forma terapéutica, los médicos alemanes, como Johann Daniel Major, quien llamo la atención sobre el método en su *Chirurgia infusoria* de 1664; y Johann Sigismund Elsholtz, en su *Clysmatica nova* de 1667, que dio a conocer sus experimentos en seres vivos. A su vez, Jean B. Denis, utilizo la via venosa de tres jóvenes, para administrar sangre de cordero, pero la primeras trasfusiones sanguíneas datan de 1818 (4) (3).

En 1843, George Bernard logró introducir suero glucosado por via IV en animales. Pero hasta el s. XIX y a lo largo del s. XX no se desarrolla la terapia intravenosa con fines curativos (3).

Los primeros datos de inserción del primer catéter venosos central se remontan a 1945, a partir de esta fecha, se han logrado grandes modificaciones, en su forma, material, y técnica de canalización. Más tarde, Aubaniac en 1952, diseño una técnica percutánea de la vena subclavia por vía infraclavicular. Un año después, el radiólogo Stockholm dio a conocer la técnica de Seldinger , publicada en *Acta Radiologica* de Estocolmo, se popularizo rápidamente, pero actualmente ha sido modificada (6).

El abrumador desarrollo tecnológico entre 1950 y 1960 permitió disponer de agujas y catéteres con los que acceder rápidamente a la circulación venosa, no solo para administrar soluciones y medicamentos, sino también para mantener canalizada una vena y evitar punciones repetidas. Gracias a ello en 1967, Dudrick y Rhoads demostraron la posibilidad de alimentar a un ser humano durante largos periodos de tiempo utilizando exclusivamente un catéter venoso (4).

Hasta la década de los 70, no se produce una de las aportaciones más importantes, Broviac (1973) y Hickman (1979), quienes introdujeron los primeros catéteres de silicona. Es a partir de entonces cuando realmente se inicia su desarrollo. Siendo hoy un procedimiento insustituible en la práctica clínica moderna (6) (7).

Actualmente, los sistemas de acceso vascular, son fundamentales para la práctica de la medicina, dónde las necesidades clínicas y el coste de los materiales son parámetros influyentes, junto con la búsqueda de la evidencia, por lo que una vez más, surge la necesidad de buscar soluciones a la inserción consecutiva periférica, y el abordaje de sus complicaciones (3).

Los catéteres venoso periféricos son los dispositivos más utilizados cuando un paciente ingresa ya que son de fácil acceso, usándose cuando no sea lo más idóneo o la patología no lo requiere, esto conlleva a un incremento del gasto sanitario, y en algunas ocasiones no cubre las necesidades terapéuticas debido a la complejidad del tratamiento. Por tanto, los profesionales y Equipos de Terapia Intravenosa (ETI) presentan un papel fundamental, en la valoración integral de las necesidades reales y potenciales del paciente, ya que la búsqueda de nuevas vías periféricas, con frecuencia es doloroso y difícil, presentándose una gran frustración tanto para el paciente como para el personal sanitario (7).

Los pacientes hospitalarios y extrahospitalarios dependientes de terapias intravenosas prolongadas, así como, quimioterapia, antibioterapia, narcóticos, sueroterapia, nutrición parenteral o la combinación de estos, con frecuencia constituyen el factor principal del fallo de las vías periféricas, por lo que no durarán más de 72 horas, apareciendo las primeras complicaciones en las primeras 6-8 horas tras su implantación, para evitar estas situaciones y reducir las complicaciones, y el número de venopunciones, surgieron los Catéteres Venosos Centrales de Larga Duración (3).

Por consiguiente, en la actualidad, la terapia intravenosa, es un procedimiento o actividad que más realiza enfermería. Para aplicar un tratamiento endovenoso, es necesario, conocer a la perfección, la anatomía humana, técnicas de cateterización, tratamiento a aplicar, conocer las posibles complicaciones y su forma de actuación, por tanto, la función de enfermería en este ámbito es fundamental, ya sea en una estancia hospitalaria o a domicilio que comprendan el mantenimiento de un acceso venoso y puedan realizar los cuidados integrales de enfermería (4). Con dichos avances, se está logrando, que los enfermos crónicos alarguen su vida, con una excelente calidad de vida. Una de las preocupaciones sanitarias son las actuaciones clínicas, por lo que es necesario que el tratamiento endovenoso que reciban sea seguro, fiable, y facilitador del confort del paciente (9).

El enfermero tiene capacidad para valorar los factores que intervienen en los resultados exitosos del acceso vascular. Es primordial, que el equipo valore el sistema más adecuado, se conozcan los conocimientos de las distintas técnicas de implantación y los riesgos que ello conlleva, teniendo en cuenta que cada dispositivo presenta características peculiares, a pesar de tener pautas comunes respecto a cuidados y complicaciones. Por tanto, la valoración y diagnóstico a la hora de decidir qué sistema es más idóneo, debe responder al diagnóstico médico, al tratamiento pautado y al pronóstico del enfermo, dichas cuestiones deben ser

tratadas por un equipo multidisciplinar (3).

En el mercado existe una amplia gama de catéteres intravenosos que permiten responder a estas necesidades, se encuentran los de implantación torácica, como son el reservorio subcutáneo, que es un sistema tunelizado, que no precisa mantenimiento en reposo salvo la heparinización cada 10 -12 semanas; el catéter Hickman, indicado para pacientes oncohematológicos; o el catéter venoso central de Inserción Periférica (PICC), en la actualidad está cobrando gran importancia, por su facilidad de manejo, larga duración, implantación por enfermería y sobretodo, menor índice de complicaciones (3).

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Conocer los Catéteres Venosos Centrales (CVC) de larga duración.

Objetivos específicos:

- Identificar técnicas de implantación, y complicaciones en la inserción del catéter.
- Describir los cuidados y manejos de enfermería de cada dispositivo.
- Reconocer las complicaciones potenciales de los diversos catéteres.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica se ha realizado entre los meses de Octubre del 2015, hasta Mayo del 2016, mediante una verificación de artículos y guías, efectuando una búsqueda en la base de datos de PubMed, Elsevier, Fisterra, guiasalud, y en la Biblioteca General del campus de Ciudad Real.

Una continuada búsqueda en revistas científicas, así como, metas de enfermería, Rol de enfermería, Fundación para la Cooperación de Investigación y Desarrollo de la Enfermería (FUNCIDEN). Valorando las recomendaciones de la sociedad científica confeccionados por la Asociación de Enfermería de Terapia Intravenosa (AETI).

Monografías en internet, principalmente de guías prácticas de Enfermería, y protocolos hospitalarios, como, Servicios de salud, SESCAM, principado de Asturias, comunidad de Madrid (Gregorio Malañón, Hospital Universitario Ramón y Cajal), Área sanitaria Virgen del Rocío. Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio

4 Resultados

El sistema cardiovascular o sistema circulatorio, mantiene las funciones vitales, transportando la sangre a todas las partes del cuerpo, mediante la circulación. Está formado por una estructura anatómica que comprende, un dispositivo muscular de bombeo, un sistema cerrado de vasos, llamados arterias, venas y capilares, que conducen y hacen circular la sangre (torrente sanguíneo), y el sistema linfático que conduce la linfa. El sistema circulatorio es el responsable de transportar y recoger los nutrientes, oxígeno, productos de deshecho, y anhídrido carbónico.

Arterias y venas:

Los vasos sanguíneos son conductos encargados de transportar la sangre hacia y desde todas las partes del cuerpo. El sistema circulatorio humano está constituido por tres tipos de vasos sanguíneos:

- Arterias: grandes vasos cuya función es transportar la sangre oxigenada proveniente del corazón hacia los órganos y tejidos. A su vez, pueden clasificarse, arterias elásticas, son las arterias más grandes, incluyen la aorta y ramas principales. Reciben el flujo de sangre cuando el corazón se contrae y se retraen cuando los ventrículos se relajan. Las arterias musculares o de distribución, tienen menor calibre que las anteriores, y como su nombre indica distribuyen la sangre desde el corazón hacia la periferia. Las arteriolas o vasos de resistencia, son las arterias de menor calibre, su función es regular el flujo sanguíneo corporal.
- Venas: vasos que transportan la sangre desoxigenada hacia el corazón. Las venas tienen la existencia de válvulas que permiten el retorno de la sangre hacia el corazón, por lo que impiden a su vez que esta refluya en sentido contrario (9).

Venas preferentes para la implantación de catéteres venosos:

El sitio de elección de la implantación de los CVC debe individualizarse en cada paciente, ha de tener en cuenta:

- Factores propios del pacientes, así como, mastectomía, anatomía anómala, obesidad, factores de riesgo...
- Complicaciones mecánicas que pueden surgir, como una punción errónea, difícil canalización, riesgo de infección...
- Grosos del catéter y tipo de CVC.
- Objetivos de la implantación de dicho catéter, así como, el tratamiento a infundir.

Por tanto, las venas que interesan estudiar para la implantación de CVC son las de:

- Cuello; yugular interna, externa, y anterior.
- Extremidades superiores; vena basilica, braquial, y cefálica.
- Tórax; Vena subclavia, vena cava superior e inferior.

Los catéteres venosos centrales (CVC) han evolucionado desde sus primeras utilizaciones en los años 40 del siglo pasado, la industria farmacéutica ha permitido que la medicina moderna pueda desarrollar nuevas técnicas diagnósticas y tratamientos especializados. Los avances científicos han dado respuesta a las necesidades de estos tratamientos desarrollándose en la década de los 80 sistemas duraderos de implantación venosa central. Hoy en día estos dispositivos han sido perfeccionados para paliar los problemas asociados a los mismos.

Estos avances indican de forma directa en la supervivencia de enfermos crónicos que pueden vivir sus patologías, hasta hace unos años incurables, con una excelente calidad de vida, dotándoles de independencia con respecto al hospital, siendo posible aplicar terapias intravenosa de formas prolongada en el propio domicilio del paciente, favoreciendo la total autonomía y su incorporación a la vida habitual, con el consiguiente ahorro en capital humano y de recursos para el sistema de salud, a la vez que minimizando la aparición de problemas derivados de la hospitalización, como las infecciones nosocomiales (4).

¿Qué es un catéter central?

Un CVC es un dispositivo biocompatible o instrumento flexible, fácil de insertar, que tengan la mínima posibilidad de formación de trombos, y ser radiopaco. Insertado en una gran vena cuyo extremo distal es la vena cava superior, vena cava inferior o cualquier zona de la anatomía cardiaca, siendo esta última localización permitida solo para el catéter Swan-Ganz, situado en la arteria pulmonar (4) (6).

Tipos de catéteres centrales:

- Según situación anatómica:

Implantación torácica y yugular interna.

Implantación femoral.

Implantación de acceso periférico, en venas de miembros superiores cefálicos, y basilicas.

-Según material: el material por el que están fabricados los dispositivos va a determinar su durabilidad.

Catéteres de Cloruro de polivinilo (PVC): No es el catéter ideal, solo tiene una luz, es muy rígido, pudiendo causar trombos en la vena cava pero es un acceso

utilizado en los servicios de urgencias, ya que es una forma rápida de acceder a una vena de gran calibre, y puede ser controlado mediante radiología.

Catéteres de Poliuretano: son más flexibles que los anteriores, generan menos riesgo de trombosis, son altamente bio-compatibles, se acodan con dificultad, por lo que se utilizan para terapias a corto y largo plazo.

Catéteres de silicona: Catéteres biocompatible, flexibles, con un bajo riesgo de formación de trombos. Son útiles para tratamientos de larga duración (11).

- Según duración:

De corta duración:

Se clasifican en Catéter venoso periférico y Catéter venoso central. Ambos catéteres se caracterizan por el tipo de material con el que están fabricados, suelen ser polímeros, por lo que son rígidos, teniendo una mayor probabilidad de provocar trombosis.

En la actualidad, estos catéteres son utilizados frecuentemente en unidades de cuidados intensivos, en cuadros agudos, pudiendo infundirse grandes cantidades de líquido, y también para la extracción de muestras sanguíneas.

El sistema o primera técnica Catéter Venoso Periférico (CVP) se utiliza para tratamientos cortos poco agresivos, esta técnica la realiza enfermería, al contrario, que la segunda técnica o Catéter venoso central, realiza un médico mediante una Intervención quirúrgica. Puede diferenciarse del número de luces, variando de 1 a 4, pudiendo ser del mismo calibre o no. Presenta una vía distal, desemboca justo en la punta del catéter, mientras que la proximal desemboca a 2 cm de la punta. La vena de selección, hace referencia a la vena subclavia, o en su defecto vena yugular, quedando la punta del catéter en vena cava superior (11).

Duración media:

Dispositivo con una longitud de 7 a 20 cm, insertado en la fosa antecubital situándose la punta del catéter en el paquete vascular que se encuentra debajo de la axila, requiere de una vena de gran calibre. No se considera catéter venoso central, ya que se sitúa en vena subclavia y no llega a la vena cava.

Presenta una durabilidad de dos a cuatro semanas, en tratamientos poco irritantes. Preserva el capital venoso del paciente, existiendo una principal complicación, a la hora de realizar la técnica, pueden producirse alteraciones vasculares o musculo-esqueléticas (12).

Larga duración:

Los catéteres venosos centrales de larga permanencia, se diferencia de los anteriormente descritos, por el tipo de material fabricado, la silicona, son catéteres con un alto grado de biocompatibilidad, y pueden permanecer insertado, durante meses o años, con un mantenimiento planificado. Como el propio nombre indica dan respuesta a largos tratamientos en enfermos crónicos, en los que existe un tratamiento agresivo.

- Según el número de luces: Unilumen, Bilumen, Trilumen, Cuatrilumen.

- Según técnica de implantación:

No tunelizados: Podemos englobar en este grupo los distintos catéteres de subclavia y yugular de implantación torácica e inguinal de una a cuatro luces. Con técnica de implantación percutánea, implantado por personal médico; suele ser a corto plazo, aunque últimamente con cuidados adecuados se puede prolongar su duración. El material de estos catéteres suele consistir en poliuretano. Son los más aptos para mediciones hemodinámicas. Las luces presentan distinta terminación vascular, dividiéndose en proximales, mediales y distales (4).

Tunelizados: A diferencia de los catéteres no tunelizados, estos se caracterizan porque una parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada y la salida subcutánea, alejándolo del punto de punción, y preservando la vena canalizada de la entrada de gérmenes.

Hickman : Catéter subcutáneo que consiste en un tubo largo flexible de silicona radiopaca cuyo extremo proximal se aloja en una vena gruesa del tórax o abdomen (yugular, subclavia, axilar) y su extremo distal en cava superior o cava inferior dependiendo de su implantación. Una parte del catéter se sitúa subcutáneamente entre la vena canalizada y la salida de la piel (12).

Reservorio subcutáneo: Catéter de silicona o poliuretano de última generación (indicados para infundir contrastes de 5 mg/seg, con una presión de 200 bars). De implantación subcutánea, su mantenimiento no precisa cuidados mientras esta en reposo, excepto la heparinización cada 10-12 semanas (12).

De inserción periférica: Catéter de silicona implantado en una vena de gran calibre del brazo, generalmente cefálica y basilica. Su implantación se realiza por profesionales de enfermería (4).

Valoración y selección del dispositivo:

Todos los pacientes que necesiten un acceso venoso requieren el uso de un algoritmo que reúna la valoración global del paciente y el desarrollo de un plan de

cuidados de dicho acceso. Independientemente de cual sea la terapia intravenosa, cada institución sanitaria utilizará un algoritmo distinto dependiendo de el personal sanitario, material, técnicas empleadas, y las propias necesidades reales y potenciales del paciente.

Cateter de inserción periférico (PICC):

El PICC es un catéter central de acceso periférico, diseñado para terapia IV, o extracción de muestras sanguíneas, a corto y/o largo plazo. Tiene como finalidad proporcionar un acceso venoso a una vena de gran calibre desde un punto distal. Es un dispositivo flexible, radiopaco, que por lo general se coloca a través de una de las venas ante cubitales del brazo, justamente por encima de la flexura. Se instaura, mediante un procedimiento mínimamente invasivo, en condiciones de esterilidad, mediante la técnica Seldinger modificada o mediante ecografía. Son dispositivos fáciles de insertar, duraderos, y con menor riesgo de infección (1) (2) (12).

Población diana:

Paciente que cumpla algunas de las siguientes situaciones, en estancia hospitalaria o domiciliaria:

- Acceso venoso periférico limitado.
- Administración de soluciones con pH inferior a 5 o superior a 9.
- Administración de fármacos hiperosmolares.
- Nutrición parenteral con soluciones mayores del 10% de glucosa o el 5% de aminoácidos.
- Administración de fármacos vesicantes u otros que pueden dañar la íntima vascular.
- Necesidad de tratamiento simultaneo que precisan múltiples lúmenes.
- Necesidad de acceso venoso durante más de 7 días (14).

Es importante una buena educación sanitaria al paciente y a su familia, para que puedan realizar unos buenos cuidados del catéter, y estén capacitados para reconocer cualquier alarma de complicación, y así, ponerse en contacto con el personal de enfermería (12).

Tipos de catéteres PICC:

Los catéteres PICC, pueden clasificarse en función de su material, el cual determinará su durabilidad en el tiempo:

- "Poliuretano grado I, corta duración, utilización restringida en el tiempo, de siete a quince días.
- Poliuretano grado III, duración intermedia, de uno a seis meses.

- Silicona, larga duración. Los fabricantes aconsejan su uso hasta 6 meses, pero la experiencia clínica ha demostrado que pueden estar implantados hasta siete años. Algunos fabricantes hablan de uso ilimitado si no tiene complicaciones (12).
- PICC Groshong de punta cerrada. Presenta una válvula patentada, sensible a la presión y con tres posiciones. La válvula se encuentra cerca de la punta del catéter, es radiopaca, cerrada y redondeada, permiten la infusión de líquidos y a aspiración de sangre. Cuando no está en uso, la válvula permanece cerrada para restringir el flujo de retroceso de la sangre y evitar el embolismo gaseoso” (11).

Las medidas del catéter pueden variar de 40 a 60 cm, al igual que el calibre, 3 Fr a 6 Fr. La función de la válvula incrementa la seguridad del paciente, debido a que; Reduce el riesgo de embolismo aéreo, elimina el reflujo de sangre y la formación de coágulos, y reduce la pérdida de sangre durante la inserción del catéter (2) (11).

Descripción del PICC:

Este catéter consta de las siguientes partes:

- Cabeza: es la parte terminal del catéter, con un cono hembra Luer-Lock.
- Una zona engrosada para soportar la pinza de clampado.
- Una pieza incorporada de sujeción. -

Catéter:

- Los catéteres de última generación poseen la zona proximal del mismo con cono invertido en V, es decir la zona proximal más gruesa que la zona distal; esto es importante ante el sangrado posterior a la implantación y el potencial de manejo del catéter.
- El grosor o lumen del catéter oscila

Zonas de implantación:

Es de vital importancia, tener en cuenta el brazo dominante, y aquel que no esté inmovilizado por causas neurológicas o traumáticas, ya que la función muscular estará más desarrollada que en el brazo contrario, tendrá mayor calibre venoso y por tanto, mayor flujo, a su vez la canalización será más fácil y se reducirán las complicaciones.

El brazo derecho, será de primera elección por su acceso directo a vena cava superior. La vena a elegir será según este orden BBC (Basílica- Braquial-Cefálica), teniendo en cuenta el calibre, el recorrido, y la profundidad (2).

- Basílica: tiene mayor calibre y está más alejada de arteria y nervios. Es la más profunda.
- Braquial: Esta vena es de menor calibre, podrían surgir complicaciones, ya que se encuentra muy cerca de la arteria radial y del nervio mediano, con riesgo de

punzar éste.

- Cefálica: Es la más superficial y tortuosa, tiene mayor número de válvulas y esta el cayado a nivel del hombro. (2) tre 2 Fr y 7 Fr. (12).

Procedimiento de implantación:

Previamente a la implantación del catéter, el personal debe proporcionar un entorno adecuado, informar al paciente, en qué consiste dicha técnica, ventajas, inconvenientes y las posibles complicaciones. El paciente debe firmar el consentimiento informado, aunque la legislación española no contempla esta necesidad (12).

Existen diferentes técnicas de implantación, que surgieron a partir de la técnica de Seldinger, actualmente esta técnica se ha apoyado de herramientas como la micropunción, ecógrafo y/o electrodo intracavitario, ayudan al enfermero a realizar una buena técnica, con una óptima visualización y aseguración de la correcta localización del catéter.

La técnica Seldinger consiste en la canalización percutánea venosa central a través de una vía periférica a través de la cual se introduce un catéter guía hasta situarlo en una vena central (vena superior, inferior, iliaca, subclavia).

Cuidados enfermeros post-ejecución:

- Dejar al paciente en situación cómoda.
- Se informara al paciente de su nueva situación y de los cuidados que conlleva la inserción del catéter.
- Se registrará en el plan de cuidados enfermeros; día, localización, longitud y grosor del catéter.
- Controlar posibles sangrados, en las primeras horas de inserción. Si se produce un sangrado realizar compresión.
- Vigilar posibles complicaciones (12).

El material necesario para mantener el catéter es: Gasas estériles, guantes estériles, paño estéril, jeringas de 10 ml., agujas, suero fisiológico en viales de monodosis. apósito transparente, mariposa de sujeción, clorhexidina.

Una vez preparado todo el material se procederá a realizar el mantenimiento semanal del catéter, para su correcto funcionamiento es necesario revisar el punto de entrada del catéter, para ello debemos mantener la asepsia, el punto de punción debe curarse con clorhexidina. La extracción de muestras sanguíneas y la heparinización del catéter también deben guardar la asepsia. Para ello utilizaremos

monodosis tanto de suero fisiológico como de heparina.

Es muy importante que se eviten las maceraciones de la piel, ya que el catéter PICC, va fijado a la piel por una especie de mariposa, con lo cual, debemos cambiar rotar semanalmente este apósito a otro sitio de fijación.

- Problemas de inserción del catéter (complicaciones inmediatas) o El catéter no progresa por espasmo de la vena.
- Tratar de tranquilizar al paciente.
- Intentar de nuevo que el catéter progrese, en caso negativo, con previa orden facultativa, derivarlo a radiología vascular para su inserción mediante contraste. El catéter se aloja en el conducto torácico (la progresión del catéter es correcta, pero no existe reflujo sanguíneo).
- Se recanaliza cuando se hace retroceder el catéter hasta que exista reflujo sanguíneo, comprobando su adecuada localización mediante control radiológico. Complicaciones potenciales: Flebitis: la complicación más habitual, es la flebitis mecánica, producida por una mala fijación del catéter, y por el grosor excesivo del catéter respecto a la vena. Suele presentarse entre las 48-72h posteriores a la implantación. También influye el material del catéter, así como los polímeros.

Catéter venoso centro con repertorio subcutáneo:

El reservorio subcutáneo es un CVC de larga duración con técnica tunelizada, se trata de un dispositivo metálico de pequeño tamaño, confeccionados con un material de acero quirúrgico (titanio) o poliéster plástico, que incluye una membrana autosellante de silicona, actualmente también se están utilizando poliuretanos vasocompatibles, a la cual se accede mediante punción percutánea con una aguja angulada (7) (11).

Consta de un portal (con uno o dos lúmenes) o cámara subcutánea cilíndrica que puede ser de titanio, acero inoxidable o poliuretano, con una membrana sellada de silicona comprimida a alta presión. La base posee orificios para su fijación sobre el plano muscular por medio de un bolsillo que impide su desplazamiento o torsión. La cámara o reservorio generalmente se introduce subcutáneamente en la parte anterior del hemitórax, aunque puede situarse en otras localizaciones anatómicas. A ella esta conectada un catéter flexible de silicona o poliuretano, de una o doble luz, radiopaco, que tras un pequeño trayecto subcutáneo, su extremo distal queda alojado en la vena cava superior (7) (11).

Para acceder a este cámara es necesario un técnica estéril y percutánea, mediante

una aguja especial tipo Hubber o Griper . El calibre de la aguja va a determinar la mayor durabilidad de la membrana, por lo que es importante que las agujas sean del grosor y longitud apropiados (11).

Al igual que los descritos con anterioridad, se inserta en pacientes que tiene un capital venoso ilimitado, requieren de tratamientos hiperosmolares, pH inferiores a 5 o superiores a 9, nutrición parenteral, fármacos vesicantes, etc.

Para la implantación de este tipo de catéteres es necesario la intervención del medico radiólogo intervencionista, y disponer de sala de quirófano. La zona de implantación habitual es en el tercio anterosuperior del tórax, en la fosa infraclavicular derecha (sobre la tercera o cuarta costilla). En ocasiones por agotamiento del capital venoso puede utilizarse zonas anatómicas menos habituales e incluso venas periféricas. En el reservorio torácico, el catéter discurre por la vena yugular interna, alojándose su extremo proximal en la unión de la vena cava y aurícula derecha, y el extremo distal se tuneliza unos 10 o 15 cm por debajo de la inserción de la vena, fijando el reservorio en un bolsillo subcutáneo (11).

Catéter HICKMAN:

Es un catéter subcutáneo de larga duración, insertado mediante técnica tunelizada, por orden médica, consta de un tubo flexible de silicona radiopaco, generalmente su localización es torácica, pero puede darse la opción de que sea abdominal o inguinal, en el caso de haberse agotado el capital venoso del paciente. Su extremo proximal queda alojado en vena yugular, subclavia o axilar, y el extremo distal en vena cava superior (12).

El catéter propiamente dicho, consta de:

- Manguito de Dacron: Situado a 1 cm de la salida del catéter a la piel, cuya función, es sujetar el catéter al tejido subcutáneo para evitar desplazamientos y a su vez actúa de barrera antimicrobiana, impide la entrada de gérmenes en una infección del punto de incisión.
- Clamp y vaina de protección.
- Conexiones Luer, de distintos colores para identificar cada lumen, generalmente suelen ser una conexión de color rojo, es la de mayor calibre, y solamente se utiliza para la extracción y perfusión de hemoderivados. La conexión de color blanco, es de menor calibre que la anterior, y suele utilizarse para la administración de NDP exclusivamente, si el paciente no requiere de NDP puede usarse indistintamente (16).

El catéter Hickman es recomendado para tratamientos de larga duración, con varias mediciones a la vez, por lo que está indicado para el uso de los siguientes pacientes:

- Paciente hematológico: el catéter Hickman es el catéter de elección en pacientes oncohematológicos, debido a la cantidad de extracciones y perfusiones sanguíneas que requieren. Generalmente para su implantación suele realizarse en vía subclavia o yugular, con dos lúmenes de 9 Fr, debe utilizarse un gran calibre, pues muchos pacientes requieren de un trasplante de medula ósea, y necesitan repetidas extracciones sanguíneas, cuanto mayor sea el grosor del catéter mayor riesgo de provocar una trombosis. Por ejemplo en pacientes con leucosis agudas y linfomas es aconsejable implantarlos al diagnosticar la enfermedad, cuando las cifras de plaquetas y neutrófilos son aceptables, de esta manera se minimiza el riesgo de complicaciones (11).
- Pacientes dependientes de Nutrición parenteral: Junto con el catéter PICC, el catéter Hickman, son ideales para la administración de NPD.
- Pacientes crónicos dependientes de antibioterapia o mediciones antirreumáticas: Podrían utilizarse en este caso cualquier acceso venoso de largo duración, si el paciente solo precisa una mediación, podría recurrirse al Hickman de una sola luz, si el capital venoso está agotado, PICC. Y si la piel del paciente lo permite, un reservorio subcutáneo.

Cuidados generales de los CVC de larga duración:

Los CVC requieren de cuidados comunes relacionados con su implantación, mantenimiento y tratamiento de los problemas potenciales, el éxito de estos cuidados dependerá del rigor científico y consenso de los distintos profesionales.

Los procedimientos de estos cuidados se van a clasificar en cuatro apartados:

- Cuidados hemodinámicos.
- Cuidados extraluminales.
- Cuidados intraluminales.
- Cuidados relacionados con los problemas potenciales, oclusión y bacteriemia.

Esta clasificación de cuidados se basa en la Triada de Virchow, en 1585, descubrió un estado trobofílico que precedía a la trombosis venosa; estasis venosa, coagulación alterada, y lesión vascular.

Los tres componentes de la triada se dan en la implantación del catéter, causando diferentes cambios en los constituyentes de la sangre, debido las diferentes modificaciones en la pared del vaso, por la agresión del catéter, modificación del flujo sanguíneo, y oclusión parcial del vaso, dando lugar a desordenes clínicos con

riesgo de trombosis.

El paciente portador de estos dispositivos tiene que conocer como convivir con su catéter, cuidarlo, y si es preciso manejarlo, por lo que un dato importante, es la educación del paciente siendo un papel fundamental de la enfermera. El paciente ha de tener siempre su equipo de referencia donde pueda consultar sus problemas y garantizar sus cuidados.

Cuidados hemodinámicos:

1.- El primer cuidado consistirá en la selección del catéter, utilizando el menor grosor necesario, cuanto menor es el grosor, menor será la agresión de la íntima del vaso y menor también la ocupación de la vena, facilitando así el flujo y la prevención de formación de fibrina que se adhiera a la parte externa del catéter. Esta fibrina puede ser causa:

- Del asiento de gérmenes que pueden propiciar una bacteriemia
- Posibles trombos al desprenderse estas placas de fibrina.
- De lesiones flebiticas en el recorrido venoso del catéter (12).

Además del grosor, es importante el número de luces que contenga el catéter, se recomienda usar catéteres de una sola luz (CDC, Categoría IA).

2.- Emplear sistemas de administración continua, como pueden ser bombas de perfusión o infusores. Este cuidado está destinado a evitar el éxtasis o parada de la infusión con el consiguiente riesgo de:

- Oclusión, total o parcial del catéter.
- Tromboembolismo.
- Depósitos de fibrina dentro del catéter, que tienen a obturar su luz y dificultan el retroceso sanguíneo (hacen el efecto válvula en el extremo distal del catéter).
- Asiento de gérmenes en la fibrina, que pueden propiciar una bacteriemia (4).

3.- Correcta heparinización, utilizando técnica de presión positiva, baja concentración molecular y viales monodosis (el riesgo de contaminación es prácticamente nulo).

Cuidados extraluminales:

Los cuidados extraluminales comunes a los CVC de larga duración, hacen referencia al cuidado de la parte externa del catéter.

- 1.- Control de la zona de inserción en las primeras horas por si existiese sangrado, hematoma o flebitis.
- 2.- Inmovilizar el catéter en la zona de inserción, para prevenir desplazamientos hacia la salida.

3.- Cambio del apósito a las 48 h de la implantación para dejarlo libre de restos sanguíneos.

4.- Cura semanal si se utiliza un apósito trasparente, si es de gasa, cambiar cada dos días. En el caso de que se moje o despegue, cambiar diariamente.

5.- Cuidado de la piel y de los anejos, proteger en aseo diario.

Cuidados intraluminales:

1.- Control a las 24 h del retroceso de sangre las luces del catéter: En las primeras horas el catéter es susceptible de hacer pared, de forma que puede impedir el flujo sanguíneo o la entrada de fluidos, con el riesgo de hacer un trombo por acumulo de fibrina, por lo que se extraerá un poco de sangre y se realizará un lavado con 10-20 ml de suero fisiológico, heparinizando el catéter si este quedase en reposo. Pasadas unas 48-72h, el organismo puede reconocerlo como un cuerpo extraño por lo que puede formarse una vaina o manguito de trombina que recubre la superficie externa e interna.

2.- Si es necesario desconectar el catéter, las pinzas de clampado siempre cerrada, evitando que se produzca un embolismo aéreo. Cambiar los tapones en cada desconexión o si dispone de válvulas Luer-lock c/7 días.

3.- Cuidado estricto de las luces, mediante técnica estéril. Si no se están usando, es obligatorio un sellado estricto con heparina monodosis de bajo peso molecular, sellándose periódicamente, según necesidad, siempre mediante presión positiva, utilizando una jeringa para cada luz.

4.- Cuidado de las conexiones, retirar las llaves de tres vías cuando no exista la necesidad de uso. Se hará el cambio de conexiones y sistemas de perfusión según protocolo o cada 72 h cuando aconsejan los CDC. Evitar las continuas desconexiones, es preferible lavar el sistema ya existente y poner la medicación en el mismo.

5.- Entre medicaciones diferentes realizar lavados del sistema para evitar precipitaciones y contaminaciones.

6.- En el manejo de los catéteres de larga duración se realizan repetidas extracciones de muestras sanguíneas, la mayoría de los autores coinciden en que se realicen con guantes estériles.

Complicaciones potenciales del uso de CVC de larga duración:

Existe una gran variedad de complicaciones asociadas a el uso de CVC de larga duración, se clasifican por orden de importancia en: infecciosas, mecánicas, y tromboembolicas.

Complicaciones infecciosas:

Como se ha nombrado con anterioridad, hoy en día es muy frecuente el uso de CVC de larga duración en pacientes hospitalizados y extrahospitalarios, y en muchas ocasiones es un riesgo de infección, principalmente las bacteriemias, ya que constituye la principal complicación de la cateterización Intravascular (12). Una gran parte de estas infecciones se originan en pacientes procedentes de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (17).

Entre los agentes que intervienen en la infección del CVC se encuentra la entrada del microorganismo al catéter, su colonización y la formación de una matriz biológica, denominada biofilm. La entrada o llegada de los microorganismos al CVC se produce por la vía extraluminal, intraluminal y hematológica:

- La vía extraluminal; es la secuela del paso del microorganismo presente en la piel del paciente en el momento de la inserción del catéter o la consecuencia de la colonización del punto cutáneo de entrada del catéter. Los microorganismos que forman parte de la flora cutánea, más comunes, son *S. epidermidis* y *S. aureus*.
- La vía intraluminal; es la vía preeminente en los CVC de larga duración, por la infusión de líquidos contaminados, o por una mala manipulación del catéter, por lo que es primordial el cumplimiento de la asepsia y conservar la esterilidad.
- La vía hematológica; es la forma menos usual de infección, es la causa de un cuadro séptico que coloniza el extremo distal del catéter.
- Una vez que se ha producido la colonización, por alguna de las anteriores vías, se forma una matriz biológica, denominada biofilm o biocapa, en la que los microorganismos se adhieren, proliferan y multiplican. Esta matriz, es una capa de resistencia para los patógenos contra las defensas del huésped, dificultando el efecto del antibiótico (17).

La manifestación clínica de infección se inicia por signos de infección local, en forma de inflamación, o existencia de exudado purulento, bien en el punto de inserción del catéter o a lo largo de su trayecto subcutáneo, si se trata de un catéter tunelizado. La mayoría de los pacientes, presentan signos clínicos de un síndrome séptico, fiebre elevada con escalofríos, taquipnea, taquicardia y leucocitosis. Además, pueden existir hipotensión, hiperventilación, alteración del nivel mental, y manifestaciones gastrointestinales inespecíficas, como náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Las infecciones que dan lugar a las complicaciones más importantes, incluso causar el fallecimiento del paciente, si no hay un abordaje temprano, son las causadas por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, y *Candida* (17).

El diagnóstico de confirmación de infección del catéter se lleva a cabo mediante

la visualización de signos locales inflamatorios en la puerta de entrada del catéter, la extracción de hemocultivos pares, es decir, procedente directamente del catéter y por venopunción directa, si los hemocultivos son positivos, es decir, presentan más de 15 UCF, se procederá a la retirada del catéter, procediendo a un estudio cuantitativo, mediante el cultivo de la punta del catéter (12).

Las medidas de prevención son fundamentales para el decrecimiento de complicaciones infecciosas derivadas del uso de los CVC. Con el avance de los materiales empleados para la fabricación y mantenimiento de los catéteres, se ha conseguido reducir dichas complicaciones y el gasto económico que genera. Por otro lado, es necesario seguir unas recomendaciones para la elección del catéter y su mantenimiento. Así como, el personal cualificado.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente los avances médicos han logrado que los pacientes dependientes de un tratamiento intravenoso crónico, mejoren su calidad de vida, teniendo un menor desgaste psíquico y físico.

Se ha hecho hincapié que las enfermeras estén familiarizadas con este tipo de catéteres punto que las claves del éxito son la prescripción adecuada y cuidados posteriores de estos dispositivos. Es de vital importancia dicha formación enfermera, o que conozcan unas pautas básicas de cuidados., puesto que un personal inexperto en el manejo y cuidado de estos catéteres, crean desconfianza y miedo al paciente.

En el mercado existe una amplia gama de catéteres centrales que tratan de dar respuesta a las necesidades de estos pacientes, cabe destacar que su principal característica, es que preserven el capital venoso del paciente durante todo el proceso de implantación.

Dentro de esta gama de catéteres, podemos encontrar, los de implantación torácica tunelizados, se insertan en el tórax, el extremo proximal se encuentra en la vena subclavia o yugular, y el extremo distal en la vena cava superior o inferior, se dice que es tunelizado, porque una parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada y la salida subcutánea, alejándolo del punto de punción, y preservando la vena canalizada de la entrada de gérmenes. Encontramos dos tipos de catéteres: reservorio subcutáneo y catéter Hickman.

El Reservorio subcutáneo es un dispositivo pequeño de forma redondeada, in-

sertado debajo de la piel, que incluye una membrana autosellante de silicona, la cual debe puncionarse para acceder al sistema venoso, con una aguja angulada o Gripper. A diferencia del catéter Hickman, a pesar de tener la misma localización, la forma del dispositivo es totalmente distinta, éste está formado por un catéter flexible con dos luces, unido a la piel subcutánea por un Dacron, cada luz presenta un color diferente, ya que tienen usos diferentes, uno para la extracción de muestras sanguínea y otra para la perfusión de terapia intravenosa.

Ahora bien, estos catéteres tiene como diferencias sus prescripciones, el reservorio subcutáneo está indicado para pacientes con tratamientos crónicos y/o prolongados, como quimioterapia, nutrición parenteral, terapia farmacológica prolongada, etc. En cambio, el catéter Hickman es idóneo para pacientes oncohematológicos, por su frecuente extracción y perfusión de muestras hematológicas.

El reservorio subcutáneo, no requiere de autocuidado, cuando la incisión del catéter ha cicatrizado, solo se requiere de heparinización cada 10 o 12 semanas, en cambio, el catéter Hickman es necesario permeabilizarlo semanalmente, e impartir educación sanitaria al portador y su familia, para que realicen autocuidados en la entrada del catéter o punto de inserción, cambio de apósitos y cuidado de la piel.

También, el reservorio subcutáneo tiene la ventaja que es un catéter apenas perceptible, no altera la imagen corporal del portador, y tiene independencia a la hora de realizar su higiene y vestimenta. Ahora bien, el catéter Hickman, es un catéter externo, por lo que si altera la imagen corporal del enfermo, y pueden rechazarlo debido a las incomodidades que presentan en su vida cotidiana.

El catéter Hickman, puede ser utilizado inmediatamente después de su inserción, después de un control radiológico, a diferencia del reservorio venoso que no puede utilizarse hasta la cicatrización de la sutura subcutánea, por si se produjese alguna complicación, como infección de la zona local del catéter.

Otra ventaja más del Hickman respecto al reservorio subcutáneo, es que el primero no necesita de ninguna aguja especial para acceder al sistema venoso, sin embargo, el reservorio requiere de repetidas venopunciones en el portal para acceder al sistema venoso, por lo que puede producirse lesiones tanto cutáneas como vasculares. Ambos catéteres, presentan como similitud, para su implantación es necesaria una intervención quirúrgica por personal médico.

Los CVC de larga duración de acceso periférico, es una técnica llevada a cabo

por personal enfermero, no requiere de una intervención quirúrgica. Se inserta mediante técnica Seldinger con o sin ayuda de herramientas de visualización, como el ecógrafo, y micropunción.

El catéter PICC es un dispositivo siliconado, flexible, que diferencia de los anteriores, su implantación es periférica, es decir, se utilizan las venas de gran calibre del brazo, como son, las venas cefálicas y basílicas, para acceder a la vena cava superior.

A diferencia del reservorio subcutáneo, el catéter PICC disminuye el sufrimiento del paciente, puesto que podemos acceder al catéter sin venopunciones repetidas. Es necesaria la heparinización del catéter semanalmente, para evitar trombos o una oclusión parcial y total del catéter.

Al igual que el catéter Hickman, debemos mantener apósitos secos y cambiarlos semanalmente, es muy importante el cuidado de la piel, pues mucho de estos apósitos producen enrojecimientos y erosiones en la piel, y es preciso no fijar el catéter siempre en el mismo lado.

Los principales inconvenientes del catéter PICC, al igual que el catéter Hickman, es un catéter externo, por lo que muchos pacientes rechazan su uso, por problemas estéticos. En ocasiones puede desplazarse el catéter por el punto de inserción. Como el catéter Hickman, lo que lo mantiene unido al tejido subcutáneo es el Dacron, una complicación potencial es la salida de este al exterior.

Cabe mencionar, que el catéter PICC, una vez retirado no deja constancia de su permanencia, es decir, no deja cicatriz, porque es un catéter de pequeño diámetro, el reservorio y Hickman si dejan una gran cicatriz.

Ahora bien, todos los CVC de larga duración presentan los mismos cuidados, abordajes y complicaciones. Como ya se ha nombrado con anterioridad, el rol del enfermero es importante, ya que determinara el cumplimiento de los objetivos. Hoy en día, se han unificado criterios y actuaciones, en el manejo y cuidado enfermero, respecto a estos catéteres.

Es primordial mantener la asepsia en el manejo de estos dispositivos, es la principal medida para la prevención de complicaciones y minimizar riesgos. Ya que el objetivo de estos catéteres es salvar el capital venosos del paciente, no nos podemos permitir perder una vía de acceso, ya que el tratamiento intravenoso, por ejemplo, se vería afectado.

6 Bibliografía

- Rivast R. Mechanical Complications of Central Venous access. [Online].; 2011 [cited 2015 octubre 23. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet_f=10&pident_articulo=90363272&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=202&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=20
- Macías Galvez MN, Zorrilla Delgado MD, Martín Fontalba MÁ. Técnica de inserción de un Catéter Venoso Central de Inserción Periferico (PICC). Enfermería Docente. 2015 enero-junio; 25-32(103).
- Blazquez Navarro, Rosa. Fernández Pérez, Rosa Emérita.. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la via venosa central de acceso periférico (PICC). [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 15. Available from: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/7b72ed75007c5aec682>
- Carrero Caballero MC, Garcia-Velasco Sánchez-Morago S, Triguero del Rio N, Cita Martin J, Castellano Jiménez B. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. [Online].; 2008 [cited 2015 Octubre 18. Available from: http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf.
- Carrero Caballero MC, García Velasco Sánchez Morago S, García Gonzalez F, Gago Fornells. Actualizacion en Conocimientos de Terapia Intravenosa. [Online]. [cited 2015 noviembre 20. Available from: http://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/terapia_intravenosa1.pdf.
- Rodríguez Martín LJ, González Rodríguez D, Núñez Caicedo R, Crespo Velasco P, Jiménez Fraile JA, Soria Jiménez LS. Elsevier. [Online].; 2010 [cited 2015 diciembre 6. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-prehospital-emergency-care-edicion-espanola-44-articulo-descripcion-un-nuevo-acceso-subclavio-13152272>.
- Escobar SGV. Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos centrales. Enfermería IMSS. 2003 Nov; 29-34(1).
- Corella Catalayud, J.M; Fuster Diana, C; Vázquez Prado, A, et col.. Hospital General Univeristario Valencia. [Online].; 2010 [cited 2015 Octubre 15. Available from: <http://chguv.san.gva.es/documents/10184/28338/Reservorios,+acceso+venoso+de+larga+duraci%561b-4ae2-ab42-2524ac77c689>.
- Johnston J, Arme S, Barringer E, Dickieson P, D´Onofrio L, Giff C. Valoración y seleccion de dispositivos de acceso vascular. Nursing Best Practice Guidelines Project. 2008.
- Thibodeau GA, K.T. P. Anatomía y Fisiología. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
- Villalobos Escobar SG. Centrales, Cuidados y generalidades sobre catéteres venosos. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI; 2003.

- Caballero Carrero MC. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. 2008.
- Caballero Carrero MC. Tratado de Administracion Parenteral. In.: Difusion Avances de Enfermeria (DAES.L.); 2013.
- Mayans Boscá MDR. asociacion de enfermeria ETL. [Online].; 2013 [cited 2015 noviembre 7. Available from: <http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/revista/wp-content/uploads/2009/02/Documento-de-Consenso-PICC.pdf>.
- Freire E, De la Iglesia A, Rodriguez C, Lopez MA, Gonzalez M, Peleteiro R. Totally implantable central venous devices (Port-A-Cath) in oncological patients: Review of complications. Soc. Esp. Dolor. 2008;(7: 451-462).
- Serrano Barona DM, Sánchez-Izquierdo Castellanos S. Triage Enfermeria Ciudad Real. [Online].; 2015 [cited 2015 noviembre 30. Available from: http://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=225&accion=.
- Ferrer C, Almirante B. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Online].; 2013 [cited 2016 Febrero 8. Available from: https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n12p115a124.pdf.
- Servicio de Enfermedades Infecciosas HUVdB. Infeccioes relacionadas con el uso de los cateteres vasculares. Enfermedades infecciosas Microbiologia clinica. 2014 Feb; 32(115-124).
- Palomar Martinez M, Álvarez Lerma F, Riera Badia MA, Leon Gil C. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online].; 2009 [cited 2016 Marzo 18. Available from: <http://myslide.es/documents/protocolo-bacteriemia-zero-2009.html>.
- Naomi P. O'Grady MD, Mary Alexander RN, Burns LA, col. e. Center for Disease Control and Prevention. [Online].; 2011 [cited 2015 Diciembre 5. Available from: <http://www.cdc.gov/hicpac/BSI/BSI-guidelines-2011.html>.
- León Lopez B. Cuidados de enfermeria a pacientes con reservorio subcutaneo. Triage Enfermeria Ciudad Real.

Capítulo 26

LA IMPORTANCIA DE LAS TERAPIAS DE HUMOR EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN

CARLA PÉREZ MORÁN

MARTA RAMOS GARCÍA

ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La competencia enfermera es la capacidad de utilizar los conocimientos, habilidades y aptitudes en el desarrollo laboral para poder resolver los problemas que se le plantean.

La risa es un medio para dar salida a las emociones reprimidas, y al mismo tiempo, si es compartida actúa como un fortalecedor de la comunicación. Esta, estimula los aparatos circulatorio, respiratorio y el sistema nervioso simpático favoreciendo la relajación, el descenso de la presión arterial, mejoría de la digestión, disminución de la contracción muscular y produciendo endorfinas que ayudan a reducir la sensación de dolor. Si además se acompaña de lágrimas y secreciones nasales, favorece la eliminación de toxinas, esteroides y hormonas.

El humor debe usarse como un tratamiento complementario para propiciar el afrontamiento a la enfermedad y a situaciones difíciles, ayudar a aliviar tensiones,

liberar sentimientos de ira, facilitar el proceso aceptación de su estado de salud y poder educar los cuidados necesarios.

También, permite reducir el estrés, la ansiedad, la sensación de dolor. Así como, puede favorecer el cambio de percepción de los sucesos y las emociones surgidas a través de estos, aunque los hechos en sí sean los mismos. El humor ayuda a engendrar esperanza, crea un sentido de perspectiva y favorece la comprensión desde diferentes puntos de vista.

Respecto al profesional sanitario que atiende a pacientes cuyo estado de salud está en estado semi-crítico, crítico o de ingreso prolongado, se considera un entorno de trabajo particularmente estresante. Así que, introducir el humor en estos grupos de trabajo, les permite tomarse momentos de ligereza, mientras atienden profesionalmente y humanamente a usuarios en un momento de salud muy serio.

El humor hace la rutina diaria de trabajo más divertida e incrementa la satisfacción de los sanitarios. Así como, en los casos que el paciente recibe atención interdisciplinar, puede crear una fuente de tensión entre las diferentes disciplinas que se comunican entre ellas e intentan acomodar sus prácticas.

Dentro del equipo de trabajo, el humor sirve para mejorar la colaboración, facilitando el trabajo en equipo, creando un ambiente positivo, generando confianza, reduciendo enfados, disminuyendo la tensión y aceptando las imperfecciones de tus compañeros.

2 Objetivos

- Favorecer el diálogo en los procedimientos y tratamientos difíciles.
- Facilitar un clima de cooperación y entendimiento en la relación terapéutica.
- Estimular la esperanza y el deseo de vivir.
- Motivar en el paciente un humor activo de su situación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de la literatura sobre la importancia de las terapias de humor en plantas de hospitalización.

4 Resultados

En la actualidad, la inseguridad en la aplicación del humor puede derivarse de la ausencia de este durante la formación reglada, así como la práctica habitual de trato correcto y educado hacia el usuario en el entorno laboral.

La personalidad del profesional va a condicionar la forma en cómo se posiciona en los cuidados que presta. De modo, que toma una gran relevancia la transmisión del humor en el periodo de formación de nuestros futuros enfermeros/as; ya que, este favorece la empatía, la comunicación, el acompañamiento, la presencia y la escucha.

Existe la necesidad de preparar al profesional en este sentido, permitiéndole entrenar habilidades y obtener nuevos recursos. Hay que aprender a observar el sentido del humor del paciente y su receptividad al humor. Así como, buscar el momento apropiado en que el paciente esté dispuesto.

Preguntar al paciente si disfruta riendo y qué le causa risa. Establecer una relación profesional en que se le demuestra interés por ayudar a obtener distracciones de su estado de salud. También, observar la respuesta del paciente a un comentario divertido y benigno. No debería en ningún caso usar el humor sexista, étnico, ridiculizador e inapropiado.

Todas las culturas estimulan el humor, la alegría y la risa como partes importantes de sus concepciones vitales. El humor comienza a ser considerado como una poderosa modalidad terapéutica a modo de apoyo en diferentes situaciones de salud y en las acciones de mejora del personal sanitario en la atención ofrecida.

Este, permite generar esperanza y desviar la percepción de la situación de salud para ofrecer relajación. Es preciso y obligatorio la evaluación de la edad, situación de salud y la predisposición del paciente para recibir y ofrecer humor, así como, de su entorno familiar presente en su ingreso hospitalario.

El personal sanitario debe estar predispuesto a permitir una interacción espontánea y recíproca con el paciente y su familia.

5 Discusión-Conclusión

Un enfermero puede desenvolverse perfectamente en la materia de problemas de salud aplicando la terapia del humor. Sin embargo, primero hay que conocer

cada necesidad y situación de salud para evaluar previamente el beneficio de esta. Por ejemplo, podría resultar muy desafortunada la utilización del humor en un paciente psiquiátrico; ya que podría intensificar su inquietud y ansiedad.

Los enfermeros/as con experiencia reconocen las situaciones críticas y particulares que puedan causar mal entendimiento de una broma y así identificar cuándo el humor es apropiado manejando la terapia del humor en los cuidados de una manera sensible y cómoda.

El humor es individual y adquiere diferentes significados para cada persona. No se puede asumir que el humor es bienvenido o apropiado para todos. En caso de duda, podemos probar a utilizarlo de una manera muy suave, respondiendo después al feedback que nos den los demás.

El uso de trucos y disfraces en los días especiales o festivos socialmente son acogidos favorablemente por la mayoría de familiares y pacientes durante su ingreso hospitalario, pero no son muy estimulados por los profesionales.

6 Bibliografía

- <https://core.ac.uk/download/pdf/82306533.pdf>
- <https://lamenteesmaravillosa.com/el-humor-como-terapia-para-liberar-estres/>
- <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo26.pdf>
- <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/2ae6b7e2-3155-4d5e-9774-815134cdcb43/b81ed007-6642-4012-9ab9-dd5bf59a4d2b/b81ed007-6642-4012-9ab9-dd5bf59a4d2b.pdf>
- <http://www.paginasenferurg.com/revistas/2009/diciembre/humorterapeutico.pdf>

Capítulo 27

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA.

EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La disfagia constituye un impedimento para la alimentación del paciente que la padece. En estos pacientes era preciso colocar una sonda nasogástrica que presentan múltiples inconvenientes y es fuente de complicaciones. La GEP se ha convertido en el método de elección para facilitar una nutrición enteral prolongada.

2 Objetivos

Exponer el procedimiento de la gastrostomía endoscópica percutánea.
Explicar la utilidad y beneficios de la gastrostomía endoscópica percutánea.



3 Metodología

Revisión bibliográfica y de la literatura para exponer las principales utilidades de la gastrostomía endoscópica percutánea así como la técnica de realización.

4 Resultados

La gastrostomía percutánea permite:

- Recuperación de peso y masa corporal.
- Calidad de vida para el paciente.
- Mejor aceptación por parte de la familia.
- Menor mortalidad.

Técnica de colocación:

Una vez introducido el endoscopio en el estómago, se coloca al paciente en decúbito supino y se oscurece la estancia. Se identifica así la zona de mayor transluminación en la pared del abdomen. Se procede a desinfectar la piel y se anestesia por planos la pared abdominal. Se realiza una incisión de aproximadamente

1cm y se introduce un trocar hasta que se visualiza en el interior del estómago. A través de la vaina del trocar se introduce una guía que se sujetará con un asa o pinza y se arrastrará hasta la boca del paciente a la vez que se retira en endoscopia.

La sonda se sujeta a la guía y tirando del otro extremo de ésta, se hace pasar aquella por la boca hasta que sale por la incisión abdominal, donde queda sujeta mediante una fijación relativamente rígida.

El procedimiento dura unos 20 minutos y la alimentación se inicia habitualmente a las 24 horas.

La colocación de una sonda de alimentación a través de una GEP es un método seguro y efectivo para proveer nutrición enteral prolongada en pacientes que no pueden deglutir.

5 Discusión-Conclusión

La GEP es una buena alternativa a la SNG por su sencillez, utilidad, seguridad, rapidez, bajo coste, fácil cuidado y posibilidad de mantenimiento durante largos periodos de tiempo.

6 Bibliografía

- Sebastian Domingo JJ. Gastrostomía endoscópica percutánea. Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Servicio Aparato Digestivo. Hospital Miguel Servet. Zaragoza, 2001.
- Sebastian JJ. Gastrostomía Endoscópica Percutánea. Hospital Practice 2002,1(2):45-53.
- Heaney A, Tham TCK. Percutaneous endoscopic gastrostomies. BrJGen Pract 2001,51(463):128-9.
- Sanahuja YII M, Planet Güell X, Trallero Casañas R. Manual de nutrición enteral 6 edición. Barcelona :Novartis,, 2002.

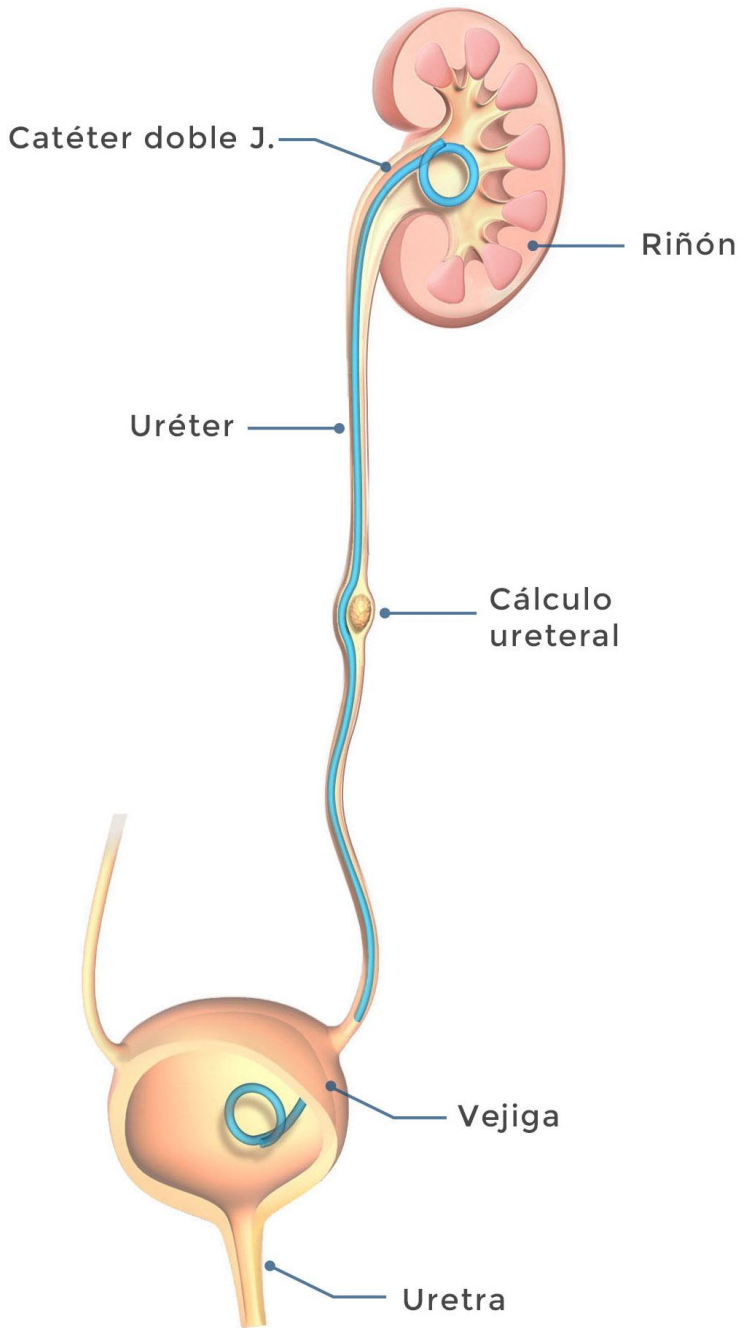
Capítulo 28

COLOCACIÓN ENDOSCÓPICA DE CATÉTER DOBLE J

CRISTINA RODRIGUEZ ABAD

1 Introducción

El catéter doble J es una sonda flexible de pequeño calibre con curvatura en ambos extremos multiperforados (que evita su desplazamiento). Se coloca mediante técnica endoscópica transuretral retrógrada. Uno de los extremos se sitúa en pelvis renal y el otro en vejiga.



2 Objetivos

Exponer la funcionalidad principal de un catéter doble J.

Explicar el funcionamiento de un catéter doble J.

3 Metodología

Revisión de la literatura sobre los pasos básicos y método de colocación de un catéter doble J.

4 Resultados

El objetivo principal del doble J es asegurar el paso de orina de riñón a vejiga en el uréter obstruido. Protocolizar los cuidados de enfermería en el proceso quirúrgico, asegurando el desarrollo eficaz del procedimiento.

Método y pasos de colocación de un catéter doble J.

- Introducción del cistoscopio.
- Distensión vesical mediante irrigación de suero fisiológico.
- Canalización del meato ureteral con catéter ureteral coaxial.
- Realización pielografía.
- Introducción de guía hidrofílica.
- Retirada del catéter coaxial.
- Introducción del doble J a través de la guía y colocación mediante un aplicador.
- Sondaje vesical.

Pasos fundamentales:

- Correcto desarrollo del procedimiento.
- Asepsia de la técnica.
- Desarrollo adecuado y eficaz del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

El conocer adecuadamente la técnica garantiza:

- Un correcto desarrollo del procedimiento.
- Disminuye el tiempo quirúrgico y posibles complicaciones.
- Disminuye la ansiedad del paciente y asegura la adecuada comprensión del proceso.

6 Bibliografía

- Instrumentación quirúrgica 4º edición. Aut. Fuller. Ed. Panamericana 2008.
- Enfermería medico-Quirúrgica 10º edición. Brunner & Suddarth. Ed McGraw-Hill 2005.
- Enfermería Medico-Quirúrgica. Beare & Mayers. Ed. Panamericana.
- Campbell - Walsh Uroogy, 9º edición. Aut. Ein-Kavoussi-Novick y otros. Ed. Saunder 2007.

Capítulo 29

LAVADO DE MANOS

CRISTINA RODRIGUEZ ABAD

1 Introducción

Desde que Ignaz Semmelweis (médico húngaro) en 1846, demostró la importancia de la higiene de las manos en la prevención de infecciones hospitalarias diversos hospitales en todo el mundo han aplicado estrategias para conseguir que el personal de salud realice un cuidadoso lavado de manos de acuerdo a protocolos establecidos en razón que esta simple practica constituye el pilar fundamental en la lucha contra las infecciones nosocomiales. Efectivamente, las manos del personal de salud son el principal vehículo de contaminación exógena de las infecciones nosocomiales, relacionado incluso con la dispersión de gérmenes multiresistentes por tanto la higiene de las manos se constituye en una de las prácticas de antisepsia más importantes.

2 Objetivos

Garantizar la practica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios.

3 Metodología

1- Lavado de manos social:

Es el lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Este lavado de manos

requiere de jabón común, de preferencia líquido, el que debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 15 segundos.

2- Lavado de manos clínico con antiséptico:

Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos. El lavado de manos antiséptico es el método más efectivo.

3- Lavado de manos quirúrgico

Es el lavado realizado por los integrantes del equipo quirúrgico antes de su ingreso al quirófano, siempre esta indicado un jabón antiséptico. Recordar que el uso del cepillado no es necesaria para reducir la carga microbiana cuando se utiliza antiséptico con efectos residual.

4 Resultados

Los resultados en diversos hospitales españoles respecto a la adherencia del personal de salud sobre el cumplimiento de la practica adecuada del lavado de manos permanece inaceptablemente bajos con valores entre 30% a 50%.

5 Discusión-Conclusión

Los esfuerzos destinados a establecer cambios actitudinales en el personal de salud con relación a la higienización de sus manos se constituye en un verdadero desafío.

6 Bibliografía

- Valderrama Alberto. Fiebre puerperal, reseña histórica. BETU a saber, Vol. 1 marzo de 2002.
- Boyce Jhon M., Pittet Dider. CDC. Guidelines for hand hygiene in health care setting. 2002.
- CDC. Centers for Diseases Control. Guidelines for handwashing and hospital environmental control. 1985. Atlanta, Georgia.
- E. Larson, Ek KretzaR. Compliance with hand washing and barrier precautions. J. Hospital Infection 1995

- APIC Guideline for hand Washing and hand antisepsis in Heal-care Settings, 1995.
- Ponce de León, Samuel. Retall Manual De Prevención Y Control De Infecciones Hospitalarias. Serie Itsp/ Manuales operativos Paltex. OPS. 1996.
- Goldman D. y col. Estrategias para prevenir y controlar la emergencia y dispersión de microorganismos resistentes en el hospital. Jama. enero 17, 1996: 275 N° 3.: 234-240.

Capítulo 30

TRATAMIENTO DE SOPORTE Y RECOMENDACIONES AL ALTA EN EL TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO.

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Durante el trasplante hematopoyético aparecen diversas complicaciones y se utiliza un tratamiento de soporte para evitar la aparición de éstas.

2 Objetivos

Con este trabajo queremos conocer los tratamientos más usados como profilaxis de posibles complicaciones en el trasplante hematopoyético.

3 Metodología

El tratamiento que se usa es:

- Hidratación y prevención del síndrome de lisis tumoral: Para favorecer la eliminación de detritus celulares se suele utilizar una hidratación con 2000 cc/día de suero, 1000cc/día de bicarbonato 1/6M, aporte de CLK, furosemida si fuese necesario y Alopurinol 300mg/día.

- Prevención de toxicidad digestiva: Protector gástrica con Omeprazol, antieméticos (ondasetron y/o metoclopramida) Para prevenir el SOS/ Enfermedad venooclusiva hepática suele usarse el ursobilane 300 mg.
- Profilaxis antiinfecciosa: Para disminuir el riesgo de infección si hay neutropenia en el postrasplante inmediato. Suele usarse profilaxis antibacteriana con ciprofloxacino, antifúngica con fluconazol y frente al herpes con Aciclovir. Se hacen controles analíticos cada cierto tiempo para ver el CMV y Aspergillus (Galactomanano).

Recomendaciones al alta:

- Evitar alimentos crudos y sin cocinar, leche no pasteurizada, quesos frescos, yogur, agua no embotellada y frutas y verduras no lavadas.
- Beber 2 litros de agua al día como mínimo.
- No fumar ni beber alcohol.
- Evitar aglomeraciones.

4 Bibliografía

- Martell Martorell Librada, Leiva Perdomo Yanitza, Suárez Escalona Elio Álvaro. Atención de enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Nov 19] ; 33(4): 25-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892017000400004&lng=es.

Capítulo 31

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE CRÍTICO.

BELEN ROZADA FUENTE

1 Introducción

Una escara o úlcera por presión es una porción de tejido necrosado que aparece en la piel, el tejido subcutáneo o la mucosa. Es un tipo de lesión secundaria de la piel, al producirse a partir de una lesión patológica previa o primaria.

Las úlceras por presión se asocian a una mayor morbi-mortalidad en los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por lo que es muy importante prevenir su aparición. Según estudios revisados el 95% de las UPP son prevenibles y por ello la presencia de UPP se debe considerar como un evento adverso.

Los pacientes en estado crítico poseen factores intrínsecos y extrínsecos que los predisponen con mayor frecuencia a presentar UPP, de aquí la importancia de contar con un protocolo de cuidados de enfermería que permita reducir su incidencia y prevalencia, mejorando así la calidad asistencial.

La Prevención de UPP implica cuidados de enfermería dirigidos a evitar su aparición. El alto impacto de las medidas preventivas en la aparición de UPP, implica que estas sean un elemento clave a la hora de evaluar la calidad de atención de enfermería

2 Objetivos

- Disminución de la aparición de úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos.
- Identificar los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.
- Establecer los cuidados necesarios para controlar y minimizar los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de las UPP.
- Cumplimentación correcta del Registro de Cuidados (formulario de Prevención de Úlceras por Presión presentes en cada unidad).

3 Caso clínico

Paciente de 39 años que tras sufrir politrauma y ser estabilizado por la UVI móvil llega al servicio de urgencias con intubación endotraqueal y soporte ventilatorio. Tras pruebas de imagen (TAC craneal y toraco-abdominal) presenta rotura de bazo subsidiaria de cirugía urgente y fractura abierta de tibia y peroné que tras inmovilización precisa mejoría clínica del paciente para su tratamiento. El paciente es trasladado a UCI para tras cirugía de bazo, transfusión de dos concentrados de hematíes. Sera necesaria la permanencia del paciente en esta unidad para su mejoría clínica y su nuevo paso por el quirófano para resolución de la fractura.

La valoración de los pacientes debe realizarse de forma individual e integral. Utilizando el juicio clínico y una escala validada (Escala Norton, Escala Waterlow, Escala de Braden y la Escala Emina.)

En nuestro Servicio se utiliza la Escala de Braden.

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
PERSEPCIÓN SENSORIAL	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
NUTRICIÓN	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
CIZALLAMIENTO Y ROCE	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

4 Resultados

- Evaluar al paciente al ingreso en UCI y diariamente hasta el alta, aunque las guías recomiendan reevaluar al paciente según la puntuación obtenida, se considera reevaluar diariamente al paciente en estado crítico.
- Se debe registrar el resultado de la evaluación en el formulario prevención de úlceras por presión, teniendo en cuenta el juicio clínico del profesional de enfermería. Los Cuidados de Enfermería en relación con la prevención de UPP, se registrarán en los formularios correspondientes, con una sistemática unificada.
- Valoración del Riesgo al ingreso con la Escala de Braden o Estado de la piel al ingreso o Reevaluar diariamente el riesgo (cumplimentación de Escala de Braden, tras aseo).
- Registrar cambios que se produzcan en la piel por turno.
- Control del dolor porque este puede afectar la movilidad del paciente y esto aumenta el riesgo de desarrollar UPP. La utilización de cierto tipo de analgésicos y sedantes puede deprimir el sistema nervioso central, alterando el nivel de conciencia, la movilidad y la actividad, reduciendo la capacidad de respuesta al dolor isquémico local. Este dolor, además, es precursor de la degeneración de los tejidos.
- Uso de medidas físicas indispensables como el colchón antiescaras que variara en función de las características personales de cada paciente.
- Cambios posturales según protocolos y tratamiento de la piel tras aseo.

- Extubación precoz para evitar complicaciones.

	PESO	INDICACION	OBSERVACIONES
<u>NIMBUS</u>	Pacientes hasta 180 kg	Prevención y para úlceras grado IV.	Colocar en cama nueva
<u>APEX DOMUS 3</u>	Paciente hasta 120 Kgr	Prevención y úlceras grado III.	
<u>AEROCARE A 2010</u>	Paciente hasta 120 kgr	Prevención y úlceras grado III	
<u>AEROCARE 1050/2050</u>	Para pacientes <120 kgr	Prevención y úlceras de grado III	

5 Discusión-Conclusión

Entendemos como punto principal la prevención de complicaciones a nivel cutáneo producidas por la inmovilidad, uso de todas las herramientas anteriormente descritas como eje principal del cuidado del paciente en estado crítico.

Minimización de la estancia del paciente en la UCI.

6 Bibliografía

- AizpitartePeguenaute E, Garcia de GaldianoFdez A, ZugazagoitiaCiarrusta N, MargallCoscojuela MA, Asiain Erro MC. Úlceras por Presión en cuidados intensivos: Valoración del Riesgo y medidas de prevención . Enferm Intensiva. 2005;16(4):153-63. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-lceras-porpresion-cuidados-intensivos-13080877>

- KAREN L. COOPER, RN, MSN, CCRN, CNS, WOCN . Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit . Critical Care Nurse. 2013;33[6]:57-67. Disponible en <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/6/57.long>
- Protocolo para la detección y la prevención de las úlceras por presión. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2008. http://seguridaddelpaciente.sespa.es/descargas/sespa_ulceras_presion.pdf Principado de Asturias.
- Protocolo Prevención de Úlceras por Presión Hospital General Universitario Gregorio Marañón. 2015 <http://www.madrid.org/cs/Satellite?>
- Pintado Juez, Y., Peña Laguna, C., Parra Moro, M., Pardo Fernández, M., Frías Rodríguez, M., Valverde Vaquero, T., y otros. (2011). Protocolo úlceras por presión (UPP) y heridas crónicas. Toledo: Complejo hospitalario de Toledo. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- Bujedo Collado, J., Catalá Valiente, A., Diéguez Esteban, J., Erruz Villaplana, M., García Fornieles, M., Inat Carbonell, J., y otros. (2007). Manual de actuación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Valencia: Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- Protocolo de Tratamiento de úlceras por presión Hospital Universitario de Cabueñes. Fernández Pérez S, Marcos Montaña M, Jonte Lastra JC. 2009.

Capítulo 32

HIGIENE DE MANOS Y USO CORRECTO DE GUANTES.

MONTSERRAT PIÑERA MATA

1 Introducción

La infección adquirida en el ámbito sanitario supone un aumento de la morbimortalidad hospitalaria, de los costos y de las estancias hospitalarias. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) se adquieren debido a múltiples factores que además varían en función del tipo de infección. No obstante, la falta de higiene de manos (HM) siempre antes y después de estar en contacto con un paciente, es el factor relacionado con la transmisión de los microorganismos común a la mayor parte de infecciones. Se considera la HM como la medida de prevención más eficiente para evitar la infección adquirida en el ámbito sanitario.

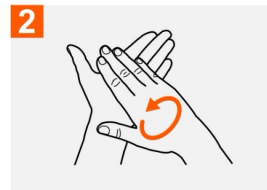
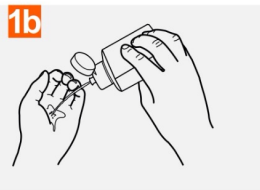
¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

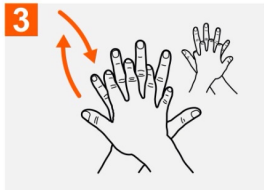
 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



1a Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



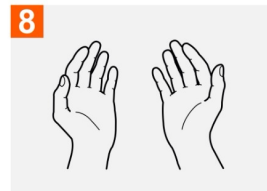
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Una vez secas, sus manos son seguras.

2 Objetivos

Ofrecer unas recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes para mejorar la seguridad de los pacientes.

Informar, formar y concienciar de la importancia en el cumplimiento de estas recomendaciones por parte de todo el personal con el fin de proteger a los pacientes, familiares (la comunidad) y a ellos mismos de las IRAS.

Estandarizar y homogenizar las prácticas de HM entre todo el personal.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y de la literatura sobre el lavado de manos, su técnica y beneficios. Se han consultado las principales bases de datos de interés sanitario.

4 Resultados

Existen diferentes técnicas de Higiene de manos, las clasificaremos en función del producto empleado y del acto sanitario.

- Higiene de manos para atención sanitaria:

1.- Lavado de manos con agua y jabón.

2.- Higiene de manos con preparados de base alcohólica.

- Higiene de manos para técnicas quirúrgicas:

3.- Lavado quirúrgico con jabón antiséptico.

4.- Lavado quirúrgico con preparado de base alcohólica.

- Higiene de manos para atención sanitaria:

1.- Lavado de manos con agua y jabón: El objetivo es eliminar la flora transitoria de las manos, la suciedad y materia orgánica si la hubiera.

Cuando las manos están visiblemente sucias y después de atender a pacientes con infecciones por *Clostridium difficile*

2.- Higiene de manos con preparados de base alcohólica: El objetivo es eliminar la flora transitoria de las manos. De elección cuando las manos están visiblemente limpias. Material: Solución alcohólica

Cuando realizar una higiene de manos:

Siguiendo el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos” de la OMS, la HM debe realizarse siempre:

- 1.- Antes del contacto con el paciente (y entre dos procedimientos del mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos). Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
- 2.- Antes de realizar una tarea limpia o aséptica . Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
- 3.- Después de un riesgo de exposición a fluidos orgánicos (y tras quitarse los guantes). Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
- 4.- Después del contacto con el paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
- 5.-Después del contacto con el entorno del paciente . Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañino

Higiene de manos para técnicas quirúrgicas.

- Lavado quirúrgico con jabón antiséptico: su objetivo es eliminar la flora bacteriana transitoria y al máximo la flora bacteriana residente de las manos previo a un procedimiento quirúrgico. De elección en la primera intervención quirúrgica del día.

Material: Lavabo con grifos de pedal o codo, agua, jabón antiséptico (clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%), cepillo de uñas desechable (preferiblemente impregnado con solución antiséptica), toalla o compresa estéril

- Lavado quirúrgico con preparado de base alcohólica: su objetivo es la reducción de microorganismos residentes y la eliminación de microorganismos transitorios de las manos del personal sanitario durante las intervenciones quirúrgicas. De elección cuando realiza varias intervenciones quirúrgicas en el día. Lavabo con grifos de pedal o codo, agua, jabón líquido, cepillo de uñas, toalla de papel desechable y preparado de base alcohólica.

Uso correcto de guantes:

Los guantes son una barrera física que protege tanto a los profesionales de la salud como a los usuarios de centros sanitarios. Pero no son fiables por sí solos, siempre se deben acompañar de una correcta HM. Debe evitarse el uso de guantes en situaciones no recomendadas, específicamente debe evitarse circular con guantes por el recinto hospitalario. Los guantes se contaminan y no se pueden lavar, el acto de atender a distintos pacientes con los mismos guantes representa un riesgo de infección para el paciente y una “falsa seguridad” para el profesional.

Los guantes son una barrera protectora para prevenir la contaminación de las manos cuando se toca sangre, fluidos corporales, secreciones, membranas mucosas y piel no intacta (erosiones, eczemas, etc.).

Los guantes se utilizan para reducir la probabilidad de que las manos del personal sanitario contaminadas con microorganismos de un paciente puedan transmitirlos a otros pacientes (infecciones cruzadas. Ej.: pacientes colonizados con bacterias multirresistentes o cualquier otro tipo de aislamiento de contacto).

Se utilizan para reducir la probabilidad de que los microorganismos presentes en las manos del personal se transmitan a los pacientes durante los procedimientos invasivos (catéteres vasculares centrales y periféricos, catéteres vesicales, etc.). El uso de los guantes y el lavado de manos reduce la frecuencia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y la propagación de microorganismos multiresistentes.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios que puede reportar una promoción eficaz de la higiene de manos y uso adecuado de guantes superan los costos por lo que debe apoyarse su amplia difusión.

6 Bibliografía

- Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CI, Donaldson L, Boyce JM. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect. Dis* 2006(10):641-52.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/notaPreNSA20060323TextoIntegro.pdf>
- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. 2010. la higiene de las manos. 2010. Traducción del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, del documento *Guide to Implementation. A guide to implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*, 2009. Disponible en:

http://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf

- Plan autonómico de higiene de manos en el Principado de Asturias. Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2011. Disponible en: <http://www.astursalud.es>
- Protocolo para la implantación y seguimiento del programa de mejora de la higiene de las manos durante la atención sanitaria a nivel del SNS. Madrid 2009.

Capítulo 33

OPCIONES DE MEJORA EN LA GESTIÓN DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.

CRISTINA ARIAS SIERRA

SONIA MILLÁN LÓPEZ

1 Introducción

La cirugía es la única razón de admisión para muchos pacientes que precisan ingreso en un hospital tanto en España como en los países occidentales desarrollados.

De acuerdo con las cifras del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2018 se realizaron 3.598.200 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 46,1% fueron Cirugía Mayor Ambulatoria. Esto supuso una frecuentación de 77,5 por cada 1.000 habitantes¹.

Estos datos hacen ver la relevancia que el bloque quirúrgico adquiere para la población de un área sanitaria, así como de la relevancia de las actividades que en él se desarrollan para el óptimo funcionamiento del hospital. Son clave, pues, las actividades de mejora tanto en la asistencia del paciente quirúrgico como en la gestión del entorno quirúrgico, en unidades de tiempo y económicas fundamentalmente, pero en otras menos tenidas en cuenta como la motivación del personal, la consecución de logros profesionales, la investigación, etc.

La trascendencia de la actividad quirúrgica tanto en volumen como en calidad de la asistencia, la necesidad de revisión y puesta al día algunas prácticas que, siendo habituales, ya no están recomendadas, la gran diversidad y dispersión de

la normativa que se refiere a los quirófanos, y la conveniencia de actualizar los criterios de organización, planificación y diseño de los bloques quirúrgicos hacen que la unidad "Bloque Quirúrgico" sea objeto prioritario para la elaboración de criterios de calidad y seguridad en el marco de los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La gestión clínica o gobierno clínico es una nueva forma de gestión sanitaria. A diferencia del modelo clásico de gestión, que resulta muy ajeno a los profesionales clínicos, la gestión clínica se caracteriza por la mayor participación de los profesionales clínicos en la gestión. La gestión clínica se caracteriza por la descentralización de la organización, el establecimiento de acuerdos de gestión clínica y la orientación hacia los clientes (tanto internos como externos). Por ello este trabajo trata de estudiar a través de una revisión bibliográfica detallada los objetos de mejora en la gestión del bloque quirúrgico, de manera que las conclusiones derivadas del mismo puedan suponer una guía de análisis de estos procesos y de las posibilidades de obtención de resultados más satisfactorios en el ámbito quirúrgico.

La protocolización y la programación óptimas de los procesos, la coordinación interdisciplinar, el uso de listados de verificación quirúrgica o las aplicaciones móviles en las que el paciente tiene un papel protagonista activo tienen una función relevante para alcanzar el éxito.

El bloque quirúrgico debe funcionar como una unidad en el seno de un buen clima laboral para la consecución de objetivos comunes. La aplicación de todos estos aspectos permite optimizar la eficiencia y así garantizar su sostenibilidad.

La infrautilización se traduce en menos ingresos económicos para compensar los costes fijos, mientras que la sobreutilización conlleva horas extraordinarias, con costes 1,5-2 veces superiores a los generados por el tiempo subutilizado. Además, el personal puede abandonar el trabajo por insatisfacción al alargar su horario, aumentando el coste por contratación de personal. Por ello, el control del tiempo de sobreuso es mucho más importante que el de infrautilización.

2 Objetivos

- Explicar el funcionamiento y principios básicos de gestión de un bloque quirúrgico.
- Exponer cuales son los aspectos más importantes de gestión de un bloque quirúrgico.

gico.

3 Metodología

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

4 Resultados

El papel del coordinador quirúrgico.

El área quirúrgica es la zona donde simultáneamente más profesionales actúan sobre el paciente. Esta concentración de profesionales diferentes (cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería y personal auxiliar) puede hacer que sea necesario un sistema de funcionamiento coordinado que garantice la máxima seguridad para el paciente, y a la vez eficiente, para permitir obtener unos rendimientos adecuados que no supongan desviaciones en el presupuesto del hospital. Estos hechos sitúan el bloque quirúrgico en el centro del proceso asistencial, que es abastecido por diferentes estructuras del hospital (unidades de hospitalización, unidades de cuidados intensivos, servicios de urgencias).

En otro aspecto es importante la relación del bloque quirúrgico con otras estructuras del hospital como son los servicios llamados primarios. Finalmente podemos decir que el bloque quirúrgico actúa como «proveedor de producto» a las unidades de reanimación, unidades de cuidados intensivos, etc. No debemos olvidar tampoco la relación del bloque con otros departamentos no asistenciales del hospital (compras, limpieza o electromedicina) pero cruciales para que el funcionamiento sea ágil y eficiente. Esta armonía en todas las estructuras es difícil y este es el motivo por el que se buscan formas de organización de esta estructura hospitalaria que lleven a un mayor rendimiento, garantizando la seguridad y la calidad de la asistencia a los pacientes.

Nadie pone ya en duda que el área quirúrgica debe ser coordinada por un profesional o grupo de profesionales. Si es más controvertido la categoría profesional de dicho coordinador. En algunos hospitales hay una figura dependiente directa-

mente de la dirección médica del hospital que ejerce su función desde un despacho y que en ocasiones no es un profesional sanitario. En otras ocasiones este puesto está ocupado por un cirujano, otras veces por un anestesiólogo y otras por personal de enfermería.

El responsable del bloque quirúrgico debe ser neutral, conciliador, equilibrado y debe tener como objetivo final llevar a cabo la actividad quirúrgica que necesite el hospital cumpliendo las normas de seguridad que garanticen un mejor resultado para el paciente. Además tratará de facilitar el desarrollo de la actividad profesional del resto del personal que trabaja en el bloque quirúrgico o tiene relación con él.

Como funciones debe tener la de distribución objetiva de los quirófanos basándose en las necesidades reales de cada servicio quirúrgico, mantener una relación directa con la dirección del hospital, mantener una relación directa con todos los profesionales que trabajan en el bloque quirúrgico, contacto con los departamentos no asistenciales como compras, limpieza o electromedicina con el fin de que las instalaciones y material necesarios para cada procedimiento estén disponibles, el análisis regular de la actividad en el bloque quirúrgico revisando los indicadores seleccionados por la dirección del hospital, resolver conflictos entre diferentes profesionales buscando el consenso y trabajar para mejorar la seguridad del paciente(2).

La programación quirúrgica.

Actualmente la programación de cada jornada quirúrgica se realiza de una forma manual, empírica y subjetiva, presuponiendo la duración de las intervenciones quirúrgicas a realizar en dependencia de la experiencia del servicio, de quien realiza la programación y de las idiosincrasias del hospital.

El índice de ocupación mide el rendimiento o aprovechamiento de un quirófano, que es la relación entre el tiempo disponible y el tiempo real en el que se encuentra ocupado por algún paciente. Sin embargo, no está definido cuál es el rendimiento ideal de un quirófano, entendiéndose que cuanto mayor es su índice de ocupación, mejor es la gestión por haberse intervenido más pacientes en dicha jornada y haberse mantenido activo el recurso durante más tiempo. Pero esto puede suponer una prolongación de jornada más allá de la prevista, lo que significa fricciones, conflictos y un problema para compensar la actividad desarrollada fuera de las horas laborales(4).

El rendimiento del quirófano depende de la cantidad de casos realizados, por lo que gran parte de los esfuerzos de gestión se centran en la programación, en paralelo con la gestión de la lista de espera y la organización del personal e instrumental necesarios para realizar una intervención.

El rendimiento de quirófano depende de la hora de comienzo y de la duración de las intervenciones quirúrgicas. Dentro del tiempo quirúrgico se debe contabilizar tanto el tiempo de anestesia, como el de cirugía y el tiempo entre intervenciones, es decir, la limpieza y preparación del quirófano tras una intervención quirúrgica para realizar la siguiente.

Muchos son los factores a tener en cuenta en la programación quirúrgica, algunos de ellos difícilmente controlables, poco conocidos y estudiados, lo que explica su dificultad. Se han publicado como índices de ocupación adecuados desde el 75 hasta el 90%, cifras muy diferentes, utilizándose para la obtención de este rendimiento una metodología en ocasiones poco definida y variable de unos centros a otros.

Estas cifras de rendimiento son un constante punto de conflicto entre los gestores y los trabajadores de un entorno quirúrgico. Su excesiva presión puede llevar a una disminución de la calidad asistencial e incluso a una disminución de la seguridad del paciente.

Albareda et al (5) recogen en su estudio los diferentes problemas que surgen de una programación quirúrgica errónea y que métodos pueden gestionar una programación mejorada. Para ello elaboraron una lista de espera virtual para aplicar un programa matemático que realice la programación con rendimiento idóneo máximo.

Pretenden aplicar un modelo matemático a la programación quirúrgica. Para conseguir programar el rendimiento óptimo de cada sesión quirúrgica, es decir, su máxima ocupación con un riesgo mínimo de prolongar la sesión más allá del tiempo disponible. Suponen que al conocer la duración de las intervenciones y tiempos intermedios se pueden detectar con mayor precisión en qué punto concretamente han surgido o pueden surgir problemas, pudiendo en el futuro preverlos y evitarlos. Al poder programar la totalidad de la lista de espera, se puede informar al paciente de la fecha aproximada de su cirugía desde el mismo momento de su entrada.

También afirman que se puede conocer en todo momento los recursos quirúrgicos que necesitamos para resolver nuestra lista de espera en un periodo de tiempo

determinado y poder demandarlos al órgano de control del bloque quirúrgico de nuestro hospital, hecho que habitualmente no se produce por estar asignados a cada servicio de una forma cerrada e inflexible.

La aplicación de un modelo matemático a la práctica sanitaria, es decir, la cuantificación numérica del problema a resolver, debe tomarse siempre con reservas por las múltiples variables impredecibles que pueden surgir, más aún en la realización de intervenciones quirúrgicas en las que hay múltiples factores materiales y humanos que influyen y son difícilmente controlables, pero, con estas reservas, puede obtenerse el máximo provecho a las enormes posibilidades de la matemática.

Deben establecerse reglas de programación quirúrgica y generarse cronogramas para los casos y la asignación de personal, ambos sujetos a modificaciones según la necesidad de tratar casos emergentes y la irrupción de desajustes entre los casos registrados y los reales. Muchas instituciones han automatizado los sistemas de programación buscando limitar el sesgo de la duración del caso, la superposición de casos que requieren recursos específicos y garantizar en lo posible la realización de las cirugías programadas reubicando a pacientes y evitando cancelaciones.

En la mayor parte de los centros la programación de los casos es semanal, aunque con la flexibilidad necesaria para la gestión de camas con ingreso y las necesidades hospitalarias en cada época del año. Los pacientes sometidos a procedimientos con anestesia fuera del área quirúrgica deben ser incluidos en la programación quirúrgica general, ya que precisan recursos perioperatorios tales como personal del servicio de anestesia o camas en unidades de cuidados postanestésicos.

El checklist.

En países desarrollados se han registrado complicaciones importantes en el 3-16% de los procedimientos quirúrgicos que requieren ingreso, con tasas de mortalidad o discapacidad permanente del 0,4-0,8% aproximadamente.

En el año 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanza el reto «La Cirugía Segura Salva Vidas», dentro del marco de acciones prioritarias de la Alianza Mundial para la Seguridad para el Paciente. Entre los medios para conseguir este propósito se encuentra la publicación de una serie de guías de práctica para reducir los efectos adversos de la cirugía.

El grupo de trabajo de la Alianza Mundial por la Seguridad del paciente se compuso por cirujanos, anestelistas, enfermeros y expertos en gestión de la seguridad e identificó diez objetivos fundamentales, recogidos en la «Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía», dirigidos a guiar a los equipos quirúrgicos para evitar estos acontecimientos.

Del mundo de la industria aérea se importa el concepto del check list o listado de verificación quirúrgica (LVQ), como medida de seguridad del paciente quirúrgico en el que se comprueban una serie de items en diferentes momentos de la cirugía (preoperatorio, intraoperatorio y a la salida del quirófano) sin la cumplimentación de los cuales no puede continuarse el proceso.

Soria Aledo (6) realizaron un estudio para comprobar la correcta aplicación del LVQ en los hospitales de la comunidad de Murcia, valorando qué factores estructurales (tales como el tamaño del hospital, el turno de trabajo, el tipo de anestesia utilizado en el procedimiento quirúrgico, y la edad y sexo del paciente) se asocian al nivel de utilización, con el objetivo de entender mejor los factores a tener en cuenta en el proceso de implementación, y poder focalizar adecuadamente las iniciativas de mejora que pudieran ser diseñadas e implementadas.

Las conclusiones obtenidas fueron que el LVQ se utilizaba (hasta en un 83,3% de los casos) pero no se cumplimentaba en su totalidad (solo en el 27,7%). Las diferencias de cumplimentación no eran homogéneas en todos los apartados del listado. Asimismo se apreció una gran variabilidad en cuanto a la cumplimentación entre centros.

Concluyen que aunque hay que mejorar de forma notable su cumplimentación. Hacerlo obligatorio no es suficiente y los esfuerzos necesarios para lograr hacerlo operativo varían considerablemente por hospital y según las características de la intervención.

Las suspensiones quirúrgicas.

Definimos la tasa de suspensión de cirugía como el número de cirugías suspendidas dividido por el número total de cirugías programadas en un determinado período de tiempo en una institución y multiplicado por 100. Para constituir este indicador deben ser considerados todos los motivos de suspensión: los relacionados con el paciente (condición clínica desfavorable, inasistencia del paciente, falta de ayuno, entre otras) y los relacionados con el hospital (organización del centro quirúrgico, error en la programación quirúrgica, prioridad de las urgencias, disponibilidad de recursos humanos y materiales, entre otros).

Una tasa baja de cancelaciones, además de ser un requisito de eficiencia, es un indicador de calidad y de respeto al paciente. Las cancelaciones de casos tienen un importante impacto económico debido a la pérdida de ingresos (hasta 1.430-1.700 dólares en hospitales de Estados Unidos), a los costes generados por tiempo infrutilizado y a la repercusión emocional en pacientes y familiares (7).

La suspensión de una intervención interfiere en la administración del propio equipo de salud, en la gestión del tiempo y de los recursos materiales, va en contra de la preocupación de los administradores de salud, en particular de los servicios quirúrgicos, de optimizar las actividades, reducir costos, evitar la pérdida de materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad.

Los resultados que se derivan del análisis de estas tasas de suspensión nos pueden orientar hacia la mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia del servicio de la salud, pudiendo ofrecer a la población una mejora tanto en recursos materiales, financieros y humanos.

Abeldaño 8 analizó la tasa de suspensión de cirugías en un hospital de trauma. Los resultados arrojaron una tasa del 7.6%. La tasa más baja fue registrada en el mes de diciembre (4.3%), mientras que noviembre registró la mayor tasa (11.1%). Las causas relacionadas con la logística o las de tipo administrativo correspondieron al 44.2% de las causas de suspensión, mientras que las causas médicas (no quirúrgicas) tuvieron una frecuencia del 40.8%. Las causas relacionadas con la anestesia representaron el 5.4% del total de las suspensiones de cirugías.

La evaluación preanestésica de todos los pacientes, así como la solicitud estandarizada y consensuada de pruebas complementarias preoperatorias, son esenciales. Estas últimas deben basarse en la evidencia científica y no en una «medicina defensiva» que causa retrasos o suspensiones innecesarias, priorizando aquellas que permiten optimizar el estado clínico del paciente. Asimismo, existen aplicaciones móviles que recuerdan recomendaciones preoperatorias y de rehabilitación al paciente con el objetivo de empoderarlo para evitar suspensiones debidas a su incumplimiento y fomentar su autonomía, su responsabilidad y su participación en el éxito de la intervención.

Estos datos permiten analizar las causas de suspensión y ver la posibilidad de mejoras en los aspectos en que son más frecuentes, de manera que se pueda mejorar la eficiencia de dichos servicios.

El tiempo de limpieza y preparación de quirófano.

Los tiempos entre intervenciones son un factor importante en el aprovechamiento del quirófano. La limpieza y preparación del quirófano suponen un proceso que, como necesario que es, tiene la misión de poner en marcha el escenario para que la cirugía siguiente se pueda llevar a cabo en el menor tiempo posible.

Queda claro que en aquellos quirófanos en los que se desarrollan cirugías de mayor duración este factor es menos importante, ya que sólo se realiza la limpieza de la estancia en una o ninguna ocasión a lo largo de la jornada. En cambio aquellas especialidades o cirugías que son de más corta duración implican que sean necesarios varios procesos de limpieza y preparación del mismo, lo que conlleva una mayor pérdida de tiempo entre cirugías.

Así pues una cirugía abdominal compleja que pueda llevar toda una jornada de trabajo no se ve afectada por este factor, sí en cambio un quirófano de cirugía ambulatoria en el que se puedan realizar a lo largo de una jornada unas 8 cirugías de catarata por ejemplo.

En este sentido aquellas cirugías que son más limpias precisan un menor tiempo de limpieza, como pueden ser las oftalmológicas por ejemplo, y aquellas que tengan un mayor sangrado o posibilidad de contaminación del quirófano como pueden ser las cirugías abdominales o las traumatológicas conllevan un mayor tiempo necesario para la limpieza.

En cuanto a la preparación del quirófano sucede algo similar, necesitando un mayor intervalo para la preparación de aquellas cirugías en las que el paciente precisa una colocación especial o la mesa quirúrgica o los aparatos quirúrgicos tienen que ser colocados de una determinada manera, esto puede darse por ejemplo en cirugías como la traumatológica en las que en ocasiones es necesaria una colocación del paciente que precise de varios celadores o la colocación de sistemas de tracción o posicionadores especiales.

Todo ello hace que exista una gran variabilidad en los tiempos entre cirugías afectada por estos factores.

De Ávila y cols 9 resumen en su trabajo como estos factores intervienen. Pudieron constatar como en aquellas cirugías de una mayor complejidad (que llamaron de porte 4) los tiempos de limpieza y preparación del quirófano fueron mayores que en aquellas que no presentaban este nivel. Las facilidades encontradas fueron sobre organización y dimensionamiento de personal, y las dificultades en materiales afilados mezclados con instrumentos quirúrgicos y número reducido de profesionales de la limpieza. Cuanto mayor sea la complejidad de la cirugía más

grande el tiempo de limpieza y preparación del quirófano. Los equipos quirúrgicos que operan en el Centro de Cirugía interfieren directamente en el proceso, facilitando o dificultando el logro de objetivos institucionales de calidad y productividad.

La gestión clínica como responsabilidad del profesional sanitario.

La reducción del gasto en Sanidad como decisión política tomada en los últimos años ha traído el descontento para los profesionales, pero con la misma intensidad nos está obligando a repensar el sistema que queremos para el futuro. Debe hacerse un esfuerzo de reflexión. No sirve decir que este sistema no nos gusta, debemos hacer propuestas de futuro. Y en este contexto sobresale un concepto, gestión clínica, que parece algo innovador, y una solución para nuestros males. No es un concepto nuevo, pero sí la implicación en la misma de los profesionales sanitarios.

La gestión clínica es la forma de organización en la que se capacita a los profesionales sanitarios para la toma de decisiones con la eficiencia como objetivo. Nadie mejor que los propios profesionales para tratar las tareas de gestión que les repercuten sobre su propio trabajo y sobre la salud de sus pacientes.

Así también se trata de una manera de implicar al profesional sanitario en el control del gasto, empezando por el conocimiento que se toma por parte de los mismos de los costes derivados de ciertas técnicas y procedimientos de los que no serían conscientes sin entrar en estas labores de gestión. Digamos que obliga al profesional a responsabilizarse del individuo en su conjunto, como paciente y como ciudadano. Permite que participen en el diseño y funcionamiento de la organización.

Facilita la gestión por procesos, lo cual se traduce en una gestión coordinada de todos los participantes en el proceso. Facilita una alianza entre los gestores y los clínicos, en la que todos comparten unos valores para que la institución avance. Para ello deben reconocerse las capacidades respectivas y debe asegurarse un suficiente liderazgo de los profesionales sanitarios.

Los profesionales sanitarios son responsables del 70% del gasto sanitario¹⁰, por lo que nadie mejor que ellos para gestionar con responsabilidad este gran volumen económico.

La actividad quirúrgica ha evolucionado drásticamente en las últimas décadas hasta situarse en un contexto de gran demanda y restricción de recursos. La se-

guridad, la calidad y la eficiencia se han convertido en objetivos prioritarios de la atención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

- El bloque quirúrgico supone el núcleo más importante de la mayoría de hospitales, sobre el que gira gran parte de la actividad asistencial del mismo, por lo que es importante la gestión del mismo y la búsqueda de oportunidades de mejora para la obtención de los mejores resultados con el menor gasto económico y de tiempo.
- La cirugía ambulatoria minimiza tiempos de ingreso y complicaciones postoperatorias, debe buscarse en ella una solución para la sobrecarga de muchos hospitales. La apuesta debe ser firme por este modelo y por los profesionales que apuestan por ella.
- La existencia del papel del coordinador quirúrgico mejora la eficiencia del bloque quirúrgico. Independientemente de la cualificación profesional del mismo el factor más importante es el conocimiento del funcionamiento del bloque y de la idiosincrasia del mismo.
- Una buena planificación quirúrgica ayuda a mejorar el rendimiento del quirófano, en ella se deben tener muchos factores en cuenta como el equipo que va a realizar la intervención, la previsión de material y las posibles complicaciones que puedan surgir. El apoyo en sistemas informáticos y numéricos para realizar la programación ha demostrado ser eficaz.
- El listado de verificación quirúrgica o check list potenciado por la OMS es un marcador de calidad de los servicios quirúrgicos. LA implicación del personal en la realización del mismo y sobre todo en su correcta cumplimentación son factores fundamentales para la minimización de errores y complicaciones así como para la excelencia en la asistencia.
- Las suspensiones quirúrgicas son un lastre para la gestión del bloque quirúrgico y de las listas de espera. Una correcta planificación quirúrgica favorece la menor tasa de suspensiones, se han identificado como más frecuentes las suspensiones por problemas logísticos, por lo que debe preverse todo aquello que pueda ser necesario durante la intervención para evitar la suspensión de la misma.
- Debe prestarse especial atención a los procesos de limpieza y preparación del

quirófano, debiendo ser realizado por personal habitual con conocimiento del entorno, dada la relevancia que adquieren estos tiempos en el aprovechamiento del quirófano. El personal sanitario debe mostrarse respetuoso y colaborador con estas labores ya que se ha demostrado que estas actitudes favorecen la rapidez con la que se realizan dichas labores.

- Si la gestión del bloque quirúrgico no es eficaz la atención que el hospital puede prestar a sus pacientes se verá limitada.

- Finalmente debe seguir apostándose por un modelo de gestión clínica en el que los profesionales sanitarios se vean partícipes de los procesos organizativos, muchas son las ventajas derivadas de este modelo.

6 Bibliografía

1. Bloque quirúrgico. Estandares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2009.
2. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat A-HS, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med.* 2009;360:491.
3. L.E. Muñoz Alameda, y A. Macario. Avances en la gestión del bloque quirúrgico. El papel del coordinador de quirófano. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2017;64(3):121–124.
4. Gómez-Arnau JI, González A. Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2001;48:180–7.
5. J. Albareda, D. Clavel, C. Mahulea, N. Blanco, L. Ezquerro, J. Gómez y J.M. Silva. ¿Realizamos bien la programación quirúrgica? ¿Cómo podemos mejorarla?. *Rev Esp Cirugía Ortopédica y Traumatología.* 2017;61(6):375–382
6. Victor Soria-Aledo, ZeNewton Andre Da Silva, Pedro J. Saturno, Marina Grau-Polan y Andre´s Carrillo-Alcaraz. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *CIR ESP.* 2012;90(3):180–185.
7. Morris AJ, McAvoy J, Dweik D, Ferrigno M, Macario A, Haisjackl M. Cancellation of elective cases in a recently opened tertiary/quaternary-level hospital in the Middle East. *Anesth Analg.* 2017;125:268–71.
8. R.A. Abeldano, S.M. Coca. Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público en 2014. *Enfermería Universitaria.* 2016;13(2):107–113.
9. Avila MAG, Fusco SFB, Gonçalves IR, Caldeira SM, Padovani CR, Yoo HHB. Time for cleaning and room preparation: connection between surgery

size and professional perspectives. *Rev Gaúcha Enferm.* 2014 jun;35(2):131-139. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.42525>.

10. Servicio de Cardiología, Instituto de Ciencias del Corazón (ICICOR), Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. La gestión clínica: es nuestra responsabilidad. *Angiología.* 2014;66(4):159–162.

11. F. Martínez Rodenas, J. Codina Grifell, P. Deulofeu Quintana, J. Garrido Corchón, F. Blasco Casares, X. Gibanel Garanto, L. Cuixart Vilamajó, J. de Haro Licer y X. Vazquez Dorrego. Indicadores de calidad asistencial en11. cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). *Rev Calid Asist.* 2014;29(3):172–179.

12. A. Danet-Danet, A. Palacios-Córdoba y J.C. March-Cerdá. La calidad en el Bloque Quirúrgico del Hospital Clínico San Cecilio. La perspectiva del cliente interno. *Rev Calid Asist.* 2017;32(2):73–81.

Capítulo 34

ENFERMEDAD DE CROHN. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

CRISTINA CRESPO RODRIGUEZ

1 Introducción

La Enfermedad de Crohn (EC) es una patología digestiva crónica que cursa con un proceso inflamatorio del tracto gastrointestinal, pudiendo afectar a todas sus capas (mucosa, submucosa, muscular y serosa), lo que se conoce como afectación transmural. También, a toda su longitud, es decir, desde la mucosa oral hasta el ano, aunque con mayor frecuencia aparece en el íleon distal y en el colon. Además, afecta de forma segmentaria o “salteada”, es decir, puede haber zonas sanas intercaladas con zonas afectadas. Junto con la colitis ulcerosa (CU) pertenece al grupo de enfermedades inflamatorias intestinales (EII). La EC cursa en forma de brotes o exacerbaciones, es decir, periodos en que la enfermedad está activa y aparece sintomatología, intercalados con fases de remisión, en las que no hay manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Su etiología es desconocida e intervienen factores genéticos y ambientales. Las lesiones histológicas típicas son granulomas. Las lesiones anatomopatológicas inflamatorias se inician con aftas que con el tiempo se ulceran. Éstas, pueden remitir espontáneamente o con tratamiento y en algunos casos pueden producir complicaciones.

En general los síntomas son de inicio insidioso, pueden ser muy variados y dependen mayoritariamente de la localización del tramo del tubo digestivo afectado, de la edad y de la gravedad de la enfermedad. Diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y síntomas de mala absorción como astenia o anorexia.

Para el diagnóstico de la EC, no existe una única prueba y los pasos a seguir dependerán de la clínica, de los resultados en la anamnesis, en la exploración física y de las pruebas de laboratorio, estudios de imagen, procedimientos endoscópicos y biopsias.

El tratamiento farmacológico se utiliza para inhibir el sistema inmunitario y gestionar la inflamación. El tratamiento dietético, consiste en modificar la dieta para tratar la EC, ya que algunos alimentos pueden empeorar los signos y síntomas.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Determinar las intervenciones de enfermería que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad de Crohn.

Objetivos específicos:

- Determinar si la modificación de los estilos de vida es eficaz para mejorar la calidad de vida de pacientes con Enfermedad de Crohn.
- Identificar cuáles son las intervenciones enfermeras que pueden mejorar los síntomas de pacientes con Enfermedad de Crohn.
- Determinar qué tipo de apoyo debe realizar la enfermera a un paciente con Enfermedad de Crohn.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica existente actualmente sobre el tema planteado.

Para llevar a cabo esta revisión, se utilizaron las siguientes bases de datos como fuente de información: Pubmed, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Cuidatge, Scilo (Scientific Electronic Library Online), Cuiden plus. Palabras clave: Enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de crohn, enfermería, cuidados, educación.

4 Resultados

A continuación, se presentan los aspectos más relevantes de los artículos seleccionados para la revisión.

Recomendaciones dietéticas: Smith et al (3), afirman que no se recomiendan restricciones dietéticas estándar. En general se aconseja una dieta nutritiva y los pacientes deben determinar, a base de ensayo y error, qué alimentos exacerban sus síntomas y evitarlos.

Según Ferrara et al (4), se debe recomendar a los pacientes que hagan una alimentación saludable y que eviten alimentos que empeoren sus síntomas. Manifiestan que se puede recomendar a los pacientes que escriban un diario de alimentos para encontrar patrones o tendencias de alimentos que les aumente la sintomatología.

Hábito tabáquico: Smith y Harris (3), concluyen que a los pacientes fumadores hay que recomendarles dejar de fumar, ya que el tabaco agrava el proceso de la enfermedad, favorece la formación de fístulas y contribuye a la respuesta subóptima del tratamiento médico.

Martin et al (17), afirman que fumar aumenta el riesgo de recaída de la EC. Además, informan que la contaminación ambiental también aumenta el riesgo de exacerbación, aunque solo fue analizado un estudio.

Medicamentos: Smith y Harris (3), informan que el uso de anticonceptivos orales y fármacos antiinflamatorios no esteroideos y no selectivos pueden exacerbar la enfermedad.

Ferrara y Saccomano (4), manifiestan que los antiinflamatorios no esteroideos pueden empeorar la sintomatología gastrointestinal y aumentar el riesgo de sangrado. Añaden, que se puede ofrecer paracetamol debido a que se tolera fácilmente por vía oral.

Manejo de la sintomatología: Smith y Harris (3), informan que a los pacientes con diarrea se les debe recomendar un buen aporte hidroelectrolítico para prevenir la deshidratación, comer en cantidades pequeñas con mayor frecuencia, evaluar la turgencia de la piel y humedad de las mucosas, recomendar que se pesen diariamente, asegurar una buena protección de la piel, proporcionar medidas de confort y enseñar a observar las heces para evaluar la presencia de sangre. En cuanto a los cólicos abdominales, manifiestan que se debe hacer una evaluación integral del dolor y un manejo óptimo de este, así como enseñar a manejar la analgesia. Concluyen que se les debe enseñar a reconocer los signos y síntomas de complicaciones y explicarles que deben ponerse en contacto con el servicio de salud si aparecen, o si persisten o empeoran sus signos o síntomas.

Ferrara y Saccomano (4), manifiestan que a los pacientes con diarrea se les debe recomendar aumentar la ingesta de líquidos para prevenir la deshidratación y valorar los suplementos nutricionales. Afirman que los antidiarreicos son útiles en casos de diarrea refractaria, ya que aumenta el riesgo de deshidratación si no se trata.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Crohn (EC) conduce a un empeoramiento significativo de la calidad de vida de la persona que la padece e influye negativamente en sus dimensiones físicas, psicológicas, familiares y sociales (3, 15).

La atención multidisciplinar, de los diferentes profesionales de la salud, juega un papel clave en evitar las exacerbaciones de la enfermedad, prolongar las fases de remisión y mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, proporcionar a estos pacientes atención multidisciplinar, incluyendo los cuidados de enfermería, es una de las condiciones básicas en la optimización del tratamiento (14).

El rol que desempeña la enfermera en la EC, debe comenzar en el mismo momento del diagnóstico, ya que facilita a los pacientes el desarrollar nuevas estrategias para afrontar su situación, en la que necesitará información, apoyo y seguimiento. Enfermería puede intervenir en los diferentes procesos de la enfermedad, desde los periodos de remisión, proporcionando información necesaria para mejorar la calidad de vida, hasta los periodos de exacerbación, facilitando el acceso a tratamientos, pruebas e ingresos hospitalarios. Independientemente del proceso de la enfermedad, enfermería trabajará de forma holística (15).

Las intervenciones enfermeras que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de un paciente con Enfermedad de Crohn son:

1. Promocionar o educar la salud mediante la modificación de los estilos de vida. Incluye el asesoramiento nutricional y la eliminación de los factores de riesgo que puedan producir una exacerbación de la enfermedad.
2. Gestionar los signos y síntomas de la enfermedad.
3. Proporcionar apoyo físico, psíquico y emocional al paciente y a la familia, y técnicas de afrontamiento. Facilitar toda la información necesaria que necesite el paciente y recomendar la participación en grupos de apoyo o asociaciones de autoayuda, y facilitar el contacto con estos, si es necesario.

Estas intervenciones son de fácil aplicabilidad en la práctica clínica, además, son transversales, es decir, que pueden ser aplicadas tanto por las enfermeras que tra-

bajan en el ámbito hospitalario como por las que lo hacen en atención primaria.

En base a la evidencia científica disponible, no está determinado el grado en que las enfermeras ayudan a mejorar la calidad de vida de estos pacientes con sus intervenciones. En consecuencia, enfermería debería investigar y producir conocimiento sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para estos pacientes.

6 Bibliografía

- 1)Infermera virtual [sede web]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona; 2015 [acceso]. Lo que se necesita saber: enfermedad inflamatoria intestinal. Disponible en: https://www.infermeravirtual.com/esp/problemas_de_salud/enfermedades_transmisionales/enfermedad_inflamatoria_intestinal#tutorial-48-que_es_un_brote
- 2) Fistera [sede web]. 2012 [acceso]. Enfermedad de Crohn.
- 3) Smith CJ, Harris H. Crohn disease: taking charge of a lifelong disorder. *Nursing*. 2014 Dec;44(12):36-42.
- 4) Ferrara LR, Saccomano SJ. Crohn disease: recognition is key. *Nurse Pract*. 2012 Dec 10;37(12):22-8.
- 5) Kalla R, Ventham NT, Satsangi J, Arnott ID. Crohn's disease. *BMJ*. 2014 Nov 19; 349.
- 6) Dolák F, Rendl L, Tóthová V, Olišarová V. The reflection of the quality of life of people with Crohn's disease in nursing. *Neuro Endocrinol Lett*. 2014;35 Suppl 1:19-25.
- 7) Perez M. Plan de cuidados individualizado en un paciente con enfermedad de Crohn. *Enfermería en gastroenterología y hepatología (egeh)*. 2013; 13; 15-39.
- 8) Casellas F, Vera I, Ginard D, Torrejón A. Inflammatory bowel disease patient's satisfaction with healthcare services received. Physicians' and nurses' perceptions. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013 Aug;105(7):385-91.
- 9) National Institute for Health and Care Excellence.
- 10) Gómez E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS. *TOG (A Coruña)*.
- 11) Veitia G, Pernalet B, La Cruz M, Aldana G, Cachima L, Istúriz R, et al. Percepción de Calidad de Vida Determinada por Cuestionario Ibdq-32, en Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. *Gen [Internet]*. 2012 Sep; 66(3): 155-159.
- 12) Míguez H. IBDQ.Inflammatory bowel disease questionnaire on Ulcerative Colitis and Crohn's Disease. *Medicina Interna de Galicia [Internet]*. 2011. Disponible

en: <http://www.meiga.info/escalas/ibdq.pdf>.

13) Masachs M, Casellas F, Malagelada JR. Traducción, adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida de 32 ítems (IBDQ- 32) de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev. esp. enferm. dig.* 2007 Sep; 99(9): 511-519.

14) Brown AC, Rampertab SD, Mullin GE. Existing dietary guidelines for Crohn's disease and ulcerative colitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2011 Jun; 5(3):411-25.

15) Skrautvol K, Nåden D. Nutritional care in inflammatory bowel disease—a literature review. *Scand J Caring Sci.* 2011 Dec; 25(4):818-27.

Capítulo 35

TRANSFUSIÓN SEGURA EN HOSPITALIZACIÓN

CANDIDA M. GONZALEZ TORO

1 Introducción

Es algo cotidiano en la labor de enfermería, realizar transfusiones de hemoderivados durante la hospitalización de los pacientes. Pero cobra un papel de vital importancia para la seguridad del paciente el que se haga siguiendo un protocolo, en el que, entre otras cosas, nos aseguremos de la correcta identificación del paciente, de la muestra, de la bolsa a transfundir... Por ello, la actuación del enfermero en la pre-transfusión, post-transfusión y durante la transfusión es muy importante, debiendo tener muy claro los pasos a realizar.

2 Objetivos

Presentar los pasos de el proceso transfusional.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y bases de datos científicas como Scielo, Medline, google académico.

Palabras clave: Transfusión, paciente, seguridad

4 Resultados

Lo primero que necesitamos es una orden médica en la que aparezca:

- Datos del paciente receptor: nombre, apellidos y número de historia, fecha de nacimiento, sexo y ubicación de su habitación.
 - Indicación de la transfusión: diagnóstico y motivo de la transfusión.
 - Componente requerido: producto que quieren transfundir y cantidad.
 - Clara identificación del médico prescriptor y firma.
 - Fecha y hora de la solicitud.
 - Plan de uso (urgente, en el día, reserva...).
- Debemos recoger una muestra de sangre del paciente a transfundir que debe ir correctamente identificada con nombre completo, nº de historia clínica y el etiquetado del tubo debe realizarse a la cabecera del paciente en el momento de la extracción. Esta muestra se enviará al banco de sangre donde realizarán las pruebas cruzadas necesarias.
- Con la bolsa a transfundir ya preparada se deberán seguir los siguientes pasos:
- Revisar órdenes médicas para confirmar la transfusión.
 - Identificación del paciente a pie de cama, comprobar nombre y apellidos, nº historia, pudiendo verificarse según los mecanismos propios de cada centro (pulsera de identificación...). Si es posible por las condiciones del paciente, debe responder en voz alta cuando le preguntemos su nombre y apellidos.
 - Comprobar el número de identificación de la bolsa y que toda la información coincide con la esperada.
 - Comprobar a pie de cama el grupo del paciente y que éste sea compatible con la bolsa a transfundir.
 - Realizar una inspección visual de la bolsa, ver que no esté rota, con poros, que no esté caducada...
- Una vez comprobado que la bolsa es correcta y el grupo del paciente compatible, debemos registrar la monitorización de las constantes del paciente (temperatura, tensión y frecuencia cardíaca) antes de iniciar la transfusión y los primeros minutos para estar alerta ante una posible reacción transfusional.
- El sistema de infusión es un sistema especial estéril y con filtro que retiene fibrina, coágulos y otras partículas dañinas para el paciente.
- Comprobar la correcta permeabilidad de la vía periférica y no debe añadirse ningún medicamento ni solución a los componentes sanguíneos, a excepción de

suero fisiológico al 0,9%.

- Debemos tener un consentimiento informado firmado por paciente y médico.

El tiempo de infusión debe ser controlado y no pasarse del tiempo establecido dependiendo del producto a transfundir:

- Hematíes: 60-120 minutos.

- Plaquetas: 20-40 minutos.

- Plasma: 30-60 minutos.

- No usar aparatos caseros y no homologados para calentar la bolsa.

- Una vez finalizada la transfusión, devolver al banco de sangre la hoja de transfusión correctamente cubierta.

- Escribir en la historia del paciente todo lo anterior, incluido nombre del enfermero que realiza la transfusión, poner si hemos tenido incidencias, constantes antes, durante y después.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de transfusión de componentes sanguíneos es una actividad en la que intervienen varios profesionales, todos ellos con el objetivo común de obtener la calidad asistencial del paciente, siendo el enfermero el encargado directo, siguiendo los protocolos adecuados de actuación durante el proceso de transfusión, para evitar eventos adversos y garantizar la adecuada seguridad en el paciente.

6 Bibliografía

- Arbona,C; M. Batista-Gili, A; Castellá,D. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Sociedad española de transfusión sanguínea y terapia celular; 2015.

- Rebollo, P; Mánso, C. Seguridad del paciente y buenas prácticas. Primera edición. Madrid. Fuden; 2018.

- Romero Ruiz J. Seguridad del paciente en la transfusión sanguínea. Metas de enfermería, 2008, vol. 11, no 10, p. 28-32.

Capítulo 36

INFUSORES ELASTOMÉRICOS MONO USO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO.

MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las bombas elastoméricas de infusión son dispositivos mono uso que permiten la administración de fármacos de manera continua, segura y sencilla sin necesidad de batería. Ayuda a mantener niveles plasmáticos del fármaco estables y un nivel de analgesia adecuado para el control del dolor agudo, por lo que los infusores elastoméricos son una alternativa eficaz para la administración de tratamientos en este tipo de procesos.

El dolor agudo se define como la experiencia sensorial y emocional desagradable y marcada, ligada a una lesión tisular presente o potencial.

El dolor agudo postoperatorio es secundario a una lesión directa o indirecta producida por el acto quirúrgico. El adecuado control del dolor es una parte esencial de los cuidados de enfermería ya que se ha demostrado que el control eficaz del mismo, contribuye a disminuir la morbilidad postoperatoria y reducir la estancia hospitalaria.

La actuación de enfermería ante el diagnóstico de dolor agudo, va encaminada a aliviarlo o disminuirlo a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

La bomba elastomérica es un pequeño y ligero balón que sirve de depósito, elaborado con un material elástico (elastómero) que ejerce sobre el líquido una presión constante. Este líquido es impulsado a lo largo de una línea de infusión y está indicado para pacientes que requieren una lenta y continua administración intravenosa, intraarterial, epidural o subcutánea de medicamentos.

Las ventajas de las bombas elastoméricas guardan relación directa con la infusión continua de medicamentos y con las características del sistema.

2 Objetivos

- Describir los cuidados y el manejo de la bomba de infusión elastomérica.
- Describir ventajas frente a inconvenientes de su uso.

3 Metodología

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

4 Resultados

COMPONENTES DE LA BOMBA ELASTOMÉRICA.

- Punto de llenado del infusor. Protegido por una válvula unidireccional que impide la manipulación de la medicación.
- Reservorio elastomérico.
- Tubo de conexión con el catéter del paciente.
- Carcasa o cubierta exterior
- Filtro de partículas de 5 μ .
- Módulo de control de flujo.
- Tapones y tapadera.

PREPARACIÓN DEL MEDCAMENTO Y LLENADO/CEBADO DEL INFUSOR.

Hay diferentes formas de infusión: infusión continua, infusión continua + bolos, y sólo bolos. En este caso la forma de infusión de elección es la continua. La

bomba elastomérica “Infusor SV2”, mantiene una velocidad constante de infusión de 2ml/h y un volumen de llenado de 130ml. El tiempo máximo de permanencia de cada bomba es por tanto de 48horas.

Durante la preparación de las soluciones se deben seguir una serie de pautas:

- La medicación que se va a infundir debe establecerse por prescripción médica.
- La preparación de la solución debe realizarse mediante un técnica aséptica y siguiendo las instrucciones del fármaco. Una vez preparada la solución que se va a infundir es preciso completar el volumen restante hasta alcanzar la capacidad total del infusor, con suero fisiológico 0,9%, suero glucosado 5% o agua destilada, según prescripción y en función de los fármacos que se vayan a administrar. Nunca debe introducirse un volumen mayor de solución que el correspondiente al modelo de infusor.
- Purgar el tubo de conexión, que se realiza d forma automática debido a la presión positiva que ejerce el sistema. Asegurarse que el sistema se ha cebado por completo y todo el tubo del infusor está libre de aire.
- Etiquetar correctamente el infusor según los estándares (nombre de paciente, la fecha de preparación y contenido de la dilución).
- En este caso, comprobaremos la permeabilidad de la vía venosa, nos aseguramos de la regla de los 5 correctos, posibles alergias y se conectará el sistema de infusión al catéter.

El profesional de enfermería debe considerar algunos aspectos, como:

- Observar si la zona de punción aparece enrojecida, dolorosa... O si existe cualquier otra anomalía, como una herida o hematoma. En estos casos será preciso cambiar el lugar de punción.
- Mantener la vía limpia y realizar las curas según protocolos establecidos en el centro.
- Prestar atención a toda la información proporcionada por el paciente y cuidadores.
- Los infusores son de un único uso. Su reutilización no garantiza el correcto funcionamiento.
- Fijar a la piel restrictor de flujo, evitando el acodamiento del catéter.

CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES.

- Comprobar que el reservorio no esté roto x transporte inadecuado o mala técnica de llenado y que no existen fugas de líquido por las conexiones ya por no estar bien cerradas o por fallos técnicos de las mismas.
- No introducir más cantidad de volumen máximo recomendado.

- Para optimizar la velocidad de flujo, se recomienda mantener el depósito elastomérico y el extremo distal “Luer Lock” a la misma altura.
- No se recomienda utilizar catéteres de menor calibre que 22G porque puede verse disminuida la velocidad de flujo.
- Conservar el infusor protegido de la luz directa del sol
- Comprobar periódicamente el buen funcionamiento de la bomba elastomérica ya que ante obstrucciones, acodamientos... no recibiremos ningún tipo de aviso sonoro.

VENTAJAS DEL DISPOSITIVO.

- Fácil manejo.
- Tratamiento efectivo para el dolor agudo.
- Disminuye la necesidad de opioides sistémicos.
- Técnica segura.
- Aumento de la movilidad del enfermo.
- Proporciona confort, disminuyendo la sensación de dolor.
- Disminuye la estancia hospitalaria.

EFFECTOS SECUNDARIO Y COMPLICACIONES.

- Alergias a la medicación administrada.
 - Rotura del reservorio. Fallos en el flujo.
- Fugas del líquido por no estar las conexiones bien cerradas o fallos técnicos de las mismas.

La administración continua de medicación cuenta con algunas ventajas frente a la administración en forma de bolo:

- Eficacia à se evitan los bolos.
- Uso de dosis menores y menos agresivas.
- Localización del efecto.
- Aumento de calidad de vida del paciente.
- Aumento de calidad de vida de la familia.
- Comodidad para profesionales sanitarios.
- Reducción de costes económicos sanitarios.

VENTAJAS.

Ausencia de fuentes de alimentación, precisión en la infusión, fácil manejo, imposibilidad de manipulación por el paciente, ausencia de ruidos, posibilidad en la mezcla de fármacos, favorece la deambulación precoz y no precisa de mantenimiento.

INCONVENIENTES.

Coste elevado, no detecta incidencias como por ejemplo la obstrucción de la vía.

5 Discusión-Conclusión

La administración de fármacos mediante sistemas de infusión continua tiene la ventaja de mantener unos valores plasmáticos estables y cuenta con una amplia posibilidad de usos en el tratamiento de diversas enfermedades. El profesional de enfermería debe estar familiarizado con estos sistemas, pues es el máximo responsable de la administración correcta de los tratamientos que recibe el paciente.

6 Bibliografía

- Bomba elastomérica mono uso para infusión subcutánea de analgesia en el tratamiento del dolor agudo tras cirugía cardiaca. Autores: Ortiz Gavilán.
- Tratamiento del dolor agudo posquirúrgico con bomba elastomérica intravenosa Autores: Alicia Marcos, Pilar Lloret y Marta Gómez
- http://www.absolutmedicalhealthcare.com/baxter-infusor-sv2-xml-253_266_-331-769.html
- Manual de uso: INFUSOR SV, sistema de infusión elastomérico portátil de Baxter International Inc.
- Infusores elastoméricos en la administración de fármacos. Autores: Alfredo José Lucendo Villarín.

Capítulo 37

LA ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA.

CRISTINA CRESPO RODRIGUEZ

1 Introducción

En el presente trabajo se aborda la temática del cáncer infantil, patología que afecta a muchas familias en el mundo. Se suele hablar de enfermedad como sinónimo de preocupación y malestar, pero en el caso del cáncer y más aún, cuando afecta a niños, genera las mayores cotas de animadversión. En este caso, por la especial predilección que sentimos hacia los niños y la vocación que nos merecen, ponemos todo el interés en este ámbito.

En la actualidad el cáncer infantil es una de las primeras causas de mortalidad en niños en los países desarrollados, concretamente, es la segunda causa tras los accidentes.

En nuestro país, la incidencia de tumores anualmente está situada entre 135 y 145 casos por millón de niños menores de 15 años.

La distribución de los distintos tipos de tumores no es homogénea, varía según la edad, la etnia o el origen del paciente, con un leve predominio en el sexo masculino. Siguiendo el patrón predominante en los países de raza blanca, los principales tumores sólidos son los del sistema nervioso central (SNC), acompañados de los del sistema nervioso simpático (SNS), óseos y sarcomas de tejidos blandos (STB), seguidos de los renales, carcinomas, de células germinales, retinoblastomas y de hígado, en frecuencias decrecientes .

El presente estudio se centrará en los tumores del SNC que suponen la segunda causa de muerte en menores de 15 años, solamente superada por la leucemia. De los 1.500 casos que se diagnostican en España al año de cáncer infantil, del 15 al 20% pertenecen a tumores del SNC. Estos datos nos indican que no estamos ante una enfermedad rara.

Los tumores infantiles suelen ser de origen embrionario, entre sus características destacan las siguientes: tienden a desarrollarse en las dos primeras décadas de vida, cursan con un periodo de latencia corto y con un crecimiento rápido, agresivo e invasivo.

Sobre los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de tumores del SNC se encuentran determinados síndromes hereditarios, radiaciones ionizantes durante el embarazo, inmunosupresión, causas virales, genéticas y hormonales. No son concluyentes los estudios que han investigado la influencia de factores ambientales, aunque se deben evitar conductas de riesgo.

En cuanto a la presentación clínica de los tumores cerebrales, debemos saber que no existen hallazgos patognomónicos que nos ayuden en el diagnóstico médico. Además, los signos y síntomas de presentación estarán determinados sobre todo por la edad del niño, la localización e histología del tumor y el estadio de la enfermedad. De forma general, los signos y síntomas más comunes en lactantes son: hipertensión craneal, aumento del perímetro cefálico, elevación de las fontanelas, cambios de conducta, vómitos, irritación, llanto inconsolable (debido a las cefaleas), hiperreflexia, hipertonía, hemiparesia, edema de papila y rechazo de la comida.

Por todo ello, en este trabajo nos centraremos en el estudio integral de los pacientes pediátricos que padecen esta enfermedad y en sus familias. La magnitud del impacto del diagnóstico, las características propias de los pacientes y los cambios que produce en el núcleo familiar, entre otros muchos efectos, abre un campo de estudio e intervención complejo tanto para el mundo sanitario, como para la sociedad en su conjunto.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Estudiar el proceso de enfermedad en el paciente oncológico pediátrico y su familia.

Objetivos específicos:

- Describir los aspectos generales de los tumores del sistema nervioso central en el paciente pediátrico.
- Identificar las necesidades básicas para el niño y su familia durante la enfermedad oncológica pediátrica.
- Describir la calidad de vida de los pacientes pediátricos tras sufrir un proceso oncológico.
- Conocer la importancia de la relación familia-hijo durante el proceso de enfermedad oncológica pediátrica.
- Mostrar la importancia de enfermería en el proceso de enfermedad oncológica en pediatría.
- Realizar un plan de cuidados sobre un paciente pediátrico sometido a cirugía de un tumor cerebral según la taxonomía NANDA-NOC-NIC y complicaciones potenciales de Carpenito-Moyet.

3 Metodología

Diseño: Investigación cualitativa tipo estudio de caso.

Sujeto del estudio: Niño de 9 días diagnosticado de tumor cerebral congénito en el lóbulo frontal izquierdo del cual se realiza resección.

Procedimiento de información: la recogida de datos se realizó después de pedir la autorización de la familia del paciente y de la responsable de la unidad para realizar el estudio. Durante todo el estudio se ha mantenido una confidencialidad estricta de los datos y ha primado la privacidad del paciente. Se llegó a un acuerdo con la familia para realizar la entrevista personal, la observación se realizó desde el primer contacto con el paciente hasta su alta en el servicio, sin interferir en el funcionamiento de la unidad.

La recogida de información se realizó en varias fases:

- El día anterior de la intervención, ya sabíamos de la realización de la misma, por lo que se pidió el consentimiento de la encargada de la unidad para realizar la consulta de la historia clínica y para hablar con la familia. En un primer momento, se consultó la historia clínica del paciente y se reclutaron los datos relevantes de la misma (motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, evolución del paciente, alergias, pruebas realizadas, gráficas, etc.), consiguiendo así una descripción completa del caso. En segundo lugar, se habló con la familia, se llevó a cabo la entrevista personal con la madre y se realizó la valoración de enfermería según los 11 patrones de Majory Gordon. En tercer lugar, se realizó una revisión

bibliográfica en las fuentes anteriormente citadas. Realizando una lectura exhaustiva de los materiales, seleccionándolos y clasificándolos según los estudios que se habían fijado para el estudio. En lo referido a las estrategias de búsqueda, en un primer momento se acotó la búsqueda a textos relativamente nuevos, a partir del año 2003, aunque se han incluido varias referencias históricas. Según la temática se realizaron varias búsquedas por grupo de edades, según nuestro interés. No se limitó la búsqueda por el idioma de los textos.

En una primera fase, tras realizar la valoración de enfermería según los 11 patrones de Majory Gordon, se realizó un análisis crítico mediante la red de razonamiento del modelo área, obteniendo el diagnóstico enfermero principal y la complicación potencial del paciente.

- En una segunda fase, realizando el proceso enfermero, se identificaron los diagnósticos según la taxonomía NANDA, se establecieron las intervenciones adecuadas según la taxonomía NIC y los resultados apropiados al caso según la taxonomía NOC. Se realizó la ejecución del plan de cuidados, posteriormente se llevó a cabo una evaluación en base a los resultados establecidos en la planificación del plan de cuidados, con el fin de investigar el grado de efectividad de nuestras intervenciones.

- En último lugar, se procesaron los datos recogidos de las revisiones bibliográficas, realizando un análisis crítico de forma exhaustiva clasificando toda la información según el interés y el objetivo del estudio.

4 Resultados

Descripción del caso.

Niño de 9 días que llega al quirófano para ser intervenido de un tumor cerebral congénito en el lóbulo frontal izquierdo.

El niño sufrió convulsiones a las 48 horas de vida por lo que se realizó una ecografía y se detectó una masa frontal, se deriva desde otro hospital, los neurcirujanos proponen realizar cirugía para extirpar el tumor, fecha de cirugía 24/09/2013. Las convulsiones se repiten de forma esporádica por lo que el facultativo pauta tratamiento.

Fecha de nacimiento: 15/09/2013. Parto eutócico a las 39 semanas de gestación. Embarazo controlado. Madre sana de 24 años de edad. Peso al nacer: 3875 gramos, peso actual 3650 gramos, talla 58 centímetros, Apgar al nacer 10/10, no tiene antecedentes médicos conocidos ni enfermedades salvo las actuales, tampoco antecedentes familiares de enfermedades metabólicas, convulsiones, epilepsia ni

retraso mental.

Presenta buen estado general. Coloración sonrosada. Constantes dentro de los rangos de normalidad. Sin dificultades respiratorias. Despierto y reactivo a estímulos. Tolera la comida. Cráneo normoconfigurado.

El paciente viene con la cabeza rasurada, ayunas desde las 4 de la madrugada.

Dentro del Proceso Enfermero, el desarrollo y la implementación del plan de cuidado utilizando las taxonomías NANDA-NOC-NIC (NNN) ha mejorado la calidad de los cuidados aplicados en diferentes ámbitos asistenciales, también en la oncología.

Proceso enfermero.

En este trabajo se aplica el proceso de atención en enfermería (PAE), método sistemático y organizado dentro del cual se desarrolla el plan de cuidados de forma individualizada. Las fases del PAE son: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. Además se trabaja con las posibles complicaciones potenciales derivadas de los problemas de colaboración.

La complicación potencial con la cual vamos a trabajar como principal es el aumento de la presión intracraneal (PIC) o hipertensión craneal, ésta es la principal causa de muerte en pacientes con enfermedades del sistema nervioso 87 central.

Es la elegida porque un aumento de la PIC de forma severa puede tener unas consecuencias fatales y como vemos en la red de razonamiento puede ser causa de otras complicaciones como hemorragias, ya que puede oprimir vasos provocando obstrucciones, incluso la rotura de los mismos. Puede afectar a áreas del cerebro encargadas de coordinar infinidad de movimientos, entre ellas el sistema respiratorio, provocando así dificultad respiratoria.

Si se reduce el riesgo de hipertensión craneal se reducirá también el riesgo de que aparezcan convulsiones en el paciente, que es una complicación que suele aparecer cuando tenemos este tipo de afecciones cerebrales, por lo mismo que hemos comentado anteriormente, la compresión de las estructuras cerebrales puede causar convulsiones, así como otros daños importantes, incluso la muerte.

Un aumento de la PIC conlleva un riesgo de la alteración de los pares craneales, es decir, de los nervios del cerebro, ya que al aumentar la presión dentro del cráneo hay un riesgo considerable de lesiones cerebrales, aunque estas consecuencias raramente se presentan. Por lo que la reducción del aumento de la presión intracraneal limita las lesiones nerviosas, que por otra parte pueden ser provocadas a la hora de realizar la exéresis del tumor.

Otra de las complicaciones más importantes y con la que hay que llevar mucho cuidado son las dificultades respiratorias, las cuales se pueden presentar en diversas formas: depresión respiratoria, barotrauma, broncoaspiración, edema subglótico, etc. ; ya sea por el aumento de la PIC o por la intubación orotraqueal y la ventilación mecánica. Pero en este caso no se tratará como principal y la controlan en mayor parte los anestesiólogos.

Por todo ello consideramos que la complicación potencial más importante en este caso es el aumento de la presión intracraneal.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades oncológicas son la segunda causa de mortalidad entre la población infantil, concretamente los tumores del SNC son la segunda causa por detrás de la leucemia. En el caso de este paciente, padece un tumor del SNC, en específico, un glioma de grado medio. De acuerdo con la bibliografía consultada, los tumores desarrollados a partir de las células gliales son los tumores con mayor tasa de incidencia tanto en la edad pediátrica como en la edad adulta.

En el caso de nuestro paciente la localización del tumor se situó a nivel supratentorial. La localización será uno de los aspectos más influyentes en el desarrollo posterior de la enfermedad. Todos los autores consultados están de acuerdo en que la localización más común de los tumores del SNC es a nivel supratentorial en los niños pequeños, aunque existen dos vertientes de opiniones en cuanto a la edad que se invierte este predominio, un grupo advierte que los tumores supratentoriales son los que predominan hasta el primer año de vida frente a otro grupo cuya opinión difiere un poco, aportando que los tumores supratentoriales predominan hasta el segundo año de vida invirtiéndose después la estadística a favor de los infratentoriales. En el caso de nuestro paciente, este aspecto no da lugar a discusión, puesto que, al tener 9 días coincide con ambas teorías.

La sintomatología que se pudo evidenciar en nuestro paciente fue: convulsiones, irritabilidad y aumento de la presión intracraneal. Estos hallazgos clínicos están descritos ampliamente en la bibliografía como indicios de sospecha para realizar pruebas diagnósticas en busca de alteraciones a nivel del SNC. En el caso de nuestro paciente es más complicado el diagnóstico debido a su corta edad, el menor desarrollo de su cerebro provoca que se manifiesten de forma menos expresiva los síntomas focales y los síntomas serán más inespecíficos, por ejemplo, no podemos saber si el niño tiene cefalea si éste no se puede comunicar, por lo que, su manera de manifestarlo, será el llanto o la irritabilidad.

1. Los tumores del SNC infantiles se consideran una de las principales causas de muerte en niños. Debido a su gran variabilidad en referencia a su clasificación y etiología, mal pronóstico y complejidad de sus tratamientos deben ser abordados por equipos interdisciplinarios con experiencia en el campo de la oncología infantil.
2. Los tumores del SNC en pacientes pediátricos, en su mayoría, causan multitud de alteraciones que generan una serie de necesidades a nivel psicológico, físico, social, espiritual y familiar. Lo que requerirá de un amplio abordaje para que, este tipo de pacientes, puedan desarrollar su vida con las mayores garantías posibles.
3. La calidad de vida de los pacientes que sufren un proceso oncológico se ve seriamente afectada. El trabajo en la mejora de la calidad de vida de este tipo de paciente ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas. Es necesario seguir trabajando en este sentido, ya que la incidencia de estas patologías está aumentando, debido sobre todo al avance en los métodos diagnósticos.
4. Durante el proceso de enfermedad, las relaciones familiares adecuadas ejercen un efecto positivo sobre el paciente y el resto de la familia, más aun en el caso de la relación padres-hijos.
5. El trabajo de las enfermeras en las unidades de oncología es fundamental y de ellas depende en gran parte el buen funcionamiento de las mismas. Es necesaria una buena formación en este ámbito, para ofrecer cuidados de alta calidad. En nuestro país, se debe fomentar el desarrollo de investigaciones que aumenten el volumen de conocimientos enfermeros en la oncología pediátrica.
6. La realización del proceso enfermero permitió identificar, como diagnóstico enfermero principal “Deterioro de la eliminación urinaria (00016)”, asociado a la complicación potencial “Aumento de la presión intracraneal”. El desarrollo del proceso enfermero permitió obtener unos resultados positivos que mejoraron la calidad de los cuidados ofrecidos al paciente, además, se consiguió limitar los posibles riesgos derivados del proceso quirúrgico.

6 Bibliografía

1. González Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. Nure Investigación [Internet]. 2005 [Citada 18 Ene 2014]; (16): 1-15.
2. Navajas Gutiérrez A. Neurooncología pediátrica. Rev Neurol [Internet]. 2006 [Citada 18 Ene 2014]; 43 (2): 88-94.
3. Navajas A, Peris R. Tumores de la infancia: consideraciones epidemiológicas y terapéuticas. JANO [Internet]. 2007.

4. Villarejo F, Martínez Lage JF. Tumores cerebrales en niños. *Pediatr Integral* [Internet]. 2012.
5. Chico-Ponce de León F, Castro-Sierra E, Perezpeña- Diazconti M, Gordillo-Domínguez LF, Santana-Montero BL, Rocha-Rivero LE, et al. Tumores intracraneanos del niño. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2006 [Citado 18 Ene 2014]; 63 (6): 367-381.
6. López-Aguilar E, Sepúlveda-Vildósola AC, Rioscovian-Soto AP, Diego- Perez-Ramírez J, Siordia-Reyes G. Tumores cerebrales en pediatría. Estado actual del diagnóstico y tratamiento. *GAMO* [Internet]. 2011 [Citado 18 Ene 2014]; 10 (1): 41-45.
7. Coserria Sánchez JF, Garrido Ocaña AI, Quiroga Cantero E, Reina González AM, Amadeu Da Costa AP, García Zarza N. Clínica de presentación de los tumores del sistema nervioso central en función de la edad. *An Pediatr*.
8. Vazquez Román S, Martínez Antón A, Llorente Otones L, Rojo Conejo P, Hijososa Bernal J. Síntomas y signos iniciales de los tumores cerebrales pediátricos. *Neurol Supl* [Internet]. 2008 [Citado 19 Ene 2014]; 23 (0): 0-7.
9. Martínez Gonzalez MJ, García Ribes A, Garaizar Axpe C. Tumores cerebrales infantiles: diagnóstico y semiología neurológica. En: Narbona García J, Casas Fernández C, coordinadores. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría* [Internet]. 2nd ed. España: Asociación Española de Pediatría; 2008. [Citado 19 Ene 2014]; 203-209.
10. Clavo Varas B, Robaina Padrón F, Macías Verdes D, González Machín G, Hernández Martín MA, Lara Jiménez PC. Tumores del sistema nervioso central (SNC). *Biocáncer* [Internet]. 2004 [Citado 19 Ene 2014]; 1: 1-18.
11. Saleem SN. Fetal MRI: An approach to practice. *J And Res* [Internet]. 2013 [Citado 20 Ene 2014]; 1-17.
12. Hart MG, Grant R, Melcalfe SE. Biopsy versus resection for high grade glioma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011 [Citado 20 Ene 2014]; 2: 1-21.
13. Serradas Fonseca M. Colaboración interdisciplinaria en la atención del niño con cáncer y su familia. *Rev Venez Oncol* [Internet]. 2010 [Citada 20 Ene 2014]; 22 (3): 174-186.
14. Bernabeu J, Fournier C, García-Cuenca E, Moran M, Plasencia m, Prades O, et al. Atención interdisciplinaria a las secuelas de la enfermedad y/o tratamientos en oncología pediátrica. *Psicooncología* [Internet]. 2009 [Citada 20 Ene 2014]; 6 (2-3): 381-411.
15. López-Ibor B. Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer. *Psicooncología* [Internet]. 2009 [Citada 20 Ene 2014]; 6 (2-3): 281-284.

16. Celma A. Psicooncología infantil y adolescente. Psicooncología [Internet]. 2009 [Citada 20 Ene 2014]; 6 (2-3): 285-290.
17. Bernaus Poch E, Deza Garrote C. El niño con proceso oncológico. En: Blasco RM. Enfermería Pediátrica. 1a ed. Barcelona: Masson; 2003. p.443-470.
18. Hinojosa J, Esparza J, Muñoz MJ, Muñoz A. Tumores cerebrales congénitos: presentación de nueve casos y revisión de la literatura. Neurocirugía [Internet]. 2003 [Citado 19 Ene 2014]; 14: 33-44.
19. Ortega-Aznar A, Jiménez-León P, Martínez E, Romero-Vidal FJ. Aspectos clinicopatológicos y moleculares de valor diagnóstico y pronóstico en gliomas. Rev Neurol [Internet]. 2013 [Citado 20 Ene 2014]; 56 (3): 161-170.

Capítulo 38

COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN EL PACIENTE CRÍTICO

MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

GRACIELA ZAPICO LÓPEZ

1 Introducción

Los pacientes críticos pueden presentar complicaciones gastrointestinales durante su ingreso. Las complicaciones de mayor relevancia clínica son la hemorragia digestiva y las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral.

La hemorragia digestiva es poco frecuente en la actualidad gracias al empleo de medicación protectora de la mucosa gástrica y al uso cada vez más extendido de la nutrición enteral. Aunque la hemorragia obliga a modificar el tipo de soporte nutricional hasta el control de la misma, existen situaciones en las que la hemorragia no debería implicar necesariamente la suspensión de la dieta.

Entre las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral, el aumento del residuo gástrico es la más frecuente.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo, consiste en estudiar la bibliografía reciente sobre las posibles complicaciones gastrointestinales en un paciente crítico, centrán-

donos más en las complicaciones gastrointestinales de la nutrición enteral.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las complicaciones gastrointestinales en el paciente crítico. Se buscaron publicaciones posteriores al 2010 cuyo idioma fuera el español.

Se utilizaron bases de datos como el Scielo o Pubmed. Se utilizaron palabras clave como “gastrointestinales, paciente crítico, nutrición enteral, hemorragia”. Los criterios de inclusión fueron documentos sobre complicaciones gastrointestinales en pacientes de UVI. Los criterios de exclusión fueron documentos sobre complicaciones nutricionales en el pacientes no crítico, documentos no disponibles en español y sin texto completo.

4 Resultados

Como resultado de la bibliografía estudiada, se ve que existen dos grupos de complicaciones gastrointestinales:

1. Complicaciones hemorrágicas.
2. Complicaciones relacionadas con la nutrición enteral.

La hemorragia gástrica es poco frecuente. Solo el 1%-2% de los pacientes ingresados en la UVI. Pero si cabe destacar que es una causa de aumento de la mortalidad en los casos que se presentan.

En cuanto a las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral, ahí un estudio de la COMGINE, donde se vieron con claridad las complicaciones más frecuentes.

Se estudiaron 400 pacientes de diferentes unidades de cuidados intensivos durante 30 días.

Se observó que más de la mitad (56,26%) de los pacientes presentaron algún tipo de complicaciones.

Al contrario de lo esperado, la complicación más frecuente no fue la diarrea (14,7%) sino el aumento de residuo gástrico (39%).

A pesar de la alta incidencia de complicaciones gastrointestinales, la nutrición enteral sólo de suspendió por ese motivo en el 15,2% de los pacientes, lo que sugería un adecuado manejo de la técnica.

Podía constatarse que el hecho de desarrollar complicaciones gastrointestinales influía en la evolución.

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones hemorrágicas que afectan al tracto gastrointestinal en los pacientes críticos no son muy frecuentes en la actualidad. No obstante, su presencia puede tener una importante repercusión sobre el soporte nutricional de los pacientes si dichas complicaciones no son manejadas adecuadamente.

Las complicaciones relacionadas con la nutrición enteral, por el contrario, presentan una elevada frecuencia, son de diversa naturaleza y obedecen a distintos mecanismos. No obstante, la repercusión sobre el soporte nutricional es igualmente destacada.

6 Bibliografía

1. Agudelo G, Giraldo N, Aguilar N. Incidencia de complicaciones del soporte nutricional en pacientes críticos: estudio multicéntrico [Internet]. Scielo.isciii.es. 2012 [cited 14 April 2018].
2. Botello Jaimes A. NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO [Internet]. Redalyc.org. 2012 [cited 16 April 2018].

Capítulo 39

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: GASTROSCOPIA.

LAURA SANROMAN CLAROS

MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA

AIDA GIL VECINO

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

1 Introducción

El endoscopio nació en 1932, diseñado por Schindler; fue un gastroscopio semirígido molesto para el paciente y con grandes riesgos, a la vez que impedía una completa visualización del tubo digestivo. En los años 50 se fabricó una gastrocámara consistente en un tubo flexible con una lente incorporada en la punta; para surgir a partir de 1954 una segunda generación fabricados por Hopkins y Kapan, fabricados en fibra de vidrio que permitía transmitir la luz caliente de una lámpara hasta su extremo distal, convertida en luz fría, lo que sirvió para que Hirschowitz en 1957 fabricaran el primer gastroscopio de fibra con visión frontal. Para su realización se utiliza un videogastroscopio de visión frontal con un amplio ángulo de visión de hasta 150 grados en los endoscopios más recientes. Los últimos modelos proporcionan imagen en vídeo de alta definición con una resolución de 1,4 millones de píxeles. Los gastroscopios estándar tienen un tubo de inserción con un diámetro externo menor de 10 mm y un canal de trabajo de 2,8mm que permite la inserción de accesorios habituales, como pinzas de biopsia, asas de polipectomía o agujas de inyección. Para determinados procedimientos

existen modelos especiales como el gastroscopio terapéutico, con un canal de trabajo de mayor calibre (3,8 a 4,2mm) necesario para la colocación de prótesis. El gastroscopio de doble canal con al menos un canal de gran calibre que permite la inserción simultánea de dos materiales de trabajo o el gastroscopio fino o pediátrico con un canal de trabajo de 2,2mm muy útil en el franqueo de estenosis.

2 Objetivos

Describir la utilidad y modo de empleo de la endoscopia digestiva alta.

3 Metodología

Las herramientas usadas para la realización de esta revisión bibliográfica han sido consultas en diferentes bases de datos MEDLINE, PUBMED, Cochrane Plus, Google Académico, ENFISPO, así como la revisión y visualización de múltiples artículos y videos. Se han empleado como palabras clave: endoscopio, tubo digestivo, gastroscopio. Se han empleado como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión todos aquellos publicados previamente al año 1996.

4 Resultados

Explorar el tubo digestivo desde la cavidad oral hasta la segunda porción duodenal para el diagnóstico de enfermedades o lesiones y el tratamiento de alguna de ellas a través del endoscopio, además de ser una técnica muy valiosa para detectar tumores de esófago, estómago y la parte inicial del duodeno. Para llegar a dicho diagnóstico puede ser necesario tomar algunas muestras para el análisis, diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades como *Helicobacter pylori*, enfermedad celiaca.... Durante la exploración puede ser necesario intervenir en el mismo acto: extracción de cuerpos extraños previamente deglutidos, tratamiento de lesiones sangrantes, extirpación de pólipos, tratamiento con argón-gas, dilataciones de zonas estenosadas, colocación de prótesis, tratamientos de varices y realización de una gastrostomía de alimentación.

Existen algunos aspectos a tener en cuenta previos a la realización de la prueba, tales como la comprobación de la existencia del consentimiento informado del paciente, alergias medicamentosas, tratamientos que el paciente esté tomando,

ayunas previas de 8 horas y sin fumar, la extracción de prótesis dentales u otros objetos móviles de la cavidad bucal antes de la realización de la prueba.

El paciente se coloca en posición de decúbito lateral izquierdo con una almohada bajo la cabeza y la barbilla inclinada hacia el pecho, procurando que la boca esté algo más baja que la garganta (lo que facilitará la entrada del tubo endoscópico, además de permitir la salida de saliva y con ello evitar las acumulaciones de secreciones y saliva regurgitadas en la boca). Se coloca un protector bucal que protegerá el tubo, los dientes y las encías a la vez que facilitará el paso adecuado del tubo por la boca hasta el estómago, explicándole que podrá seguir respirando normalmente por la nariz o por la boca.

La utilización de anestesia tópica faríngea puede facilitar la entrada al inhibir el reflejo nauseoso. El anestésico tópico faríngeo habitualmente utilizado es la lidocaína (disminuye el reflejo nauseoso y las molestias faríngeas), cuyo efecto se prolonga aproximadamente 1 hora, tiempo en el que el paciente no deberá ingerir ningún tipo de líquido ni alimento sólido.

En algunos centros puede aplicarse una sedación mínima, ya que la duración de la prueba es muy corta, 5-10 min. En este caso se deberá contar con la presencia de un anestesiólogo que controle al paciente, material, medicación y personal cualificado en RCP, así como monitorización del paciente durante la exploración (SatO₂, Fc y TA).

El endoscopio se introduce sin insuflación, generalmente bajo visión directa hacia el esfínter esofágico superior, momento en el que se invita al paciente a tragar para facilitar el paso.

Se examina cuidadosamente la mucosa del esófago mientras se introduce lentamente el gastroscopio hacia el esófago distal y la unión gastroesofágica, atravesando el cardias hacia el estómago. La unión gastroesofágica se corresponde con la línea de transición o línea Z, donde se observa el cambio de mucosa esofágica (plana y rosada) a mucosa cardial (de un color anaranjado más oscuro). El cardias es el segmento corto de estómago que rodea la unión gastroesofágica.

El examen del estómago conlleva una secuencia sistemática de maniobras que permiten la visualización de todos los segmentos gástricos, incluidas las áreas ocultas durante el avance del endoscopio (es preferible examinar el estómago después del examen duodenal para evitar la excesiva insuflación).

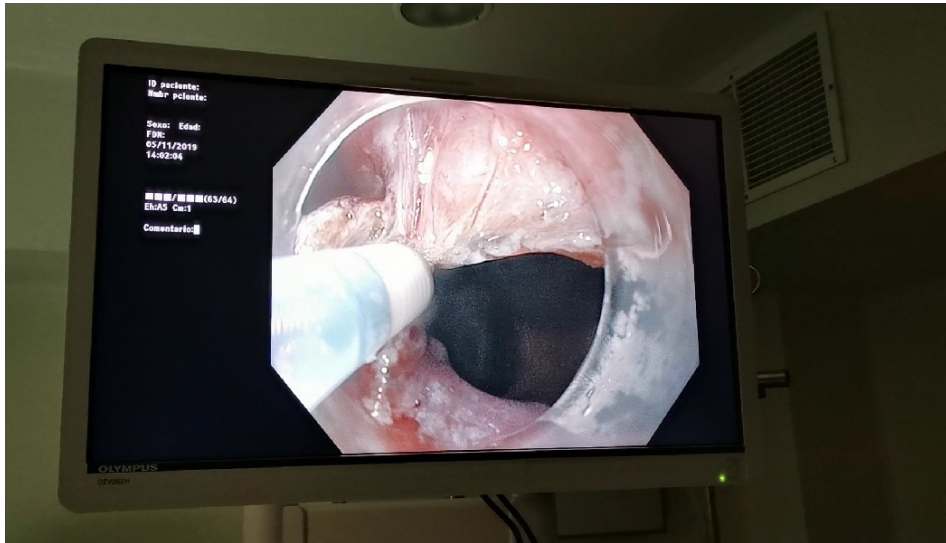
El avance hacia el duodeno se consigue siguiendo la curvatura mayor gástrica, mediante un movimiento de rotación horario del gastroscopio de 60 a 80 grados

y un desplazamiento inferior hasta enfrentar y sobrepasar píloro con una ligera presión. La insuflación junto con leves movimientos de entrada y retirada, permite la visualización del bulbo duodenal; el desplazamiento hacia la derecha del endoscopio con una rotación horaria de 90 grados permite franquear la rodilla duodenal y alcanzar la segunda porción. El avance hacia el duodeno distal se consigue rectificando la posición del endoscopio mediante una rotación retrógrada de 120 a 180 grados en sentido horario. Al pasar la rodilla duodenal se observan los pliegues duodenales y en las imágenes de alta definición las vellosidades mucosas características. La papila duodenal es reconocible por el característico pliegue vertical y se localiza en la cara interna de la segunda porción; aunque suele ser necesaria la utilización de un endoscopio de visión lateral para su correcta exploración.

Tras la exploración duodenal se retrocede a estómago para observar toda la circunferencia del antro y el cuerpo mediante la rotación del gastroscopio sobre su eje. Con el gastroscopio en posición normal, la cara anterior del estómago se corresponde con la parte izquierda de la imagen y la curvatura menor gástrica con la parte superior. El antro se caracteriza por la ausencia de pliegues típicos del cuerpo gástrico.

El fundus debe ser examinado mediante la maniobra de retroversión, que se realiza colocando el gastroscopio en la zona medial del antro y flexionándolo hacia arriba a la vez que se avanza hacia el píloro, visualizando la incisura angular y la curvatura menor. Con la retirada del endoscopio desde esta posición, manteniendo un giro antihorario de 180 grados se penetra en el fundus examinando con facilidad la vertiente cardial y el fornix.

Por último se retira el endoscopio hacia el esófago tras aspirar el aire y los fluidos gástricos evaluándose en la retirada el esófago proximal.



5 Discusión-Conclusión

La endoscopia digestiva alta o gastroscopia es la técnica más efectiva en el diagnóstico de muchas enfermedades del tracto digestivo.

Es una exploración que permite la visualización directa de la parte alta del tubo digestivo (esófago, estómago y duodeno), utilizando un tubo flexible o endoscopio. A través del canal del endoscopio, podemos pasar gran variedad de instrumental, que permite tomar muestras para análisis y actuar in situ sobre diversas lesiones.

La terapéutica endoscópica tiene, en general, una elevada tasa de resultados satisfactorios, con menores riesgos que el tratamiento quirúrgico.

La realización de una endoscopia correctamente indicada, va a conseguir el diagnóstico de la mayor parte de las enfermedades, lo que seguirá de un correcto tratamiento y seguimiento.

6 Bibliografía

- Classen M, Tytgat G, Lightdale C, editors. Upper Gastrointestinal Endoscopy. In: Gastroenterological Endoscopy. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2010.
- Cotton P, editor. Pediatric Gastrointestinal Endoscopy. In: Advanced Digestive Endoscopy: Practice and Safety. Melbourne: Blackwell Publishing; 2008.

- Bordas JM, Herráiz M, Brullet E, editors. Utilidad de la anestesia tópica. Edimsa-faríngea en endoscopia digestiva alta. In: Actualizaciones en Endoscopia Digestiva 1. Barcelona; 2012
- Vargo JJ. Preparation for and complications of GI endoscopy. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 41.
- Vázquez JL, editor. Endoscopia digestiva alta. In: Endoscopia digestiva. Diagnóstica y terapéutica. Madrid; Editorial Médica Panamericana: 2008.
- Bartram MI. Misiewicz JJ, Cotton PB, Price AB, Thompson RP. Atlas de Gastroenterología. Ed. Medsi. Barcelona 1996. Tomos I-VIII.
- Parajes JM. Temas actuales de Aparato Digestivo. Ed Astra. Barcelona 2000: 402.
- MSD Inmunología. Endo Ibd Imaging Project. 2014 Merck Sharp & Dohme de España, S.A.

Capítulo 40

CASO CLÍNICO: PACIENTE CON GANGRENA HÚMEDA

ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ

ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ

MARIA TERESA CORRALES PINTO

MARÍA VICTORIA COUTO CALVO

MÓNICA CORRALES PINTO

1 Introducción

La gangrena es la muerte del tejido corporal por falta de irrigación sanguínea o infección bacteriana grave. Normalmente suele afectar a las extremidades, dedos de las manos y pies, pero también puede ocurrir en músculos y órganos internos. La gangrena es una enfermedad grave que afecta a los tejidos provocando que mueran (necrosis).

Tipos de Gangrena:

- Gangrena Seca: Piel seca arrugada, de color marrón o púrpura azulado o negro. Esta puede avanzar lentamente, ocurre en personas con enfermedad de los vasos sanguíneos arteriales, como arterioesclerosis o diabetes.
- Gangrena Húmeda: producida por infección bacteriana en el tejido afectado, caracterizada por hinchazón, ampollas y aspecto húmedo. Se manifiesta principalmente en personas diabéticas que se lesionan un pie dedo del pie.

La gangrena húmeda se propaga rápidamente y puede ser mortal por lo que debe de tratarse de inmediato.

-Gangrena gaseosa: afecta a tejidos musculares profundos. Zona afecta puede hacer un sonido crepitante al presionar el tejido. Causa más frecuente es la infección por bacteria *Clostridium perfringens*.

-Gangrena interna: afecta a un órgano interno por falta de riego sanguíneo.

-Gangrena de Fournier: afecta a los órganos genitales. Más frecuente en hombres pero también aparece en mujeres. Se produce por una infección en la zona genital o en vías urinarias.

-Gangrena sinérgica bacteriana progresiva (gangrena de Meleney): tipo de gangrena poco frecuente, que aparece después de una operación, con lesiones cutáneas dolorosas que se manifiestan una o dos semanas después de la cirugía.

2 Objetivos

Identificar cómo tratar, controlar y prevenir la causa que ha dado lugar a la gangrena en caso clínico.

3 Caso clínico

Historia compleja.

Paciente de 88 años en estado de cuidados paliativos, donde ya se ha planteado la realización de medidas de confort, que presenta importantes úlceras y necrosis en ambas EEII (extremidades inferiores), incluyendo gangrena húmeda extensa y momificación del tercio distal de la pierna izquierda. Hasta ahora el estado basal de la paciente ha contraindicado cualquier acción quirúrgica. Derivada a consulta de cirugía por su MAP (médico de atención primaria) para valorar completar la amputación del pie izquierdo.

La paciente es alérgica a Penicilinas. Antecedentes personales: DABVD (dependiente para las actividades básicas de la vida diaria). Deterioro cognitivo moderado. No hábitos tóxicos. Hipertensa, diabética y dislipémica. Hipotiroidismo. Portadora de Marcapasos.

Exploración Física:

-MMII: Pierna Izquierda: Gangrena húmeda con momificación de toda la extremidad distal, hasta el tercio inferior de la tibia. Pieza distal unida solamente por tendones posteriores y piel. Pierna derecha: Extensas áreas de necrosis en toda la pierna, desde la rodilla, con momificación y necrosis de gran parte del pie. Necrosis evolucionada de ambas EEII.

En la consulta de cirugía se realiza retirada de la extremidad izquierda momificada, limpieza del tejido necrótico en la medida de lo posible y lavado abundante de la zona. Se realiza limpieza de tejido necrótico y lavado de la pierna derecha. Ambas extremidades tienen la indicación de una amputación reglada. En el caso de la extremidad derecha a nivel de tercio proximal de la tibia. Sin embargo, dado el estado terminal de la paciente, la familia no se plantea realizar ningún acto quirúrgico a dicho nivel y tampoco es probable que fuese candidata a ella por riesgo anestésico y fallecimiento durante la cirugía.

4 Resultados

La gangrena húmeda debe tratarse de inmediato, ya que se propaga rápidamente y puede ser mortal.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento con antibióticos, el soporte vital, y un tratamiento quirúrgico pueden disminuir la mortalidad.

6 Bibliografía

1. Rodríguez Vilas V, López Traperó V. Fundación Index - Cuiden - extendido [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2019].
2. Mandal A. Diagnóstico y tratamiento de la gangrena [Internet]. News-Medical.net. 2012 [citado 28 de noviembre de 2019].
3. Hernández González EH, Mosquera Betancourt G, Chico Gómez M, Rojas Zúñiga M, Pérez Sosa W. Gangrena gaseosa. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. junio de 2016;30(1):124-33.
4. Gangrena gaseosa: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2019].

5. Rubio JA, Jiménez S, Martínez-Izquierdo MÁ, Guadalix G. Infección necrotizante en el pie diabético: una urgencia que amenaza la pérdida de la extremidad. *Endocrinología y Nutrición*. 1 de agosto de 2012;59(7):466-8.
6. Infección necrotizante en el pie diabético: una urgencia que amenaza la pérdida de la extremidad [Internet]. [citado 28 de noviembre de 2019].
7. Lemos Rodriguez R. La gangrena: qué es y cuáles son sus causas — Mejor con Salud [Internet]. Mejor con Salud. [citado 28 de noviembre de 2019].

Capítulo 41

ERRORES DE MEDICACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

XIOMARA EDROSA LÒPEZ

CELIA CANELLADA Riestra

GEMA FERNANDEZ NOVO

BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES

LUCIA ALVAREZ PRENDES

1 Introducción

Los errores de medicación (EM) se producen por fallos en los procesos de utilización de los medicamentos y se deben analizar como errores de sistema. Deberíamos analizar sus causas para prevenir que los errores se repitan.

Dentro de los tipos de EM que ocurren durante la hospitalización, los errores de prescripción son los más relevantes ya que, si no son detectados a tiempo, pueden significar daño o muerte para el paciente.

Representan una preocupante realidad en el trabajo diario de los profesionales de la salud, con potenciales consecuencias para los pacientes y para el sistema sanitario

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) definió los errores de medicación como “cualquier incidente

que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”

Nunca deben ser considerados como errores humanos. Lo importante no es buscar al responsable, sino analizar las circunstancias que motivaron el error, para evitarlo en lo sucesivo. Son errores frecuentes aunque la mayoría de ellos son triviales y no causan daño a los pacientes.

Hartwing et al clasificaron los errores de medicación en 7 niveles:

0. No se ha producido error. Se incluyen las prescripciones interceptadas
1. Producido pero sin lesión para el paciente
2. El error produce un incremento de monitorización al paciente
3. Cambio en las constantes vitales o requirió extracciones adicionales de sangre para determinaciones analíticas
4. Error que requiere la administración de otro medicamento o alarga la estancia en el hospital
5. Error que produce lesión permanente
6. Error que contribuye a la muerte de un paciente

La incidencia de errores de medicación en niños hospitalizados es hasta tres veces superior a la del adulto. En las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) los errores no sólo son más frecuentes, sino también más graves. Las causas son diversas aunque se puede destacar el desconocimiento de la farmacocinética y farmacodinamia del fármaco en relación con la edad, y la falta de preparaciones farmacéuticas y material adecuado a las dosificaciones pediátricas que obligan a realizar diluciones de los medicamentos.

Si bien, los EM son frecuentes, la mayoría no causa daño. Sin embargo, deben ser monitorizados en todo centro de salud ya que constituyen indicadores de calidad de asistencia sanitaria.

Los tipos de EM más frecuentes son: administración de droga inadecuada, dosis incorrecta, extra u omitida, frecuencia incorrecta, vía equivocada, dilución y tiempo de infusión incorrectos, errores de transcripción, fecha incorrecta o ausen-

cia de ésta. Son numerosos los trabajos publicados sobre errores en la prescripción, transcripción, dispensación y administración de medicamentos. Sin embargo, son escasos los trabajos en los que se analizan los errores de preparación, tanto en población adulta como pediátrica. Hay pocos estudios en los que se analiza la precisión del proceso de dilución de fármacos, cuando presentaciones diseñadas para adultos eran utilizadas en neonatos. Parshuram et al. reportaron un 65% de errores en la preparación de morfina intravenosa para niños entre 0,7-70 kg, mientras que Allegaert et al. demostraron, mediante el análisis de parámetros farmacocinéticos, una mejora en el proceso de preparación de amikacina cuando se utilizaban viales con dosis pediátricas.

En el artículo "Errores en la preparación de fármacos intravenosos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal es una potencial fuente de eventos adversos" de la página Anales de pediatría se recoge la siguiente información sobre un estudio realizado en un hospital de Bilbao:

"Los errores de medicación también se producen en la preparación de fármacos a pie de cuna. Aunque los fallos encontrados en nuestro estudio no tuvieron consecuencias clínicas evidentes, nuestros resultados quieren llamar la atención sobre una potencial fuente de complicaciones severas. Es importante tener en cuenta que las tasas de errores registrados pudieran estar infravaloradas, si tenemos en cuenta el efecto de la observación del proceso de preparación («efecto Hawthorne»); por lo tanto, la tasa real de errores de preparación en la práctica clínica diaria pudiera ser superior a la observada en el estudio. Creemos que el mejor camino para prevenir estos errores se encuentra en el desarrollo de presentaciones farmacéuticas adaptadas a neonatos y en la implicación de los Servicios de Farmacia en la preparación de dosis exactas"

2 Objetivos

- Conocer existencia e incidencia real de errores de medicación en los procesos de prescripción y transcripción.
- Identificar la importancia de la detección y registro de errores en el proceso de administración de medicación, ya que esto podría evitar que estos pequeños fallos en el sistema de órdenes, y que lleguen a producir un efecto adverso real al paciente.
- Conocer los tipos de error más frecuentes, para poder promover futuras investigaciones y desarrollar estrategias de prevención.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed sobre errores de medicación en niños hospitalizados. Los términos empleados han sido: errores medicación, niños, infantil, hospitalizados, enfermería; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1991.

4 Resultados

La prevalencia de los EM en pacientes adultos y pediátricos es diferente, con una incidencia 3 veces mayor en niños hospitalizados Inocenti y colaboradores en un estudio multicéntrico realizado en Brasil describe que los EM más citados por los profesionales fueron aquellos relacionados a la prescripción y transcripción de los medicamentos. Los tipos de EM más frecuentes son: administración de droga inadecuada, dosis incorrecta, extra u omitida, frecuencia incorrecta, vía equivocada, dilución y tiempo de infusión incorrectos, errores de transcripción, fecha incorrecta o ausencia de ésta.

Ross y colaboradores describieron en un hospital universitario del Reino Unido la siguiente distribución dentro de los EM: 59% en las guardias pediátricas, 17% en las unidades intensivas neonatales, 13% en las guardias quirúrgicas, 10% en las unidades intensivas pediátricas y 1% en salas de internación.

Tras este breve repaso de varios artículos sobre errores de medicación en pediatría y neonatología he observado que la mayoría de hospitales no tienen una buena gestión de ellos. Sería muy interesante realizar un buen protocolo de registro de todos estos errores: tipo de error, causa, explicación, efecto del error y cómo prevenirlo, por ejemplo.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de EM es elevada, tanto en la prescripción como en la transcripción. Se debe mejorar la enseñanza y monitorización de la prescripción y transcripción de medicamentos y desarrollar programas de "medicación segura" para los pacientes, además de investigar más a fondo sobre los errores de preparación.

Los errores de medicación se encuentran entre las principales causas de eventos

adversos en los pacientes hospitalizados y su frecuencia y severidad, en el caso de la población neonatal comparada con la adulta, es superior. Sin embargo, la dificultad para comparar resultados de estudios que utilizan diferentes metodologías y definiciones de error impide conocer la tasa real de errores de medicación.

La preparación de fármacos para administración intravenosa puede ser fuente de múltiples errores. La falta de presentaciones farmacéuticas específicas para neonatos y material adecuado para la dosificación puede provocar discrepancias entre las dosis prescritas y las realmente administradas al paciente.

6 Bibliografía

1. R.G. Hughes, E.A. Edgerton Reducing pediatric medication errors. Children are especially at risk for medication errors *Am J Nurs*, 105 (2005), pp. 79-84
2. M.A. Ghaleb, N. Barber, B.D. Franklin, V.W. Yeung, Z.F. Khaki, I.C. Wong Systematic review of medication errors in pediatric patients *Ann Pharmacother*, 40 (2006), pp. 1766-1776
3. F. Fahimi, P. Ariapanah, M. Faizi, B. Shafaghi, R. Namdar, M.T. Ardakani Errors in preparation and administration of intravenous medications in the intensive care unit of a teaching hospital: an observational study *Aust Crit Care*, 21 (2008), pp. 110-116
4. N. Uppal, B. Yasseen, W. Seto, C.S. Parshuram Drug formulations that require less than 0.1 mL of stock solution to prepare doses for infants and children *CMAJ*, 183 (2011), pp. E246-E248
5. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Localio AR, Lawthers
6. AG, Newhouse JP. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6.
7. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000; 38: 261-71.
8. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press, 2000.
9. Otero P, Leyton A, Mariani G, Ceriani Cernadas JM. Medication errors in pediatric inpatients: prevalence and results of a prevention program. *Pediatrics* 2008; 122: e737-e743.
10. *Pediatric Dosage Handbook*. 7 ed. Hudson: Lexi Comp's Clinical Reference Library, 2000-2001.

11. Dean B, Schachter M, Vicent C, Barber N. Prescribing errors in hospital inpatients: their incidence and clinical significance. *Qual Safe Health Care*. 2002;11:340-4.
12. Ross LM, Wallace J, Paton JY, Stephenson T. Medication errors in a paediatric teaching hospital in the UK: Five years operational experience. *Arch Dis Child*. 2000;83:492-7.
13. Hartwing SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. *Am J Hosp Pharm*. 1991;48:2611-6.
14. Kausal R, Bates DW, Landrigan C, Mckenna K, Clapp MD, Federico F, et al. Medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. *JAMA*. 2001;285:2114-20.
15. Institute for Safe Medication Practices. Guidelines for preventing medication errors in pediatrics. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2001;6:426-42.
16. Muñoz Labian MC, Pallás Alonso CR, De la Cruz Bertolo J, López Maestro M, Moral Pumarega A, Balaustegui Cueto A. Errores en las prescripciones médicas en una unidad neonatal. *An Esp Pediatr*. 2001;55:535-40.

Capítulo 42

ENFERMEDAD DE LYME EN GERIATRÍA

ANA DÍAZ FERNÁNDEZ

CECILIA FERNANDEZ GARRIDO

MARTA GUTIÉRREZ MOYANO

1 Introducción

Paciente de 77 años, acude a la consulta por quejas subjetivas de fallos de memoria de 2 años y medio de evolución con rememoración de hechos del pasado, olvidos eventuales y dificultad para recordar nombres, sin repercusión en sus hábitos, costumbres diarias ni en su estado de ánimo. Su esposa lo encuentra más irascible, sin embargo, no da importancia a los olvidos ya que siempre lo ha encontrado un poco despistado.

No posee antecedentes de alergias, no fuma, no bebe alcohol ni ha consumido sustancias de abuso. Es hipertenso. Neuralgia del trigémino desde 1976. Bradicardia sinusal asintomática con bloqueo auriculoventricular de primer grado (Holter sin alteraciones). Contusión vertebral un año antes de la consulta.

2 Objetivos

Determinar si ese fallo de memoria se debe a la edad avanzada o a algún tipo de patología orgánica tratable.

3 Caso clínico

Valoración geriátrica:

Independiente para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. Quejas subjetivas de pérdida de memoria. Sin trastornos del ánimo. Personalidad previa: alegre, nervioso y despistado. Insomnio de conciliación. Marcha autónoma con sensación de inestabilidad eventual desde hace 6 meses atrás. Contusión lumbar por caída fortuita en su huerto hace un año. Sin trastornos alimentarios ni del ritmo deposicional. Continente fecal y urinario. Casado, vivía en Francia con su esposa hasta hace un año atrás, cuando se trasladaron a Santiago de Chile. Tienen un hijo que vive en París.

Exploración Física:

Afebril. P.A: 138/78mmHg. FC: 47 lpm. SatO₂ :96%. Asténico. Muy buen aspecto general, consciente, orientado, colaborador. Inquieto durante la entrevista y la exploración. Lenguaje espontáneo fluente, coherente, con latencia en la respuesta. Palidez cutánea, lengua seca. Sin adenopatías cervicales ni bocio. No se aprecia disnea, AP: normoventilación, AC: tonos cardiacos rítmicos a <50lpm. No se auscultan soplos cardiacos. Sin edema en extremidades inferiores. Temblor fino distal y simétrico en las superiores. No presenta rigidez ni dismetrías. Pares craneales, sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad preservadas. Marcha e impulso autónomos (sensación de inestabilidad con la sedestación brusca). Romberg negativo. No hay signos que sugieran parkinsonismo.

Con el fin de realizar un screening inicial de deterioro cognoscitivo se procede a pasar MEC, Seven minutes test en las consultas externas de geriatría así como ECG para confirmar la bradicardia. Se solicitó además una tomografía (TC) craneal para descartar focalidad cerebral (tumor, hematoma, lesiones isquémicas, atrofia), bioquímica con función renal y hepática, hemograma, vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas y serología para descartar etiología infecciosa.

4 Resultados

Resultados de los exámenes:

- ECG (bradicardia sinusal a 50lpm, PR 0.20mm/s).
- MEC 34/35 (fallo en el cruce de los pentágonos). 7 minutos: denominación y recuerdo inmediato sin fallos; recuerdo libre: 5 aciertos de 16; recuerdo facilitado: 9 aciertos de 16; reloj: 7 puntos; fluencia categorial (animales):10; fluencia fonética

(palabras que comienzan con la letra P):7; latencia en la respuesta.

- Hemograma , vitamina B12 , ácido fólico, bioquímica, hormonas tiroideas, VSG: dentro de la normalidad.
- TC craneal: craneotomía occipital derecha.
- Serología: sífilis y brucela negativa. Borreliosis de Lyme: positiva

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico finalmente es Enfermedad de Lyme en fase secundaria.

Tratamiento: ceftriaxona 2 gr/día vía parenteral durante dos semanas.

6 Bibliografía

- Sánchez E, Vannier E, Wormser GP, et al: Diagnosis, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: A review. JAMA 315 (16):1767–1777, 2016. doi:10:1001/jama.2016.2284.

Capítulo 43

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOS CON CPAP (VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA)

ELISA ISABEL MENÉNDEZ RODRÍGUEZ

BEATRIZ PEREZ ISTILLARTY

1 Introducción

La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es una forma de ventilación no invasiva, usada como método de soporte respiratorio en recién nacidos (RN) enfermos. El objetivo básico, cuando se trata a un RN con alguna forma de CPAP, es proveer una baja presión de distensión de los pulmones y prevenir el colapso de los alvéolos y de la vía aérea terminal durante la espiración.

Métodos para generar CPAP.

- CPAP de flujo continuo: Consiste en un gas generado de una fuente y dirigido contra la resistencia de la rama espiratoria del circuito, esto se puede lograr usando un ventilador mecánico convencional, la válvula de Benveniste o un sistema sellado bajo agua. Se ha descrito la presencia de vibraciones del tórax del RN durante el uso de este último sistema, a frecuencias similares a las observadas en la ventilación de alta frecuencia querereducirían la ventilación minuto y la frecuencia respiratoria al compararlo con el CPAP entregado por un ventilador mecánico.

- CPAP de flujo variable: Esta técnica reduce el trabajo respiratorio del paciente, generando CPAP en la vía aérea proximal a las narinas del RN, al convertirse la energía cinética de un jet de gas en presión. La dirección de este jet de aire responde a la presión ejercida en la cavidad nasal por el esfuerzo respiratorio del paciente (Efecto Coanda). Durante la inspiración la baja presión en la cavidad nasal genera un gradiente positivo entre el jet de gas y la cavidad nasal, con lo que el jet de gas fluye hacia el paciente ayudando al esfuerzo respiratorio y durante la exhalación, este gradiente de presión se invierte y el jet de gas abandona el circuito por la vía espiratoria de la pieza nasal.

Estudios experimentales y en RN prematuros, han mostrado una reducción del trabajo respiratorio de hasta un cuarto del observado cuando se usa flujo continuo.

En 1971 Gregory y su grupo utilizaron por primera vez la CPAP en una grupo de recién nacidos prematuros con respiración espontánea y dificultad respiratoria. Su objetivo principal era reducir la tasa de mortalidad (en torno al 60%) y las enfermedades crónicas en los prematuros. Una vez que introdujeron la CPAP, la mortalidad por dificultad respiratoria disminuyó significativamente.

Indicaciones de la CPAP en neonatos:

- En un recién nacido (RN) que, respirando espontáneamente, presenta signos de incremento del trabajo respiratorio (taquipnea, tiraje, aleteo nasal, quejido) con requerimientos de O₂ en aumento y del volumen pulmonar en la Rx de tórax.
- Cardiopatías congénitas con aumento del flujo pulmonar.
- Atelectasia.
- Edema pulmonar.
- Apnea de la prematurez: El síndrome de apnea obstructiva del sueño consiste en la dificultad en la respiración del niño mientras duerme, producido por el bloqueo del flujo de aire a los pulmones, que produce una pausa en la respiración en torno a 10 segundos. Los niños con apnea del sueño presentan pausas intermitentes mientras duerme, en los que el aire no fluye a los pulmones de forma correcta, lo que causa que el niño no descanse bien, pudiendo provocar en un futuro problemas de salud graves si no se trata. Los niños con apneas suele presentar ronquidos mientras duermen (aunque no siempre).
- Extubación reciente.
- Traqueomalasia u otras anomalías que predispongan al colapso de la vía aérea.
- Niños que padezca algún trastorno de los nervios motores (como parálisis del

nervio frénico), enfermedad neuromuscular, enfermedad de los músculos respiratorios, anomalías de la caja torácica, cáncer de pulmón, en postoperatorios, tras realizar reanimación, etc.

También está indicado en enfermedades que causen colapso de la vía aérea, traqueomalacia, tumores glóticos, retro y micrognatia, laringomalacia, broncomalacia.

Muchos estudios han probado el beneficio del uso de la CPAP, algunas de las ventajas demostradas, son:

- Mejora de la oxigenación y disminución del trabajo respiratorio.
- Disminución de la necesidad de intubación endotraqueal en neonatos de muy bajo peso.
- Disminución de la necesidad de tratamiento con surfactante pulmonar.
- Disminución del uso de ventilación mecánica.
- Disminución de la incidencia de enfermedad crónica pulmonary displasia broncopulmonar..
- Disminución de las necesidades de oxígeno y disminución de la necesidad de dar de alta con oxigenoterapia domiciliaria.
- Disminución de tasas de sepsis.
- Disminución del tiempo de ventilación mecánica y de estancia hospitalaria.
- Aumento de ganancia de peso en neonatos con el uso precoz de CPAP en comparación con el tratamiento precoz con ventilación mecánica.
- Disminución de la incidencia de leucomalacia periventricular, estenosis subglótica y neumonía asociada a ventilación mecánica.

La ventilación mecánica no invasiva (VMNI), hoy en día es el método de ventilación más usado en neonatos. Sin embargo, el uso prolongado y de forma incorrecta de este dispositivo, está relacionado con la aparición de lesiones en la piel, pudiendo ocasional UPP a nivel nasal, en las orejas o en la frente. Tal es así que los profesionales de Enfermería podemos prevenir dichas lesiones y llevar a cabo una serie de medidas para proteger la piel expuesta a esta presión y mantener la integridad cutánea.

2 Objetivos

- Determinar la efectividad del uso de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y el uso del apósito hidrocoloide en relación al apósito de poliuretano, en la prevención de lesión del tabique nasal en neonatos prematuros con Ventilación a

Presión Positiva Continua hospitalizados en cuidados intensivos neonatales.

- Conocer las lesiones que se pueden llegar a producir por el uso de este soporte ventilatorio en neonatos con el fin de actualizar los conocimientos de los profesionales y poder disponer de unas pautas para poder prevenir las úlceras por presión.

3 Metodología

La estrategia de identificación de artículos se realiza gracias a una búsqueda electrónica en la base de datos de Medline (PubMed), Dialnet, Scielo y Cochrane. mediante las siguientes palabras claves: CPAP, neonato, UPP, prevención, ventilación no invasiva.

También se realizaron búsquedas referenciales en otras fuentes bibliográficas en diferentes web oficiales Elsevier, Iberoamericana y Revista Pediatría Electrónica. Se trata de un estudio retrospectivo y analítico, realizando una revisión bibliográfica en la cuál se tuvieron en cuenta los artículos más relevantes.

4 Resultados

Una mala colocación de la mascarilla o de las cánulas a la nariz del recién nacido conlleva una disminución de la presión requerida, por lo existe una tendencia a tensar las cintas de la interfase más de lo debido para conseguir los niveles de presión requeridos. Como consecuencia de una fijación excesivamente se produce un daño en la nariz del neonato.

Este tipo de lesión, puede acabar en necrosis, con el dolor que esto conlleva al neonato. También existen casos con deformidad del tabique y de la nariz, de manera que la ventilación no invasiva se debería retirar y si fuera necesario habría que intubar al neonato con todos los riesgos y complicaciones que conlleva esto.

En 2008 se publicó una guía de práctica clínica en Arizona, USA; haciendo hincapié en los cuidados del tabique nasal, por ello, se recomienda vigilar cada 2-6 horas dependiendo del riesgo de lesión que tenga el neonato.

En esta guía de práctica clínica existen unos puntos clave a seguir:

- El gorro debe encontrarse justo por encima de las cejas.
- La parte posterior del gorro se debe extender hasta la base del cuello.

- Las orejas deben estar completamente tapadas por el gorro, y comprobar que no estén dobladas.
- La cánula nasal debe ocupar toda la fosa nasal, sin causar palidez/blanquecimiento de la parte externa de la misma.
- Entre las fosas nasales y la base de las cánulas debe haber un espacio.
- Hay que fijar las cánulas con los lazos o tiras laterales proporcionando una tensión suave e igual por ambos lados.
- Se debe asegurar la tubuladura con el lazo del gorro para disminuir el movimiento de todo el sistema.
- Es importante colocar una sonda orogástrica adecuadamente para permitir la salida del gas acumulado en el estómago.
- Valorar el trabajo respiratorio, la retracción intercostal y/o supraesternal y las necesidades de oxígeno, es fundamental.
- Se puede facilitar el cierre de la boca del neonato con un chupete o colocándolo en posición decúbito prono.
- Para evitar las atelectasias se debe limitar el tiempo de aplicación de la CPAP.
- Se debe revisar las zonas de presión para vigilar la aparición de úlceras por presión.

Además de todas estas medidas se sugiere que el uso de medidas confortables, como envolver al neonato, el uso del chupete, la disminución de la luz y del ruido, van a favorecer una reducción de los movimientos del neonato con una consecuente mejor fijación y menor fuga.

Otras medidas de prevención a tener en cuenta y en la que se ha centrado la revisión han sido:

- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en zonas de presión c/ 3h.
- Uso de apósitos. Los apósitos más utilizados son los apósitos hidrocoloides y los de espuma de poliuretano.

Existen numerosos estudios sobre la utilización de los AGHO en la prevención de las UPP y todos les atribuyen múltiples propiedades entre las que podemos destacar:

- Aumentan la microcirculación sanguínea, disminuyendo el riesgo de isquemia.
- Facilitan la renovación de las células epidérmicas.
- Potencian la cohesión celular de la epidermis.
- Aumentan la resistencia de la piel frente a los agentes causales de las úlceras por presión.
- Evitan la deshidratación cutánea.

- Protegen frente a la fricción.
- Reducen la fragilidad cutánea.
- Disminuyen el efecto de los radicales libres

Diversos hospitales nacionales como son Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, Hospital de Cruces de Bilbao, Hospital Universitario Sant Joan de Deu y Vall d'Hebron Barcelona, Hospital Universitario Central de Asturias, recomiendan el uso de ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de presión de la CPAP, al menos una vez por turno para evitar UPP y deformidades del tabique nasal. Aunque en ninguno de los casos disponen de una evidencia científica para apoyar esta teoría.

En la actualidad hay un amplio abanico de apósitos para el tratamiento de estas lesiones que someten a dolor innecesario al recién nacido, se centro la revisión en los apósito hidrocoloides y en las espumas de poliuretano.

Las espumas de poliuretano permite absorber exudado, pero por la densidad de su malla no permite la oxigenación de la herida. Se recomienda utilizar espumas de 0,5 cm de espesor.No se debe usar por más de 48 horas, ya que se adhiere fuertemente y produce dolor y trauma al retirarla.

En cuanto a los apósitos hidrocoloides, el mayor problema lo vamos a encontrar en los tamaños de los apósitos y las contraindicaciones que algunos poseen, están pensados para su uso en adultos, por lo que en la mayoría de las ocasiones los profesionales deben recortar el apósito. Los hidrocoloides (DuoDERM, Comfeel Plus transparente, DuoDERM Extra Thin) son ampliamente usados en el manejo de úlceras por presión. Han sido recomendados para uso en úlceras por presión Estadio II y III y se están utilizando cada vez más en el manejo de las úlceras por presión Estadio I.

Su principal componente es una capa de material formador de gel adherida a una película semipermeable o a una espuma de apoyo. La capa de gel consta de una matriz adhesiva que contiene una combinación de materiales absorbentes como carboximetilcelulosa sódica, pectina y gelatina. El apósito es absorbente y autoadhesivo, incluso en condiciones de humedad. Aunque diferentes apósitos hidrocoloides pueden parecer similares, sus habilidades de manejo de los fluidos pueden diferir marcadamente.

Muchos apósitos hidrocoloides están disponibles en una variedad de formas, tamaños y grosores. Algunos productos son muy delgados y pueden ser semi-

transparentes, permitiendo la visualización de la herida sin necesidad de retirar el apósito.

Los apósitos hidrocoloides tienen varias propiedades claves que son útiles en el manejo de las úlceras por presión, incluyendo:

- Producción de un medio ambiente húmedo para la herida
- Manejo del exudado.
- Facilitar el desbridamiento autolítico.
- Provisión de una barrera para los microorganismos.
- Ayuda con el manejo del dolor.

Para la aplicación de apósito hidrocoloide debe estar adecuadamente recortado con la forma de la nariz del neonato de manera que cubra el tabique nasal, las fosas nasales hasta el puente de la nariz, todas las zonas donde la interfaz de la CPAP ejerza presión. Este apósito se cambiará cuando esté deteriorado a juicio de la enfermera a cargo del neonato, o al menos una vez al turno.

- Existe un estudio realizado en 2014 en China, que apoya el uso de apósitos hidrocoloides para la prevención de las lesiones nasales. El estudio se realizó con recién nacido pretérmino, entre 28 y 37 semanas de gestación, con un peso mayor de 1500 gramos; demuestra que existe una disminución significativa de la incidencia y la severidad de la lesión nasal. Afirman que el apósito hidrocoloide es suave, flexible, barato, y fácil y seguro de utilizar. Además que es necesario inspeccionar cuidadosa y frecuentemente la nariz y las fosas nasales durante la aplicación de la CPAP en los neonatos. Aun así afirman que es necesario investigar la eficacia del apósito hidrocoloide en el neonatos de menos de 1500gramos y menos de 28 semanas de gestación.

- Hay otro estudio descriptivo longitudinal prospectivo en la UCI-N y Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona). Los datos se recogieron de marzo a junio de 2016, siendo la ocupación de 243 pacientes. Se realizó una recogida diaria de la aparición de nuevos casos de UPP y su posterior seguimiento.

Como resultado de dicho estudio, se detectaron un total de 49 UPP en 38 pacientes ingresados. Se estimó una tasa de incidencia acumulada del 15,6% y una tasa de incidencia de 1,3 úlceras por cada 100 días-neonato. El 65,3% de las UPP se detectó en estadio I. En un 85,7% de los casos la aparición de lesiones estaba asociada a la presencia de dispositivos (en el 57,1% de tipo respiratorio, especialmente CPAP (40,8%)); consecuentemente, la localización más habitual fue la zona nasal (53,1%).

- Por el contrario, se revisó un estudio en el que a muestra estaba compuesta por 13 sujetos. Para la variable de apósitos, se obtuvo que de los 6 pacientes portadores del apósito hidrocoloide, 3 neonatos desarrollaron UPP, sin embargo, de los 7 pacientes con el de espuma de poliuretano, tan solo dos presentaron lesión.

5 Discusión-Conclusión

Tras finalizar la revisión de diferentes artículos, no hay una evidencia científica que los AGHO eviten el riesgo de que aparezcan lesiones en el neonato.

En cuenta al uso de apósitos, se ha demostrado que su aplicación disminuye el número de lesiones.

Es importante llevar a cabo más estudios centrados en la investigación clínica que puedan dar solución a los problemas que causan los sistemas y dispositivos de VMNI, puesto que los resultados evidencian que con prevención y/o cuidados eficaces se conseguiría reducir el número de pacientes con UPP. Se afirma que la prevención de las lesiones del tabique nasal se consigue con una vigilancia estrecha y continua.

La CPAP neonatal abarca muchos aspectos que se traducen en cuidados de enfermería, todos ellos importantes y a tener en cuenta. Cada uno de estos cuidados presenta unas recomendaciones específicas y mediante distintos estudios a lo largo de la historia, han ido modificándose y mejorando consiguiendo un gran éxito en esta terapia no invasiva, minimizando el riesgo de infección en los neonatos, así como las complicaciones que generaba la utilización de la VMI.

Los neonatos portadores de CPAP requieren de unos cuidados intensivos específicos que como se ha comentado anteriormente abarcan distintos aspectos, es fundamental conocer este tipo de cuidados para su realización correcta.

Los cuidados de enfermería no son actividades aisladas, sino que están asociados a diagnósticos de enfermería tras la valoración neonatal, por ello, los conocimientos de los enfermeros y enfermeras que trabajan en estas unidades son fundamentales para tener un buen juicio clínico, poder identificar cuáles son las alteraciones que tiene el neonato y proporcionar los cuidados necesarios que son vitales tanto para evitar complicaciones como para garantizar el éxito de la terapia CPAP.

6 Bibliografía

- Valenzuela Valenzuela A, Aparicio López M, de Frutos Pecharromán J, Gutiérrez Montero J, Sunyer Bernaus C. Incidencia de úlceras por presión en pacientes de cuidados intensivos e intermedios neonatales. *Metas Enferm sep* 2018; 21(7):12-6.
- Pinedo Sendagorta, Rocío; Anaya Escalonilla, M^a Auxiliadora; González Moreno, Alfredo; González Núñez, M^a Luisa; Galván Torregrosa, M^a Mercedes. Apósito hidrocoloide versus ácidos grasos hiperoxigenados para la prevención de la lesión del tabique nasal en prematuros con NCPAP. *Biblioteca Lascasas*, 2015; 11(4).
- McCoskey L. Nursing Care Guidelines for prevention of nasal breakdown in neonates receiving nasal CPAP. *Adv Neonatal Care*. 2008; 8(2) 116-124. doi:10.1097/01.anc.0000317260.99072.ae. PubMed PMID: 18418209.
- Pomer Sancho, C.; Giner Bonora, I. y Gracia Pérez, J. Complicaciones de la VMNI. Prevención y cuidados de enfermería. En: Esquinas Rodríguez AM, coordinador. *Consensos clínicos en ventilación mecánica no invasiva*. Madrid: Aula Médica, 2008; p 689-697.
- Vivanco Allende, A. Medina Villanueva, A. y Mayordomo Colunga., J. Ventilación no invasiva en Pediatría. *Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Sección de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos. Área de Gestión de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. BOL PEDIATR* 2012; 52: 4-13
- Quesada Ramos Cristina. ¿Úlceras por presión en niños?. *Index Enferm [Internet]*. 2008 Mar [citado 2019 Nov 14] ; 17(1): 75-75.
- Sellán Soto M^a Carmen, Díaz Martínez M^a Luisa, Vázquez Sellán Antonio. Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios. *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 2012 Jun [citado 2019 Nov 14] ; 28(2): 144-155.
- Masip, J. (2008). Ventilación no invasiva en el edema agudo de pulmón. Volumen 25, Núm: 1. [online] Elsevier.
- Freire S, Lucena M, Cabral N, Vieira D, Pedrosa L. Lesión de tabique nasal en neonatos pretérmino en el uso de prongs nasales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]*. 2014, Sep. [citado el 9 de mayo 2016].
- Hua L. Apósito Hidrocoloide en Prevención del Trauma Nasal Secundario a ventilación a Presión Positiva Continua En Recién Nacidos Prematuros. *World J Emerg Med*. 2014, [Internet]. [citado el 9 de mayo 2016].
- Caballero Aquino D., Uso del CPAP una tendencia sin complicaciones en el cuidado del recién nacido.

Capítulo 44

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS EPICÁRDICO

LEIRE AZCONA CIRIZA

1 Introducción

Los marcapasos epicárdicos temporales se colocan de forma rutinaria en cirugía cardiaca. Más de un 40% de los pacientes sometidos a cirugía extracorpórea precisan del uso temporal de marcapasos epicárdico.

Los electrodos se colocan en el ventrículo y se suturan a la piel por la parte distal del catéter. Transcurridos unos días se pueden retirar tirando de ellos con suavidad.

La estimulación epicárdica temporal después de una cirugía cardiaca, ayuda al tratamiento de las alteraciones posquirúrgicas de la conducción, además tiene un papel importante en la contribución al gasto cardiaco dependiente de la frecuencia y puede prevenir la aparición de la fibrilación auricular en el postoperatorio.

2 Objetivos

Estandarizar los cuidados de pacientes portadores de marcapasos epicárdicos temporales.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos PubMed, CUIDEN y Google Académico. Utilizando los descriptores “cirugía cardiaca” “complicaciones postoperatorias” “marcapasos epicárdico” “cuidados de enfermería”. Se seleccionan artículos a partir del año 2007 en inglés y en español. Además se revisan varios manuales de enfermería en cardiología.

4 Resultados

Se elabora un tríptico específico para el servicio que facilite el correcto seguimiento de pacientes portadores de marcapasos temporal en el postoperatorio cardiaco según la evidencia encontrada.

Cuidados

- Control de la frecuencia cardiaca.
- Vigilancia de los parámetros programados del marcapasos.
- Control del estado de la batería.
- Medición del umbral de estimulación.
- Cura diaria del sitio de incisión.
- Vigilancia de signos de infección, exudado.

Complicaciones

- Sangrado pericárdico con taponamiento.
- Perforación o rotura de los injertos coronarios.
- Las complicaciones tras la retirada de los cables epicárdicos son inusuales, pero muy graves.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de los dispositivos de soporte en el postoperatorio cardiaco ayuda a minimizar complicaciones graves.

Los profesionales de enfermería deben garantizar la seguridad clínica del paciente, ofreciendo una atención de calidad.

La utilización de protocolos basados en la evidencia científica aumentan la seguridad de los pacientes, ya que la utilización de los mismos reduce la morbimortalidad, al proporcionar cuidados de mayor calidad. De igual modo, suponen una

mayor seguridad también para los profesionales, pudiendo justificar su actividad a partir de la mejor evidencia disponible y facilitando así los argumentos científicos para defender su forma de cuidar.

6 Bibliografía

1. Reade MC. Temporary epicardial pacing after cardiac surgery: a practical review - Part 1: General considerations in the management of epicardial pacing. *Anaesthesia* 2007; 62: 264-71.
2. Cristina Lazarescu, Samia Kara-Mostefa, Jean-Marie Parlanti, Michel Clavey, Paul-Michel Mertes, Dan Longrois, Reassessment of the Natural Evolution and Complications of Temporary Epicardial Wires After Cardiac Surgery, *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 2014, 28, 3, 506.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Citado 10 enero 2018].
4. Rodríguez Morales M.^a Mercedes, Alsina Restoy Xavier (eds.). *Manual de Enfermería en Estimulación Cardíaca y Dispositivos Implantables*, Barcelona, Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2010.

Capítulo 45

EXTRAVASACIÓN DE CITOSTÁTICOS

AIDA GIL VECINO

LAURA SANROMAN CLAROS

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA

1 Introducción

Los agentes citostáticos son sustancias capaces de bloquear o frenar el progreso de la neoplasia. Inhiben la maduración y el crecimiento de células malignas siendo capaces de actuar cuando las células están en proceso de división. Se usan principalmente como tratamiento antineoplásico.

Según su agresividad tisular se pueden clasificar en: vesicantes, irritantes y no agresivos. Los vesicantes son aquellos que tienen la capacidad de producir daños en los tejidos como ampollas, desprendimientos de piel o necrosis.

Los irritantes pueden producir dolor en el sitio donde se han extravasado y a lo largo del trayecto venoso, así como una reacción inflamatoria que va asociada con flebitis principalmente. Los no agresivos o no vesicantes salvo que se administren en dosis elevadas no dan complicaciones.

Clasificación de los citostáticos según su agresividad tisular.

- Vesicantes: amsacrina, actinomicina, daunorubicina, doxorubicina, epirubicina, estramustina, epirubicina, estramustina, estreptozocina, idarubicina, mecloretamina, mitomicina, mitramicina, vinblastina, vincristina, vindesina y vinorelbina.

- Irritantes: carmustina, cladribina, dacarbazina, docetaxel, etopósido, mitoxantrone, paclitaxel, tenipósido, tiotepa.
- No agresivos: asparaginasa, bleomicina, carboplatino, cisplatino, ciclofosfamida, citarabina, fludarabina, fluorouracilo, gemcitabina, ifosfamida, irinotecan, melfalan, metotrexate, mitoguazona, pentostatina, topotecan.

2 Objetivos

- Identificar las complicaciones derivadas de la administración de citostáticos.
- Enumerar los factores de riesgo que intervienen en una extravasación.
- Detallar los pasos a seguir ante una extravasación.
- Describir las medidas preventivas para evitar las complicaciones.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de artículos y publicaciones en Elsevier, Pubmed, Lilacs y Google Académico así como en guías clínicas del Ministerio de Sanidad y de diversas comunidades autónomas.

Para ello se han utilizado los siguientes Descriptores: extravasación, quimioterapia, antineoplásicos, efectos secundarios, citostáticos.

4 Resultados

- Cuando al administrar un Agente Citostático este pasa del torrente sanguíneo a los tejidos colindantes hablamos de extravasación. Los síntomas van desde el dolor, prurito, eritema, quemazón, hinchazón, palidez, induración hasta piel fría o caliente. La disminución del ritmo de infusión así como la ausencia de retorno venoso a través de la cánula son otros de los síntomas.

La extravasación puede producirse en un punto distal al de la administración si ha habido cateterizaciones y/o extracciones sanguíneas previas y recientes en el mismo miembro. Es lo que se conoce como extravasación a distancia. El fenómeno de recuerdo tiene lugar cuando se produce una extravasación en el mismo lugar donde se había producido una extravasación previa al administrar de nuevo el mismo citostático aunque sea en un sitio diferente. A veces las extravasaciones son confundidas con reacciones adversas propias del agente citostático.

- El daño producido dependerá del tipo fármaco, su volumen y concentración. La falta de experiencia por parte del personal en el manejo de citostáticos, la incapacidad por parte del paciente de comunicarse, la integridad venosa debilitada, las infusiones continuadas de larga duración, la presión venosa elevada, los antecedentes de extravasación previos así como la elección incorrecta de la zona de punción y del catéter se consideran factores de riesgo de una extravasación.
- Ante la más mínima sospecha se detendrá la infusión. Sin retirar el catéter, comprobaremos aspirando con una jeringa si hay retorno venoso y extraeremos entre 3-5ml de sangre, delimitando los bordes del área afectada. En caso de que se forme una ampolla subcutánea se extraerá su contenido. Cogemos el " Kit" o botiquín para extravasaciones y avisaremos al médico. Este botiquín estará compuesto por antidotos específicos(Dimetilsulfóxido 99 %, Tiosulfato sódico 1/6M y mucopolisacaridasa), compresas o bolsas de frío y calor, antisépticos (povidona yodada 10% y alcohol 70°) y material para su administración (jeringas de insulina, jeringas de 2 y 10ml, agujas IV y SC y gases estériles) Tendrá también un esquema sencillo sobre como tratar una extravasación, la clasificación de los agentes citostáticos según su agresividad tisular y una hoja para registrar la extravasación.

Si el fármaco dispone de un antidoto específico procederemos a su administración. Elevar el miembro afectado, colocar apósito evitando cualquier tipo de vendaje compresivo. Dependiendo del citostático extravasado aplicaremos compresas secas con frío o calor. La aplicación de frío está indicada en caso de que se trate de fármacos vesicantes o irritantes a excepción de los alcaloides de la Vinca (vincristina, vinblastina y vinorelbina) y epipodofilotoxinas como etopósido. La vasoconstricción que produce evita la propagación tanto del fármaco como de la lesión y disminuye tanto el dolor como la inflamación. El calor se utiliza para los alcaloides de la Vinca y epidofiloxotinas. Este provoca que el flujo sanguíneo aumente gracias a la vasodilatación y por ende, que el fármaco se elimine con mayor rapidez. Si el fármaco extravasado es la mitomicina, la dacarbazina o el fluorouracilo le diremos al paciente que debe evitar la fotoexposición de la zona afectada. En caso de sospecha de infección se iniciará terapia antibiótica sistémica. Los gérmenes más frecuentes son los Gram +.

Registrar en la historia clínica y en la hoja de extravasaciones dicho suceso. Debemos dejar constancia del tipo de signos y síntomas que tiene el paciente, la cantidad de fármaco extravasado, las medidas que se han llevado a cabo y el tiempo que ha pasado entre ambas. Debemos informar al paciente de lo sucedido,

paliando el dolor con analgésicos si es necesario. Si precisa curas las programaremos y de esta manera observaremos también su evolución.

- Disponer de personal cualificado, con los conocimientos y el bagaje necesario para la administración de los mismos es fundamental. La vigilancia estrecha durante la administración del tratamiento ayudará a identificar de manera precoz los signos de extravasación. Explicar al paciente los síntomas derivados de una extravasación y solicitar su colaboración para que, en caso necesario avise si identifica algún tipo de anomalía.

- Es preciso elegir adecuadamente el lugar de punción para evitar riesgos. Si el paciente dispone de un acceso venoso central éste será la primera elección para la administración del tratamiento. En su ausencia, se canalizará un acceso venoso periférico a poder ser en la zona del antebrazo. No puncionar la flexura, dorso de la mano, zonas con signos de flebitis o alteraciones de la sensibilidad, ya que si existe cualquier complicación el paciente será incapaz de dar la voz de alarma. Tras canalizar el acceso venoso se procederá a su sujeción, dejando siempre a la vista el punto de punción. Acto seguido comprobaremos su permeabilidad administrando 5-10ml de suero fisiológico. El equipo que emplearemos para la administración del antineoplásico estará purgado con suero limpio para evitar males mayores en caso de derrame durante el proceso de conexión. Evitaremos la desconexión durante la infusión del tratamiento, prestando especial cuidado al conectarlo y desconectarlo. Si es necesario purgar el sistema o una jeringa con citotóxicos utilizaremos una gasas estériles impregnadas en alcohol. Administrar los vesicantes en primer lugar y lavar con suero salino o glucosado entre un citostático y otro. Al finalizar la infusión se retirará todo el sistema sin desconectar el equipo del citostático.

5 Discusión-Conclusión

La mejor medida de prevención es el conocimiento. Si el personal tiene experiencia en la manipulación y tratamiento de citostáticos, identificará de manera precoz cualquier síntoma y actuará en consecuencia con la mayor brevedad posible. Una formación adecuada favorece la seguridad y calidad de cuidados que se proporcionan al paciente. La educación y concienciación de familia y paciente es otro de los pilares fundamentales para prevenir las extravasaciones.

Disponer de un protocolo de actuación así como de un botiquín de extravasaciones permite actuar con premura y de manera correcta. Muchos antineoplási-

cos no disponen de un antídoto específico y los que existen disponen a día de hoy de poca evidencia científica.

6 Bibliografía

1. Gómez BG. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA DEPARTAMENTO DE POSGRADO FACULTAD DE ENFERMERÍA MEDELLÍN. 2018;(2018):75.
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (España), Comisión de Salud Pública. Agentes citostáticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones; 2003.
3. protocolo-manejo-seguro-de-citostaticos-2999.pdf [Internet]. [citado 11 de noviembre de 2019].
4. CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DE LA EXTRAVASACIÓN D.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
5. Satellite.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
6. Practicas para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo..pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].
7. Díaz et al. - CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACION DE CIT.pdf [Internet]. [Citado 11 de noviembre de 2019].

Capítulo 46

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA BIOPSIA HEPÁTICA

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

HELENA RICO BLANCO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

1 Introducción

La biopsia hepática es un procedimiento que consiste en hacer una punción del hígado para obtener una muestra de tejido para su posterior estudio. Está principalmente indicada en el diagnóstico de enfermedades hepáticas, para evaluar su pronóstico y tomar decisiones terapéuticas.

La técnica más frecuente es la biopsia de hígado percutánea, que consiste en insertar una aguja muy fina a través del abdomen hasta el hígado y está generalmente guiada por ecografía.

Hay una serie de contraindicaciones como son:

- falta de cooperación del paciente, en cuyo caso podría ser necesaria la sedación del mismo.
- alteraciones de la coagulación, que es la más frecuente.

Así mismo, el médico debe informar al paciente sobre las complicaciones relacionadas con esta técnica y debe entregarle el Consentimiento Informado para que lo firme. Algunas de las complicaciones más reseñables son:

- Dolor. Es la más frecuente dentro de las consideradas complicaciones leves, aunque si fuera intenso podría indicarnos una complicación mayor como la hemorragia o la punción de otro órgano.
- Hemorragia. Esta es la más frecuente dentro de las complicaciones graves, y se manifiesta por: dolor, taquicardia e hipotensión. Se produce fundamentalmente entre las primeras 2-4 horas tras la punción.
- Infección. Es infrecuente.
- Lesión accidental de un órgano cercano.

La preparación para la prueba incluye:

- Analítica con coagulación básica.
- Revisión de la medicación que toma el paciente, con especial atención a los antiagregantes y anticoagulantes. Estos últimos se suspenderían y se administraría heparina.
- Ayunas 8 horas antes de la punción.
- Canalización de vía venosa.
- Toma de constantes vitales.

2 Objetivos

- Conocer cómo preparar al paciente para la realización de la punción hepática, y cómo disminuir la ansiedad del paciente.
- Identificar las formas de prevención y vigilancia ante la aparición de complicaciones tras la punción.
- Establecer un plan de cuidados siguiendo la metodología NANDA/NOC/NIC

3 Caso clínico

Tenemos ingresado un paciente en la unidad de hospitalización que precisa, por indicación médica, la realización de una biopsia de hígado mediante punción percutánea.

El día anterior a la prueba, comprobaremos que el paciente tiene una analítica reciente con coagulación y si no fuera así, se pondría en conocimiento de su médico para que solicite el estudio. Así mismo, comprobaremos que en la historia clínica se encuentra el Consentimiento Informado firmado por el médico y por el paciente.

Es necesario que el paciente tenga canalizada una vía venosa, por lo que en caso de que no la tuviera se canalizaría una. Se indicará al paciente la necesidad de que permanezca en ayunas las 8 h anteriores a la realización de la biopsia.

El día de la prueba, antes de que el paciente sea trasladado, se comprobará nuevamente que tiene una coagulación reciente, el Consentimiento Informado firmado, canalizada vía venosa y que ha respetado las ayunas. Se tomarán las constantes vitales con tensión arterial, frecuencia cardiaca, temperatura y saturación de oxígeno por pulsioximetría. Si hubiera alguna incidencia se pondría en conocimiento del médico encargado.

Tras la realización de la prueba, el paciente vuelve a la unidad de hospitalización, donde precisará unos cuidados de enfermería reflejados en el protocolo de enfermería de "Cuidados Post-biopsia Hepática" y que son:

- Reposo absoluto 4-6 horas, en decúbito lateral derecho, presionando sobre el punto de punción. El resto del día permanecerá en reposo relativo.
- Toma de constantes vitales cada 30 minutos las 2 primeras horas, y cada hora las 2 horas siguientes.
- Reanudación de la ingesta en las 4-6 horas posteriores.
- Si hipotensión, taquicardia, dolor importante... se avisará inmediatamente al médico responsable.

Plan de cuidados estandarizado (NANDA/NOC/NIC)

Riesgo de infección (NANDA 00004)

NOC: Severidad de la infección (0703)

NIC: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440)

Deterioro de la integridad cutánea (NANDA 00046)

NOC: Curación de la herida por primera intención (1102)

NIC: Cuidados del sitio de incisión (3440)

Dolor agudo (NANDA 00132)

NOC: Nivel del dolor (2102)

NIC: Manejo del dolor (1400)

Ansiedad (NANDA 00146)

NOC: Nivel de ansiedad (1211)

NIC: Disminución de la ansiedad (5820)

Deficit autocuidado uso del inodoro (NANDA 00110)

NOC: Autocuidados uso del inodoro (0310)

NIC: Ayuda en el autocuidado micción/defecación (1800)

Riesgo de sangrado (NANDA 00206)

NOC: Severidad de la pérdida de sangre (0413)

NIC: Control de hemorragias (4160)

4 Resultados

Los profesionales de enfermería, con la ayuda del Plan de Cuidados de Enfermería, serán capaces de identificar los signos y síntomas precoces de las complicaciones derivadas de la biopsia percutánea hepática.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de un plan de cuidados estandarizado facilitará la actividad enfermera, permitiendo así, una prevención y detección precoz de las complicaciones asociadas a la punción hepática.

Al mismo tiempo se proporcionarán unos cuidados de calidad, además del cuidado integral del paciente.

6 Bibliografía

- Google Académico

Capítulo 47

ACTUALIZACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES PARA ENFERMERÍA.

MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ

CLAUDIA AMOR CANTERO

JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO

LORENA FERMOSE NUÑO

1 Introducción

La vigilancia epidemiológica de la infección nosocomial es el primer escalón en la lucha contra este tipo de infecciones. Dicha vigilancia consiste en la obtención de datos, su análisis y la distribución de la información resultante a aquellos servicios que lo precisen en su labor sanitaria.

Un ejemplo de vigilancia epidemiológica sería el EPINE (Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, promovido por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene). El último estudio (EPINE 2017) arroja los siguientes resultados:

Prevalencia de pacientes con infección nosocomial:

-5,39% Infección nosocomial adquirida en presente ingreso.

-7,74% Infección nosocomial de cualquier tipo (propia del centro o importada).

Patógenos más frecuentes:

- 15,78% Escherichia Coli.
- 9,62 % Pseudomona aeruginosa.
- 9,62 % Staphilococcus aureus.
- Localizaciones más frecuentes:
- 25,03% Herida quirúrgica.
- 19,80% Respiratorias.
- 19,32% Urinarias.
- 15,10% Bacteriemias.

2 Objetivos

Describir los objetivos del EPINE e identificar otros proyectos de prevención para las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura publicada en las principales bases de datos (Pubmed, Scielo, Medline y Google Académico) hasta el año 2017. Las revisiones y estudios seleccionados fueron sometidos a lectura crítica y a la evaluación de su calidad metodológica. Se excluyeron aquellos artículos que estuvieran en un idioma distinto al castellano e inglés.

4 Resultados

Los objetivos del EPINE son:

- Determinar la prevalencia de infecciones nosocomiales y de uso de antimicrobianos en los hospitales de España.
- Describir los pacientes, procedimientos invasivos, infecciones y antimicrobianos prescritos.
- Difundir los resultados que deban ser conocidos por la comunidad autónoma y nacional.
- Proporcionar un instrumento estandarizado a los hospitales que permita identificar dianas de mejora de calidad.

Como resultado obtenemos los Proyectos Nacionales para disminuir la incidencia de infección nosocomial.

1. Proyecto Bacteriemia Zero

Esta intervención supone la implantación de seis medidas basadas en el mejor conocimiento científico relacionadas con la inserción y mantenimiento de los catéteres venosos centrales.

- Higiene adecuada de manos.
- Uso de clorhexidina en la preparación de la piel.
- Uso de medidas de barrera totales durante la inserción de los catéteres venosos centrales.
- Preferencia de la vena subclavia como lugar de inserción.
- Retirada de catéteres venosos innecesarios.
- Manejo higiénico de los catéteres.

2. Proyecto Neumonía Zero

Esta intervención supone la aplicación obligatoria de siete medidas y el compromiso de valorar la implantación de otras tres medidas optativas relacionadas con la inserción y mantenimiento de equipos de ventilación mecánica que han demostrado poseer un grado de evidencia alto en la revisión bibliográfica realizada por un equipo de expertos de la SEMICUIC y de la SEEUIC.

Medidas básicas de obligado cumplimiento:

- Formación y entrenamiento apropiado en la manipulación de la vía aérea.
- Higiene estricta de las manos antes de manipular la vía aérea.
- Higiene bucal cada 6-8 horas utilizando clorhexidina (0,12-0,2%).
- Control y mantenimiento de la presión del neumotaponamiento (> 20 cm de agua).
- Evitar, siempre que sea posible, la posición de decúbito supino 0°.
- Favorecer los procedimientos que permitan disminuir de forma segura la intubación y/o su duración.
- Evitar los cambios programados de las tubuladuras, humidificadores y tubos traqueales.

Medidas optativas específicas altamente recomendables:

- Aspiración continua de secreciones subglóticas.
- Descontaminación selectiva del tubo digestivo (completa u orofaríngea).
- Antibióticos sistémicos (dos días) durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de consciencia.

3. Proyecto Infección Quirúrgica Zero

Este proyecto va dirigido a la prevención de la infección del lugar quirúrgico (aquella que se produce en la incisión quirúrgica o en sus alrededores durante los primeros 30-90 días de la cirugía).

El proyecto incluye un total de cinco medidas (3 obligatorias y dos optativas).

Medidas de carácter obligatorio:

- Adecuación de la profilaxis antibiótica.
- Pincelado con clorhexidina alcohólica al 2 %.
- Eliminación correcta del vello.

Medidas de carácter optativo:

- Mantenimiento de la normotermia, por encima de 35,5°C.
- Mantenimiento de la normoglucemia, por debajo de 180 mg/dl.

4. Proyecto Flebitis Zero

Su objetivo principal es reducir las tasas de flebitis y bacteriemia relacionada con catéter venoso periférico a los estándares establecidos por los organismos internacionales contribuyendo a minimizar eventos adversos.

Intervenciones:

- Elección adecuada del tipo de catéter:
Selección del catéter: calibre más pequeño y longitud más corta necesarias para asegurar el tratamiento.
Localización: extremidad superior evitando zonas de flexión (muñeca, fosa antecubital...)
- Higiene de manos:
Fricción con solución hidroalcohólica o con agua y jabón antiséptico.
Higiene antes y después de inserción o manipulación del catéter y de reemplazar el apósito.
Guantes limpios (no estériles) siempre que se asegure técnica aséptica.
- Preparación de la piel con clorhexidina:
Clorhexidina alcohólica de concentración superior a 0,5% (betadine o alcohol 70°, si sensibilidad) previo a inserción del catéter y al cambio de apósito. Dejar secar antes de la inserción. No palpar la zona después de la antisepsia.
- Mantenimiento aséptico:
Apósito estéril transparente semipermeable (de gasa si el paciente suda o el punto de inserción sangra).
Limpiar el puerto de acceso con antiséptico. Acceder sólo con dispositivos estériles y sin agujas.
Accesos con válvulas Split-Septum, frente a mecánicas.
- Retirada de catéteres innecesarios:
No es necesario el cambio rutinario como medida de prevención.

Retirar si signos de flebitis o mal funcionamiento

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante el conocimiento de las medidas de actuación del personal de enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales.

Destacamos como medida básica e imprescindible en la reducción de las infecciones nosocomiales: el lavado de manos del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
- Protocolo “EPINE-Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute care hospitals, ECDC, 2016-2017” Estudio EPINE nº 28: 1990-2017.
- Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) 990-2017.
- Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2013; 31(2): 108-113.

Capítulo 48

PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTE CON ICTUS

ANA FERRER BLANCO

1 Introducción

Con el término “ICTUS” nos referimos a cualquier trastorno de la circulación cerebral, de comienzo súbito, y que puede ser consecuencia de la interrupción del flujo sanguíneo a una parte del cerebro (isquemia cerebral) o por el contrario a la rotura de una arteria o vena cerebral (hemorragia cerebral).

Es una de las causas más importantes de incapacidad permanente del adulto y la segunda causa de muerte (la primera en mujeres). Además, puede provocar secuelas que afecten de manera importante la calidad de vida. Por todo esto, es vital acudir de manera precoz a un centro hospitalario para instaurar el tratamiento cuanto antes y aprovechar la neuroplasticidad del cerebro que hace que, en esas primeras horas, sea más fácil recuperar las funciones cerebrales afectadas.

En general los síntomas más habituales del ictus son:

- Pérdida de fuerza en la mita del cuerpo (cara, brazo y pierna del mismo lado).
- Dificultad para hablar.
- Pérdida de sensibilidad u hormigueos en la en la mitad del cuerpo.
- Pérdida súbita de visión en un ojo.
- Dolor de cabeza muy intenso distinto del habitual.
- Etc.

Una vida sana disminuye el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular. Los factores de riesgo son:

- Hipertensión arterial.
- Enfermedades cardíacas.
- Diabetes mellitus.
- Aumento del colesterol.
- Consumo de alcohol, tabacos o drogas (anfetaminas, cocaína, etc.).
- Sedentarismo.
- Obesidad.

2 Objetivos

- Conocer la valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon de los síntomas más comunes del Ictus.
- Establecer los diagnósticos enfermeros según: NANDA, NOC, NIC.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: ictus, cuidados, enfermería, Marjory Gordon, NANDA, NIC, NOC; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON DE LOS SÍNTOMAS MÁS COMUNES

DOLOR AGUDO:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones
3. Eliminación: Sin alteraciones
4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones

9. Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por el paciente, así como la duración de cada episodio de dolor. Determinar las consecuencias que tiene para el paciente el dolor que sufre (absentismo laboral, alteración de la eliminación intestinal, alteración en la concentración mental, alteración de la higiene personal, trastornos de la movilidad, afectación del sueño, etc.).

10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones

11. Valores / Creencias: Sin alteraciones

12. Autorrealización: Sin alteraciones

13. Entretenimiento: Sin alteraciones

14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

MAREO Y/O VÉRTIGO:

1. Respiración: Sin alteraciones

2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones

3. Eliminación: Sin alteraciones

4. Movilidad / Postura: Determinar la habilidad del paciente para andar por su domicilio, bajar y subir escaleras, así como para mantener una marcha eficaz.

5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones

6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones

7. Temperatura corporal: Sin alteraciones

8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones

9. Evitar peligros: Determinar el equilibrio del paciente al caminar, al estar en bipedestación, en sedestación y si existe o no mareo.

10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones

11. Valores / Creencias: Sin alteraciones

12. Autorrealización: Sin alteraciones

13. Entretenimiento: Sin alteraciones

14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

HIPOACUSIA:

1. Respiración: Sin alteraciones

2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones

3. Eliminación: Sin alteraciones

4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones

5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones

6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones

7. Temperatura corporal: Sin alteraciones

8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones

9. Evitar peligros: Determinar el control que hace el paciente de la exposición al ruido.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Valorar el grado de comunicación receptiva del paciente, observando si es capaz de intercambiar mensajes con otras personas. Valorar el grado en el que la hipoacusia afecta a sus relaciones sociales.
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Determinar el grado en el que la hipoacusia afecta al desarrollo personal durante las diferentes etapas vitales.
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones

ALTERACIÓN DE LA VISIÓN:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de alimentación.
3. Eliminación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de evacuación.
4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Valorar la capacidad del paciente para preparar la vestimenta y vestirse.
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de baño/higiene.
9. Evitar peligros: Determinar la capacidad visual del paciente con el fin de evitar lesiones. Valorar la conducta del paciente para evitar riesgos que puedan provocar lesiones.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Sin alteraciones
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones

ALTERACIÓN DE LA SENSIBILIDAD CUTÁNEA/DISESTESIA:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de alimentación.
3. Eliminación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de evacuación.

4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Valorar la capacidad del paciente para preparar la vestimenta y vestirse.
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de baño/higiene.
9. Evitar peligros: Determinar la capacidad visual del paciente con el fin de evitar lesiones. Valorar la conducta del paciente para evitar riesgos que puedan provocar lesiones.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Sin alteraciones
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones

DISFAGIA:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Determinar la función deglutoria y la presencia de signos de atragantamiento/aspiración. Valorar la adecuación de la ingesta de líquidos y alimentos a las necesidades del paciente.
3. Eliminación: Sin alteraciones
4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones
9. Evitar peligros: Conoce y pone en práctica estrategias para prevenir el atragantamiento/aspiración
10. Comunicación / Relaciones sociales: Sin alteraciones
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Sin alteraciones
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones

INCONTINENCIA URINARIA:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones

3. Eliminación: Determinar el grado de continencia urinaria del paciente, valorando las características de las pérdidas de orina y la existencia de urgencia miccional.
4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Sin alteraciones
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Determinar si existe algún signo de alteración de la integración cutánea (eritema, herida, temperatura de la piel, etc.)
9. Evitar peligros: Determinar el grado de ansiedad verbalizada por el paciente y si esta ansiedad afecta al sueño.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Determinar el nivel de confianza en si mismo del paciente, así como la autoaceptación de su enfermedad. Valorar el grado en el que la incontinencia urinaria afecta a sus relaciones sociales.
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones
12. Autorrealización: Sin alteraciones
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones

MOVILIDAD FISICA LIMITADA:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de alimentación.
3. Eliminación: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de evacuación.
4. Movilidad / Postura: Valorar la capacidad del paciente para ambular, mantener la posición corporal, realizar una marcha eficaz, bajar y subir escaleras.
5. Dormir / Descansar: Valorar la capacidad del paciente para preparar la vestimenta y vestirse.
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Valorar la capacidad del paciente para realizar las actividades de baño/higiene.
9. Evitar peligros: Determinar el grado de dolor referido por el paciente, así como la existencia de irritabilidad e inquietud. Determinar el grado de seguridad del hogar del paciente, así como su conducta frente a la prevención de lesiones.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Valorar los sentimientos del paciente (autoestima, desesperanza, tristeza, depresión, etc.).
11. Valores / Creencias: Sin alteraciones

12. Autorrealización: Valorar el grado de adaptación a la discapacidad física.
13. Entretenimiento: Sin alteraciones
14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

HOSPITALIZACIÓN:

1. Respiración: Sin alteraciones
2. Alimentación / Hidratación: Sin alteraciones
3. Eliminación: Determinar si existe estreñimiento provocado por la inmovilidad o la alteración de los hábitos alimentarios del paciente.
4. Movilidad / Postura: Sin alteraciones
5. Dormir / Descansar: Valorar la calidad y número de horas de sueño, así como la dificultad para conciliar el sueño durante el ingreso hospitalario.
6. Vestirse / Desvestirse: Sin alteraciones
7. Temperatura corporal: Sin alteraciones
8. Higiene / Integridad piel y mucosas: Sin alteraciones
9. Evitar peligros: Valorar el miedo verbalizado por el paciente al ingresar en un centro sanitario.
10. Comunicación / Relaciones sociales: Valorar el grado de apoyo familiar durante el tratamiento.
11. Valores / Creencias: Valorar si el paciente puede compatibilizar el ingreso hospitalario con el culto religioso.
12. Autorrealización: Sin alteraciones
13. Entretenimiento: Determinar si el paciente participa en actividades ociosas compatibles con el ingreso hospitalario.
14. Aprendizaje: Sin alteraciones.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS NANDA. NOC. NIC.

Diagnósticos NANDA

00132 - Dolor agudo r/c agente lesivos (biológicos, químicos, físicos y/o psicológicos)

Resultados NOC

002102 - Nivel del dolor

2101 - Dolor: efectos nocivos

Intervenciones NIC

1400 - Manejo del dolor

2210 - Administración de analgésicos

1800 - Ayuda al autocuidado

2390 - Prescribir medicación

Diagnósticos NANDA

00035 - Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial

00088 - Deterioro de la deambulación r/c deterioro del equilibrio

Resultados NOC

0202 - Equilibrio

0200 - Ambular

Intervenciones NIC

6490 - Prevención de caídas

2390 - Prescribir medicación

Diagnósticos NANDA

00035 - Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial (hipoacusia)

00051 - Deterioro de la comunicación verbal r/c alteración de las percepciones

00052 - Deterioro de la interacción social r/c barreras de comunicación

00112 - Riesgo de retraso en el desarrollo r/c audición

Resultados NOC

1915 - Control del riesgo: deterioro auditivo

0904 - Comunicación: receptiva

2401 - Función sensitiva: auditiva

1308 - Adaptación a la discapacidad física

000108 - Desarrollo infantil: segunda infancia

0109 - Desarrollo infantil: adolescencia

0122 - Desarrollo: adulto joven

Intervenciones NIC

6610 - Identificación de riesgos

4974 - Mejorar la comunicación: déficit auditivo

5100 - Potenciación de la socialización

8250 - Cuidados del desarrollo

8274 - Fomentar el desarrollo: niño

Diagnósticos NANDA

00035 - Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial (alteración de la visión)

00037 - Riesgo de intoxicación r/c disminución de la visión

00038 - Riesgo de traumatismo r/c mala visión

00102 - Déficit de autocuidado: alimentación r/c dolor
00108 - Déficit de autocuidado: baño r/c dolor
00109 - Déficit de autocuidado: vestido r/c dolor
00110 - Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c dolor
00155 - Riesgo de caídas r/c dificultades visuales

Resultados NOC

2405 - Función sensorial
1902 - Control del riesgo
0300 - Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)
1909 - Conducta de prevención de caídas

Intervenciones NIC

4978 - Mejorar la comunicación: déficit visual
6490 - Prevención de caídas
6610 - Identificación de riesgos
1800 - Ayuda al autocuidado
6490 - Prevención de caídas

Diagnósticos NANDA

00035 - Riesgo de lesión r/c disfunción sensorial
00047 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la sensibilidad
0038 - Riesgo de traumatismo r/c reducción de la sensibilidad

Resultados NOC

2405 - Función sensorial
1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones NIC

2660 - Manejo de la sensibilidad periférica alterada
3590 - Vigilancia de la piel

Diagnósticos NANDA

00103 - Deterioro de la deglución r/c obstrucción mecánica, deterioro neuromuscular, defectos anatómicos adquiridos y/o anomalías de la vía aérea superior
00002 - Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir los alimentos y/o incapacidad para digerir los alimentos
00039 - Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución

0028 - Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c alteraciones que afecta el aporte de líquidos

Resultados NOC

001010 - Estado de deglución

1004 - Estado nutricional

1918 - Prevención de la aspiración

0601 - Equilibrio hídrico

Intervenciones NIC

1860 - Terapia de deglución

1160 - Monitorización Nutricional

3200 - Precauciones para evitar la aspiración

4130 - Monitorización de líquidos

Diagnósticos NANDA

00017 - Incontinencia urinaria de esfuerzo r/c debilidad de los músculos pélvicos, deficiencia del esfínter uretral interno y/o entre otros factores

00019 - Incontinencia urinaria de urgencia r/c infección vesical, disminución de la capacidad vesical y/o entre otros factores

00020 - Incontinencia urinaria funcional r/c deterioro de la cognición, factores psicológicos y/o entre otros factores

00018 - Incontinencia urinaria refleja r/c deterioro neurológico y/o lesión tisular

00176 - Incontinencia urinaria por rebosamiento r/c obstrucción uretral, obstrucción del drenaje vesical y/o entre otros factores

00047 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad

00146 - Ansiedad r/c amenaza por los patrones de interacción y/o el autoconcepto.

00119 - Baja autoestima crónica r/c percepción de falta de respeto por parte de otro y/o situación traumática

00053 - Aislamiento social r/c factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (incontinencia urinaria)

Resultados NOC

0502 - Continencia urinaria

1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas

1211 - Nivel de ansiedad

1205 - Autoestima

2002 - Bienestar personal

Intervenciones NIC

- 0610 - Cuidados de la incontinencia urinaria
- 0560 - Ejercicio del suelo pélvico
- 0570 - Entrenamiento de la vejiga urinaria
- 0560 - Ejercicio del suelo pélvico
- 3590 - Vigilancia de la piel
- 5820 - Disminución de la ansiedad
- 5400 - Potenciación de la autoestima
- 5230 - Aumentar el afrontamiento

Diagnósticos NANDA

- 00085 - Deterioro de la movilidad física r/c intolerancia a la actividad, deterioro cognitivo, disminución de la resistencia, disminución del control muscular, disminución de la masa muscular, deterioro musculoesquelético y/o entre otros factores
- 00088 - Deterioro de la ambulación r/c deterioro musculoesquelético, deterioro del equilibrio, deterioro cognitivo, dolor y/o entre otros factores
- 00090 - Deterioro de la habilidad para la traslación r/c obesidad, deterioro neuro muscular, deterioro musculoesquelético y/o entre otros factores
- 00123 - Desatención unilateral r/c lesión cerebral por un traumatismo, lesión cerebral por enfermedad neurológica, hemiplejía y/o entre otros factores
- 00133 - Dolor crónico r/c incapacidad física crónica
- 00035 - Riesgo de lesión r/c alteración de la movilidad
- 00155 - Riesgo de caídas r/c prótesis en extremidades inferiores, uso de dispositivos de ayuda, deterioro de la movilidad física y/o entre otros factores
- 00038 - Riesgo de traumatismo r/c problemas de equilibrio y/o disminución de la coordinación muscular
- 00102 - Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro musculoesquelético
- 00108 - Déficit de autocuidado: baño r/c deterioro musculoesquelético
- 00109 - Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro musculoesquelético
- 00110 - Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro musculoesquelético
- 00153 - Riesgo de baja autoestima situacional r/c deterioro funcional
- 00224 - Riesgo de baja autoestima crónica r/c acontecimiento traumático y/o situación traumática
- 00124 - Desesperanza r/c prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento
- 00137 - Aflicción crónica r/c experimenta discapacidad crónica

Resultados NOC

0208 - Movilidad
0200 - Ambular
1308 - Adaptación a la discapacidad física
2102 - Nivel de dolor
1910 - Ambiente seguro del hogar
1909 - Conducta de prevención de caídas
0300 - Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD)
1205 - Autoestima
1201 - Esperanza
1208 - Nivel de depresión

Intervenciones NIC

0221 - Terapia de ejercicios: ambulación
0226 - Terapia de ejercicios: control muscular
0224 - Terapia de ejercicios: movilidad articular
2760 - Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
1400 - Manejo del dolor
6486 - Manejo ambiental: seguridad
6490 - Prevención de caídas
1800 - Ayuda al autocuidado
5400 - Potenciación de la autoestima
5310 - Dar esperanza
5330 - Control del humor

Diagnósticos NANDA

00060 - Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia
00095 - Deterioro del patrón del sueño r/c interrupciones (p.ej. Administración de terapias), falta de intimidad, iluminación, olores nocivos, ruidos, compañero de sueño y/o mobiliario desconocido en el dormitorio
00097 - Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas
00148 - Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p. ej., hospitalización)
00011 - Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, estrés emocional, opiáceos, embarazo, cambio en el patrón de alimentación habitual, y/o entre otros factores
00170 - Riesgo de deterioro de la religiosidad r/c hospitalización

Resultados NOC

2609 - Apoyo familiar durante el tratamiento

0004 - Sueño

1604 - Participación en actividades de ocio

1210 - Nivel de miedo

0501 - Eliminación intestinal

2001 - Salud espiritual

Intervenciones NIC

7110 - Fomentar la implicación familiar

1850 - Mejorar el sueño

5360 - Terapia de entretenimiento

5270 - Apoyo emocional

0450 - Manejo del estreñimiento/impactación

5424 - Facilitar la práctica religiosa.

5 Discusión-Conclusión

Aproximadamente un 30% de los pacientes pueden tener síntomas previos, de aviso, de escasa duración llamados “ataques isquémicos transitorios”. Es importante su identificación, ya que puede evitar un infarto cerebral posterior.

La prevención disminuye el riesgo y debe hacerse a cualquier edad, pero sobre todo a partir de los 45 años, a fin de identificar los factores de riesgo cuyo control reduce drásticamente el riesgo de ictus.

6 Bibliografía

- Clinica Universidad de Navarra
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2009.
- Moros JS, Ballero F, Jáuregui S, Carroza MP. Rehabilitación en el ictus. An Sist Sanit Navar. 2000
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Recursos sanitarios. En: Modelo de atención a las personas con daño cerebral. Madrid: IMSERSO; 2007.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2003.
- Herdman TH, editora. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2013.

- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

Capítulo 49

ENFERMERÍA ANTE LA DISFAGIA NEURÓGENA

JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO

LORENA FERMOSE NUÑO

MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ

CLAUDIA AMOR CANTERO

1 Introducción

La disfagia es definida por los pacientes como la sensación de que los alimentos se clavan, pegan o atascan, o que la comida no desciende bien. Teóricamente se define como la sensación subjetiva de no progresión adecuada del bolo alimenticio con la deglución, siendo éste un proceso neuromuscular complejo de transporte del alimento desde la boca hasta el estómago, cuya duración es de 3-8 segundos pero en el que intervienen 6 pares craneales, segmentos de nervios cervicales y grupos musculares de boca, faringe, laringe y esófago. Todo ello regulado a nivel cerebral y en colaboración con el sistema respiratorio.

Una de las consecuencias por las que puede verse alterado el proceso de deglución es la causa neurológica. Los accidentes cerebro vasculares (ACV) presentan una prevalencia de disfagia de 27-69% en la fase aguda, estimándose que un 47% de estos pacientes la han padecido en algún momento de la enfermedad. Además, en función al tipo de ACV nos podemos encontrar mayor probabilidad de padecer disfagia, de tal forma que si estamos antes un ACV con afectación de tronco encefálico y hemisferios habrá mayor riesgo.

2 Objetivos

Describir las técnicas de evaluación de la disfagia neurógena y conocer los cuidados de enfermería que precisan los pacientes que la padecen.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de bibliografía en las bases de datos Scielo, Dialnet, Google Académico, PubMed y Biblioteca Cochrane Plus. Para ello se utilizaron las palabras clave ACV, Protocolo, Evaluación, Disfagia neurógena, Técnicas, Tratamiento, Enfermería y Cuidados. Se analizaron aquellos artículos publicados desde el año 2017 a la actualidad, en español e inglés.

4 Resultados

Según diversos estudios, la disfagia después de un ACV se asocia a mayor número de infecciones pulmonares, mayor mortalidad intrahospitalaria, peor pronóstico funcional y malnutrición. Por todo ello se hace necesario un diagnóstico precoz de la disfagia, el cual incluye anamnesis o historia clínica exhaustiva, exploración física, pruebas clínicas y pruebas instrumentales.

Para la realización de una adecuada historia clínica se debe insistir en la localización de los síntomas para distinguir entre disfagia orofaríngea o esofágica; existencia de síntomas asociados como tos, babeo, carraspeo, regurgitación nasal; duración y forma de inicio, siendo la de instauración brusca la que señala a ACV; evolución en el tiempo; consistencia del alimento que provoca las molestias, la disfagia orofaríngea suele cursar con dificultad en la deglución de líquidos mientras que en la disfagia esofágica, existe mayor dificultad para los sólidos; y fármacos o tratamiento previo quirúrgico, radiológico y quimioterapéutico. Dentro de este apartado se puede incluir la exploración física, en la que se inspecciona la cavidad oral con valoración motora y sensitiva, inspección orofaríngea, palpación de cabeza y cuello, maniobra de palpación externa durante la deglución para valorar el movimiento de mandíbula, hioides y laringe (retraso en el inicio del reflejo deglutorio en la disfagia neurógena), y los reflejos palatino, nauseoso y tusígeno.

A continuación se procedería a la realización de pruebas clínicas, entre las que destacan por haber demostrado mayor eficacia, las siguientes:

- Test clínico Eating Assessment Tool (EAT-10): 10 preguntas que han de ser contestadas por el paciente y/o cuidador con puntuaciones de 0 a 4; a menor puntuación, menos problemas que presenta el paciente. Las 10 cuestiones abordan aspectos como la pérdida de peso, interferencia de la disfagia en la capacidad de comer fuera de casa, existencia de esfuerzos extras, presencia de dolor, disminución del placer o estrés.

- Test del agua de DePIPPPO: consiste en la administración de 10ml de agua con jeringa y evaluar existencia de babeo, nº de degluciones, tos o disfonía; repitiendo dicho proceso 4 veces y finalmente administrar 50ml. Este test es realizado por la enfermera en cada turno durante 4 días.

- Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V): se realiza en paciente colaborador, posición de sedestación, colocación de pulsioxímetro y equipo de aspiración cerca. Se prepara agua con espesante para conseguir 3 texturas: líquido, néctar y pudding. Se administran dosis de 5ml, 10ml y 20ml de cada una de la viscosidades empezando por néctar, a continuación líquido y por último pudding. En cada toma se debe valorar la presencia de alteraciones de seguridad (tos, desaturación mayor del 2% o voz húmeda) y alteraciones de eficacia (residuo en cavidad oral y/o en faringe, babeo y deglución fraccionada). Ante la presencia únicamente de alteraciones de eficacia, se sigue progresando la prueba pero, ante la presencia de alteraciones de seguridad, se debe interrumpir la progresión en la prueba y volver al bolo más seguro. Hay la posibilidad de pasar directamente a pudding en caso de problemas de seguridad con líquidos.

Para finalizar el correcto diagnóstico, en ocasiones se hace imprescindible la realización de pruebas instrumentales, entre las que destaca la videofluoroscopia (VFS); consiste en la administración de diferentes volúmenes, viscosidades y consistencias evaluando el trayecto del bolo alimenticio. Además, se puede completar el diagnóstico con videoendoscopia de la deglución (FEES), estudio baritado, exploraciones endoscópicas, TAC, RNM, entre otras.

Una vez obtenida la confirmación de la disfagia se debe de llevar a cabo un tratamiento individualizado en el que se incluye:

- Medida generales: evitar distracciones, comer despacio, intentar comer siempre a la misma hora y en el mismo lugar, evitar comer con somnolencia o si no responde a estímulos externos, mantenerse sentado durante y postingesta si es posible, encamados elevar cabecera a 45 grados, esperar a vaciar la boca para introducir la siguiente cucharada, estimular degluciones secas entre tomas, mantener una respiración fluida, utilizar vasos de boca ancha, no pajitas ni jeringas, cuchara de volumen adecuado introduciéndola en sentido horizontal y haciéndola contactar con suelo de la boca y punta de la lengua para estimular, mantener

higiene bucal.

- Tratamiento postural: con los cambios posturales se va a conseguir modificar la dirección del bolo sin aumentar el esfuerzo del paciente y disminuye el riesgo de aspiración. De esta forma si existe dificultad del cierre labial, se colocará al paciente con la cabeza ligeramente hacia atrás; con reducción de los movimientos de la lengua se inclinará la cabeza ligeramente hacia atrás y se introducirá el alimento en la mitad posterior de la misma; cuando hay retraso en reflejo deglutorio, se inclinará la cabeza hacia delante para realizar los tragos supraglóticos.
- Volumen/Viscosidad/Textura/Temperatura: no mezclar texturas, alimento uniforme, bolos frío producen estimulación sensorial, cambios entre volumen-viscosidad.
- Estrategia deglutorias para mejorar la maniobra de deglución: ejercicios para mejorar tono, sensibilidad, velocidad y motricidad; maniobras para cerrar vía aérea; doble deglución; maniobra de Masako, que evita aspiraciones postdeglución.
- Estrategias de incremento sensorial oral: ayudan a alertar al SNC antes de la deglución. Hace referencia a estimulación sensorial oral, estimulación salival con olores, visión de alimentos apetitosos...

5 Discusión-Conclusión

Estamos ante un problema que se puede presentar como síntoma previo a una patología de base o como patología propiamente dicha. Para su diagnóstico y tratamiento se hace necesario un equipo multidisciplinar cuyo objetivo es llevarlo a cabo lo más precoz posible, de forma que se evitarán posibles complicaciones asociadas como desnutrición, infecciones respiratorias secundarias a aspiraciones, muchas de ellas silentes y por tanto, menor morbilidad y menor estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

1. M. T. Andrés del Barrio, M.J. Sánchez Palomo, I. Sánchez Herán, G. Carvalho Monteiro, A. Yusta Izquierdo. Protocolo diagnóstico de la disfagia de causa neurológica. Med. Prog. Form. Med. Cont. Acred. Abril 2019; 12 (77): 4567-4570.
2. M.K. Taiano Espinoza, W.A. Vargas Samerón, L. C. Sánchez López, P.A Bonifaz Aquino. Diagnóstico diferencial de la disfagia. Rev. Cient. Inv. Act. Mun. Cie. 2019; 3 (1): 587-617.

3. G. Garmendia Merino, H. Bascuñana Ambrós. Importancia de la cuantificación del desplazamiento hioideo en la valoración del estadio y evolución de la disfagia orofaríngea. *Act. Otorr. Esp.* 2019; 70 (6): 327-335.
4. C. Jiménez Rojas, A. I. Corregidor Sánchez, C. Gutiérrez Bezón. Disfagia. *SEGG.*
5. I.M. Méndez Sánchez, M.C. López Vega, Á. Pérez Aisa. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. *RAPD.* 2017; 40(3).
6. E. Hernández Bello, L. Castellot Perales, C. Tomás Aznar. Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras un accidente cerebrovascular. *Rev. Cie. Soc. Esp. Enf. Neurol.* 2019; 49: 8-15.
7. A. I. Díaz Fernández, M^a. A. González Álvarez. Prevalencia de disfagia tras ICTUS. Visión desde Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA).* 2017; 5 (1): 38-56.
8. M^a. N. Rodríguez Acevedo, P. Vaamonde Lago, T. González Paz, A. Quintana Sanjuás, M^a. J. González Cortés. Disfagia orofaríngea: Actualización y manejo en poblaciones específicas. *SGORL PCF.* 2018.

Capítulo 50

APENDICITIS AGUDA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

LUCÍA MARTIÑO CANGA

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La apendicitis aguda es una patología que encontramos con frecuencia en los servicios de urgencias hospitalarios, aunque en algunas ocasiones, debido a la alta prevalencia de patologías abdominales más banales, como las gastroenteritis agudas, meteorismo, etc; se puede demorar un poco el diagnóstico de la apendicitis aguda si lo hallamos en sus fases más iniciales.

2 Objetivos

Conocer el proceso de valoración, diagnóstico, plan de cuidados y tratamiento de una apendicitis aguda.

3 Caso clínico

Mujer de 22 años que acude a urgencias por cuadro de náuseas y vómitos de 48 horas de evolución acompañado de dolor abdominal que ha empeorado haciéndose intenso y punzante. Refiere sentirse muy débil y mareada debido a no poder ingerir sólidos y líquidos solo en pequeñas cantidades, comenta no haber realizado cambios en su rutina alimentaria ni haber comido fuera de casa en los días anteriores.

A la exploración se observa palidez de piel y mucosas, con piel seca. Signos vitales: hipotensión así como fiebre de 39°C. Dolor abdominal intenso a la palpación y Signo de bloomberg positivo en fosa ilíaca derecha.

Análisis de orina dentro de la normalidad. Análisis venoso: leucocitosis y aumento de la velocidad de sedimentación.

Eco y Rx abdominal: se objetiva inflamación de apéndice.

Plan de cuidados

Se dejará a la paciente en dieta absoluta, se canalizará vía venosa para la administración de sueroterapia, reposición de líquidos y administración de analgesia siguiendo la escala recomendada por la OMS y respetando escalones terapéuticos. También se comenzará con antibioterapia como profilaxis y se realizará preparación quirúrgica, según la programación de cirugía para realizar una apendicectomía.

Diagnóstico diferencial:

Pancreatitis, GEA (gastroenteritis aguda), intoxicación alimentaria, colecistitis, gastritis, úlcera duodenal.

4 Resultados

Diagnóstico clínico de apendicitis aguda.

5 Discusión-Conclusión

Es importante evitar o reducir el nivel de estrés en nuestras vidas, la realización de ejercicio físico regular y moderado, así como hábitos alimenticios saludables evitando grasas saturadas y reduciendo la ingesta de hidratos de carbono y bebidas ricas en azúcares y carbonatadas, así como seguir una dieta rica en fibra para favorecer un adecuado hábito intestinal. De este modo, tendremos un diagnóstico

diferencial más acotado para patologías abdominales, pues si los buenos hábitos alimenticios estuvieran extendidos y generalizados en la población, podría haber menos patología abdominal banal e identificar con mayor rapidez aquellas más graves.

6 Bibliografía

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

Capítulo 51

DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO

LUCÍA MARTIÑO CANGA

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA

1 Introducción

El dolor es uno de los síntomas más frecuente que podemos hallar en múltiples patologías, por lo que es relevante conocer bien cómo tratarlo, y hacerlo de la forma más objetiva posible. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró y estableció una escala analgésica.

2 Objetivos

Identificar cómo conseguir buen manejo del dolor a través de analgesia efectiva.

3 Caso clínico

Paciente oncológico ingresado en planta, durante su tercer día postoperatorio en paciente intervenido de un cáncer de pulmón realizando lobectomía superior derecha vía VATS. Tras la cirugía, presenta dolor controlado gracias a analgesia

continúa por catéter epidural más analgesia endovenosa. Tras retirada de catéter epidural comienza con dolor mal controlado por analgesia oral .

Signos vitales dentro de la normalidad, sin episodios febriles, hemodinámicamente estable. Según análisis de sangre venosa: ligera amenización esperada tras la cirugía.

Drenaje torácico funcionado sin incidencias conectado a aspiración negativa y encontrándose permeable con débitos aceptables. Herida quirúrgica con buen aspecto sin signos de infección o sangrado. Radiografía de tórax sin cambios significativos.

Diagnóstico diferencial: Dolor oncológico, infección, contractura muscular, dolor neuropático.

Plan de cuidados: proporcionar un buen ambiente para el descanso así como una buena alimentación y fomentar la deambulación temprana para una recuperación correcta. Educar al paciente para que sea capaz de reconocer los primeros signos de dolor y avisar para administrar analgesia de rescate. Se añade parche transdérmico de fentanilo cada 72 horas juntos con tratamiento (Paracetamol, AINE) oral o endovenoso si fuera necesario.

De este modo, se estableció un plan terapéutico adecuado que proporciona bienestar y ausencia de dolor al paciente tras su intervención.

4 Resultados

Diagnóstico clínico de dolor postoperatorio

5 Discusión-Conclusión

Es importante comprender la individualidad del umbral del dolor para cada persona, aún en situaciones similares. El método básico para la pauta de analgesia adecuada es la escala terapéutica de la OMS, siguiendo y respetando los medicamentos que se encuentran en diferentes escalones, con el fin de emplearlos con la mayor eficacia posible.

6 Bibliografía

- Google Académico

Capítulo 52

TIPOS Y USO DE LA INSULINA

GEMMA GARCÍA CANDÁS

JAIR MARTÍNEZ DÍAZ

1 Introducción

La Insulina es una hormona producida por el páncreas que tiene varias funciones importantes en el cuerpo humano, siendo la más característica la intervención directa sobre los niveles de la glucosa en sangre, previniendo así la hiperglucemia. También tiene efecto sobre otras áreas del cuerpo, como puede ser la síntesis de lípidos y en la actividad enzimática.

La insulina fue descubierta en 1921 por Sir Frederick Grant Banting junto a su ayudante Charles Best. Desde casi ese mismo momento, la insulina viene utilizándose en el tratamiento de la diabetes. Al principio se utilizaba insulina porcina y bovina, muy similar a la humana, en la actualidad se utilizan insulinas humanas biosintetizadas. En los últimos años han hecho su aparición los llamados análogos de insulina, que son insulinas con la estructura molecular modificada.

2 Objetivos

Objetivo Principal

- Conocer los tipos de insulinas.

Objetivo específico:

-Entender el uso de cada tipo de insulina.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliografía no sistemática pero exhaustiva entre abril y agosto de 2019. La búsqueda bibliográfica se efectuó en diferentes fuentes de información como bases de datos, para ello se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) y lenguaje libre. Se consultaron revistas y página web de prestigio. También se buscó información a través del buscador Google.

Para establecer los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los documentos tratasen principalmente sobre farmacoterapéutica de la insulina. Se aplicaron límites temporales y de idioma, incluyendo documentos posteriores a 2010, respecto al idioma se incluyeron documentos en español, inglés y portugués. Posteriormente se realizó una lectura exhaustiva de los documentos que fueron elegidos.

4 Resultados

CONCEPTO DE INSULINA

La real academia española de la lengua ofrece dos definiciones del concepto de insulina, por un lado la define como: “hormona segregada por los islotes de Langerhans en el páncreas, que regula la cantidad de glucosa existente en la sangre”. Por otro lado ofrece la definición de insulina como fármaco, “medicamento echo con insulina y utilizado contra la diabetes”.

La ADA habla de la insulina como “una hormona natural que produce el páncreas. Se receta insulina a muchas personas con diabetes, ya sea porque su cuerpo no produce insulina (diabetes tipo 1), o no usa la insulina debidamente (diabetes tipo 2)”.

Una definición más técnica de insulina sería: hormona polipeptídica, formada por 51,5 aminoácidos, con una estructura molecular similar a un pentágono, producida en las células beta de los Islotes de Langerhans pancreáticos en forma de proinsulina unida a péptido C y cuya principal función es la glucoreguladora.

ACCIONES DE LA INSULINA EN EL ORGANISMO

La Insulina es una hormona producida por el páncreas que tiene varias funciones importantes en el cuerpo humano, siendo la más característica la intervención directa sobre los niveles de la glucosa en sangre, previniendo la hiperglucemia.

También tiene efecto sobre otras áreas del cuerpo, como puede ser la síntesis de lípidos y en la actividad enzimática.

El papel más importante de la insulina en el cuerpo humano es su acción recíproca con la glucosa. El páncreas produce generalmente más insulina en respuesta a un pico en el nivel de azúcar en sangre, esto se debe a que la insulina actúa como receptor para abrir las células en el cuerpo y permite que la glucosa sea utilizada como fuente de energía. Cuando se produce un exceso de glucosa en la circulación sanguínea la insulina se encarga de almacenar la glucosa en forma de glicógeno en el hígado y en el músculo, pudiendo ser utilizada más adelante, cuando las necesidades energéticas sean más altas. Como resultado de esto, hay menos insulina en la circulación sanguínea y se restablecen los niveles normales de glucosa en sangre.

En ausencia de insulina, el cuerpo no puede utilizar la glucosa como energía en las células, como consecuencia la glucosa permanece en la circulación sanguínea y puede llevar a una hiperglucemia.

La hiperglucemia de forma crónica y mantenida es característica de la diabetes mellitus y si no es tratada se asocia a complicaciones severas. En casos graves, la falta de insulina y la capacidad reducida de utilizar la glucosa como fuente de energía pueden llevar a un estado de cetoacidosis, debido a que el hígado descompone la grasa, para obtener energía, y la convierte en un impulsor llamado cetona. La acumulación de estas cetonas en la sangre u orina pueden ser tóxicas.

La insulina no se ocupa solo de los niveles de glucosa, también desempeña otras funciones como pueden ser:

- Modificar la actividad de enzimas.
- Interviene en la síntesis de lípidos.
- Interviene en la absorción de aminoácidos y potasio.
- Manejo de la excreción del sodio y del volumen fluido en la orina.

UTILIDAD FARMACÉUTICA DE LA INSULINA

La insulina fue descubierta en 1921 por Sir Frederick Grant Banting junto a su ayudante Charles Best. Desde casi ese mismo momento, la insulina viene utilizándose en el tratamiento de la diabetes. Al principio se utilizaba insulina porcina y bovina, muy similar a la humana, en la actualidad se utilizan insulinas humanas biosintetizadas. En los últimos años han hecho su aparición los llamados análogos de insulina, que son insulinas con la estructura molecular modificada. La insulina es la hormona principal para la utilización adecuada de la glucosa en

los procesos metabólicos. Su acción fundamental es permitir el uso de la glucosa en los tejidos. Por tanto la principal propiedad farmacológica que presenta es intervenir en el metabolismo normal de carbohidratos, proteínas y grasas.

La insulina se debe administrar al organismo para sustituir la falta de insulina endógena y corregir así los trastornos metabólicos y la hiperglucemia causados por deficiencia absoluta ó por una reducción de la eficacia biológica de la insulina.

La principal indicación de la insulina es su uso en la diabetes mellitus tipo I, sin embargo existen otras indicaciones medicas donde se puede utilizar como son complicaciones asociadas a la diabetes (cetoacidosis diabética, acidosis, cetosis, coma diabético), algunos casos de diabetes mellitus tipo 2 que no se controlan adecuadamente con dieta ó fármacos orales y también se usa hiperpotasemia.

En cuanto a las contraindicaciones, la insulina está contraindicada en casos de hipersensibilidad a la insulina, diarrea, gastroparesia, obstrucción intestinal, disfunción hepática, disfunción renal, etc. Tener en cuenta que los requerimientos de insulina están aumentados en casos de fiebre alta, hipertiroidismo, infecciones graves, traumatismo y cirugía.

CLASIFICACIÓN DE INSULINAS

La insulina podemos clasificarla, según su origen o según su farmacocinética. Si la clasificamos según su origen pueden ser:

- Insulinas humanas.
- Análogos de insulina humana.

Según su farmacocinética, se clasifican en:

- Prandiales ó rápidas.
- Basales ó lentas.
- Intermedias.

También existen insulinas mezcladas llamadas insulinas mixtas, que contienen insulina de acción rápida e intermedia en diferentes proporciones. Otra clasificación menos utiliza es clasificar los diferentes tipos de insulina identificándolas por letras. La insulina R es la de inicio rápido (30 a 60 min) y duración corta (6 h). La insulina NPH (N) tiene agregada protamina, que le confiere una acción intermedia (inicio, 1 a 2 h; duración, 18 a 24 h). La insulina L, que se obtiene por un proceso de recristalización con zinc, también es de acción intermedia. La insulina PZI tiene mayor concentración de protamina, por lo que su efecto se inicia lentamente (4 a 6 h) y su duración es más prolongada (24 a 36 h). En todos los casos,

el inicio y duración de efecto corresponde a la administración subcutánea. Sólo la insulina R se administra por vía intravenosa. Por esta vía, su efecto se inicia en 10 min, el pico máximo se produce a los 15-30 min y su duración sería de unos 30-60 min.

La clasificación más utilizada y que propone la ADA es la clasificación farmacocinética.

CLASIFICACIÓN FARMACOCINÉTICA

Insulinas prandiales

Las insulinas prandiales o insulina de acción rápida tienen un inicio de acción precoz, comienza a surtir efecto a los 10-15 minutos después de la inyección, tiene su máximo efecto al cabo de una hora y es eficaz de dos a cuatro horas.

Debido a la posibilidad de administrarlos inmediatamente antes o incluso después de las comidas, permiten una mayor flexibilidad en los horarios de las comidas.

Tipos: Insulina glulisina (Apidra), insulina lispro (Humalog) e insulina aspart (NovoRapid).

El Committee for Medicinal Products for Human Use de la Agencia Europea del Medicamento ha dado el visto bueno a una nueva formulación de insulina aspart (Fiasp®), que presenta una absorción más rápida en comparación con insulina aspart NovoRapid. Se puede administrar desde 2 minutos antes de empezar a comer hasta 20 minutos después del inicio de las comidas.

Insulinas basales

Las insulinas basales o lentas tienen una absorción lenta, un efecto pico mínimo, y un efecto de meseta estable que dura la mayor parte del día. Se usa para controlar el azúcar en ayunas y entre comidas. Insulina glargina, existen tres tipos:

1. Insulina glargina. (Lantus) No tiene un pico apreciable y su duración de acción es de 24 horas. Existen estudios que demuestran una reducción de las hipoglucemias sintomáticas y nocturnas, por lo que es de utilidad para pacientes con antecedentes de hipoglucemias nocturnas o en los que la pauta terapéutica cada 24 horas aporta beneficios en el cumplimiento.

2. Insulina glargina biosimilar. (Abasaglar) el primer biosimilar de la insulina glargina. Presenta una eficacia y seguridad similar a la insulina glargina.

3. Insulina glargina de alta concentración. (Toujeo) Aporta el beneficio de reducir

el volumen de las inyecciones. El volumen reducido de Toujeo es una ventaja para los pacientes diabéticos, especialmente para aquellos con DM2 que presentan resistencia a la insulina y requieren altas dosis de insulina basal. Otra de las ventajas que presenta es que permite una mayor flexibilidad, se puede administrar hasta 3 horas antes o 3 horas después de su hora de administración habitual.

Insulina detemir. (Levemir) A diferencia de la insulina glargina, su duración de acción es menor de 24 horas. Los datos de los ensayos clínicos sugieren que en la mayoría de los pacientes son necesarias dos dosis para alcanzar una cobertura basal aceptable y un buen control glucémico.

Insulina degludec. (Tresiba) Es un análogo de acción prolongada de la insulina humana. Las modificaciones realizadas en su molécula le confieren una duración de acción superior a 40 horas y reduce la variabilidad plasmática con una única dosis diaria. Por ello, aunque se recomienda administrar a la misma hora una vez al día, permite una administración más flexible, asegurando siempre que pasen un mínimo de 8 horas entre las inyecciones. En DM1 ha demostrado disminuir el número de hipoglucemias nocturnas. Su coste es superior al de la insulina glargina y requiere visado de inspección.

Insulinas intermedias

Las insulinas de acción intermedia son empleadas como insulinas basales, aunque a diferencia de estas suelen inyectarse tres veces al día, ya que su duración de acción es más reducida. Entre las insulinas intermedias están la Insulina humana NPH (Insulatard); (Humalina NPH) estarían indicadas en pacientes con bajo riesgo de hipoglucemias. Su uso ha disminuido en los últimos años debido al aumento de la prescripción de insulina glargina y otros análogos. Lispro protamina NPL (HumalogBasal) esta tiene una baja comercialización en España desde 2016.

Insulinas mixtas

Las insulinas llamadas insulinas mixtas son mezclas preestablecidas de insulina de acción rápida e intermedia. Habitualmente se inyectan antes del desayuno y de la cena. En cuanto a los tipos podemos encontrar:

- Regular+NPH (Mixtard30); (Humalina30:70): Estas incluyen un 30% de insulina rápida con un 70% de insulina intermedia.
- Lispro+Lispro protamina (HumalogMix25) que esta formada por un 25% de insulina rápida y 75% de insulina intermedia; (HumalogMix50) que incluye 50% de insulina rápida y 50% insulina intermedia.
- Aspart+Aspart protamina (Novomix 30); (Novomix 50); (Novomix 70) el número

indica el porcentaje de insulina rápida, el resto sería de insulina intermedia.

5 Discusión-Conclusión

Todos los documentos analizados durante este trabajo coinciden en que la principal utilidad farmacológica de la insulina es el tratamiento de la diabetes tipo I, aunque si existen otras indicaciones médicas en las que se puede utilizar.

Sobre la clasificación de las insulinas existen diferentes métodos para su clasificación, no se han encontrado datos que demuestren que una clasificación sea mejor que otra, sin embargo sí que la mayoría de los autores coinciden en que la más utilizada es la clasificación farmacocinética.

Dentro de la clasificación farmacocinética existen algunas discrepancias entre las distintas fuentes consultadas. Algunos autores clasifican la Insulina humana NPH (Insulatard) como insulina basal y otros como insulina intermedia, la insulina Lispro protamina NPL (HumalogBasal) algunas fuentes la incluyen dentro de las insulinas mixtas y otros dentro de las insulinas intermedias. Algunos autores en las insulinas prandiales diferencian entre rápidas y ultra rápidas. Así como las insulinas mixtas también las denominan bifásicas.

6 Bibliografía

1. ALLOZA P, ASENSIO I, CATAYUD E, FERNANDEZ T, MARTINEZ O, MRIL-LOLISA R et al. GUIA DIDACTICA PARA PROFESIONALES SOBRE DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE INSULINA Y ANALOGOS GLP-1. SEFAR; 2016.
2. SMITH Y. EFFECT OF INSULIN ON GLUCOSE UPTAKE [Internet]. NEWS MEDICAL LIFE SCIENCIES. [cited 14 July 2019].
3. MANDAL A. ENFERMEDADES DELA INSULINA[Internet]. NEWS MEDICAL LIFE SCIENCIES. [cited 6 July 2019].
4. INTRODUCCION A LAS ACTIVIDADES DE INSULINA [Internet]. [cited 14 July 2018].
5. GOBIERNO VACO. INFORMACIÓN FARMACOTERAPEUTICA. VOL 25 NUM 3; 2017
6. MCCULLOCH DK. GENERAL PRINCIPALES OF INSULIN THERAPY IN DIABETES MELLITUS.

7. MANUAL DE MEDICAMENTOS. NORMAS DE USO. SCIAS HOSPITAL DE BARCELONA.

8. INSULINAS. [Internet]. [cited 5 Agosto 2019].

Capítulo 53

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

CELIA CANELLADA RIESTRA

GEMA FERNANDEZ NOVO

BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES

LUCIA ALVAREZ PRENDES

XIOMARA EDROSA LÓPEZ

1 Introducción

Nosocomial proviene del griego nosokomein que significa nosocomio, o lo que es lo mismo hospital, y que a su vez deriva de las palabras griegas nosos, enfermedad, y komein, cuidar, es decir, donde se cuidan enfermos. Por lo tanto infección nosocomial es una infección asociada con un hospital o con una institución de salud.

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren durante la atención sanitaria y la estancia en un hospital, y que no han sido adquiridas antes de que el paciente ingresara pudiéndose manifestar tras el alta hospitalaria. Están relacionadas en la mayoría de las ocasiones con procedimientos invasivos. Muchas son evitables si se cumplen las medidas preventivas, especialmente las de asepsia.

El Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) es el primer sistema de vigilancia de la infección nosocomial desarrollado en nuestro país. El del año 2017, habla de un 7-8% de infecciones adquiridas durante la estancia en hospitales españoles. Según este estudio el grupo más afectado fueron los pacientes varones mayores de 65 años, la probabilidad de adquirirla aumentaba cuanto más largo era el periodo de estancia en el hospital y las áreas con mayor prevalencia de pacientes afectados por las infecciones nosocomiales fueron especialmente las de cuidados intensivos, las de cuidados de larga estancia, las áreas quirúrgicas y la rehabilitación. Y gran parte de este tipo de infecciones se transmite por el aire, por las manos o por el contacto con superficies contaminadas.

La infección nosocomial más frecuente es la de tipo respiratorio (neumonía asociada a la ventilación mecánica), seguida por la urinaria (por catéter vesical), piel y partes blandas (infección de la herida quirúrgica), tracto gastrointestinal y ojos. Las principales bacterias multirresistentes hoy en día son: el *Staphylococcus Aureus* resistente a la meticilina (SAMR), *Enterococcus* resistente a vancomicina y enterobacterias como *Escherichia Coli* y *Klebsiella Pneumoniae*.

La sepsis supone la primera causa de muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos, suponiendo un 40% de los gastos de los recursos. Esta complicación es debida al continuo contacto entre los profesionales sanitarios y los pacientes con un estado de salud comprometido.

Tienen un origen multifactorial, que viene dado por los 3 componentes que forman la cadena de la infección, a saber: los agentes infecciosos, el huésped y el medio ambiente, interactuando entre ellos. En los agentes infecciosos hay que tener en cuenta su origen (bacterias, virus, hongos o parásitos), sus atributos para producir enfermedad (virulencia, toxigenicidad), la estabilidad de su estructura antigénica, así como su capacidad de resistencia múltiple a los agentes antimicrobianos. En el caso de las bacterias, esta última propiedad se pone más de manifiesto por la presencia de una serie de elementos genéticos de origen tanto cromosomal, tal es el caso de los transposones y los integrones, como extracromosomal, o sea los plásmidos, que las hacen adquirir resistencia a los antibióticos. Los plásmidos se han convertido en la punta de lanza de los microorganismos en su lucha por evadir los efectos de los antimicrobianos. Esos elementos codifican una cantidad importante de enzimas que inactivan a uno o varios de estos agentes, y crean verdaderos problemas a la hora de tratar infecciones causadas por bacterias que las portan. Los plásmidos codifican, entre otras enzimas, a las betalactamasas de espectro reducido y las de espectro ampliado (BIPEA), derivadas de aquellas y que

inactivan a betalactámicos como penicilinas y cefalosporinas, así como también a aminoglucósidos estas últimas. De igual forma portan los genes erm que crean resistencia frente a macrólidos y lincosamidas, los de resistencia de alto nivel (RAN) a aminoglucósidos, etc., sin olvidar a los sumamente conocidos plásmidos de penicilinas de los estafilococos que de forma característica, se transmiten por transducción en lugar de por conjugación. Los integrones, elementos móviles de inserción secuencial descubiertos hace solo pocos años, han sido involucrados en la resistencia incipiente que presentan ya algunas bacterias frente a los carbapenemos, considerados entre los antibióticos más importantes hasta ahora desarrollados; un ejemplo lo constituyen cepas de *Pseudomonas Aeruginosa* resistentes a Imipenem.

El segundo elemento de la cadena es el huésped, en el que desempeñan una función importante sus mecanismos de resistencia. La mayoría de las infecciones en el hospital se producen en cierto grupo de pacientes con características individuales como la edad (el 60 % de los casos está entre 50 y 90 a), malnutrición, traumatismos, enfermedades crónicas, tratamientos con inmunosupresores y antimicrobianos, así como que están sometidos a procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los hacen más susceptibles de adquirir infecciones durante su estancia en el hospital.

El tercer y último elemento de la cadena sería el medio ambiente tanto animado como inanimado, que está constituido por el propio entorno hospitalario, los equipos e instrumental para el diagnóstico y tratamiento, los materiales de cura y las soluciones desinfectantes, etc., y sobre todo el personal asistencial.

De la interacción de estos 3 factores van a surgir las infecciones hospitalarias y en la medida en que participen estos así será su incidencia y su comportamiento. Son un problema complejo donde intervienen además cuestiones financieras, de personal, organizativas y estructurales.

Las infecciones nosocomiales siguen siendo un importante problema de salud pública. La vigilancia epidemiológica (recogida sistemática, tabulación, análisis y distribución de la información sobre las infecciones nosocomiales) ha demostrado ser eficaz en la prevención de tales infecciones, además de ser rentable económicamente. Los sistemas de vigilancia se clasifican en activos o pasivos dependiendo de quién los realice; retrospectivos o prospectivos según cuándo se realicen; basados en el paciente o en datos de laboratorio, y por último, según el ámbito que abarca la vigilancia, global, por objetivos o limitada (dirigida). La utilización de uno u otro sistema depende fundamentalmente de los recursos

disponibles y de la estructura del hospital. La exhaustividad en la recogida de datos puede variar desde el número de infecciones y número de pacientes en riesgo hasta características de la infección (localización, cultivos), factores de riesgo intrínseco y extrínseco; características de la intervención, y tratamiento antibiótico. Los resultados se expresan de forma diferente según se trate de estudios de prevalencia o incidencia. La comparabilidad de las tasas depende fundamentalmente de la comparabilidad de los pacientes y de los sistemas de vigilancia empleados, por ello, uno de los mayores retos en el futuro es la elaboración de criterios, indicadores de riesgo que resulten buenos predictores de la infección nosocomial. Actualmente, los principales sistemas de vigilancia utilizados en España son los estudios EPINE, VICONOS, PREVINE y ENVIN-UCI.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Será conocer la manera de prevenir las infecciones nosocomiales.

Objetivos específicos:

- Conocer el papel que juega la enfermería en su prevención y las repercusiones que tienen estas infecciones tanto para el paciente como para el sistema sanitario.
- Fomentar la responsabilidad del personal de enfermería y auxiliar de enfermería es muy importante.

3 Metodología

Realizo una búsqueda bibliográfica de artículos que tratan de infecciones nosocomiales en idioma español e inferiores a 8 años de antigüedad.

Revisión bibliográfica de varios documentos; utilizando revistas científicas, bases de datos y páginas web.

Palabras clave: infección, nosocomial, enfermería, prevención, higiene

4 Resultados

El profesional de enfermería debe mantener prácticas apropiadas para evitar la manifestación y propagación de infecciones en todos los pacientes durante su estancia en el hospital. Es fundamental en la prevención y control de las IN ya que están en continuo contacto con los pacientes. Está comprobado que siguiendo

unas medidas preventivas y de higiene básicas se puede reducir el número de infecciones.

A pesar del conocimiento acerca del concepto de infección hospitalaria, sus orígenes, factores relacionados y principalmente las medidas generales de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia a la salud, lo que frecuentemente se verifica es la baja adhesión de los profesionales de enfermería a las medidas preventivas.

Para prevenir una IN es necesario saber qué son y cómo se transmiten, para así romper la vía de contagio de manera consciente durante la práctica profesional que realizamos. Básicamente, el complemento de dicho conocimiento se compone de higiene, limpieza, desinfección, esterilización, precauciones estándar (PE) y aislamiento por mecanismo de transmisión (MT) que debe asegurar nuestro espacio de trabajo y prevenir una importante proporción de infecciones nosocomiales.

Aparte del impacto directo que cualquier IN tiene sobre el paciente, también hay que tener en cuenta aquellos costes que afectan al paciente por permanecer más días ingresados, su falta de productividad debida al retraso en la incorporación a la vida laboral, los costes de desplazamiento de su familia y cuidadores, etc.

Prevención: medidas generales

La interrupción de la cadena de transmisión puede ocurrir a través de medidas comprobadamente eficaces como la higienización de las manos, el procesamiento de artículos y superficies, la utilización de equipamientos de protección individual (EPI), en caso de riesgo laboral y medidas de antisepsia.

La prevención de las infecciones nosocomiales necesita de la participación de todos los profesionales sanitarios e incluso de los no sanitarios (celadores, personal de limpieza y administrativo). Para ello se realizan programas con una serie de elementos clave para lograr los objetivos. Entre las medidas generales de prevención, destacan las siguientes:

- Utilizar medidas de protección (lavado de manos, asepsia, guantes, bata, mascarilla...) para limitar la transmisión de microorganismos entre pacientes.
- Controlar los riesgos ambientales de infección.
- Proteger a los pacientes con el uso adecuado de antibióticos profilácticos y la nutrición.
- Reducir lo máximo posible los procedimientos invasivos.
- Vigilar las infecciones y controlar e identificar los brotes.

- Prevenir la infección entre el personal

Estrategias para evitar la transmisión horizontal

Las infecciones exógenas tienen su origen tanto en reservorios inanimados (respiradores, sistemas de monitorización, superficies, etc.) como en portadores (trabajadores sanitarios o pacientes colonizados-infectados) y pueden transmitirse durante la práctica de la higiene o en el tratamiento terapéutico de los pacientes. Las estrategias para evitar la transmisión horizontal son comunes a todas las infecciones e incluyen las intervenciones: higiene de manos (ha mejorado desde la implantación de soluciones alcohólicas), higiene ambiental (limpiar bien las habitaciones antes de ingreso), aislamiento (preventivo o en caso de riesgo de ser portador), evitar ratios enfermera/paciente insuficientes (para no sobrecargar y poder hacer higiene de manos adecuada y evitar también el hacinamiento de pacientes), reducción de las estancias en UCIs y vigilancia de la infección nosocomial.

Lavado de manos

La higiene de manos (HM) es reconocida como la medida más importante para prevenir las infecciones asociadas a los cuidados de salud. Esto hace que las recomendaciones para su adecuada realización hayan sido uno de los pilares básicos de los programas de prevención y control de este tipo de infecciones.

La importancia de este sencillo procedimiento no ha sido suficientemente reconocida por los profesionales sanitarios y su bajo grado de cumplimiento se ha puesto de manifiesto en numerosos estudios. En la literatura médica, las únicas medidas que han demostrado su eficacia para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos en el medio hospitalario han sido la introducción de las soluciones alcohólicas para su realización y la puesta en marcha de programas de formación e información continuos.

La práctica del lavado de manos no es óptima bien sea por falta de conocimientos, alergias a los productos empleados, poco tiempo disponible...

Deben lavarse en un lavabo grande sin activación manual, con agua corriente y jabón y con un sistema de secado desechable y desinfectarlas con gel antiséptico. Previamente han de quitarse las joyas, y la zona de lavado deben de ser manos y muñecas en un lavado sencillo. Se deben usar guantes sin esterilizar para el contacto con todos los pacientes en que hay posibilidad de contaminación de las manos o para el contacto con cualquier membrana mucosa. Hay que lavarse las manos al quitarse o cambiarse los guantes. No se deben reutilizar los guantes

desechables.

Higiene personal

Además el personal debe cumplir con una buena higiene personal; tener las uñas cortas y limpias y evitar el uso de uñas postizas, además tener el pelo corto o recogido y llevar las barbas o bigote limpios. Es conveniente usar un uniforme limpio todos los días, o en su defecto cambiarlo cuando hay sudor o exposición a sangre u otros líquidos.

Limpieza del entorno hospitalario

La limpieza regular es necesaria para asegurarse de que el ambiente del hospital esté visiblemente limpio y sin polvo ni suciedad. En total, 99% de los microorganismos se encuentran en un ambiente donde hay “suciedad visible” y la finalidad de la limpieza regular es eliminar esa suciedad. Ni el jabón ni los detergentes tienen actividad antimicrobiana y el proceso de limpieza depende fundamentalmente de la acción mecánica. Debe haber normas que especifiquen la frecuencia de la limpieza y los agentes empleados para las paredes, los pisos, ventanas, camas, cortinas, rejas, instalaciones fijas, muebles, baños y sanitarios y todos los dispositivos médicos reutilizados.

Los métodos deben ser apropiados ante la posibilidad de contaminación y ofrecer el nivel necesario de asepsia. Esto puede lograrse con una clasificación de los distintos locales en una de cuatro zonas hospitalarias:

- Zona A: lugar sin ningún contacto con los pacientes. Limpieza doméstica normal (por ejemplo, las oficinas de la administración, la biblioteca).
- Zona B: lugar de cuidado de los pacientes no infectados ni muy vulnerables, limpiado con un procedimiento que no levanta polvo. No se recomienda el barrido en seco ni la limpieza con aspiradora. El uso de una solución de detergente mejora la calidad de la limpieza. Es preciso desinfectar cualquier zona con contaminación visible con sangre o humores corporales antes de limpiarla.
- Zona C: lugar de cuidado de pacientes infectados (pabellones de aislamiento). Debe limpiarse con una solución de detergente/desinfectante, con equipo separado de limpieza para cada habitación.
- Zona D: lugar de cuidado de pacientes sumamente vulnerables (aislamiento protector) o zonas protegidas como el quirófano, la sala de partos, la unidad de cuidados intensivos, la unidad de bebés prematuros, el departamento de atención de accidentes y la unidad de hemodiálisis. Debe limpiarse con una solución de detergente/desinfectante y con equipo de limpieza separado.

Todas las superficies horizontales de las zonas B, C y D y todas las zonas donde

haya sanitarios deben limpiarse a diario. No se recomiendan pruebas bacteriológicas del medio ambiente, excepto en determinadas circunstancias, como las siguientes:

- Una investigación de una epidemia, en que hay un presunto foco de infección ambiental.
- La vigilancia del agua de diálisis para determinar el recuento de bacterias, según la exigencia de las normas establecidas.
- Actividades de control de calidad al cambiar de prácticas de limpieza.

Proyectos ZERO

Para intentar disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales, se crearon los Proyectos “ZERO”, ofreciendo formación a los profesionales sobre la prevención de las neumonías relacionadas con la ventilación mecánica, las bacteriemias relacionadas con los catéteres intravasculares y el uso adecuado de los antibióticos.

La Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), junto con la Sociedad Española de Enfermería de Intensivos y Unidades Coronarias (SEEIUC) y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICCYUC) crearon los Proyectos Tolerancia “ZERO”, que incluyen Neumonía ZERO, Bacteriemia ZERO y Resistencia ZERO.

Muchos factores son los que propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias fármaco resistentes a pacientes con una situación de salud ya delicada.

Es por ello por lo que las instituciones deben garantizar la seguridad de los pacientes en todo momento y deben tener entre sus máximas prioridades dar los mejores cuidados a sus pacientes. La prevención de las IN debe basarse en educación y preparación del personal sanitario, y asegurar un entorno de trabajo en equipo, en el que se apliquen las intervenciones de mayor evidencia y menor dificultad de implantación y coste. El seguimiento de protocolos generales y específicos debe contar con la complicidad de todo el personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión ha sido realizada con el fin de conocer las razones por la que las infecciones intrahospitalarias representan una de las complicaciones de mayor

impacto, siendo un importante problema tanto para el paciente que alarga su estancia hospitalaria como para el propio hospital que aumenta el gasto.

Que se originen infecciones nosocomiales en una institución compromete la percepción de la calidad que los usuarios tienen de ese centro. Es un indicador de que hay prácticas que posiblemente no se están realizando bien y que se deberían modificar.

Además del impacto físico sobre su salud, los pacientes sufren el impacto psicológico al no comprender por qué han contraído una enfermedad que no tenían cuando acudieron a su centro de salud. Estos pacientes acaban sintiendo una gran desconfianza en los profesionales que les deben tratar y en la propia institución.

Como pueden evitarse o prevenirse, esta prevención debe ser un área prioritaria de trabajo para nuestro sistema sanitario. Recientes estudios demuestran la baja adhesión a las medidas de prevención por parte de los profesionales de Enfermería; aspecto a tener en cuenta para mejorar la calidad de nuestros cuidados.

6 Bibliografía

1. Asociación madrileña de enfermería preventiva. Competencias de la enfermera de prevención y control de infecciones.2014. ISBN: 978-84-697-2109-4
2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Informe global de España. Resumen Provisional. Informe EPINE-EPPS 2016. European Center For Disease Prevention And Control; 2016.
3. Ferreira Fernandes da Silva, Elisabete; Marinho Chrizostimo, Miriam. Un reto para el controlador de la infección: falta de adhesión de la enfermería a las medidas de prevención y control. 2013. *Enferm.glob.* vol.12
4. J. Sánchez-Payá, M. Fuster-Pérez, C. García-González, R. M. Gracia-Rodríguez, P. García-Shimizu, A. San Juan-Quíles, R. Casas-Fischer, A. González-Torga . Evaluación de un programa de actualización de las recomendaciones sobre la higiene de manos. 2007. *Anales Sis San Navarra* vol.30
5. M. Palomar, P. Rodríguez, M. Nieto y S. Sancho. Prevención de la infección nosocomial en pacientes críticos.2010. *Med. Intensiva* vol.34 n.8
6. R. Nodarse Hernández. Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. 2002. *Rev Cub Med Mil* v.31 n.3

7. Ducl G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. [Online].; 2003 [cited 2017 Abril 19].
8. . Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias. Prevención de la Emergencia de Bacterias Multirresistentes en el Paciente Crítico. Proyecto "Resistencia Zero" ; 2013.

Capítulo 54

EL PACIENTE UN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: NECESIDADES, COMUNICACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA FAMILIA EN LA UNIDAD.

MARÍA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) es una unidad específica de algunos hospitales dónde son ingresados aquellos pacientes con una situación clínica crítica. Son lugares dónde la tecnología y la eficacia clínica son predominantes para mejorar la situación del paciente. La tecnificación, la situación crítica del paciente, así como las restrictivas normas de la unidad para evitar complicaciones, hacen que quede en segundo plano la atención a los familiares.

La familia desempeña un papel importante durante el proceso de enfermedad, ya que en la mayoría de las ocasiones es el punto de unión entre los profesionales de la salud y el paciente, tanto en el plano de la enfermedad, como en el emocional.

Aunque la mayoría de estudios respaldan los beneficios que supone el establecimiento de un régimen de visitas abierto, la verdad es que muchas de estas unidades tienen un horario restringido a los familiares. Es por ellos, que los profesionales de enfermería tienen un papel importante en la comunicación, tanto con los pacientes como con los familiares. Por ello, es que debe ser aprendido y

aplicado para crear un clima de confianza y de relación terapéutica. Al mostrar empatía, trato cordial, compañía, confianza, tranquilidad y escucha activa también aumenta el grado de satisfacción por parte de la familia.

2 Objetivos

- Describir las necesidades de los familiares de pacientes críticos; conocer cómo es la comunicación entre paciente, familia y profesional sanitario, así como determinar los beneficios de integrar a la familia en las UCIs
- Identificar la evidencia existente sobre la humanización de los cuidados.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la evidencia científica dentro de las principales bases de datos bibliográficas CUIDEN, CINAHL, PUBMED, Biblioteca virtual de Salud. Se emplearon como palabras clave: UCI, cuidado crítico, comunicación, paciente crítico, familia, protocolos, necesidades de la familia, “humanización de la atención”, enfermería. Fueron seleccionados aquellos textos que cumplieran como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

La enfermería es una profesión eminentemente humanística. Requiere unas habilidades para aplicar unos cuidados óptimos que generan seguridad y una atención de calidad en los pacientes.

Las UCIs son lugares donde predomina la tecnología, pero que en ocasiones se presta poca atención a los aspectos humanos. Es por ello que cada vez son más los profesionales y centros hospitalarios que quieren introducir cambios para proporcionar unos cuidados más humanizados a los pacientes de UCI. En la UCI el personal de enfermería y médico son los que asumen responsabilidades frente al paciente y su respectiva familia, por lo que es importante establecer una buena comunicación.

Algunos estudios indican que la percepción de enfermería de las necesidades de la familia eran diferentes de las necesidades reales de la familia, aunque ambos

identifican muchas necesidades importantes parecidas.

5 Discusión-Conclusión

Éste es un tema complejo y no exento de controversia. Gran parte de la bibliografía reciente revela la importancia de incluir a los familiares como parte fundamental durante el proceso asistencial ya que se entiende paciente-familia como un conjunto en el que trabajar.

Hoy en día las familias siguen sin estar integradas en la mayoría de las UCIs de nuestro país porque siguen estando regidas por políticas y horarios de visita. A pesar de que los estudios encontrados nos rebelan que el acompañamiento familiar y un horario de visita flexible supone un beneficio para el conjunto paciente-familia.

El efecto positivo de las visitas permisivas supera las creencias de los posibles impactos negativos. La enfermería juega un papel determinante en este aspecto ya que es el personal que está con el paciente las 24 horas y será el que determine la idoneidad o no de las visitas en cada caso. El profesional de enfermería es una pieza clave dentro del proceso de humanización, por ello la calidad de los cuidados administrados por su parte en una UCI no sólo se mide por los cuidados tecnológicos, sino por la calidad percibida por parte del paciente y su familia.

La búsqueda hacia la excelencia del cuidado nos lleva a la conjugación de cuidados técnicos y humanos y ésta es la clave para la recuperación del paciente ingresado en una UCI.

6 Bibliografía

1. Calle GH La. Humanizando los cuidados intensivos. 2017. 325 p.
2. Rojas V. Humanización De Los Cuidados Intensivos. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019;30(2):120–5.
3. Adrián Barreto S. Atención de enfermería a las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Riull.ull.es. 2019. [consultado 26 de enero de 2019]
4. Lic. Chavero Roxana, La familia del paciente crítico, sus necesidades y el abordaje de enfermería. [Internet]. Lildbi.fcm.unc.edu.ar. [consultado 26 de enero de 2019]
5. Fernández Sotelo, Saida. Las necesidades de los familiares del paciente crítico en una Unidad de Cuidados Intensivos. [Internet]. Ruc.udc.es. [consultado 27 de

enero de 2019]

6. idades de la familia del paciente crítico y opinión de profesionales de UCI [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. 2019. [consultado 29 de enero de 2019]

Capítulo 55

EVALUACION DEL DOLOR EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

CECILIA FERNANDEZ GARRIDO

MARTA GUTIÉRREZ MOYANO

ANA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Según la International Association for the Study of Pain, el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial y que es experimentado por cada individuo de forma particular.

Son diversas razones por las que el tratamiento del dolor en niños es inadecuado o insuficiente; de forma errónea se piensa que estos perciben el dolor con menor intensidad que los adultos en relación con la falta de madurez del sistema nervioso central, o por su incapacidad para recordar experiencias dolorosas previas.

A estas creencias erróneas le sumamos la complejidad real de la evaluación del dolor especialmente en la etapa pre verbal.

2 Objetivos

Mejorar los conocimientos del personal de enfermería en relación con la evaluación del dolor en el paciente pediátrico menor de 3 años.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliografía accediendo a dos bases de datos: Scielo y pubmed. Las palabras clave utilizadas fueron: dolor, analgesia pediatría, evaluación del dolor.

De todos los artículos encontrados, se realizó una selección de seis comprendidos en entre 2014 y 2016; por cumplir con los objetivos de la revisión a realizar.

Asimismo, se consultó la sede electrónica de la asociación española de pediatría y de la Association for the study of the pain.

4 Resultados

Todos los artículos revisados coinciden en que el dolor se trata de manera insuficiente, y peor aún en pediatría cuando existen evidentes dificultades para evaluarlo debido a la falta de desarrollo de la capacidad comunicativa.

5 Discusión-Conclusión

El dolor compone una experiencia sensorial y emocional desagradable; es necesario hacer hincapié en el uso de las diferentes escalas para evaluarlo y tratarlo de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Bárcena Fernández E. Manejo del dolor en Atención Primaria. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 383-92.
2. Moraes Mariana, Zunino Carlos, Duarte Virginia, Ponte Carolina, Favaro Valentina, Bentancor Sebastián et al . Evaluación de dolor en niños hospitalizados en servicios de salud públicos y privados de Uruguay. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Dic 06] ; 87(3): 198-209.
3. Quiles M^a. J., van-der Hofstadt C. J., Quiles Y.. Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2^a parte). Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2004 Sep [citado 2019 Dic 06] ; 11(6): 52-61.
4. Fernandez Y. Valoracion y tratamiento del dolor en urgencias de pediatria. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

Capítulo 56

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS BENEFICIOS DEL MÉTODO CANGURO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y/O DE BAJO PESO AL NACER.

ALBA MARTÍNEZ ALONSO

CLAUDIA BLANCO MARTINEZ

NOELIA PÉREZ LAMUÑO

SARA LÓPEZ GARCÍA

BEATRIZ TERENCE NEVADO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el método canguro o método madre canguro (MMC) “es la atención prestada a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los recién nacidos a término”. 1

El método canguro tiene su origen en Bogotá, Colombia. Fue creado en el año 1978 por el doctor Edgar Rey-Sanabria en el Instituto Materno Infantil de Bogotá.

Nace como alternativa a los cuidados de la incubadora que estaban siendo insuficientes sumado a una situación crítica que se estaba viviendo en la ciudad debido a infecciones cruzadas al compartir las incubadoras, al abandono familiar, a la alta mortalidad y al escaso pronóstico para los niños prematuros y/o con bajo peso al nacer. 2

Las principales características del método madre canguro son:

- Contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre madre/padre y el recién nacido.
- Lactancia materna exclusiva, sería el caso ideal.
- Se inicia en el hospital con la ayuda de personal especializado y con la posibilidad de continuidad en el domicilio.
- Mayor brevedad en las estancias hospitalarias.
- Apoyo y seguimiento para las madres que ya están en su domicilio.

La técnica del método canguro debe cumplirse de una forma adecuada para alcanzar un óptimo desarrollo integral de los bebés prematuros y/o de bajo peso al nacer:

- Posición canguro

El bebé se colocará entre los pechos de la madre, en posición vertical y bajo la ropa. La cabeza del bebé deberá de quedar vuelta hacia un lado, ligeramente extendida.

La madre lo sujetará con un soporte que suele ser elástico, de tela (algodón o fibra sintética elástica) que se conoce como faja y cuya parte superior quedará estrictamente debajo de la oreja del bebé. Se anudará con la suficiente fuerza como para que soporte el peso del bebé y evitar que se salga. Las caderas deberán de estar flexionadas y las piernas extendidas de forma que recuerde a la posición que adquiriría una rana. Los brazos también deben de permanecer flexionados. La posición ligeramente extendida de la cabeza mantiene abiertas las vías respiratorias y permite el contacto visual madre - hijo.3

Éste método ofrece numerosos beneficios tanto para los padres como para el bebé y también para las instituciones hospitalarias.

- Beneficios para el recién nacido:
- Favorece una termorregulación eficaz. Al estar en contacto con el cuerpo de su madre se produce una sincronización entre ambos que regula la temperatura del bebé evitando tanto las hipertermias como las hipotermias.
- Se estabiliza la frecuencia cardiaca y respiratoria. Se obtiene un buen nivel de oxígeno disminuyendo la posibilidad de padecer episodios de apnea. También acelera la adaptación metabólica.

- Mejora el sistema inmunitario del bebé por lo que disminuye la posibilidad de padecer infecciones nosocomiales.
- Aumenta el umbral del dolor del bebé, por lo que se recomienda mantenerlo en ésta posición a la hora de realizar cualquier intervención que pueda ser dolorosa.
- Se regula mejor el estrés y la adaptación al medio y a los estímulos externos del bebé, por lo que favorece la duración y calidad de los periodos de sueño.
- Disminuye la estancia hospitalaria
- Beneficios para los padres:
 - Favorece la lactancia materna, aumentando la producción de leche.
 - Aumenta la confianza y el ánimo de la madre al sentirse partícipe del cuidado y la recuperación de su hijo.
 - Disminuye la ansiedad de los padres por lo que mejora el descanso aumentando también los periodos de sueño.
 - Favorece la involucración del padre en el desarrollo de su hijo pudiendo completar el método cuando la madre no pueda realizarlo.

2 Objetivos

- Describir los beneficios del método canguro en recién nacidos prematuros y / o de bajo peso al nacer.
- Describir la efectividad del método canguro en el desarrollo de los bebés prematuros y / o de bajo peso al nacer.
- Identificar la importancia de la actitud de los padres para asegurar el éxito del método canguro.
- Analizar las actitudes del personal de enfermería sobre la técnica y la puesta en práctica del método canguro en bebés prematuros y / o de bajo peso al nacer.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los beneficios del Método Canguro en recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer. Hemos realizado la búsqueda consultando varias bases de datos tales como: Cuiden, Dialnet, Scielo, Pubmed y Google académico.

Para la realización de la búsqueda se han utilizado las siguientes palabras clave: método madre canguro, recién nacido, bebé prematuro, contacto piel con piel,

cuidado de enfermería, lactancia materna, termorregulación, efectos cuidado canguro, tratamiento del dolor.

En cuanto a los criterios de inclusión nos hemos basado en investigaciones originales y artículos de investigación acerca de los beneficios del método canguro en recién nacidos prematuros y/o de bajo peso a nacer así como de la influencia de la actitud de los padres y del personal de enfermería hacia éste.

En cuanto a los criterios de exclusión hemos descartado documentos que no facilitaran el acceso libre o completo a su contenido.

4 Resultados

Como se ha podido observar en la revisión bibliográfica descrita, el método canguro aporta numerosas ventajas y beneficios tanto para los recién nacidos como para sus padres.

Existen evidencias científicas de los numerosos beneficios que se consiguen con el método canguro o el contacto piel con piel.

En cuanto a los bebés, les estabiliza las constantes, disminuye el número de infecciones, aumenta el umbral del dolor del bebé pudiendo así realizar procedimientos dolorosos en la posición canguro para suavizar y disminuir este mismo. Disminuye el estrés neonatal, por lo que los bebés lloran menos, están más tranquilos y duermen mejor lo que ayuda a favorecer la lactancia materna haciendo todo ello que la estancia en el hospital sea de menor duración.

En cuanto a los padres, se ha observado que disminuye el nivel de estrés y de ansiedad. Éstos se sienten más partícipes del cuidado de su hijo por lo que el temor de su cuidado cuando se encuentren solos en el domicilio disminuye. Varias investigaciones hacen referencia al papel que tiene la enfermería en éste método.

La enfermería juega un papel muy importante en éste método y sobre todo en el periodo de adaptación al mismo en el medio intrahospitalario ya que es la enfermera la encargada de asegurarse de que el bebé recibe los cuidados necesarios y el tratamiento adecuado y también es la responsable de introducir a la familia al método canguro.

La enfermera les explicará la correcta realización de la posición canguro y poste-

riormente evaluará la adaptación tanto por parte del bebé como de la madre a la misma para así decidir si se realizará un proceso gradual o si por el contrario se procederá a la realización de la posición de forma continua y prolongada desde el principio.

Se le explicará a la madre cualquier señal a la que tendrá que estar atenta en cuanto al desarrollo y constantes vitales del bebé se refiere. La enfermera también juega un papel crucial a nivel extrahospitalario. Comienza el primer día la adaptación canguro ambulatoria, asegurándose que se realiza correctamente la técnica, revisando y reforzando los conocimientos previamente adquiridos por los padres. Además si ve que el bebé no aumenta de peso busca junto con la pediatra los motivos que puedan estar produciendo eso haciendo énfasis en la lactancia materna en prematuros.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar ésta revisión bibliográfica podemos sacar las siguientes conclusiones:

- Son numerosos los beneficios que se obtienen con el método canguro tanto para los bebés como para los padres. Para los bebés estos beneficios son notables a nivel físico, fisiológico, psicológico y psico-afectivo. Para los padres aumenta el vínculo madre-hijo y también la seguridad en sí mismos con respecto al cuidado de su hijo se refiere.
- El método canguro no es aplicable solamente a la figura de madre-hijo sino que cada vez más se incluye la figura paterna a la hora de hablar de éste método. Tanto el padre como la madre pueden realizar el método canguro de una forma correcta y efectiva. Ésta participación activa en el cuidado del bebé hace que se fortalezcan los vínculos afectivos tanto por parte de los padres como con el bebé.
- Muchos estudios hablan de la importancia del papel de la enfermería en cuanto a éste método se refiere. Tiene un papel fundamental tanto para la realización de una técnica correcta como para la educación y la formación que le dan a los padres encaminada a que conozcan bien como realizar el método correctamente, a resolver cualquier duda que pueda surgirles y todo encaminado a que se sientan más seguros a la hora de recibir el alta hospitalaria y tener que seguir con el método en el domicilio.
- El conjunto de todos los beneficios que supone el realizar el método canguro lleva a una disminución de la estancia hospitalaria junto con la disminución de los costes y de los recursos que eso supone.

- Aunque la mayoría de los estudios reflejan los numerosos beneficios hay algunos otros que reflejan las dificultades y trabas con las que se pueden encontrar los padres a la hora de realizar el método canguro. Muchas van encaminadas a la falta de información y de formación; otras a la total disponibilidad que se necesita para el bebé y otras a que todavía hay muchos sitios que no tiene implantado éste método y por lo tanto no tiene personal cualificado que puedan guiar e instruir a los padres que realmente quieran realizar el método canguro.
- En definitiva, el método canguro es un método de bajo coste, efectivo, accesible y seguro con el que se obtiene resultados óptimos en cuanto a supervivencia de recién nacidos prematuros y / o de bajo peso al nacer se refiere.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Método madre canguro, guía práctica. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2004
2. Raies Lucchini C.; Doren Márquez F.; Torres Uribe C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm vol.21 n°4 Granada Oct/Dic 2012.
3. Charpak N.; Ruíz J.G.; Ángel M.I.; Duque J.S.; García C. Lineamientos técnicos para la implementación de programas madre canguro en Colombia. 1ª edición. Colombia: Convenio de cooperación técnica y financiera entre el Ministerio de la Protección Social, Acción Social, Unicef y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas.
4. Charpak N.; Figueroa N. Método madre canguro, guía de manejo. 19 de Mayo 2015.
5. AEP. Asociación Española de Pediatría [sede Web]. Madrid: AEP.

Capítulo 57

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON LAVADOS VESICALES CONTINUOS

CLAUDIA BLANCO MARTINEZ

ALBA MARTÍNEZ ALONSO

BEATRIZ TERENCE NEVADO

NOELIA PÉREZ LAMUÑO

SARA LÓPEZ GARCÍA

1 Introducción

El lavado vesical continuo tiene por objeto el cese de la hematuria macroscópica al impedir la formación de coágulos y evitar así la obstrucción de la sonda utilizándose en pacientes que bien por haber sido sometidos a intervención quirúrgica, o por otras patologías genitourinarias la presentan.

2 Objetivos

Conocer el material necesario, la técnica empleada y las complicaciones de este procedimiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Palabras clave: hematuria, lavado vesical continuo, espasmo vesical. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

El material necesario para la correcta realización de este procedimiento es el siguiente:

- Bolsa de suero de lavado de 3000 cc estéril.
- Equipo de irrigación para conectar el suero a la sonda.
- Guantes estériles.
- Sistema de drenaje.
- Solución antiséptica, povidona yodada.
- Gasas estériles.
- Lubricante.
- Jeringa de 10 cc

Procedimiento a llevar a cabo:

- Lavado de manos
- Explicar el procedimiento al paciente
- Conectar el equipo de irrigación a la bolsa de suero y colgarlo (no es conveniente que entre aire en la vejiga).
- Sondar al paciente con sondas de triple vía (calibre 18,20,22).
- Pinzar la conexión de la sonda y conectar el equipo a la vía de entrada, dejándolo fluir por gravedad.
- Realizar balance estricto de entradas y salidas de suero.

Complicaciones en paciente con lavados vesicales continuos:

- Obstrucción de la sonda: Se manifiesta por: Distensión suprapúbica, graves molestias en la parte inferior del abdomen, fugas de orina alrededor del catéter, urgencia rectal, reacciones vasovagales (sudoración, taquicardia, hipotensión).
- Espasmos vesicales.
- Infección urinaria.
- Distensión vesical.
- Perforación vesical.

- Dolor.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante que podemos concluir es que a la hora de realizar este procedimiento hay que tomar una serie de precauciones que hay que tener en cuenta siempre:

- Siempre que el paciente avise que tiene dolor puede significar que se ha producido una obstrucción de la sonda, si esto ocurre es necesario realizar lavados vesicales manuales hasta conseguir permeabilidad en la sonda urinaria. El dolor también puede producirse como consecuencia de los espasmos vesicales, el tratamiento de los espasmos incluye: administración de AINES, anticolinérgicos, cambio de la sonda vesical por una más maleable, realizar lavados manuales y valorar si es posible la retirada definitiva de la sonda.
- Mantener la esterilidad siempre que manipulemos la sonda.
- La solución de lavado debe mantenerse a temperatura ambiente, ya que una solución fría puede causar espasmo vesical .
- Tener especial cuidado en evitar acodamientos del catéter.
- Es especialmente importante mantener la permeabilidad de la sonda en pacientes con lavado continuo, porque la entrada continua de suero sin que sea drenado, puede producir una grave distensión vesical, se puede coagular la vejiga, e incluso romperse la pared de la misma.
- Vigilar que no se produzca aumento del tamaño de los genitales externos del paciente y/o abdomen del mismo, pues significaría la diseminación del suero por el tejido celular subcutáneo.
- Para impedir la entrada de aire en la vejiga se cambiará la bolsa de suero para irrigación antes de que se vacíe por completo.
- Cambiar, mediante técnica estéril, el equipo de irrigación cada 48 horas.
- Cuando se interrumpa la irrigación de la vejiga y la sonda deba permanecer colocada, desconecte el equipo de irrigación y coloque un tapón estéril especial para sonda vesical en la luz de irrigación.
- En cuanto al uso de antifibrinolíticos, hay evidencia de que el ácido tranexámico

es 10 veces más potente que el ácido aminocaproico y que aporta beneficio si se administra via intravenosa intraoperatoria (RTU) y en el primer día del posoperatorio, seguido de su administración via oral. No se ha encontrado evidencia en cuanto a su uso via intravesical (añadiendo alguno de estos fármacos en el suero de lavado continuo).

6 Bibliografía

- Ezquer A., Gilli F., Ildarraz J., Taboada Eudal R., Cenice F., López R., Veglia F., Veglia F., Fernández A. Evaluación de la eficacia del uso del ácido tranexámico para el control de la hemorragia primaria durante la resección transuretral de próstata.
- Peces R., Aguilar A., Vega C., Cuesta E., Peces C., Selgas R. Tratamiento con ácido tranexámico de la hematuria incoercible en la poliquistosis renal autosómica dominante.
- Parra Moreno M.L., Arias Rivera S., Esteban de la Torre A. Cap.VI Procedimientos Nefrourológicos. Irrigación continua con sonda de tres luces.Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Barcelona. Masson 2003.
- Vallejo Herrador J., Barrios Zurita Y. Cap. 45. Asistencia de enfermería en el paciente urológico. En:Arias Pérez J. Enfermería médico-quirúrgica. Editorial Tebar, 2000.
- Protocolo de infecciones del tracto urinario. Anexos Área Médica. Unidad de cuidados intensivos. Complejo hospitalario universitario de Albacete.

Capítulo 58

PRECAUCIONES A TOMAR EN PACIENTES CON ALERGIA AL LÁTEX

CANDIDA M. GONZALEZ TORO

1 Introducción

El látex o caucho natural es un producto vegetal procesado, lechoso y fluido que se extrae del árbol tropical *hevea brasiliensis*, aunque se puede extraer de otras especies vegetales. Gracias a sus propiedades elásticas se usa para numerosos productos médicos y de uso cotidiano.

El aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex desde los años 80 ha sido constante, hasta convertirse en la segunda causa más frecuente de anafilaxia en el entorno del área quirúrgico-anestésica. La vía de sensibilización más frecuente es la piel y mucosas, pero también hay otras vías como la inhalatoria y la hematógena.

Todos los hospitales deben tener un protocolo de actuación para pacientes alérgicos al látex, pero es en el quirófano donde el paciente está más expuesto, pues es donde más concentración al látex hay, por ello se deben de seguir estrictamente todas las recomendaciones.

2 Objetivos

- Conocer los protocolos de actuación a realizar en área quirúrgica ante un paciente con alergia al látex.
- Saber identificar qué material con el que trabajamos tiene o no látex.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y bases de datos científicas como Scielo, Medline, google académico con los siguientes descriptores: Alergia, látex, quirófano

Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1992.

4 Resultados

Es muy importante conocer cómo actuar cuando tenemos un paciente con alergia al látex, se seguirán las siguientes indicaciones:

- Avisar a todo el personal de quirófano que vaya a estar en contacto con el paciente para que adopten todas las medidas necesarias.
- Identificar al paciente con una pulsera en la que aparezca una alerta.
- Convertir el quirófano en un espacio libre de látex:
Programar al paciente a primera hora de la mañana y en un quirófano que haya estado libre de látex como mínimo durante 2 horas.
Eliminar todos los artículos que contengan látex.
Identificar el quirófano mediante carteles.
Si no es posible retirar todos los objetos, se aislarán.
Usar guantes sin látex y sin polvo.
Puertas del quirófano cerradas durante la intervención todo lo posible.
- Limpieza exhaustiva del quirófano 12 horas antes y sobre 1 hora antes de la intervención, donde el personal de limpieza usará guantes sin látex, y no introducirán ningún objeto que tenga látex durante la limpieza.
- La administración preoperatoria de profilaxis con fármacos está recomendada para disminuir la histaminoliberación en pacientes predisuestos. Su uso está discutido, pues no está totalmente demostrada su eficacia. Se administran anti-histamínicos y corticoides.
- Consentimiento informado con especificación de que el paciente es alérgico al látex.
- Usar medicamentos anestésicos con baja capacidad histaminoliberadora.

- Tener medicación preparada para una posible anafilaxia y controlar en todo momento cualquier signo de reacción alérgica.
- Solicitar a todas las marcas comerciales una adecuada identificación de sus productos, donde se especifique que son libres de látex.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer a la perfección los protocolos de actuación ante un paciente con alergia al látex, para evitar cualquier tipo de reacción alérgica. La mejor precaución a tomar será siempre el evitar la exposición al látex al paciente, y esto se consigue siguiendo todas las recomendaciones, donde todo el personal debe saber su cometido, debe conocer bien el material con el que trabaja, evitando así que ningún producto con látex llegue a tomar contacto con el paciente. También se debe estar preparado en caso de que la reacción anafiláctica se produjera, teniendo todo el material, medicación... cerca del paciente para actuar con rapidez.

6 Bibliografía

- Andreu, J.M; Pallardó, M.A.; Herranz, A. Rodriguez, J.M. Protocolo de adecuación hospitalaria al paciente alérgico al látex. Valencia: Hospital general universitario de Valencia. 2006
- Navarrete, M.A.; Salas, A.; Palacios, L. ; Marín, J.F. Quiralte, J. Alergia al látex. Farmacia Hospitalaria. 2006. 30(30): 177-186.
- Blanco,R.T.; Jiménez, S.P. Creación de un ambiente seguro en quirófanos a pacientes alérgicos al látex. Revista ENE de enfermería. 2012. 2(3)
- Lagier, F. ;Vervloet, D.; Lhermet, I.; Poyen, D.; Charpin,D. Prevalence of latex allergy in operation room nurses. Allergy clin Inmunol. 1992. 90: 319-22

Capítulo 59

MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO DE USO HOSPITALARIO

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Se denominan medicamentos de alto riesgo: “aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes”.

Esto no implica que se cometan errores de medicación más frecuentemente con estos fármacos, sino que cuando se producen, los efectos adversos que causan son más graves.

2 Objetivos

Dar a conocer cuáles son los medicamentos de alto riesgo y las medidas recomendadas para su utilización.

3 Metodología

Se han utilizado motores de búsqueda las siguientes bases de datos: SciELO, Cochrane, Google académico, así como las guías del Plan de Calidad del SNS de España. Se emplearon para realizar el análisis de documentos las palabras clave: medicamento alto riesgo, protocolo, listados. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2005.

4 Resultados

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son un objetivo prioritario de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente por lo que está recomendado que los profesionales sanitarios los conozcan y que se establezcan prácticas para la mejora de la seguridad en los procesos de su utilización.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España los medicamentos de alto riesgo son:

Grupos terapéuticos:

- Agentes de contraste IV
- Agentes inotrópicos IV: digoxina, milrinona...
- Agonistas adrenérgicos IV :adrenalina, dopamina, noradrenalina...
- Anestésicos generales inhalados e IV : ketamina, propof...
- Antagonistas adrenérgicos IV: esmolol, labetalol...
- Antiagregantes plaquetarios IV:abciximab, eptifibatida, tirofiban...
- Antiarrítmicos IV: amiodarona, lidocaína...
- Anticoagulantes orales: acenocumarol, dabigatrán...
- Antidiabéticos orales: glibenclamida...
- Bloqueantes neuromusculares: suxametonio, rocuronio, vecuronio...
- Citostáticos, parenterales y orales
- Heparina y otros anticoagulantes parenterales: antitrombina III, heparina sódica, enoxaparina, fondaparinux, lepirudina...
- Insulinas IV y subcutáneas
- Medicamentos para sedación moderada IV: midazolam, dexmedetomidina...
- Medicamentos orales para sedación moderada en niños: hidrato de cloral, midazolam...
- Medicamentos que tienen presentación convencional y en liposomas: anfotericina B

- Medicamentos para administración por vía epidural o intratecal
- Nutrición parenteral
- Opiáceos IV, transdérmicos y orales (todas las presentaciones)
- Soluciones cardioplégicas
- Soluciones de glucosa hipertónica 20% o mayor concentración
- Soluciones para diálisis (peritoneal y hemodiálisis)
- Trombolíticos: alteplasa, tenecteplasa...

Medicamentos específicos

- Agua estéril para inyección, inhalación e irrigación en envases de volumen \geq 100 ml (excluyendo botellas)
- Cloruro potásico, IV (solución concentrada)
- Cloruro sódico hipertónico ($>0,9\%$)
- Epoprostenol IV
- Fosfato potásico IV
- Metotrexato oral (uso no oncológico)
- Nitroprusiato sódico IV
- Oxitocina IV
- Prometazina IV
- Sulfato de magnesio IV
- Tintura de opio
- Vasopresina

Los principios de seguridad se basan en :

- Reducir la posibilidad de que los errores ocurran: estandarizar los MAR minimizando la variedad de presentaciones (concentraciones o volúmenes diferentes), retirar o limitar su existencia en los botiquines de las plantas
- Hacer visibles los errores para poder proveerlos. Así, realizar un doble chequeo al programar una bomba de infusión de MAR, minimiza la posibilidad de errores
- Minimizar las consecuencias de los errores: cuando todas las demás medidas fallen. Se deben realizar cambios en los envases o en los procedimientos de trabajo, de tal manera que se reduzca la gravedad de los posibles efectos adversos.

Las prácticas específicas propuestas por el Ministerio de Sanidad incluyen:

- Aplicar medidas que hagan difícil o imposible que ocurran los errores, como el uso de jeringas para cargar medicación oral que no conecten al catéter intravenoso y viceversa.
- Utilizar protocolos y hojas preimpresas: protocolos, pautar de medicación informatizadas para su prescripción...

- Revisar la seguridad de las especialidades disponibles en el hospital: revisar en busca de fármacos con isoforma (envase de forma similar) o nombre similar (LASA del inglés “look alike/sound alike”)y proceder a su retirada o sustitución o, en caso de no ser posible ninguna de las anteriores, utilizar etiquetado especial para evitar errores.
- Reducir el número de opciones: a más opciones disponibles de un medicamento (dosis, concentraciones y volúmenes), más posibilidad de error, por lo que debe limitarse el abanico de posibilidades y procurar tener en los botiquines el de menor concentración, por ejemplo Heparina al 1% en lugar de al 5%.
- Centralizar los procesos en los que sea más probable que se produzcan errores, preparando MAG en farmacia, por ejemplo.
- Usar técnicas de “doble chequeo”: esto puede realizarse por dos profesionales o bien por una maquina dispensadora y un profesional, usando códigos de barras que contengan la información indispensable.... Y solamente para MAR y fármacos administrados en extremos de la edad.
- Incorporar alertas automáticas
- Estandarizar y simplificar la comunicación de los tratamientos, evitar abreviaturas, prescripción mediante guía informática...
- Estandarizar la dosificación se recomienda utilizar nomogramas que simplifiquen los cálculos
- Favorecer el acceso a la información: tanto sobre el paciente (enfermedades, alergias, analíticas..), como a la información sobre protocolos.
- Educación a los pacientes: se debe informar al paciente sobre los posibles errores que pueden ocurrir con los MAR y proporcionándoles medios que garanticen su uso segura tras el alta (información escrita, idioma y lenguaje comprensible...)

5 Discusión-Conclusión

Los medicamentos de alto riesgo son utilizados a diario en todos los hospitales del mundo. Con una serie de medidas básicas, resultaría sencillo minimizar el numero de errores producidos por su uso, y, dado las implicaciones que conlleva en el paciente un error en su uso, tenemos la responsabilidad de llevarlas a cabo.

6 Bibliografía

- Listado de medicamentos de alto riesgo. Ministerio de Sanidad y consumo. Gobierno de España.
- Instituto para el uso seguro de los medicamentos.

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Informe, Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2007.

Capítulo 60

PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP)

BIBIANA POLO MORIS

SARAI SANTOS MARTIN

1 Introducción

El plasma rico en plaquetas (PRP) es la fracción del plasma derivado de sangre autóloga, que tras su procesado, tiene una concentración unas cinco veces mayor a la obtenida en situación basal.

Las plaquetas inician la cascada inflamatoria por lo que el PRP presenta efecto inflamatorio, estimula el inicio de la cicatrización y ha demostrado, en diversos estudios, poseer actividad antimicrobiana frente a patógenos tan importantes en nuestro medio como el *Escherichia coli* o la *Candida albicans*¹.

Además de la plaquetas el PRP contiene otros elementos formes como son los leucocitos que presentan agentes inflamatorios e inmunológicos que pueden llegar a ser contraproducentes con un detrimento en el proceso de curación.

Debe evitarse la presencia de eritrocitos gracias a una buena centrifugación sanguínea ya que el hierro contenido en el grupo hemo puede generar radicales libres que induzcan daño celular.

El PRP inicialmente se utilizó en determinadas ramas de la medicina para mejorar la curación de las heridas iatrogénicas y las heridas de evolución recalcitrante en los años 1980 y 1990 en campos como la cirugía cardíaca y cirugía maxilofacial.

Actualmente el PRP ha sufrido un gran auge en su uso por su buena aceptación y sus reducidos efectos secundarios.

Algunos campos de uso son la medicina estética por su papel bioestimulador y biopotenciador en tratamientos de relleno con tejido adiposo; medicina deportiva de alto nivel para tratamiento de lesión tendinosa, muscular, ligamentosa y cartilaginosa².

2 Objetivos

Objetivo general:

- Realizar una revisión bibliográfica acerca del PRP

Objetivos específicos:

- Destacar las principales ramas en uso para el PRP, el proceso de su obtención.
- Identificar a los pacientes que se excluyen para este tratamiento.

3 Metodología

Para realizar este trabajo de revisión bibliográfica se lleva a cabo una búsqueda exhaustiva de diferentes artículos, libros y menciones al tema tanto en webs nefrológicas del ámbito sanitario (medicina, enfermería, odontología etc.) como en bases de datos.

Una vez seleccionada la información que más se ajustó al tema que queremos tratar se realiza un cribado de datos y contenidos más destacados mediante un análisis crítico y reflexivo.

Una vez centrada la temática a debatir ajustando los conceptos que definen el PRP se descarta el resto de materia que no se necesita por no ajustarse a la búsqueda que se ha definido en un inicio.

Identificamos palabras clave y elegimos las bases de datos con las que íbamos a trabajar entre las que podemos destacar: Cochrane Library (revisiones sistemáticas), Teseo (tesis doctorales), Cuiden, Pubmed, Fisterra, Cinhal entre otras. Ejecutamos la búsqueda comprobando las palabras clave en terminología MeSH que nombramos a continuación:

- Plasma Rico en Plaquetas - Platelet rich plasma
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios - Spanish Agency of medicines and health products
- Traumatología - Traumatology

- Odontología - Odontology
- Enfermería - Nursing

Se restringe la búsqueda mediante el uso de operadores booleanos : and, or y not, limitadores de fecha: máximo 10 años, limitadores de idioma etc.

Una vez obtenidos los documentos que fueron de nuestro interés, se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos.

4 Resultados

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) considera el PRP como un medicamento de uso humano por su composición, su mecanismo de acción y sus fines.

Debe ser recetado en exclusiva por un médico, odontólogo o podólogo no pudiéndose ampliar a otros sanitarios o profesionales no sanitarios, restringiéndose su empleo en centros autorizados de acuerdo a la normativa vigente en las diferentes comunidades autónomas quedando prohibida cualquier publicitación de su uso³.

Selección de pacientes

En términos muy generales son partidarios a este tipo de tratamiento los siguientes casos²:

- Duración del dolor mayor a 6 meses con una puntuación en la escala visual analógica del dolor (EVA) de 4
- Confirmación de tendinopatías u osteoartritis
- Síntomas resistentes a terapias conservadoras
- Objetivo clínico del paciente: evitar la cirugía
- Acortar el tiempo de vuelta a la actividad física
- Disposición del paciente a ser puncionado varias veces durante al menos 6 semanas

En Asturias el Centro Comunitario de Sangre y Tejidos considera como criterios de exclusión permanente:

- Enfermedad cardíaca grave, dependiendo de las circunstancias clínicas en el momento de la extracción
- Antecedentes de Virus Hepatitis B. (VHB)
- Marcadores positivos para VHC, VIH o HLTV I/II
- Alteraciones hematológicas o de coagulación y enfermedades autoinmunes

- Antecedentes de neoplasias en el lugar donde se va a aplicar el PRP

Criterios de exclusión temporal:

- Infección bacteriana activa

Si los criterios anteriormente citados no figuran en la entrevista previa que se le realiza al paciente se precederá a la realización de las siguientes pruebas:

Analíticas:

- Determinación del grupo sanguíneo ABO y RH (D)
- Escrutinio de anticuerpos irregulares antieritrocitarios
- Pruebas para la detección de agentes infecciosos: a. Sífilis b. Hepatitis B: AgHBs c. Hepatitis C: Anti-VHC d. VIH I/II: Anti-VIH I/II e. Pruebas de ampliación genómica del ácido nucleico (NAT) para hepatitis B, C y VIH

Únicamente serán aceptados procedimientos con resultados inequívocamente negativos en base a los siguientes documentos:

- INFORME/V1/23052013 de AEMPS
- REAL DECRETO 1088/2055 de 16 de septiembre

Técnica de procesado sanguíneo para la obtención del PRP

Se deben obtener las muestras sanguíneas (aproximadamente unos 150 ml⁴), siempre, antes de la cirugía ya que una vez iniciada la cirugía las plaquetas inician la formación del coágulo y la cicatrización, lo que produce una reducción importante del nivel de plaquetas en sangre.

La centrifugación es el proceso básico para la obtención de PRP. En la mayoría de estudios realizados se describe una única centrifugación a 3200 rpm durante 15 minutos

Al centrifugar la sangre, que debe estar anticoagulada mayoritariamente con una solución de citrato dextrosa, se forman tres capas en función de la densidad: capa inferior de glóbulos rojos, capa media de plaquetas y capa superior compuesta por plasma. Debe evitarse la fragmentación de plaquetas durante el proceso⁵. Una vez obtenido el plasma puede activarse con algunas sustancias como el cloruro cálcico o la trombina. En caso de no utilizarse en el momento de la preparación se puede mantener congelado en un medio estéril hasta su uso

Ya hemos comentado que el PRP es prácticamente inocuo pero existen algunas contraindicaciones:

- Infección activa
- Uso de anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios

- Discrasias sanguíneas
- Toma de inmunosupresores sistémicos

Preparación para la técnica

- Consentimiento informado
- Medidas de asepsia comunes
- Terapia física antes y después de la punción para mejorar el posible pronóstico
- Evitar AINES durante 5-6 semanas antes del procedimiento²

5 Discusión-Conclusión

El PRP es útil en fines terapéuticos. En la actualidad sus fines se están expandiendo a diferentes ramas de la medicina con diferentes usos.

Es necesario ampliar los estudios existentes para ver si el PRP realmente es una estrategia eficaz en la cicatrización dirigida comparándola con las medidas tradicionales.

6 Bibliografía

1. A.E.SALAZAR-ÁLVAREZ ET AL. USO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS PARA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS CRÓNICAS DE IEMBROS INFERIORES. ACTAS DERMOSIFILIOGR. 2014; 105(6):597-604
2. A.MARTINEZ-MARTINEZ ET AL. PLASMA RICO EN PLAQUETAS ¿MITO O REALIDAD?.RADIOLOGIA.2018;60(6):465-475
3. MORENO R.TECNICAS DE OBTENCION DE PRP Y SU EMPLEO EN TERAPEUTICA OSTEOINDUCTORA.FARM HOSP.2015;39(3):130-136
4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCION Y ELABORACION DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS (PRP) DE USO AUTOLOGO Y NO TRANSFUSIONAL EN EL CENTRO COMUNITARIO DE SANGRE Y TEJIDOS DE ASTURIAS (CCSTA). CENTRO COMUNITARIO DE SANGRE Y TEJIDOS DE ASTURIAS.2019.
5. RODRIGUEZ FLORES J. ET AL. PLASMA RICO EN PLAQUETAS: FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS Y APLICACIONES EN CIRUGIA MAXILOFACIAL Y ESTÉTICA FACIAL.REV ESP CIRUG ORAL Y MAXILOFAC.2012.34(1)
6. INFORME DE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS SOBRE EL USO DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS.MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.2013.

Capítulo 61

TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES

BIBIANA POLO MORIS

SARAI SANTOS MARTIN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la anemia como: “trastorno en el cual el número de eritrocitos y, por consiguiente, la capacidad de transporte del oxígeno de a sangre, es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo”

En general se considera un paciente anémico cuando los valores de laboratorio muestran lo siguiente:

1. Hombre adulto: hemoglobina (Hg) por debajo de 13 gr/dl
2. Mujer adulta: Hg por debajo de 12 gr/dl
3. Recién nacido (0 a 30 días): Hg por debajo de 14 gr/dl
4. Bebe (menos de 12 meses): Hg por debajo de 9.5 gr/dl
5. Niños (1 a 14 años): variable en función de la edad, en general cuando su Hg está por debajo de 11 gd/dl

Las anemias se clasifican, fundamentalmente, en base a:

- La morfología de los hematíes
- La fisiopatología de la anemia

Por su morfología y teniendo en cuenta el hemograma, los índices celulares y el recuento de reticulocitos junto a una extensión eritrocitaria se dividen en1:

- Microcítica e hipocroma

- Normocítica y normocroma
- Macrocítica

Por su fisiopatología se clasifican en hipo/regenerativas obedeciendo a:

- Pérdida de sangre (hemorragia)
- Destrucción masiva de eritrocitos maduros (hemólisis)
- Disminución en la producción de eritrocitos (eritroblastopenia)

La mayor parte de las anemias en la población van a responder a tres etiologías

- Déficit en los niveles de hierro
- Enfermedad inflamatoria crónica
- Hemorragia aguda

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los diferentes tipos de hemocomponentes utilizados en los pacientes que portan anemias

Objetivos secundarios:

- Definir el concepto de anemia
- Diferenciar los tipos de anemia existentes

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diferentes artículos y paginas web del ámbito sanitario. Se han identificado palabras clave mediante diferentes recursos eligiendo bases de datos como Cochrane Library, Teseo, Cuiden, Pubmed entre muchas otras ejecutando la búsqueda.

Palabras clave:

- Transfusión sanguínea-Blood transfusion
- Anemia-Anemia
- Protocolos transfusionales-Transfusion protocols
- Pruebas de laboratorio-Laboratory test

Se restringe la búsqueda, mediante la utilización de operadores booleanos (AND) y limitadores temporales (limitado a 10 años)

4 Resultados

Cada uno de los componentes sanguíneos tiene su propia indicación:

- El concentrado de hematíes, el hemocomponente más utilizado, tiene como función principal aumentar la capacidad transportadora de oxígeno en pacientes anémicos.
- Los concentrados plaquetarios son utilizados como tratamiento en pacientes que presenten hemorragia activa asociada a trombocitopenia, o como profilaxis en pacientes con trombocitopenia severa.
- El plasma fresco congelado es una gran fuente de factores de coagulación.

La separación de sangre de un donante en sus componentes celulares y plasmáticos permite administrar al paciente solo aquel componente que necesita. Las ventajas de este tipo de transfusión son:

- Cada componente en particular es utilizado para el tratamiento de circunstancias patológicas específicas.
- Más de un paciente se beneficia de una sola donación.
- Los beneficios son mayores que los riesgos.

Componentes que se obtienen de una donación²:

- Sangre total: no ha sido separada en sus diferentes componentes. Consta de la sangre extraída en una solución preservante/anticoagulante sin procesamiento posterior. Cada unidad eleva 1-1.5 gr/dl la Hg del paciente o un 3-5% el hematocrito.
- Sangre total reconstruida: es el concentrado de glóbulos rojos al que se le adiciona plasma fresco congelado
- Concentrado de hematíes: consiste en obtener eritrocitos concentrados obtenidos a partir de la centrifugación de sangre entera o extraídos por aféresis. Cada unidad eleva 1 gr/dl la Hg o un 3% el hematocrito.
 1. Concentrado de hematíes lavados: son los hematíes que quedan tras lavar una unidad de sangre con una solución compatible (isotónica) y su posterior centrifugación. Se consiguen eliminar la mayor parte de las proteínas plasmáticas, microagregados plaquetarios y citoquinas implicados en reacciones transfusionales, por ello se utilizan en pacientes con déficits de IgA, portadores de anticuerpos anti IgA y en personas que han presentado reacciones transfusionales severas.
 2. Concentrados de hematíes leucorreducidos: hay dos variedades, el pobre en leucocitos con el 80% de los hematíes originales y menos del 20% de leucocitos y el libre de leucocitos con igual número de hematíes pero con menos del 2% de leu-

cocitos. Su uso está indicado en prevención de reacciones febriles no hemolíticas, prevención de aloinmunización HLA en pacientes politransfundidos, prevención de transmisión de citomegalovirus y reducción del efecto inmunomodulador de la transfusión.

3. Concentrado de hematíes congelados: uso en pacientes con sensibilizaciones múltiples y en pacientes con fenotipos de grupos sanguíneos raros donde es difícil conseguir sangre compatible.

- Concentrado plaquetario: son plaquetas obtenidas a partir de la centrifugación de sangre entera o extraída por aféresis. Un pool de plaquetas se obtiene aproximadamente de 6 donantes. Cada unidad incrementa el recuento plaquetario en $5-10 \times 10^9/L$ aproximadamente.
- Plasma fresco congelado: plasma obtenido a partir de la centrifugación de una unidad de sangre entera o de una aféresis y congelado unas horas tras la extracción. Aporta factores de coagulación y fibrinógeno incluyendo prociagulantes, anticoagulantes, albúmina e inmunoglobulinas^{3,4}
- Crioprecipitado: es un concentrado de proteínas plasmáticas preparado a partir de la descongelación del plasma fresco congelado seguido de la separación del precipitado y el recongelamiento de éste.

Recomendación para la transfusión de hemocomponentes

Recomendación para la transfusión de hematíes.

Se deben realizar pruebas de compatibilidad ABO y RH, así como un tipaje de anticuerpos irregulares compatibles:

- Paciente grupo O: solo puede recibir O
- Paciente grupo A: puede recibir O y A
- Paciente grupo B: puede recibir O y B
- Paciente grupo AB: puede recibir AB, A, B y O
- Paciente factor RH positivo: puede recibir RH positivo y negativo
- Paciente factor RH negativo: solo puede recibir RH negativo

Recomendación para la transfusión de plaquetas.

Se recomienda respetar el grupo ABO tanto como sea posible, sin embargo, el uso de plaquetas no isogrupo es una práctica transfusional aceptable en casos de escasez de pools plaquetarios o cuando el paciente requiere plaquetas HLA compatibles y las mismas no son ABO idénticas.

No es necesario compatibilizar el RH ni realizar tipaje de anticuerpos irregulares.

Recomendaciones para la transfusión de plasma y derivados.

Compatibilidad ABO, sin ser necesario respetar RH ni realizar tipaje de anticuerpos eritrocitarios, entendiéndose como tal:

- Paciente grupo AB: solo puede recibir AB
- Paciente grupo A: puede recibir A y AB
- Paciente grupo B: puede recibir B y AB
- Paciente grupo O: puede recibir O, A y AB

5 Discusión-Conclusión

La sangre constituye un recurso precioso y escaso. Muchos países tienen dificultad para adecuar la oferta a la demanda. El abastecimiento de componentes sanguíneos en la Unión Europea depende en gran medida de la contribución de donantes voluntarios.

El envejecimiento de la población y las nuevas medidas preventivas encaminadas a proteger a los receptores, en los países desarrollados, han aumentado la dificultad para mantener un abastecimiento suficiente de sangre.

Las instituciones transfusionales promueven la donación como una contribución esencial al sistema sanitario, de modo que los hospitales y los centros de extracción sanguínea están obligados a demostrar a los donantes de sangre que cada donación es utilizada de forma cuidadosa, racional, eficaz y bajo un control riguroso.

Los pacientes necesitan tener la certeza de que la sangre es segura, está siempre disponible y se use solo cuando sea necesaria⁵.

6 Bibliografía

1. B.F.RODAK. HEMATOLOGIA: FUNDAMENTOS Y APLICACIONES CLÍNICAS.2ª EDICIÓN. ED MEDICA.4:69-75
2. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. GUIA DE PRACTICA CLINICA (GPC): TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y SUS COMPONENTES. PROGRAMA NACIONAL DE SANGRE Y DIRECCION NACIONAL DE NORMATIZACION.1ªEDICION, QUITO, ECUADOR.2013.
3. FERNANDEZ-HINOJOSA E., MURILLO-CABEZAS F. ET ALL. ALTERNATIVAS TERAPEÚTICAS DE LA HEMORRAHIA MASIVA. MED INTENSIVA.2012;36(7):496-503

4. ASOCIACION ARGENTINA DE HEMOTERAPIA E INMUNOHEMATOLOGIA. GUIAS NACIONALES PARA EL USO APROPIADO DE LA SANGRE Y SUS COMPONENTES. AAHI.VOL. XXXIII.3-4:233-45
5. MINISTERIOS DE SANIDAD, POLITICA SOCIAL E IGUALDAD. MANUAL DE USO OPTIMO DE COMPONENTES SANGUINEOS: POR UN USO SEGURO, EFICIENTE Y CLINICAMENTE EFICAZ DE LA SANGRE EN EUROPA.2011.

Capítulo 62

BENEFICIOS DE LA UTILIZACIÓN DEL CATÉTER DE LINEA MEDIA

CECILIA FERNANDEZ GARRIDO

MARTA GUTIÉRREZ MOYANO

ANA DÍAZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El catéter línea media (CLM) consiste en un dispositivo de acceso venoso periférico entre 8-25cm, que pueden ser de silicona o poliuretano y que se coloca generalmente en la vena braquial o cefálica del brazo, y cuyo extremo distal termina por debajo del nivel de la línea axilar. La vena seleccionada debe ser la de mayor caudal y profundidad con la finalidad de reducir la flebitis mecánica o química y aumentar la duración.

Estos dispositivos permiten la administración de todas las infusiones apropiadas para las vías venosas periféricas cortas, con la ventaja de que tienen demostrada una duración mayor que la línea corta y menores riesgos asociados que las picc lines y las vías centrales.

2 Objetivos

Mejorar los conocimientos del personal de enfermería en relación con la inserción, uso y cuidados de los catéteres de línea media.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en dos bases de datos: Medline y Scielo, utilizando como palabras clave: midline catheter, midline catheter care y flebitis. De todos los artículos encontrados se realizó una selección de cinco comprendidos entre 2011 y 2017. Asimismo, se accedió a las recomendaciones para el manejo del acceso vascular del hospital de Cruces y del The Royal Children's Hospital de Melbourne.

4 Resultados

Existe discrepancia en la duración del CLM, algunos hablan de una duración de hasta 42 días mientras que otros tan solo de 7, aun así todos coinciden en que está demostrado de manera significativa una mayor duración que los catéteres de línea corta y disminución de las complicaciones asociadas.

Asimismo, destacan también la importancia de una técnica estéril para la inserción y una manipulación adecuada.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de catéteres de línea media sustituirá el uso de catéteres cortos por su facilidad para la inserción, su mayor duración, sus menores complicaciones y por ende una disminución de costes.

6 Bibliografía

- <https://medes.com/publication/>
- <https://www.osakidetza.euskadi.eus>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <http://www.med.illinois.edu/>
- <https://journals.lww.com>
- <https://www.rch.org.au/>

Capítulo 63

MANEJO DE LA INSULINA

GEMMA GARCÍA CANDÁS

JAIR MARTÍNEZ DÍAZ

1 Introducción

La Insulina es una hormona producida por el páncreas que tiene varias funciones importantes en el cuerpo humano, siendo la más característica la intervención directa sobre los niveles de la glucosa en sangre, previniendo así la hiperglucemia.

La insulina se debe administrar para sustituir la falta de esta en el organismo y corregir así trastornos metabólicos y la hiperglucemia, causados por deficiencia absoluta ó por reducción de la eficacia biológica de la insulina. La principal indicación de la insulina es su uso en la diabetes mellitus tipo I.

Para la administración de insulina existen diferentes tipos de sistemas como son las jeringas, plumas ó bolis y bombas de insulina. Cualquier sistema de los anteriores debe aplicarse en el tejido subcutáneo y no en el músculo para una correcta absorción. Aunque la formas más habitual de inyectar insulina es de forma subcutánea, en el ámbito hospitalario también se puede utilizar la vía intravenosa. Las zonas recomendadas para la administración de insulina subcutánea son: abdomen, piernas, brazos y nalgas, sin embargo dependiendo del tipo de insulina que se utilice, existen recomendaciones de usar una zona u otra.

La mayoría de insulinas contienen instrucciones propias del fabricante para su almacenamiento, sin embargo existen algunas recomendaciones generales para el almacenamiento y conservación de la insulina.

La insulina es considerada como un medicamento de riesgo por el Institute of Safe Medication Practice (ISMP) y está incluida en la lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos (lista MARC), en los que se debe priorizar la implantación de prácticas de prevención de errores de medicación (EM) efectivas. Cuando se producen EM con la insulina, éstos tienen dos veces más de probabilidades de producir daño en el paciente que cuando los errores se producen con otros medicamentos. En cuanto al papel de enfermería existen varios ámbitos importantes donde se puede producir un error.

2 Objetivos

- Conocer el modo de administración de la insulina.
- Conocer el almacenaje de la insulina.
- Observar los principales errores relacionado con la insulina y el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliografía no sistemática pero exhaustiva entre enero y agosto de 2019. La búsqueda bibliográfica se efectuó en diferentes fuentes de información como bases de datos, para ello se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), Medical Subject Headings (MeSH) y lenguaje libre. Se consultaron revistas y página web de prestigio. También se buscó información a través del buscador Google.

Para establecer los criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los documentos tratasen sobre el almacenamiento, información sobre la forma de administración de la insulina. También se incluyeron documentos que tratasen sobre errores en la administración y almacenamiento de la misma. Se aplicaron límites temporales y de idioma, incluyendo documentos posteriores a 2010, respecto al idioma se incluyeron documentos en español, inglés y portugués.

4 Resultados

1. Administración

Dispositivos de administración

Existen diferentes tipos de sistemas para la administración de Insulina. Cualquier sistema de inyección de insulina debe aplicarse en el tejido subcutáneo y no en

el músculo para una correcta absorción. Entre los sistemas que podemos utilizar están los siguientes:

- Jeringas: en la actualidad este método es el menos utilizado, sobre todo en el ámbito extra hospitalario ya que existen otros sistemas más cómodos para los pacientes, con este método es necesario llevar las jeringas y viales de insulina. Las jeringas están calibradas para administrar insulina a concentración 100 Unidades internacionales por cada mililitro, encontrándose jeringas de 0.3 ml (30 U.I.), 0.5 ml. (50 U.I.) y 1ml (100 U.I.) Las jeringas son de un solo uso e inmediatamente después de usarla se debe desechar en un recipiente para objetos punzocortantes.

- Plumas ó bolis: son el método más utilizado hoy en día, estas ofrecen un modo cómodo y sencillo de administración. Tienen cartuchos de insulina integrados y se coloca una aguja discreta en el extremo. Las agujas que se utilizan con este tipo de sistema son de solo uso, deben acoplarse antes de cada uso de la pluma, el tamaño dependerá de la edad o el peso del paciente. La dosis se selecciona girando un dial y después se pulsa el émbolo o el botón del extremo contrario para inyectar la dosis. Existen dos tipos principales de plumas:

Plumas reutilizables: en este tipo de plumas el cartucho debe sustituirse cuando esté vacío y se hayan utilizado todas las dosis.

Plumas precargadas (desechables): este tipo de pluma se suministra con la insulina en su interior y debe desecharse cuando esté vacía o a los 30 días de uso (en función del tipo de insulina y su fecha de caducidad).

Entre las ventajas que presentan esta su pequeño tamaño y que son una manera discreta de llevar la insulina. Por lo general son menos dolorosas que las jeringas porque las agujas son más pequeñas.

- Bomba de insulina: La finalidad de la terapia con bomba de Infusión Subcutánea Continua de Insulina (ISCI) es proporcionar un aporte exacto, continuo y controlado de insulina para cumplir los objetivos de glucemia. La bomba de insulina es un pequeño dispositivo computarizado que suministra insulina de rápida o corta acción 24 horas al día por medio de un catéter colocado debajo de la piel. Suministra insulina constante durante un periodo de 24 horas en forma de dosis basal y después de comer o para corregir el alto nivel de glucosa en la sangre presenta la opción de administrar bolos. En cuanto al tiempo que dura, la bomba contiene un cartucho pequeño de insulina que por lo general hay que reemplazar cada tres días, dependiendo de las necesidades de insulina de cada persona. El catéter también debe ser reemplazado cada 3 días para prevenir moretones, acumulación de insulina y tejido cicatrizal. Los dispositivos (la bomba de insulina) por lo gen-

eral duran de 4 a 5 años. Ventajas, no hay que pinchar con una aguja cada vez que se necesite inyectar insulina, en su lugar se usa una aguja cada tres días para insertar el catéter.

Agujas

Otro de los puntos importantes es elegir correctamente la longitud de las agujas. En la actualidad existen agujas con longitud variable desde los 4 hasta los 12,7 mm en el caso de plumas de insulina o jeringas y de hasta 17 mm en el caso de los catéteres de los infusores de insulina. Las agujas cortas de 4, 5 y 6 mm son seguras y mejor toleradas por los pacientes. Las nuevas pruebas de imagen han demostrado que el tejido subcutáneo es menor de lo que se pensaba en algunas zonas, y esta es la razón por la que se recomiendan agujas de insulina cada vez más cortas.

Zonas de inyección

La forma más habitual de inyectar la insulina es la vía subcutánea, aunque en el ámbito hospitalario también se puede administrar intravenosa. Las zonas recomendadas para la administración de insulina subcutánea son: abdomen, piernas, brazos y nalgas.

Dependiendo el tipo de insulina existen recomendaciones de utilizar una zona u otra. Insulinas humanas: Las insulinas rápidas tipo Actrapid o Regular se recomiendan poner en el abdomen, mientras que la insulina tipo NPH se recomienda poner en las piernas y/o nalgas, ya que en estas zonas la absorción es más lenta.

- Insulinas premezcladas: Las insulinas mezcla de rápida y NPH, que se administran por la mañana, se recomienda ponerlas en el abdomen para aumentar la rapidez de absorción de la parte de insulina rápida. En cambio, cualquier mezcla que lleve NPH durante el resto del día se recomienda ponerla en las piernas y/o nalgas para retrasar la absorción y reducir el riesgo de hipoglucemias nocturnas.
- Insulinas análogas: Con los análogos de insulina rápida (Novo-Rapid, Humalog, Apidra) el planteamiento es diferente, ya que se absorben con una rapidez similar tanto si se administran en abdomen como en brazos, piernas y nalgas. Con los análogos de insulina lenta (Lantus y Levemir) ocurren fenómenos parecidos. No hay diferencias de absorción según la zona, aunque se percibe ligera tendencia de que en la zona abdominal sea más lenta.

Las recomendaciones clásicas de administrar la insulina rápida en abdomen y las lentas en piernas o nalgas se basan más en garantizar la rotación de las zonas a

inyectar que en la absorción de la insulina. En cuanto a la desinfección de la zona no se necesita alcohol para desinfectarla si existe una buena higiene, aunque sí se requiere en centros asistenciales u hospitalarios. Se desaconseja la inyección a través de la ropa. La rotación de las zonas a inyectar sigue siendo de vital importancia para evitar las lipodistrofias que resultan poco estéticos y que dificultan la correcta absorción de la insulina. En caso de la aparición de lipodistrofias, se debe dejar de utilizar esta zona y buscar otras zonas para administrar la insulina. El pliegue de la piel es necesario cuando la distancia entre la piel y el músculo es menor que la longitud de las agujas. Hacer pliegue puede ser un método seguro para evitar que la aguja llegue al músculo. El pliegue se ha de realizar con tres dedos (pulgar, índice y corazón) y se ha de soltar una vez inyectada la insulina. Hacer el pliegue es relativamente fácil en el abdomen y las piernas, pero es más difícil en los brazos (donde se necesita ayuda de otra persona). En las nalgas no es necesario hacerlo por el grosor del tejido subcutáneo de esta zona.

A la hora de la inyección se aconseja utilizar un ángulo de 90° siempre que se disponga de una aguja de longitud adecuada, aunque algunos autores aconsejan el ángulo de 45° en niños, aún utilizando agujas de 5 mm. En algunos casos, donde el riesgo de inyecciones intramusculares es particularmente alto, se recomienda aplicar la técnica de coger un pellizco e inyectar en ángulo de 45° utilizando la aguja más corta posible. Para evitar el rebosamiento de la insulina se recomienda esperar diez segundos antes de retirar la aguja de la piel.

2. Almacenamiento

Aunque la mayoría de insulinas contienen instrucciones propias del fabricante para su almacenamiento algunas de las recomendaciones generales que se aplican para el almacenamiento y conservación de la insulina son las siguientes:

- Las insulinas que no van a ser utilizadas de inmediato, deben estar almacenadas en frigorífico a una temperatura de entre 2-8°C evitando la congelación, ya que a 0°C se inactivaría el principio activo. De esta manera mantienen su actividad hasta la fecha de caducidad.
- Las insulinas que sí se están utilizando, se recomienda almacenarlas a temperatura ambiente, siempre y cuando sea una temperatura inferior a 30°C y protegidas de la luz, de esta manera podrían utilizarse durante 28 días, sin que pierdan efectividad, después de este tiempo es aconsejable desecharlas, aunque queden restos de insulina, pues pierden su actividad.

3. Principales errores

Existen medicamentos denominados de alto riesgo que son aquellos que cuando

se utilizan incorrectamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves, o incluso la muerte, a los pacientes. El estrecho margen terapéutico es una de las características principales de estos medicamentos. La insulina es considerada como medicamento de riesgo por el ISMP y está incluida en la lista MARC, en los que se debe priorizar la implantación de prácticas de prevención EM efectivas. Cuando se producen EM con la insulina, estos tienen dos veces más de probabilidades de producir daño en el paciente que cuando los errores se producen con otros medicamentos.

En cuanto al papel de enfermería existen algunos ámbitos importantes en los que se puede producir un error con el consecuente riesgo que supone para el paciente.

- Errores en el almacenamiento: Es importante que el personal de enfermería sepa almacenar de forma correcta la insulina. Se les debe enseñar las recomendaciones generales que se han descrito con anterioridad. Sería una buena praxis mantener las insulinas en uso a temperatura ambiente, así como escribir la fecha en el vial o en la pluma cuando se empiecen.

- Errores en identificación: La gran variedad de tipos de insulinas, de diferentes marcas y dispositivos de administración, facilita la aparición de errores por confusiones entre ellas. En el año 1999, la International Diabetes Federation, en colaboración con las compañías farmacéuticas, estableció un código internacional de colores para todos los tipos de insulinas humanas, con el objetivo de facilitar su identificación, incluso fuera del propio país. Así, todas las insulinas rápidas humanas tienen un distintivo de color amarillo, las intermedias lo tienen de color verde y las mezclas presentan colores diferentes. Los laboratorios que comercializan análogos de insulina también los identifican con colores diferentes. No obstante, no evitan muchos de los errores que se pueden producir por la similitud entre los dispositivos. Las insulinas que tengan nombres similares así como otros medicamentos que tengan la misma apariencia deben almacenarse de forma separada. Además, se pueden identificar con una alerta en el cajetín donde se conservan.

- Errores de administración: Uno de los principales errores que existe a la hora de administrar insulina tienen que ver con la inyección a través de las plumas de insulina.

Las plumas para inyección de insulina son dispositivos desechables que se desarrollaron con el fin de facilitar la dosificación y administración de este medica-

mento en los pacientes diabéticos, y están diseñados y registrados para ser utilizados por un solo paciente. No obstante, debido a las ventajas que ofrecen, su uso se ha generalizado en los hospitales y otros centros sanitarios. El cartucho o depósito de la pluma se puede contaminar con la sangre del usuario después de la inyección, de forma que se pueden transmitir los posibles agentes patógenos a usuarios posteriores de la pluma, aunque se cambie la aguja. Algunos estudios han demostrado que los cartuchos de las plumas pueden estar contaminados por material biológico de los pacientes. Esto ocurre porque los profesionales no son conscientes de los riesgos de contaminación biológica asociados a esta práctica y piensan que con cambiar la aguja desechable entre los pacientes es suficiente para evitar la transmisión de infecciones. En el 2009 la U. S. Food and Drug Administration (FDA) y el ISMP-España ya alertaron e informaron del problema. Sin embargo en 2011 y 2013 se registraron nuevos incidentes, en los que los pacientes estuvieron expuestos a contraer infecciones por haber utilizado plumas entre varios pacientes.

En el ISMP-España y en el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SINASP) también han recibido notificaciones de centros sanitarios que describen errores o situaciones de riesgo con el uso de las plumas de insulina.

Las recomendaciones básicas dirigidas a los centros sanitarios que utilizan plumas de insulina para prevenir esta práctica insegura son:

- Informar a los profesionales sanitarios sobre el uso seguro de las plumas de insulina.
- Revisar los procedimientos de utilización de las plumas de insulina en el centro.
- Etiquetar las plumas de insulina con los datos del paciente.

Existe una campaña “One and Only Campaign” desarrollada en EE.UU. por los Centers of Diseases Control (CDC) y la Safe Injection Practices Coalition (SIPC), para sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre las prácticas seguras con los medicamentos inyectables y que incluye materiales informativos específicos sobre el uso seguro de las plumas de insulina. En cuanto a los viales de insulina, envases multidosis, que contienen 100 U (UI)/ml de insulina en un frasco de 10 ml. Para evitar la contaminación cruzada debe utilizarse cada vez una aguja nueva. Para evitar errores en la administración de insulina con el sistema ISCI, las concentraciones de las soluciones para infusión de insulina deben estar estandarizadas en una concentración única. Tras la preparación y antes de su administración se tiene que realizar un control de la preparación y la validación con la prescripción.

Un dato a tener en cuenta es que desde marzo de 2001 solo estaban comercializadas en nuestro país presentaciones de insulina en concentraciones de 100 U (UI)/ml. Sin embargo, recientemente se han aprobado dos tipos de insulinas que se presentan en otras concentraciones mayores y que se comercializan únicamente en plumas precargadas como son, la Insulina lispro 200 U/ml (Humalog KwikPen 200®); insulina glargina 300 U/ml (Toujeo Solostar 300®). Las insulinas glargina 100 U/ml y 300 U/ml no son equivalentes ni son directamente intercambiables. Los pacientes que vayan a cambiar su pauta de insulina basal de insulina glargina 300 U/ml una vez al día a insulina glargina 100 U/ml una vez al día deben reducir su dosis aproximadamente un 20% para disminuir el riesgo de hipoglucemia. La importancia de esto está en que si no se lee bien la concentración en la que se presenta la insulina podría suponer una sobredosificación grave.

5 Discusión-Conclusión

El uso de pliegue a la hora de inyectar insulina autores refieren que no es necesario si las agujas son de un tamaño adecuado al paciente. A diferencia de otros que aconseja hacer el pliegue siempre, ya que es una buena praxis para evitar la inyección en el músculo.

Si es necesario inyectar o no con un ángulo de 90° o 45° algunos autores aconsejan utilizar el anglo de 90° con agujas de tamaño adecuando, mientras otros recomiendan 45° en niños y cuando se utilicen agujajes de 5 mm.

Es de suma importancia que el personal sanitario, en concreto el personal de enfermería reciba formación sobre los distintos tipos de insulina así como deben ser almacenados.

Se debe concienciar al personal de enfermería del peligro que supone en el compartir las plumas de insulina. Esto es una mala praxis y puede llevar a problemas graves a los pacientes.

6 Bibliografía

1. VIDAL FLOR M. TECNICAS DE INYECCIÓN DE INSULINA NUEVAS RECOMENDACIONES. DIABETES.
2. GENERALITAT DE CATALUNYA DEPARTAMENT DE SALUT. PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACION DE CATALUÑA. BARCELONA: VOL 13 NUM 2; 2015 P. 1-8.

3. ALLOZA P, ASENSIO I, CATAYUD E, FERNANDEZ T, MARTINEZ O, MRIL-LOLISA R et al. GUIA DIDACTICA PARA PROFESIONALES SOBRE DISPOSITIVOS DE ADMINISTRACION DE INSULINA Y ANALOGOS GLP-1. SEFAR; 2016.
4. SMITH Y. EFFECT OF INSULIN ON GLUCOSE UPTAKE [Internet]. NEWS MEDICAL LIFE SCIENCIES. [cited 14 July 2018].
5. MANDAL A. ENFERMEDADES DELA INSULINA[Internet]. NEWS MEDICAL LIFE SCIENCIES. [cited 10 July 2019].
6. INTRODUCCION A LAS ACTIVIDADES DE INSULINA [Internet]. [cited 20 July 2019].
7. FIRD A, HIRSCH L, GASPAR R, HICKS D, KREUGET G, LIERSCH J et al. NUEVAS RECOMENDACIONES EN TECNICAS DE INYECCION PARA PACIENTES CON DIABETES. BD.
8. MCCULLOCH DK. GENERAL PRINCIPALES OF INSULIN THERAPY IN DIABETES MELLITUS.
9. GUIA RAPIDA ISCI GRUPO DE TRABAJO DE TECNOLOGIAS APLICADAS A LA DIABETES DE LA SED.
10. MANUAL DE MEDICAMENTOS. NORMAS DE USO. SCIAS HOSPITAL DE BARCELONA.
11. INSULINAS. [Internet]. [cited 5 enero 2019].

Capítulo 64

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TRASTORNOS ESOFÁGICOS Y DISFAGIA

MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA

1 Introducción

El esófago es un tubo muscular cuya función primordial es el transporte del bolo alimenticio, desde la boca, lugar de masticación, hacia el estómago donde continuará la trituración y digestión de los alimentos. Esta función de transporte, precisa de una importante musculatura, y escasas glándulas de propiedades secretoras o absortivas.

El esófago, desde el punto funcional, lo dividiremos en un tubo, que contiene fibras musculares de músculo estriado en el tercio superior; y músculo liso en los dos tercios inferiores. Además, dos esfínteres que lo delimitan al inicio y al final de este, coordinando el movimiento progresivo y unidireccional para el paso de los alimentos, y de barrera para evitar el reflujo del contenido gástrico de forma involuntaria.

La patología esofágica la clasificaremos en orgánica o en funcional, y ésta a su vez en alteración del músculo estriado o del liso.

- La patología esofágica es funcional cuando el problema es del paso del bolo alimentario, la coordinación y la peristalsis del esófago. Primaria, si es el esófago el único o fundamental órgano afectado, o secundaria, cuando el esófago es otro órgano más de la economía del cuerpo afectado, en el contexto de una enfermedad sistémica.

- La patología esofágica es orgánica, cuando no es su funcionamiento, sino una lesión anatómo-patológica apreciable, que es la causante de la enfermedad.

ENFERMEDADES FUNCIONALES DEL ESÓFAGO

Como trastorno motor primario, el ejemplo clásico es la achalasia, enfermedad de etiología desconocida, caracterizada por una incapacidad de contracción del músculo liso del esófago para dirigir el bolo alimenticio junto con una descoordinación y falta de relajación del esfínter esofágico inferior. Esto se traduce en una disfagia paradójica, a veces es más característica para líquidos que para sólidos, intermitente, es decir no en todas las ocasiones y progresiva. Se sospecha radiológicamente, con la imagen del esofagograma, esófago dilatado con terminación distal afilada, por la falta de relajación esfinteriana. Se diagnostica manométricamente, es decir reflejando las magnitudes patognomónicas de la achalasia. Es conveniente realizar una endoscopia/TAC para diferenciar cualquier patología orgánica que simule una achalasia llamada pseudoachalasia.

El tratamiento consiste en disminuir ese aumento de presión esfinteriana por falta de relajación y por otra evitar el reflujo gastroesofágico al romper el mecanismo esfinteriano a través de dilataciones endoscópicas. La opción médica con hipotensores musculares como calcio antagonista o toxina botulínica está especialmente indicada en personas mayores o si la cirugía está contraindicada, dada las elevadas recidivas. El tratamiento quirúrgico consiste en practicar una miotomía, rompiendo las fibras musculares que conforman el esfínter esofágico inferior, asociando o no un tratamiento antirreflujo. Indicándose como tratamiento definitivo por su menor tasa de recidivas.

El espasmo esofágico difuso: es un trastorno de motilidad esofágica, cuya característica es el dolor torácico preesternal. La causa son contracciones terciarias o no propulsivas, intensas y simultáneas dolorosas. Realizar diagnóstico diferencial con angina, infarto de miocardio. La imagen radiológica característica en sacacorchos es intermitente, y la manometría identifica ondas simultáneas de amplitud y duración intensa. El tratamiento depende de la variedad clínica, fundamentalmente se basa en tranquilizar al paciente de que la enfermedad no es peligrosa.

Trastornos motores secundarios: la esclerodermia, se caracteriza por depósitos de colágeno en la musculatura lisa, dificulta el tránsito esofágico y favorece a su clínica fundamental que es disfagia y pirosis. En la poliomiositis y dermatomiositis, se afecta la musculatura estriada, afectando el tercio superior esofágico. La clínica es disfagia alta u orofaríngea por debilidad de la musculatura.

Otras enfermedades, sin embargo, afectan a la innervación del sistema central como ocurre en el párkinson, accidente cerebrovascular (ACV) o periférico como ocurre en traumatismos, diabetes o alcoholismo, con su manifestación manométrica y clínica correspondiente por esta hipotonía o descoordinación motora.

ENFERMEDAD REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

Con este nombre se conoce un compendio de causas cuya consecuencia es que el contenido gástrico vuelve al esófago, sin ser provocado por vómito. Por diversas causas, como hernia de hiato, medicamentos o alimentos, aumento de presión abdominal como obesidad o gravidez, provocan una incompetencia del esfínter esofágico inferior. El contenido biliogástrico, irrita a la mucosa esofágica causando síntomas típicos: la pirosis-fundamental, dolor epigástrico o torácico; otros atípicos: como asma, broncoespasmo y neumonías/neumonitis recurrentes.

Para diagnosticar el reflujo gastroesofágico fundamentalmente se basa en la clínica, asociada a phmetria 24 horas, donde se registra con un electrodo el pH en el esófago terminal. La endoscopia demostrará la mucosa dañada.

Las medidas dietéticas y posturales son el tratamiento principal en el reflujo gastroesofágico leve, como evitar grasas, chocolate, café, elevar cabecera de la cama. En los casos moderados están indicados antiácidos o procinéticos, que disminuyan la presión intragástrica. En las graves, no resueltas o recidivantes al tratamiento médico, o por rechazo al tratamiento crónico se recomienda tratamiento quirúrgico, en la que hay que reforzar mecanismo valvular del esfínter esofágico inferior con una técnica antirreflujo, enrollando parte del fundus gástrico alrededor del esófago terminal, como la llamada Nissen.

Las complicaciones del reflujo gastroesofágico de larga evolución es la esofagitis, por la inflamación crónica del líquido irritante gastrobiliar al epitelio esofágico, esto puede dar una estenosis benigna esofágica, hemorragia por úlcera péptica o esófago de Barret, lesión premaligna del cáncer de esófago, caracterizada por metaplasia intestinal, demostrada con biopsia reglada endoscópica de la lesión sospechosa.

El reflujo gastroesofágico, se asocia a un anillo esofágico inferior, denominado de Schatzki, estableciendo una estenosis por una membrana que de forma concéntrica obstruye parcialmente el esófago distal. El tratamiento es la dilatación endoscópica.

TRASTORNOS ORGÁNICOS DEL ESÓFAGO

- Esofagitis cáustica: son lesiones provocadas por sustancias ácidas o alcalinas, induciendo a una inflamación de la pared esofágica. Con la ingesta accidental de pilas o lejías en niños o intentos autolíticos en adultos, se produce una inflamación variable en la pared del esófago desde inflamación, edema a necrosis y perforación del esófago. Que conlleva un cuadro muy grave de mediastinitis. No realizar lavados gástricos ni provocar vómitos, se agravaría la lesión.
- Esofagitis candidiásica: mayoritariamente en inmunodeprimidos, cuya característica es la disfagia y odinofagia a sólidos por lesiones blanquecinas en la mucosa esofágica.
- Divertículos esofágicos: son dilataciones saculares de la pared esofágica que clasificamos por tracción cuando los ocasionan adherencias y fibrosis de vecindad. O por pulsión, si la presión intraluminal elevada junto a una zona débil, originan una herniación de la mucosa, como ocurre en el divertículo de Zenker, en la boca de Killian. La clínica puede ser de estenosis esofágica o halitosis por retención de alimentos en el interior del divertículo. La clínica indica el tratamiento quirúrgico y no la magnitud del mismo.
- Cáncer de esófago: presenta una incidencia variable. Siendo el cuarto tumor digestivo más frecuente.

El tipo histológico más frecuente en todo el esófago es el epidermoide. Asociado al consumo de alcohol, tabaco, dietas pobres en verduras y lesiones esofágicas. La clínica consiste en disfagia progresiva, mecánica y continua, por una estenosis maligna o síndrome constitucional interpretando enfermedad localmente avanzada. La diseminación linfática e invasión local. El pronóstico es malo por características anatómicas del esófago y por su diagnóstico tardío.

El adenocarcinoma es otra variedad de tumor esofágico, asentándose en el tercio distal del esófago. Su origen es por malignización del Barret, o por invasión de continuidad de un tumor de cardias o de la unión esofagogástrica. En países occidentales, está en aumento de forma que iguala en frecuencia al epidermoide. El tratamiento fundamental es quirúrgico realizándose una esofagectomía. Como tratamiento paliativo, se utiliza endoprótesis para salvar el tumor estenosante, o la radioterapia en los epidermoides para disminuir la masa tumoral.

2 Objetivos

Identificar los cuidados de enfermería en trastornos esofágicos y disfagia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: trastornos, disfagia, cuidados, enfermería, esófago, patología; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1994.

4 Resultados

El principal cuidado a tener en cuenta en pacientes con patología esofágica es la identificación de problemas de deglución como puede ser la disfagia. La disfagia hace referencia, ya sea a la dificultad que alguien puede tener en las fases iniciales de la deglución (descrita habitualmente como “disfagia orofaríngea”) o a la sensación de que de alguna manera hay una obstrucción al pasaje de los alimentos y/o líquidos de la boca al estómago (descrita habitualmente como “disfagia esofágica”). Resulta clave determinar si la disfagia es orofaríngea o esofágica. Esta distinción se puede hacer sobre la base de una anamnesis muy cuidadosa que arroja una valoración exacta del tipo de disfagia (orofaríngea vs. esofágica).

A continuación, se enumeran las características clave a considerar en la historia de enfermería:

- Localización
- Tipos de alimentos y/o líquidos
- Progresiva o intermitente
- Duración de los síntomas

La disfagia esofágica también se denomina disfagia “baja”, refiriéndose a la probable ubicación en el esófago distal, si bien es de destacar que algunos pacientes con formas de disfagia esofágica tales como acalasia pueden ubicarla en la región cervical, como si fuera una disfagia orofaríngea. La disfagia que se presenta por igual con sólidos y líquidos a menudo refleja un problema de motilidad esofágica. Esta sospecha se ve reforzada cuando la disfagia intermitente para sólidos y líquidos se acompaña de dolor torácico. La disfagia que se presenta solo con sólidos, pero nunca con líquidos sugiere la posibilidad de obstrucción mecánica. La halitosis es un signo muy inespecífico que puede sugerir una acalasia avanzada o una obstrucción de larga evolución.

Cuidados en disfagia:

- La posición de la persona para la ingesta debe ser incorporada.
- Los alimentos más blandos mejoran los resultados, posiblemente en combinación con medidas posturales.
- Siempre que sea posible, la alimentación oral es la mejor opción.
- Puede haber una gran diferencia si se modifica la consistencia de los alimentos para espesar los líquidos y se dan alimentos blandos.
- Se debe cuidar las necesidades nutricionales y de líquidos (considerando el riesgo de deshidratación).
- El agregado de ácido cítrico para mejorar los alimentos mejora los reflejos deglutorios, posiblemente debido a que el ácido aumenta la estimulación gustatoria y trigeminal.
- También puede ayudar el tratamiento adyuvante con un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina para facilitar el reflejo tusígeno.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es un problema cotidiano en la práctica clínica de los pacientes con trastornos en el esófago por lo que es de vital importancia aunar cuidados en la práctica clínica para identificar el grado de disfagia para proporcionar los cuidados de enfermería adecuados.

6 Bibliografía

1. Cabezón, R., Ramírez, C., Badía, P., León, N., & Fonseca, X. (2011). Evaluación de la deglución con nasofibroscofia en pacientes hospitalizados: Factores predictivos y seguimiento intrahospitalario. Experiencia en un hospital clínico universitario. *Rev Med Chil* .139(8), 1025-1031.
2. Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R., Swanson, J., & Clavé, P. (2014). The effects of a xanthan gum-based thickener on the swallowing function of patients with dysphagia. *AlimentPharmacolTher*. 39(10), 1169-1179.
3. Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., & Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*. 1(3), 174-202.
4. González M. Trastornos motores del esófago. *Revista de Gastroenterología de México* 2008; 73(1):34-35.

5. Henríquez A, Csendes A, Rencoret G, Braghetto I. Prevalencia de los diferentes trastornos motores primarios del esófago. Estudio prospectivo de 5440 casos. *Revista Médica de Chile* 2007; 135:1270-1275.
6. Ramírez J, Gutiérrez O, Vanegas S. Desórdenes motores del esófago. Experiencia en la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Acta Médica Colombiana* 1994; 19(6):351-357.
7. Pohl, D. & Tutuian, R. (2007). Achalasia: An Overview of Diagnosis and Treatment. *J Gastrointestin Liver Dis.* 16(3), 297-303.
8. Jiménez, R., Roque, R. y Anido, V. (2015). Estrategias terapéuticas en el tratamiento de la acalasia esofágica. *Revista Cubana de Cirugía*, 31(4), 318-326.

Capítulo 65

INDUCCIÓN AL PARTO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

VANESA TELLA RIOS

1 Introducción

La inducción al parto (IP) es una intervención para iniciar artificialmente las contracciones uterinas para producir el borramiento y la dilatación del cuello uterino y terminar en el nacimiento.

Las pacientes propuestas a inducción pueden tener membranas intactas o rotas, pero no están en trabajo de parto. Como cualquier intervención médica puede tener efectos indeseables. Está indicada cuando la madre o el niño lograrán un beneficio mayor que si el embarazo continúa. Sólo debería ser considerada si la vía vaginal es la más apropiada para el nacimiento.

La IP es un procedimiento común que se observa en alrededor del 20% de las mujeres embarazadas y es indicada por diferentes razones.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento y porcentajes de partos por inducción en la actualidad.

3 Caso clínico

Gestante de 28 años , 38+2 semanas de gestación que ingresa por posible rotura prematura de membranas con dinámica irregular y aumento de flujo de 24 horas de evolución.

Antecedentes personales:

- Alergias; sin alertas conocidas.
- Antecedentes personales; NAMC, No habitos toxicos. Legrado postaborto
- Antecedentes obstétricos y ginecológicos: Gestaciones: G2 Partos: P0 Cesáreas: C0 Abortos: A1 Vivos: V0

Exploración física: Cérvix posterior, borrado un 80%, permeable 1 dedo, cefálica libre. No salida de LA espontáneamente ni con Valsalva.

Alumbramiento dirigido con perfusión de oxitocina. Parto eutócico a las 13:50h con anestesia epidural.

Recién nacido mujer Apgar 9-10, peso 2805gr, pH de sangre de cordón 7,35.

Buena evolución tanto del recién nacido como de la gestante, lactancia materna establecida.

Madre: Hb 11,9. Útero contraído, periné y loquios normales. Revisión con su matrona del centro de salud en una semana.

4 Resultados

El parto vaginal no logrado en 24 horas es un buen parámetro para medir la eficacia de un método de inducción. Pero no sirve, por ejemplo, para medir resultado del despegamiento de membranas.

Hay falta de evidencia debido a la inconsistencia de los trabajos para considerar 24 horas como un fracaso. La hipercontractilidad uterina con o sin cambios en la frecuencia cardiaca fetal (FCF) se considera un resultado adverso.

5 Discusión-Conclusión

La satisfacción materna es evaluada muy raramente en los servicios y como consecuencia, escasea en los trabajos.

6 Bibliografía

1.NHS Executive. Clinical Guidelines: using clinical guidelines to improve patient care within theNHS. London: HMSO; 1996.

2. Editorial Team TCPaCG. Specialised Register: Search strategies for identification of studies.

The Cochrane Library. Oxford: Update Software. Updated Quarterly.

3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Breast cancer in women: a national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 1998. SIGN Publication No 29.

4. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Critically appraising the evidence: is this evidence about a diagnostic test valid? Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997: 81-4.

5. Bernstein SJ, Hofer TP, Meijler AP, Rigger H. Setting standards for effectiveness: a comparison of expert panels and decision analysis. Int J Qual Health Care 1997; 9:255-63.

Capítulo 66

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA

RAQUEL ZAMORA DÍAZ

SARA GONZÁLEZ-NICOLÁS LEAL

ISABEL LOPEZ RUBIO

MARTA RODRÍGUEZ PEÑA

MAGDALENA JIMENEZ DE LA TORRE

1 Introducción

Una Emergencia Médica es una situación de alto riesgo vital en la cual a priori, existe un riesgo de muerte inminente, en la que la vida del paciente puede verse gravemente afectada según la etiología que la origina si no se tomaran las medidas adecuadas y oportunas de manera inmediata.

Ante dicha situación, se requiere la presencia de un equipo cualificado en un corto espacio de tiempo, mejorando así la capacidad resolutive, con el fin de evitar complicaciones mayores y/o secuelas.

El profesional de enfermería que atiende la situación emergente se ve involucrado en una serie de sentimientos y emociones los cuales es necesario conocer

con el fin de optimizar la actuación para evitar que dichas emociones tengan una influencia negativa en capacidades como son la seguridad y la calidad asistencial.

Según referencias bibliográficas

Un estudio de la revista cuya autora es Rosa Mas Pons, Vicenta Escriba Aguir cuyo título es “La versión castellana de la escala Nursing Stress Scale, proceso de adaptación transcultural, 1966” enuncia que el hecho de acudir a brindar atención a los pacientes que ingresan en una sala de emergencias genera un alto grado de estrés entre los profesionales de la salud, considerando que en cada nueva oportunidad se debe enfrentar y estabilizar al paciente en estado crítico. Durante los últimos años, se ha desarrollado un creciente interés por el estudio del estrés y de los factores psicosociales relacionados con el trabajo debido a la repercusión que estos pueden tener sobre la salud de los trabajadores y su desempeño.

Varias son las emociones que exteriorizan las enfermeras frente a una situación de emergencia que conlleva la pérdida de un paciente: angustia, ansiedad, impotencia, tristeza, intranquilidad, etc.; las cuales se manifiestan en forma de ira, culpabilidad y en ocasiones llanto. También existen afectaciones físicas como cansancio o cefalea. Todo ello repercute de manera significativa tanto en el desempeño laboral como en las relaciones sociales y familiares del profesional.

Por todo lo anterior me parece relevante determinar cuáles son los principales sentimientos y emociones de los profesionales de enfermería de Unidades de Cuidados Críticos, ante una situación de emergencia.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Determinar los sentimientos y emociones del personal de Enfermería de la Unidades de Cuidados Críticos ante una situación de emergencia.

Objetivos específicos:

- Identificar los sentimientos y emociones negativos presentes en los profesionales de enfermería en la citada situación
- Establecer los sentimientos y emociones positivos del personal de enfermería en una situación de emergencia
- Conocer los sentimientos y emociones más prevalentes en los profesionales de enfermería

3 Metodología

Tipo de estudio:

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico narrativo, de tipo lexicográfico, se realizará sobre una muestra de profesionales de enfermería, con disposición y capacidad para relatar su experiencia y aceptando la participación en el estudio.

Para realizarlo se empleará un análisis de texto a partir de la pregunta abierta: ¿Qué has sentido cuando has presenciado una situación de emergencia en tu unidad? La respuesta requiere un relato escrito reflexivo, por parte de los participantes. El análisis destaca los términos utilizados y permitirte categorizar la respuesta abierta, así como su representación en nube de palabras.

Ámbito/Población: Unidad de Críticos.

Personal de Enfermería (Graduados/Diplomados de enfermería) de la Unidad de Críticos.

Para el tamaño de la muestra seguiremos el criterio de saturación de la información.

Profesionales con más de tres años de trabajo en esta unidad.

Criterios de inclusión y exclusión:

Quedarán incluidos en el estudio el personal de Enfermería con más de tres años de trabajo en esta unidad. Por otro lado, quedarán excluidos aquellos profesionales que no deseen formar parte del estudio y no cumplan el criterio anterior.

Consideraciones éticas:

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se llevará a cabo con el consentimiento informado de todos los participantes. Los datos recogidos serán confidenciales en virtud Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El proyecto se presentará ante el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

Procedimiento de recogida de datos:

-Fase primaria: Comprende los primeros 3 meses del inicio del estudio. Durante esta fase, se administrará el consentimiento informado (anexo I) a aquellos participantes que deseen formar parte del estudio, explicándoles previamente el objetivo del mismo y la importancia de su desarrollo.

Se administrará el cuaderno de recogida de datos (anexo II), se les explicará que

deberán rellenarlo una vez que estén en casa. Se les proporcionará un sobre y sello para su devolución a la unidad.

-Fase secundaria: Esta fase se combina con la primera fase sin fecha de término. En esta fase se recogerán los relatos y se hará el análisis por wordle, hasta que los datos con cada relato adicional no aparezcan otros términos nuevos

-Fase terciaria: En ella se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante la novena y décima semana.

4 Bibliografía

-Souza e Souza Luis Paulo, Mota Ribeiro Juliana, Barbosa Rosa Renata, Ribeiro Gonçalves Renata Cristina, Oliveira e Silva Carla Silvana, Barbosa Dulce Aparecida. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2019 Dic 09]; 12(32): 222-229.

-Mamani Encalada Antonia; Obando Zegarra, Roxana; Uribe Malca, Ana María; Vivanco Tello, Maritza. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf* [Internet].2007 [citado 2019 Dic 09]; 3(1): 50-57.

-Parada, E. *Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008

-Limonero, J.T. Tomás Sábado, J; Fernandez-Castro, J. Y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10 (1), 29-41.

Capítulo 67

CASO CLÍNICO : IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN PACIENTE CON GONARTROSIS

VIRGINIA GALENDE GALARZA

BERTA GARCIA MURILLO

MARIA SALINAS BARIAIN

JUNCAL SANZ PASCUAL

ELENA GONZÁLEZ ESAIN

1 Introducción

La artrosis o enfermedad degenerativa articular, es una enfermedad del aparato locomotor caracterizada por la degeneración y pérdida del cartilago articular. Se trata de la enfermedad reumatológica más frecuente en los países occidentales y la principal causante de incapacidad o invalidez de todas las enfermedades crónicas.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la carga global de la enfermedad, indica que la artrosis de rodilla está próxima a ser la cuarta causa más importante de discapacidad en mujeres y la octava en varones, siendo los costes anuales atribuidos a tal patología muy elevados. A diferencia de la artritis reumatoide y de otras artritis inflamatorias, la inflamación, si está presente, normalmente es leve.

En cuanto a la etiopatogenia, y siguiendo al Colegio Americano de Reumatología, podemos clasificar la artrosis en:

- Primaria o idiopática (es la más frecuente): puede ser localizada, siendo más frecuente en rodilla, cadera y mano; o generalizada.
- Secundaria o de causa conocida: traumatismos, trastornos del desarrollo o enfermedades congénitas, enfermedades metabólicas (hemocromatosis o enfermedad de Wilson), enfermedades endocrinas (hiperparatiroidismo, diabetes mellitus, microcristalinas (condrocalcinosis) y causas iatrogénicas.

Para estudiar la prevalencia de la osteoartrosis debe entenderse en primer lugar que existe una disociación clínico-radiológica. Así, menos del 50% de la población con cambios radiológicos padece algún tipo de síntoma relacionado con la enfermedad. Y más del 70% de los pacientes mayores de 50 años tiene signos radiológicos compatibles con esta enfermedad. En España, el estudio EPISER sitúa la prevalencia sintomática de la gonartrosis en 10,2% (siendo esta mayor en mujeres que varones).

Entre las manifestaciones clínicas destaca el dolor de características mecánicas, apareciendo con la deambulación y mejorando con el reposo, rigidez articular de origen matutino, limitación progresiva el recorrido articular debido a la mayor rigidez de las estructuras de soporte articular, crepitación articular a la movilización: relacionada con la pérdida de cartílago, deformidad articular y derrame articular.

Aunque ninguna de estas manifestaciones es patognomónica de la artrosis, la presencia de dos o más simultáneamente son altamente sugestivas de esta enfermedad articular.

Los factores de riesgo presentes en esta patología se pueden dividir en factores no modificables (edad, sexo, raza, factores genéticos..) y factores modificables (obesidad, actividad física, laboral, menopausia, nutrición..).

El diagnóstico se basa en la conjunción de manifestaciones clínicas, hallazgos exploratorios y signos radiológicos.

A pesar de ser un proceso muy frecuente, es un error atribuir cualquier síntoma articular a la artrosis, siendo fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras enfermedades reumatológicas antes de establecer el diagnóstico de artrosis. Las técnicas más utilizadas para su diagnóstico son Radiología convencional simple, Ecografía y resonancia magnética (valora de forma más precisa la evolución del deterioro de la artrosis).

No existe tratamiento curativo para la artrosis. El tratamiento debe ser individ-

ualizado y tiene tres objetivos: Aliviar el dolor, mejorar la capacidad funcional y evitar la progresión de la enfermedad. La terapia de la artrosis debe realizarse de forma escalonada, instaurando inicialmente medidas preventivas y no farmacológicas, luego añadiendo farmacoterapia, y, en caso de falta de respuesta, acudiendo a la cirugía.

Medidas no farmacológicas: Fisioterapia, hidroterapia, ejercicio físico y masaje, electroterapia, TENS (Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea), acupuntura, termoterapia...

Tratamiento Farmacológico.

1. Basado en la escalera analgésica del dolor (OMS).

2. Infiltración local

3. Tratamiento quirúrgico (Prótesis articular de rodilla). El objetivo de esta operación es sustituir con una prótesis, la rodilla, o la parte de la rodilla, que esté dañada. En algunos casos, se trata de un implante que va a sustituir las superficies articulares (cartílago) de la tibia, el fémur y la rótula. Esta intervención está indicada para aquellos pacientes cuyo dolor no se puede calmar con ningún otro método terapéutico médico. La intervención se realiza de manera programada. En general, la decisión de que un paciente sea intervenido dependerá de su estado general y el tipo de operación que requiera la implantación de su prótesis. La duración de la operación puede variar entre 50 minutos y 2 horas. Esta operación requiere una anestesia general o epidural.

TIPOS DE PRÓTESIS DE RODILLA

Nos encontramos ante dos distinciones a la hora de definir el tipo de prótesis, por un lado en relación con sus componentes, y por otro lado dependiendo de la forma de anclaje de los componentes.

Dependiendo de los componentes que se implantan:

- Prótesis total de rodilla: son las que más frecuentemente se implantan, y como su propio nombre indica sustituyen toda la superficie de la articulación de la rodilla (ambos cóndilos femorales y la totalidad del platillo tibial).
- Prótesis parcelares o unicompartimentales: su uso es más restringido, se suelen implantar en pacientes que presentan una lesión muy localizada en uno de los compartimentos de la rodilla, manteniendo íntegro el otro compartimento.
- Prótesis estabilizada posterior: estas prótesis son iguales a las convencionales con la única diferencia que el platillo tibial tiene un pivote que engancha con el componente femoral impidiendo que se produzcan ciertos movimientos anormales. Estas se suelen implantar en aquellos pacientes que presentan lesiona-

dos ciertos ligamentos (en particular el cruzado posterior) haciendo inestable la rodilla intervenida.

- Prótesis tumorales, prótesis de recambio y prótesis a medida: estas prótesis se suelen utilizar cuando la cantidad de hueso cercano a la articulación es insuficiente para proporcionar un anclaje sólido a los componentes convencionales. Por lo tanto estas prótesis son de mayor tamaño para anclarse en un punto alejado de la articulación, donde el hueso si es capaz de soportar las cargas.

Dependiendo de la forma de anclaje de los componentes:

- Prótesis híbridas: son las que más frecuentemente se utilizan. El componente tibial se ancla a la tibia utilizando cemento acrílico, mientras que el componente femoral se ancla al fémur mediante dos tetones o protuberancias que se impactan directamente en hueso sano.

- Prótesis cementadas: en estas ambos componentes se anclan usando cemento. Se suelen implantar en los pacientes en los que en quirófano no se obtiene una fijación satisfactoria del componente femoral al hueso, esto suele suceder en pacientes con mala calidad ósea.

- Prótesis tumorales, prótesis de recambio y prótesis a medida: estas al anclarse en un punto diferente del hueso, pueden no requerir cemento en ninguno de sus componentes. Pueden anclarse a presión o bien usando tornillos.

Los resultados de una artroplastia total de rodilla con frecuencia son excelentes. La operación alivia el dolor en la mayoría de las personas. La mayoría de ellas no necesitan ayuda para caminar después de que se recuperan totalmente. La mayoría de las articulaciones de la rodilla artificiales duran de 10 a 15 años. Algunas duran hasta 20 años antes de aflojarse y necesitar que las reemplacen de nuevo.

TRATAMIENTO POSTQUIRÚRGICO - REHABILITADOR

La rehabilitación resulta indispensable tras la cirugía con el fin de recuperar la amplitud de los movimientos (flexo-extensión de rodilla) y reanudación de la marcha. Normalmente, la persona operada puede volver a trabajar al cabo de 2 meses y medio o 3 meses.

Desde el primer día post-cirugía se comienzan a realizar ejercicios en la cama, y se inicia tratamiento con movilización externa pasiva (Kinetec), hasta alcanzar los 100° de flexión y -5° de extensión. Se puede comenzar despacio a caminar hacia el tercer día con ayuda del fisioterapeuta. Se requiere uso de muletas al menos el primer mes y medio.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el

método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

De esta experiencia práctica surge el siguiente trabajo a partir del Proceso de Atención de Enfermería con uno de los pacientes de este servicio.

2 Objetivos

- Constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

3 Caso clínico

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años de edad que presenta gonartrosis avanzada de rodilla izquierda. Ingresa en planta de hospitalización, en enero de 2019 para una cirugía programada de PTR Izquierda, que posteriormente en el mismo mes precisa de una intervención en segundo lugar.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Hiperlipemia. Insuficiencia venosa en EE.II. No diabetes Mellitus.

Antecedentes Quirúrgicos: Apendicectomía (1985). Amigdalectomía (1987). Prótesis de rodilla Derecha (2014).

Antecedentes ginecológicos: 2 Gestaciones (partos eutócicos ambos). Menopausia a los 48 años (1998).

Antecedentes familiares: Padre fallecido por cáncer de estómago. Madre fallecida a los 87 años, varios IAM. Tres hermanos sanos.

Hábitos tóxicos: No fumadora. No bebedora.

Medicación actual: Acetensil plus 20/12,5 mg. (1-0-0). Paracetamol 1 gr (si dolor). Atorvastatina 20 mg. (0-0-1). Pantoprazol 20 mg (1 comprimido C/24 h)

Exploración física preoperatoria: Auscultación cardiaca y pulmonar: normal. Pruebas complementarias: Rx de tórax: sin alteraciones patológicas. ECG: RS 58 lpm. Analítica sanguínea y pedida sangre homo.

A su ingreso presenta las siguientes constantes vitales: TA: 145/87 mmHg. FC: 58 lmp. SatO₂: 96%.

Parámetros somatométricos: Peso: 79,5 kg. Talla: 1,54 m Peso ideal: 61,35 kg. IMC: 34 (Obesidad grado I).

Intervención quirúrgica:

Para la intervención se le administra anestesia raquídea. La intervención se lleva a cabo mediante un abordaje anteromedial, con una incisión rectilínea anterior. A la paciente se le implanta una prótesis total de rodilla Optetrak LOGIC izquierda. El anclaje utilizado para la prótesis es cementado, es decir, se colocan los implantes mediante cementado en tibia y fémur. En quirófano se comprueba la correcta estabilidad de la prótesis. Se colocan los drenajes CBC II, se cierra la herida mediante primera intención (grapas) y se coloca vendaje compresivo (crepê).

Tras la intervención: Según el protocolo presente en la cirugía de PTR la paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos de la clínica. En ella valoran su evolución tras la intervención y pasadas las primeras 24 horas la paciente es remitida a planta.

Llegada a planta: la paciente sube a planta a las 11h de la mañana. Es portadora de vendaje compresivo y drenaje tipo CBC II (contiene 420cc hemático), sonda vesical Foley n° 16, vía periférica n° 20 con fluidoterapia (plasmalyte de 80 ml/h y analgesia continúa tipo M1 a 20 ml/h). Habiendo iniciado ingesta oral en desayuno con buena tolerancia. EVA: 0. Se encuentra apirética y hemodinámicamente estable.

Las constantes en planta: TA: 115/74 mmHg. FC: 69 lpm. T^a: 36,2 °C. FR: 13 rpm. Sat O₂: 94%.

Exploración física: Buena sensibilidad y movilidad en zona distal de extremidad intervenida.

Tratamiento: VIAFLO Plasmalyte 500 ml (2000 ml al día). Dexketoprofeno 50 + 100 ml SF (cada 8 h, máximo de 2 días). Omeprazol 40 mg + 100 ml SF (cada 24 h).

Ondansetrón Normon 4 mg AMP 2 ml (IV directa si náuseas o vómitos, máximo 4 mg/cada 8 h). IV Metamizol 8 gr + 50 ml SF (perfusión continua 24 h).

Metoclopramida 10 mg + 50 ml SF (si náuseas o vómitos persistentes tras ondansetrón, admon cada 8 h).

Paracetamol IV 1 gr FRASCO 100 ml (si dolor/ máx cada 6 h). Morfina 1% AMP 1 ml (dosis 2 mg IV directa / repetible a los 15 min. Máximo cada 4h). CLEXANE 40 mg jeringa precargada (cada 24 h). Lormetazepam 1 mg VO (a las 23:00 h si insomnio).

VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES

Valorada mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson. Este es uno de los procesos más importantes del Proceso de Atención de Enfermería, ya que es la base de las decisiones posteriores.

- Necesidad 1: Oxigenación

Respiración eupneica. FR 13 rpm, dentro de lo normal. Oxigenación correcta con Sat O₂ 94%. Tiene una presión arterial sistólica de 115 mmHg, y una presión arterial diastólica de 77 mmHg. Su frecuencia cardiaca es de 69 latidos por minuto, siendo sus valores habituales de 50 a 70 lpm. Apirética, 36,5°C.

En cuanto a su piel, esta presenta una buena coloración. El relleno capilar es normal, y no presenta ingurgitación yugular.

En analítica post-operatoria presenta una hemoglobina de 12,4 g/dl y un hematocrito de 38, 7%. Estos valores se encuentran dentro de la normalidad.

- Necesidad 2: Comer y beber

La paciente presenta un peso de 79,5 kg, y una talla de 1,54 m. Por lo tanto su IMC es de 34 (Obesidad grado I). Conserva sus piezas dentarias, en buen estado. No presencia de dificultad en la masticación y deglución. Signo del pliegue cutáneo negativo, piel turgente.

Comienza tolerancia alimenticia en desayuno, con buena tolerancia. Presencia de alguna náusea ocasional, no presencia de vómitos.

- Necesidad 3: Eliminación.

Paciente portadora de sonda vesical. Presenta buen ritmo de diuresis. Características de la orina dentro de lo normal (normocolúrica). No deposición tras la intervención.

- Necesidad 4: Moverse y mantener una buena postura.

La paciente presenta dificultad para la deambulación y movilización autónoma. Limitación en la amplitud de movimiento articular por presencia de prótesis re-

cién implantada y vendaje compresivo.

- Necesidad 5: Dormir y descansar.

Dificultad para conciliar el sueño. Requiere administración de medicamento para dormir. Presencias de interrupciones el sueño debido al dolor y visitas de enfermería para otros compañeros de la habitación.

Duerme entre 7-8 horas por la noche más un rato después de comer.

- Necesidad 6: Vestirse y desvestirse.

No es capaz de realizar estas actividades de manera autónoma.

- Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal.

Paciente apirético. No presencia de escalofríos ni sudoración anómala. Temperatura ambiental adecuada. Buena coloración de piel y mucosas.

- Necesidad 8: Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos.

Presenta un aspecto limpio y aseado. Requiere ayuda para realizar las actividades de aseo tales como baño y limpieza bucal.

Presenta buena hidratación y turgencia de la piel. Pérdida de la integridad cutánea por presencia de herida quirúrgica en rodilla Izquierda. Paciente es portadora de una vía periférica nº 20.

- Necesidad 9: Evitar peligros.

La paciente se encuentra tranquila, con un FC dentro de lo normal (69 lpm). No presenta dolor a la llegada a planta (EVA: 0). Limitación e inmovilización debido a la intervención. Paciente encamado con barras de seguridad. Cabecero de la cama elevado 30°.

Portadora de sonda vesical, vía periférica y drenaje tipo CBC.

Paciente desconoce los signos y síntomas que identifican la presencia de infección.

- Necesidad 10: Comunicarse.

La paciente tiene un buen nivel de comprensión y está consciente y orientada en tres esferas (tiempo, espacio y persona). No tiene problemas para comunicarse, utiliza un lenguaje claro.

- Necesidad 11: Actuar según sus creencias valores.

Presenta confianza en el personal sanitario.

- Necesidad 12: Ocuparse para realizarse.

Paciente presenta buena capacidad para la toma de decisión. Tiene buena autoestima y no presenta sentimiento de pérdida de autoimagen.

- Necesidad 13: Recrearse.

Presencia de visita de los familiares por lo que la paciente se encuentra entretenida.

- Necesidad 14: Aprender

Muestra interés por aprender la manera correcta de realizar los ejercicios isotónicos para la rehabilitación. Conoce ya algunos ejercicios que va realizando en la cama.

Necesita aprender más ejercicios para rehabilitación adecuada de la rodilla, para conseguir una flexo-extensión de 120° y -5° respectivamente. Aprendizaje de adaptación a la vida diaria y uso de dispositivos de apoyo en la deambulación (muletas).

ANÁLISIS DE DATOS

La intervención quirúrgica por gonartrosis severa produce una limitación del movimiento articular, déficit en la deambulación y presencia de dolor, necesidad de realizar curas y prevenir infecciones, debido a la presencia de dispositivos invasivos, postoperatorio de PTR y dolor, controlado mediante medidas no farmacológicas (hielo) y farmacológicas, se deben vigilar signos y síntomas de infección.

La limitación de la movilidad, conduce a una imposibilidad de realizar el aseo e higiene de manera autónoma. La inmovilidad, medicación anestésica y la ayuna prequirúrgica provoca la necesidad de controlar el patrón de deposición diario y aplicar medidas laxantes (dieta, medicación). Existe un riesgo de TVP, TEP y una necesidad de realizar medidas anticoagulación, ejercicios en cama y vigilancia de signos y síntomas de alarma.

La propia anestesia y las ayunas obligan a iniciar de manera progresiva tolerancia oral, y control de náuseas y/o vómitos. A su vez, existe una necesidad de utilizar sistemas de ayuda para conciliar el sueño (tto médico + tila).

JUICIO DIAGNÓSTICO

PI: Prótesis de Rodilla Izquierda.

PI: Dolor post-quirúrgico.

PI: Riesgo de TVP.

PI: Riesgo de TEP.

CP: Riesgo de infección.

CP: Riesgo de estreñimiento.

DE: Trastorno del patrón del sueño
DxE: Déficit de autocuidados: baño/higiene.
DxE: Riesgo de caídas.
DxE: Pérdida de la integridad cutánea.
DxE: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica.
DxE: Déficit de conocimiento.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Prótesis de Rodilla Izquierda

NOC (1): 0217 Movimiento articular: rodilla

Definición: Rango de movilidad activa de la rodilla con movimiento iniciado por uno mismo.

Dominio 1: Salud funcional

Clase C: Movilidad

Indicadores

(021701) Extensión de 0°

(021702) Flexión 130°

NOC (2): 0208 Movilidad

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Dominio 1: Salud funcional

Clase C: Movilidad

Indicadores

(20803) Movimiento muscular

(20804) Movimiento articular

NIC (1): 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.

Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase A: control de actividad y ejercicio.

Actividades:

Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.

Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.

Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.

Vestir al paciente con prendas cómodas.

Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.

Fomentar que el paciente se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.

Aplicar procedimiento movilización pasiva de la rodilla (Kinetec).

Determinar el progreso hacia la meta fijada.

NIC (2): 0221 Terapia de ejercicios: ambulación

Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase A: control de actividad y ejercicio.

Actividades:

Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.

Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso. Y fomentar deambulación independiente.

Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. Y vigilar su utilización por parte del paciente de.

Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad.

Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.

Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.

Animar al paciente a que esté «levantado según le apetezca», si es apropiado.

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Dolor post-quirúrgico

Mantener el dolor controlado.

NOC: 3016 Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor

Definición: Grado de percepción positiva de los cuidados de enfermería para aliviar el dolor.

Dominio 5: Salud percibida

Clase: EE Satisfacción con los cuidados

Indicadores

(301601) Dolor controlado

(301602) Nivel de dolor controlado regularmente.

(301603) Control de los efectos secundarios de la medicación

(301604) Acciones tomadas para aliviar el dolor.

(301605) Acciones tomadas para proporcionar comodidad

NIC: 1400 Manejo del dolor

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase E: fomento de la comodidad física

Actividades:

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.

Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo).

Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos).

Animar al paciente a vigilar su propio dolor.

Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.

Utilizar un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor, cuando corresponda.

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Riesgo de TVP

Evitar que se produzca dicha patología.

NOC: 0407 Perfusión tisular: periférica

Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Indicadores

Puntuación

(40710) Temperatura de extremidades caliente.

(40712) Edema periférico

(40713) Dolor localizado en extremidades.

Valorar la presencia de estos dos indicadores.

NIC (1): 4110 Precauciones en el embolismo

Definición: Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular.

Actividades:

Aplicar el protocolo del centro para los pacientes de riesgo.

Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, relleno capilar, color, presencia de dolor en la extremidad afectada y temperatura de las extremidades).

Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, según corresponda.

Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.

Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante períodos prolongados con las piernas en posición declive

NIC (2): 2317 Administración de medicación: subcutánea.

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de heparina a izquierda y derecha en abdomen. Documentar la administración.

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Riesgo de TEP

Evitar que se produzca dicha patología.

NOC: 0408 Perfusión tisular: pulmonar

Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pulmonares para perfundir la unidad alveolocapilar.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Indicadores

Puntuación

(040805) Dolor torácico

(040807) Hemoptisis

(040808) Ansiedad inexplicada

Valorar la presencia de estos dos indicadores.

NIC: 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar

Definición: Manejo de un paciente que presenta una oclusión de la circulación pulmonar.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase K: Control respiratorio

Actividades:

Evaluar todos los episodios de dolor torácico, del hombro, de espalda o pleurítico (es decir, comprobar la intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).

Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (palidez, cianosis y relleno capilar lento).

Favorecer una buena ventilación (espirometría de incentivo y tos y respiración profunda cada 2 horas).

Iniciar una pauta de tromboprofilaxis de inmediato, según protocolo.

Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.

Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulación precoz, según la tolerancia.

NIC (2): 2317 Administración de medicación: subcutánea.

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de heparina a izquierda y derecha del abdomen. Documentar la administración.

COMPLICACIONES POTENCIALES

PROBLEMA OBJETIVO

CP: Riesgo de infección s/a procedimientos invasivos.

Detectar signos y síntomas de alarma para evitar el desarrollo de una infección.

NOC: 0703 Severidad de la infección.

Definición: Gravedad de los signos y síntomas de infección.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase H: Respuesta inmune

Indicadores Puntuación

(070305) Drenaje purulento

(070306) Piuria.

(070307) Fiebre

(070311) Malestar general

(070323) Colonización del cultivo de la herida.

(070324) Colonización del urocultivo. (070333) Dolor

(070334) Hipersensibilidad

Valorar la presencia de estos indicadores.

NIC (1): 6550 Protección contra las infecciones.

Definición: Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo. Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos

Actividades:

Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.

Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.

Fomentar el descanso.

Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad o malestar.

NIC (2): 6540 Control de infecciones

Definición: Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos

Actividades:

Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.

Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.

Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.

Cambiar los sitios de las vías i.v. periférica y central y los vendajes de acuerdo con las directrices actuales de los CDC.

Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías i.v.

Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

NIC (3): 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado

Definición: Mantenimiento de un sistema de drenaje presurizado en una herida.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase L: control de la piel/heridas

Actividades:

Registrar el volumen y las características del drenaje (p. ej., color, consistencia y olor).

Numerar los dispositivos de recogida, si hubiera más de uno.

Monitorizar la presencia de signos de infección, inflamación y molestias alrededor del drenaje.

Colocar el sistema de forma adecuada (es decir, evitar el acodamiento del tubo y fijarlo a la ropa del paciente o de la cama, según corresponda).

NIC (4): 3440 Cuidados del sitio de incisión

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase L: control de la piel/heridas

Actividades:

Observar las características de cualquier drenaje.

Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.

Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

NIC (5): 1876 Cuidados del catéter urinario

Definición: Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase B: control de la eliminación.

Actividades:

Colocar al paciente y el sistema de drenaje urinario en la posición debida para favorecer el drenaje urinario (es decir, asegurar que la bolsa de drenaje está por debajo del nivel de la vejiga).

Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado, estéril y sin obstrucciones.

Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.

PROBLEMA OBJETIVO

CP: Riesgo de estreñimiento s/a encamamiento y cambio reciente en el entorno.
Prevenir la aparición de esta complicación.

NOC: 0501 Eliminación intestinal.

Definición: Formación y evacuación de heces.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase F: Eliminación

Indicadores Puntuación

(050101) Patrón de eliminación. (050104) Cantidad de heces en relación con la dieta.

(050110) Estreñimiento

Valorar la presencia de estos indicadores.

NIC: 0450 Manejo del estreñimiento/ impactación fecal.

Definición: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase B: Control de la eliminación

Actividades:

Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.

Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.

Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, según corresponda.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales e inmovilización m/p dificultad para conciliar el sueño

Reducir al máximo posible las interrupciones del sueño del paciente y aportar medidas para mejorarlo.

NOC: 0004 Sueño.

Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Dominio 1: Salud funcional.

Clase A: Mantenimiento de la energía.

Indicadores

(401) Horas de sueño.

(404) Calidad del sueño.

(406) Sueño interrumpido.

(417) Dependencia de las ayudas para dormir.

(425) Dolor.

NIC (1): 6480 Manejo ambiental

Definición: Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos, interés sensorial y bienestar psicológico

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos

Actividades:

Crear un ambiente seguro para el paciente.

Disminuir los estímulos ambientales, según corresponda.

Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.

Controlar la iluminación para conseguir beneficios terapéuticos.

Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente.

NIC (2): Manejo ambiental: confort

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Actividades:

Ajustar la temperatura ambiental que sea más óptima.

Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).

Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.

NIC (3): 2300 Administración de medicación

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Campo 2: Fisiológico: Complejo.

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos.

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.

Documentar la administración de la medicación y la capacidad de respuesta del paciente (es decir, incluir el nombre genérico, dosis, hora, vía, motivo de la administración y efecto logrado con la medicación), de acuerdo con el protocolo del centro.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Déficit de autocuidado baño r/c debilidad m/p incapacidad para lavarse el cuerpo e incapacidad para acceder al baño.

Ayudar al paciente a realizarse el baño y la higiene, fomentando en todo momento la autonomía.

NOC: 0305 Autocuidado: Higiene

Definición: Acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto aseado independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

Dominio 1: Salud funcional

Clase D: Autocuidado.

Indicadores

(30517) Mantiene la higiene corporal.

NIC (1): 1801 Ayuda con el autocuidado: Baño / Higiene.

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase F: Facilitación del autocuidado.

Actividades:

Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.

Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.

Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

NIC (2): 1801 Ayuda con el autocuidado: Vestirse /arreglo personal

Definición: Ayudar a un paciente con las ropas y el aspecto.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase F: Facilitación del autocuidado.

Actividades:

Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.

Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.

Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Riesgo de caídas s/a prótesis en extremidad inferior y uso de dispositivos de ayuda.

Enseñar el uso de dispositivos de ayuda y recomendaciones para evitar caídas.

NOC (1): 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria

Definición: Medidas físicas y del sistema para minimizar los factores que podrían causar un daño o lesión física en el centro sanitario.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase T: Control del riesgo y seguridad

Indicadores

(193401) Provisión de la iluminación.

(193411) El mantenimiento de equipos cumple las normas de seguridad.

(193416) Política de prevención de caídas.

Controlar la presencia de estos indicadores.

NOC (2): 1909 Conducta de prevención de caídas.

Definición: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase T: Control del riesgo y seguridad

Indicadores

(190901) Utiliza dispositivos de ayuda correctamente.

(190911) Utiliza zapatos bien ajustados. (190919) Utiliza procedimientos de traslado seguros.

(190923) Pide ayuda.

NIC (1): 6490 Prevención de caídas

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos.

Actividades:

Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable.

Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador, según corresponda.

Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.

Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente.

Sugerir el uso de calzado seguro.

NIC (2): 6486 Manejo ambiental: seguridad

Definición Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos.

Actividades:

Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).

Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.

Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Deterioro de la integridad cutánea r/c herida quirúrgica m/p alteración de la integridad de la piel.

Realizar curas de la herida quirúrgica y prevenir la infección de la misma.

NOC: 1102 Curación de la herida: por primera intención

Definición: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase L: Integridad tisular.

Indicadores

(110204) Secreción sanguinolenta de la herida.

(110213) Aproximación de los bordes de la herida.

NIC: 3440 Cuidados del sitio de incisión

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Campo 2: Fisiológico: Complejo

Clase L: Control de la piel/ heridas.

Actividades:

Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.

Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.

Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.

Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.

Aplicar bandas adhesivas de cierre, según corresponda.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Riesgo de retraso en la recuperación quirúrgica s/a intervención quirúrgica PTR.

Controlar y ver tolerancia ante la ingesta de líquidos y alimentos tras el postoperatorio.

NOC: 2305 Recuperación quirúrgica. Postoperatorio inmediato

Definición: Grado en que una persona alcanza la función basal fisiológica después de una cirugía mayor que requiere anestesia.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase AA: Respuesta terapéutica.

Indicadores

(230502) Presión arterial Sistólica.

(230503) Presión arterial diastólica.

(230512) Saturación de oxígeno.

(230516) Ruidos intestinales.

(230522) Dolor.

(230526) Náuseas.

NIC: 1020 Etapas en la dieta.

Definición: Instituir las restricciones necesarias de la dieta con la progresión posterior de la misma según la tolerancia.

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase D: Apoyo nutricional.

Actividades:

Determinar la presencia de sonidos intestinales.

Observar estado de alerta y la presencia de reflejo nauseoso, según corresponda.

Hacer avanzar la dieta desde la dieta líquida absoluta, dieta líquida espesa, dieta blanda, a dieta normal o especial, según la tolerancia, para adultos y niños.

Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.

Hacer que el ambiente en el que se ofrece la comida sea lo más agradable posible.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p no sigue completamente las instrucciones.

Enseñar los ejercicios de movilización de la rodilla en cama, recomendados lo antes posible tras la cirugía.

NOC: 1811 Conocimiento actividad prescrita.

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la actividad y el ejercicio prescritos.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud

Indicadores

(181101) Actividad prescrita.

(181103) Efectos esperados de la actividad prescrita.

(181112) Realización adecuada de la actividad prescrita.

NIC: 0226 Terapia de ejercicios: control muscular

Definición: Utilización de protocolos de actividad o ejercicios específicos para mejorar o restablecer el movimiento controlado del cuerpo.

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase A: Control de actividad y ejercicio.

Actividades:

Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios.

Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda.

Explicar el fundamento del tipo de ejercicio y el protocolo al paciente/familia.

Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad.

Observar los ejercicios realizados por el paciente para su correcta ejecución.

Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.

Proporcionar un refuerzo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios.

SEGUIMIENTO 1

A los 5 días tras su llegada a planta después de la intervención quirúrgica, se vuelve a realizar otra valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson, con el fin de observar la evolución que está teniendo el paciente, la resolución de algunos problemas y la identificación de otros nuevos. La paciente tiene previsto irse de alta al Séptimo- Octavo día tras la intervención.

Necesidades que Cambian:

Necesidad 2: Comer y beber

Paciente presenta buena tolerancia post-quirúrgica a líquidos y alimentos. Dieta basal. No presencia de náuseas ni vómitos.

Necesidad 3: Eliminación

Presencia de deposición tras 2º día post-quirúrgico. Patrón de eliminación regular. Características de las deposiciones dentro de lo normal.

Retirada de SV tras segundo día post-quirúrgico. Diuresis a buen ritmo. Características de la orina dentro de lo normal.

Necesidad 4: Moverse y mantener la postura

Retirada del Vendaje Compresivo y drenajes. Terminado tratamiento con movilización pasiva con Kinetec una vez llegado al objetivo 100º de extensión y -5º de flexión. Rehabilitación tanto en el gimnasio como en la cama de la habitación. Tras la realización de estas actividades se le queda la articulación dolorida y precisa tratamiento farmacológico y tratamiento con hielo local. La paciente utiliza muletas para los traslados cortos y silla de ruedas en los traslados largos, siempre en compañía para evitar las caídas. Consigue mantener su propio cuerpo, y presenta gran avance en la flexión y extensión de la rodilla, aunque aún tiene dificultad para realizar este ejercicio de manera completa.

Necesidad 5: Dormir y descansar

Mejora en la calidad y horas de sueño del paciente debido a su mejor estado de salud y ausencia de dispositivos invasivos. No se despierta con tanta frecuencia por la noche, aunque a veces si le cuesta conciliar el sueño debido a los ruidos e interrupciones provocadas por los compañeros de la habitación. Refiere querer mejorar el patrón del sueño, evitando ponerse nerviosa cuando no consigue conciliarlo. Tiene pauta de medicación si precisa, aunque normalmente no la requiere.

Necesidad 6: Vestirse y Desvestirse

Capacidad para realizar de manera autónoma esta actividad, aunque le supone un gran esfuerzo por el momento. Realiza esta actividad en presencia de su acompañante, por miedo a sufrir alguna caída. Si necesita ayuda, no dude en pedirla.

Necesidad 8: Estar limpio y aseado y proteger los tegumentos

Se encuentra con buen aspecto, limpia y aseada. No precisa ayuda para realizar el baño e higiene aunque solo lo realiza en presencia de acompañante por riesgo de caídas. No se le está permitido realizar la higiene en la ducha debido a la herida quirúrgica, por lo que el aseo se realiza por partes.

Presenta buena coloración de piel y mucosas, y buena hidratación. Ya no es portadora de la vía periférica.

La herida quirúrgica presenta buena evolución, con una mayor aproximación de los bordes, y no presencia de contenido hemático en apósito.

Necesidad 9: Evitar peligros

Limitación en la movilidad articular y problemas en la deambulación autónoma. Requiere uso de muletas en traslados cortos y silla de ruedas para traslados largos. Necesaria la presencia de un cuidador durante las transferencias del paciente, y la deambulación mediante los dispositivos de ayuda.

Necesidad 14: Aprender

Realiza bastantes ejercicios para recuperar la movilidad articular de manera autónoma en base a lo aprendido durante su estancia en el hospital.

Requiere más información acerca de las actividades a realizar en casa y proceso de recuperación posterior a su estancia hospitalaria.

Paciente con mucha voluntad y predisposición para seguir las indicaciones que se le da. Refiere querer recuperar la movilidad cuanto antes, y sabe que para ello tiene que hacer grandes esfuerzos.

Necesidades que se mantiene igual:

Las siguientes necesidades se mantienen sin cambios con respecto a la valoración anterior:

Necesidad 1: Oxigenación (Sigue manteniendo constantes dentro de lo normal)

Necesidad 7: Mantener la Temperatura corporal.

Necesidad 10: Comunicarse

Necesidad 11: Actuar según sus creencias.

Necesidad 12: Ocuparse para realizarse.

Necesidad 13: Recrearse

JUICIO DIAGNÓSTICO (derivado del Seguimiento 1).

Juicios Diagnósticos que se mantienen:

PI: Prótesis de Rodilla Izquierda.

PI: Riesgo de TVP.

PI: Riesgo de TEP.

DxE: Riesgo de caídas.

DxE: Pérdida de la integridad cutánea

Juicios Diagnósticos Nuevos:

DxE: Dolor en rodilla

DxE: Disposición para mejorar el sueño.

DxE: Riesgo de cansancio del rol del cuidador.

DxE: Disposición para mejorar los conocimientos.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Prótesis de Rodilla Izquierda

Seguir con la recuperación de la movilidad articular y deambulación autónoma.

NOC (1): 0217 Movimiento articular: rodilla

Definición: Rango de movilidad activa de la rodilla con movimiento iniciado por uno mismo.

Dominio 1: Salud funcional

Clase C: Movilidad

Indicadores

(021701) Extensión de 0°

NOC (2): 0208 Movilidad

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.

Dominio 1: Salud funcional

Clase C: Movilidad

Indicadores

(20803) Movimiento muscular

(20804) Movimiento articular

NIC (1): 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular.

Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase A: control de actividad y ejercicio.

Actividades:

Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.

Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular.

Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.

Vestir al paciente con prendas cómodas.

Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.

Fomentar que el paciente se siente en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, resistencia y movilidad articulares.

Determinar el progreso hacia la meta fijada.

NIC (2): 0221 Terapia de ejercicios: ambulación

Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase A: control de actividad y ejercicio.

Actividades:

Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.

Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia.

Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulaci3n, si es preciso. Y fomentar deambulaci3n independiente.

Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. Y vigilar su utilizaci3n por parte del paciente de.

Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bast3n, muletas o silla de ruedas) para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.

Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial, si es necesario.

Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un n3mero concreto de personal.

Animar al paciente a que est3 «levantado seg3n le apetezca», si es apropiado.

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Riesgo de TVP

Evitar que se produzca dicha patolog3a.

NOC: 0407 Perfusi3n tisular: perif3rica

Definici3n: Adecuaci3n del flujo sangu3neo a trav3s de los peque1os vasos de las extremidades para mantener la funci3n tisular.

Dominio 2: Salud fisiol3gica

Clase E: Cardiopulmonar

Indicadores

Puntuaci3n

(40710) Temperatura de extremidades caliente.

(40712) Edema perif3rico

(40713) Dolor localizado en extremidades.

Valorar la presencia de estos dos indicadores.

NIC: 4110 Precauciones en el embolismo

Definici3n: Disminuci3n del riesgo de formaci3n de 3mbolos en el paciente con trombos o en situaci3n de riesgo de desarrollar trombos.

Campo 2: Fisiol3gico: complejo

Clase N: Control de la perfusi3n tisular.

Actividades:

Aplicar el protocolo del centro para los pacientes de riesgo.

Realizar una valoraci3n exhaustiva de la circulaci3n perif3rica (comprobar pulsos perif3ricos, edema, relleno capilar, color, presencia de dolor en la extremidad afectada y temperatura de las extremidades).

Ayudar al paciente con los ejercicios pasivos o activos de rango de movimiento, seg3n corresponda.

Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.

Instruir al paciente para que no cruce las piernas y evite estar sentado durante períodos prolongados con las piernas en posición declive.

NIC (2): 2317 Administración de medicación: subcutánea.

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de heparina a izquierda y derecha del abdomen. Documentar su administración.

Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea.

Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90° en función del tamaño del paciente.

Aplicar una presión suave en el sitio; evitar masajear.

Educar al paciente, a los miembros de la familia y a otros allegados en la técnica de la inyección.

PROBLEMA OBJETIVO

PI: Riesgo de TEP

Evitar que se produzca dicha patología.

NOC: 0408 Perfusión tisular: pulmonar

Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos pulmonares para perfundir la unidad alveolocapilar.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Indicadores

Puntuación

(040805) Dolor torácico

(040807) Hemoptisis

(040808) Ansiedad inexplicada

Valorar la presencia de estos dos indicadores.

NIC: 4106 Cuidados del embolismo: pulmonar

Definición: Manejo de un paciente que presenta una oclusión de la circulación pulmonar.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase K: Control respiratorio

Actividades:

Evaluar todos los episodios de dolor torácico, del hombro, de espalda o pleurítico (es decir, comprobar la intensidad, localización, irradiación, duración y factores precipitantes y calmantes).

Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada (palidez, cianosis y relleno capilar lento).

Favorecer una buena ventilación (espirometría de incentivo y tos y respiración profunda cada 2 horas).

Iniciar una pauta de trombopprofilaxis de inmediato, según protocolo.

Recomendar que se realice flexión y extensión de los pies y las piernas al menos 10 veces cada hora.

Realizar cambios posturales del paciente cada 2 horas y recomendar una movilización o deambulación precoz, según la tolerancia.

NIC (2): 2317 Administración de medicación: subcutánea.

Definición: Preparación y administración de medicaciones por vía subcutánea.

Campo 2: Fisiológico: complejo

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Seguir las cinco reglas de la administración correcta de medicación.

Alternar sistemáticamente los lugares de inyección de heparina a izquierda y derecha del abdomen. Documentar su administración.

Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea.

Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90° en función del tamaño del paciente.

Aplicar una presión suave en el sitio; evitar masajearlo.

Educar al paciente, a los miembros de la familia y a otros allegados en la técnica de la inyección.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Riesgo de caídas s/a prótesis en extremidad inferior y uso de dispositivos de ayuda.

Enseñar el uso de dispositivos de ayuda y recomendaciones para evitar caídas.

NOC (1): 1828 Conocimiento: prevención de caídas

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la prevención de caídas.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase S: Conocimientos sobre salud.

Indicadores

(182801) Uso correcto de dispositivos de ayuda.

(182807) Uso correcto de la iluminación ambiental.

(182809) Uso de procedimientos seguros de traslado.

(182817) Cómo deambular de manera segura.

NOC (2): 1910 Conducta de seguridad: ambiente seguro del hogar

Definición: Medidas físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar una lesión física en el hogar.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase T: Control del riesgo y seguridad

Indicadores

(191002) Colocación de pasamanos. (191008) Accesibilidad a dispositivos de ayuda.

(191012) Eliminación segura de materiales peligrosos. (191028) Iluminación interior.

(191949) Accesibilidad a cuarto de baño.

NIC (1): 6490 Prevención de caídas

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos.

Actividades:

Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.

Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador, según corresponda.

Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente.

Sugerir el uso de calzado seguro.

NIC (2): 6486 Manejo ambiental: seguridad

Definición Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

Campo 4: Seguridad

Clase V: Control de riesgos.

Actividades:

Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos).

Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.
Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar).

NIC (3): 6486 Manejo ambiental: preparación del hogar

Definición Preparación del hogar para proporcionar cuidados de manera segura y eficaz.

Campo 6: Sistema sanitario

Clase Y: Medicación del sistema sanitario.

Actividades:

Consultar con el paciente y la familia sobre la preparación para proporcionar los cuidados domiciliarios.

Confirmar los preparativos para el transporte hacia casa con acompañantes, según sea necesario.

Proporcionar información escrita respecto a la medicación, los suministros y los dispositivos de ayuda como guía para la familia, según sea necesario.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Deterioro de la integridad cutánea r/c herida quirúrgica m/p alteración de la integridad de la piel.

Realizar curas de la herida quirúrgica y prevenir la infección de la misma.

NOC: 1102 Curación de la herida: por primera intención

Definición: Magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.

Dominio 2: Salud fisiológica

Clase L: Integridad tisular.

Indicadores

(110213) Aproximación de los bordes de la herida.

(110214) Formación de cicatriz.

NIC: 3440 Cuidados del sitio de incisión

Definición: Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.

Campo 2: Fisiológico: Complejo

Clase L: Control de la piel/ heridas.

Actividades:

Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.
Facilitar que el paciente vea la incisión.
Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, incluido los signos y síntomas de infección.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Dolor r/c agentes lesivos físicos (proceso quirúrgico) m/p autoinforme de intensidad de dolor tras la realización de ejercicios para mejorar movilidad.
Mantener el dolor controlado.

NOC: 2102 Nivel del dolor.

Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado

Dominio 5: Salud percibida

Clase V: Sintomatología.

Indicadores

(210201) Dolor referido

(210204) Duración de los episodios de dolor.

(210209) Tensión muscular.

NIC (1): 1400 Manejo del dolor

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Campo 1: Fisiológico: básico

Clase E: fomento de la comodidad física

Actividades:

Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo).

Animar al paciente a vigilar su propio dolor.

Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.

Medicar antes de una actividad para aumentar la participación, aunque valorando el peligro de la sedación.

NIC (2): 2210 Administración de analgésicos

Definición: Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.

Campo 2: Fisiológico: Complejo

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, según corresponda.

Comprobar el historial de alergias a medicamentos.

Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.

Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas para la implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Disposición para mejorar el sueño m/p expresa deseo de mejorar el sueño. Reducir al máximo posible las interrupciones del sueño del paciente y aportar medidas para mejorarlo.

NOC: 0004 Sueño.

Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

Dominio 1: Salud funcional.

Clase A: Mantenimiento de la energía.

Indicadores

(000404) Calidad del sueño.

(000406) Sueño interrumpido.

(000417) Dependencia de las ayudas para dormir.

(000421) Dificultad para conciliar el sueño.

NIC (1): 6482 Manejo ambiental: confort

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física

Actividades:

Ajustar la temperatura ambiental que sea más óptima.

Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad (utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, apoyo de las articulaciones durante

el movimiento, férulas para la parte dolorosa del cuerpo).

Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, vendajes constrictivos, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.

Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.

NIC (2): 6040 Terapia de relajación

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad. Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica.

Actividades:

Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.

Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.

Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).

Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

NIC (3): 1460 Relajación muscular progresiva

Definición: Facilitar la tensión y relajación de grupos musculares sucesivos mientras se presta atención a las diferencias de sensibilidad resultantes.

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Actividades:

Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8- 16 grupos musculares principales.

Tensor los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres.

Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están tensos.

Indicar al paciente que se centre en las sensaciones de los músculos mientras están relajados.

Indicar al paciente que respire profundamente y que expulse lentamente el aire y con ello la tensión.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c ampliación de la duración de los cuidados.

Evitar que se produzca tal riesgo aportando recomendaciones para su evitación.

NOC: 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos.

Definición: Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia.

Dominio 6: Salud familiar.

Clase W: Ejecución del cuidador principal.

Indicadores

(220501) Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados.

(220502) Ayuda al receptor de cuidados en las actividades de la vida diaria.

(220504) Conocimiento del plan de tratamiento.

NIC: Apoyo al cuidador principal

Definición: Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.

Campo 5: Familia

Clase X: Cuidados durante la vida

Actividades:

Determinar la aceptación del cuidador de su papel.

Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.

Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda.

Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando.

Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

Comentar con el paciente los límites del cuidador.

PROBLEMA OBJETIVO

DxE: Disposición para mejorar los conocimientos m/p expresa deseo de mejorar el aprendizaje.

El paciente se vaya de alta con los conocimientos de todas las actividades que debe realizar para continuar con la rehabilitación y evitar conductas de riesgo.

NOC (1): 1811 Conocimiento: actividad prescrita.

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la actividad y el ejercicio prescritos.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

Clase S: Conocimientos sobre salud.

Indicadores

- (181101) Actividad prescrita. (181103) Efectos esperados de la actividad prescrita.
- (181111) Programa de actividad prescrita realista.
- (181112) Realización adecuada de actividad prescrita.
- (181116) Estrategias para caminar de manera segura.

NOC (2): 1809 Conocimiento: seguridad personal.

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre la reducción del riesgo y la prevención de lesiones no intencionadas a sí mismo.

Dominio 4: Conocimiento y conducta de salud.

Clase S: Conocimientos sobre salud

Indicadores

- (180902) Estrategias de prevención de caídas.
- (180904) Medidas de seguridad en el hogar.
- (180930) Uso correcto de los dispositivos de ayuda.

NIC: 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito.

Definición: Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase A: Control de actividad y ejercicio.

Actividades:

Evaluar el nivel actual del paciente y el conocimiento del ejercicio prescrito.

Enseñar al paciente a llevar un diario de ejercicios, si resulta posible.

Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.

Incluir a la familia, si resulta apropiado.

Enseñar al paciente el uso de los analgésicos y métodos alternativos para el control del dolor antes del ejercicio, si se requiere.

Indicar al paciente que notifique los posibles problemas (dolor, mareo y tumefacción) al profesional sanitario.

4 Resultados

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUAL

Cuando la paciente es dada de alta al octavo día, se le dan una serie de recomendaciones, las cuales se explican, para que tengan en cuenta a lo largo de su etapa de recuperación y rehabilitación:

Informe médico al alta que contiene:

- Consulta de revisión de traumatología.
 - Hoja de trazabilidad donde se indica el tipo y la serie de la prótesis que se le ha implantado.
 - Tratamiento y recetas al alta.
 - Indicaciones sobre cuándo acudir a Urgencias Hospitalarias en caso de:
 1. Problemas con la herida quirúrgica
 2. Fiebre.
 3. Dolor intenso en la zona de los gemelos.
 4. Calor e inflamación hasta el pie incluso.
 5. Enrojecimiento.
 6. Pérdida o disminución de la movilidad de la pierna.
 - Frío en la rodilla tres veces al día durante 15 minutos si presenta inflamación de la misma.
 - Retirada de puntos en su centro de salud a los 12-14 días postoperatorios
- Información a tener en cuenta que se proporciona en el informe:
 "Usted tiene implantada una prótesis que, en determinadas circunstancias (infección de orina, manipulación dental, presencia de un absceso, realización de una intervención quirúrgica de cierta complejidad, etc.), puede presentar un riesgo adicional de infección tardía. Si en adelante usted se encuentra o se va a encontrar en alguna de estas circunstancias, deberá ponerse en contacto con su Médico de Familia o con este Servicio de Traumatología para valorar la necesidad de una protección antibiótica que prevenga una posible infección de su prótesis".

Continuidad de cuidados de enfermería:

La paciente ha sido dada de alta al octavo día tras la IQ. Al alta se le da información y enseñanza acerca del tratamiento médico con heparina. En el centro hospitalario no se ha realizado la retirada de grapas, por lo que la paciente debe acudir a su centro de AP para realizar dicho procedimiento y seguir vigilando la evolución de la herida quirúrgica en 2-3 días tras el alta.

- Administración heparina subcutánea:

Necesitamos una jeringa precargada y sin purgar (sin eliminar el aire) y una gasa con antiséptico para limpiar la zona donde vamos a inyectar la heparina. El lugar de la inyección es a ambos lados del ombligo. (Izquierda o derecha). Con los dedos pulgar e índice se debe tomar un pliegue amplio de la piel que se debe mantener durante toda la inyección. Sin soltar el pliegue, introducir la aguja verticalmente (jeringa y piel deben formar un ángulo de 90°) y en toda su longitud a través de dicho pliegue. Inyecte la medicación lentamente. Extraiga la aguja y aplique una gasa o algodón en el lugar de inyección sin frotar (para reducir hematomas).

- Enseñanza de cómo tomar la analgesia pautada. La pauta de analgesia al alta es de paracetamol y nolutil cada 8 horas, tomándolos de manera alterna. Véase: Paracetamol: 8-16-24 horas. Nolutil: 4-12-20 h. Dependiendo del nivel del dolor, suprimir nolutil.

- Dispositivos de ayuda para la deambulación: muletas. Utilice un calzado cómodo, cerrado y sin tacón.

Las muletas deben ser reguladas en función de la altura y talla del paciente antes de su uso. Para ello coloque las muletas pegadas al cuerpo desde los pies. Al cogerlas con las manos los hombros no deben elevarse ni bajarse, es lo que se llama posición anatómica. La empuñadura debe quedar a la altura del trocánter mayor (aproximadamente a la altura de la muñeca, con el brazo extendido paralelo al cuerpo). Para andar correctamente es importante: mirar al frente, mantenerse erguido. El taco de la muleta deberá estar unos 8-10 cm paralelo a la pierna. (no lo aleje demasiado ni lo pegue al pie). Se avanzarán las dos muletas, seguidamente, la pierna afectada hasta la altura de los bastones, y por último, la pierna sana (no sobrepasando los bastones). Puede aparecer dolor en los brazos (tipo agujetas) por el esfuerzo realizado.

Precauciones en el hogar:

- Mantener despejados los suelos de habitaciones y pasillos de objetos con los que pueda tropezar (tiestos, cables, adornos).
- Cuidado con las alfombras. Deben ser antideslizantes o estar fijadas al suelo. Evitar pisar suelos resbaladizos.
- No caminar nunca calzado sólo con calcetines o medias.
- Resulta más funcional el plato de ducha.
- Colocar agarraderas.
- Instalar material antideslizante (alfombra o líquido adherente) dentro de la bañera o ducha.

ANEXO AL ALTA : Guía de ejercicios indicados en prótesis de rodilla.

- Flexo-extensión de tobillo: Mover el tobillo y pie hacia arriba y hacia abajo con fuerza, trabajando los músculos de la pantorrilla. Repetir varias veces cada hora. Este ejercicio previene problemas circulatorios (trombosis, edema).
- Extensión de rodilla y contracción del cuádriceps: Deslizar el talón a lo largo de la cama hasta lo máximo posible, mantener ahí 5 segundos, y estirar. Descansar y repetir. Hacer series de 10.
- Elevación de extensión: Apretar fuerte contra la cama estirando al máximo la rodilla, aguantar 5 segundos, descansar y repetir (series de 10, cada hora).

- Flexión de rodilla: Levantar en 5 segundos, mantener 5 segundos y bajar en 5 segundos. Relajar y repetir en series de 10.
- Flexión sentada y con ayuda: Apoyar la pierna operada en la otra, y dejar que se vaya doblando hasta el límite posible, repetir varias veces cada hora.
- Flexión sentada: Doble la rodilla deslizando el pie por el suelo, hasta donde pueda, repetir varias veces.
- Subir y bajar escaleras: Recuerde subir escaleras con la buena y bajar con la operada. No es aconsejable hacerlo sola por peligro de caídas.

FASE AVANZADA

- Ciclostático: A la 6ª semana puede iniciar esta actividad, con asiento alto y sin apenas resistencia. Realice periodos de 10 minutos, dos veces al día, para ir aumentando a 15 minutos. Retirada de ayudar a partir de los 2-3 meses, según el caso. Se le indicará cómo ir abandonando las muletas, será de forma progresiva. Cuando utilice una sola muleta o bastón, siempre llévelo al lado contrario de la pierna operada. Podrá dar paseos, irá aumentando progresivamente su duración, a medida que recupere la fuerza de la pierna. Recuerde: aplicarse hielo y descansar con la pierna elevada para evitar o disminuir la inflamación y el edema.

Ejercicios para aliviar el dolor en miembro inferior

1. Isométrico de Cuádriceps: Con una pierna extendida, presione la cara posterior de la rodilla hacia el suelo como indica el dibujo: Apriete 5 segundos y descansar. Frecuencia: 10-15 repeticiones, dos veces al día.
2. Extensión de la rodilla: Sentado, realice la extensión de los últimos grados de la rodilla (45° aprox, no flexión completa para evitar dañar la rótula) como indica el dibujo: Aguante 5 segundos al final de la extensión. Frecuencia: 15-20 repeticiones, dos veces al día.
3. Elevación de la pierna recta: Tumbado, eleve la pierna en extensión como máximo un palmo (20-30 cm): Aguante 5 segundos. Frecuencia: 10-15 repeticiones, dos veces al día.
4. Potenciación glúteo mayor: Tumbado, realice la elevación de la cadera: Aguante 5 segundos. No arquear la espalda. Frecuencia: 15-20 repeticiones, dos veces al día.

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de este trabajo, se realiza mediante una visión integral del paciente, y el proceder pretende cubrir las distintas necesidades que se va teniendo la paciente a lo largo de su estancia en este servicio hospitalario, hasta que finalmente

es dada de alta. Es por ello que se crea este plan de cuidados individualizado, atendiendo a cada una de las necesidades de la paciente, así como dar a conocer los procedimientos y cuidados al alta en domicilio, para que no tengan dudas ni los familiares ni el paciente.

6 Bibliografía

1. Cañete Crespillo et al. "Manual SER de las Enfermedades Reumáticas". Ed. Panamericana. 2008 Madrid. 5ª Edición. Págs 317-333
2. Bauer, R. Prof. Dr. Et al. "Cirugía ortopédica. Rodilla". Ed. Marbán. 2004 Alemania. Traducción en Madrid. Edición original. Págs 184-207.
3. Morgado I. Pérez A.C, Morguel F, Pérez-Bustamante F.J, Torres L. M. "Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla". Revista de la Sociedad Especial del Dolor (Servicio de Anestesiología, reanimación y unidad del Dolor). Vol 12, N° 5. Junio-Julio 2005. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
4. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera en su patogénesis (10-12). Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/dolor/v12n5/colaboracion.pdf
5. MedlinePlus - Health Information from the National Library of Medicine. Medlineplus.gov. Disponible en: <https://medlineplus.gov>.
6. Hª Clínica del paciente. Irati
7. Guía de valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson.
8. Protocolos del centro: ejercicios para aliviar el dolor del miembro inferior.
9. Informe médico al alta y continuidad de cuidados de enfermería aportados por el centro.
10. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L. Mass, y Elizabeth Swanson.
11. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. Cuarta edición.
12. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, y Joanne McCloskey Dochterman.
13. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier. Quinta edición.
14. Heather Herdman, T., PhD y RN. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier. 2012-2014.

Capítulo 68

GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El dolor abdominal es un síntoma y motivo de consulta muy frecuente en el área de urgencias, y puede ser debido a múltiples patologías, es por ello que es muy importante realizar una buena anamnesis para valorar y establecer un buen diagnóstico de la patología que causa dicha sintomatología.

2 Objetivos

Exponer la valoración, diagnóstico y tratamiento de un caso de dolor abdominal.

3 Caso clínico

Mujer de 66 años que ha acudido a urgencias por cuadro de náuseas, vómitos, diarrea y epigastralgia tras la ingestión de alimentos que le ha llevado en el último mes a perder entre 2 y 3 kilos. En interrogatorio directo refiere ingerir alimentos irritantes y automedicación de analgésicos.

Examen físico: peso 79 Kg. Talla: 172 cm.

- Paciente lúcida, eupneica, tolera decúbito, apirética.

- Piel y mucosas: normocoloreadas, sin lesiones. CV: ritmo regular de 90 lpm. No soplos.
- Pulsos periféricos conservados y simétricos. No edemas. No signos de TVP. PA: 110/70 mmHg.
- Auscultación Pulmonar: ventilan bien ambos campos. MAV conservado. No adenopatias ni bocio.
- Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio. No hernias. No masas.

A la exploración se observa palidez de piel y mucosas, con piel seca. Signos vitales: hipotensión. Dolor abdominal intenso a la palpación y Signo de bloomberg negativo. Análisis de orina dentro de la normalidad. En gastroscopia se evidencian lesiones de la mucosa gástrica con edema y congestión que se limitan al epitelio.

Diagnóstico: Gastritis

4 Resultados

Plan de cuidados:

Los cuidados se basarán en relajación de la enferma, procurando un espacio adecuado y tranquilo. Tratar ansiedad, si la hubiera. Dieta fácil masticación y abundantes líquidos. Control de nauseas y vómitos. Posición fowler durante la ingesta y una hora después para favorecer la digestión. Prevenir hemorragias gastrointestinales.

5 Discusión-Conclusión

La gastritis es una enfermedad que consiste en la inflamación del revestimiento del estómago o de la mucosa gástrica y puede presentarse en forma de de hemorragia o inflamación. Las causas más habituales son el consumo de alcohol, de ciertos alimentos, helicobacter pylori y usar algunos medicamentos. La gastritis crónica atrófica se considera una enfermedad preneoplásica pudiendo llevar a adenocarcinoma gástrico o metaplasia intestinal, por lo que es importante poner atención a las medidas preventivas.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 69

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA DE LIMPIEZA

TANIA MENÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

Los enemas son soluciones acuosas que se introducen por el recto y el colón a través del ano.

Los enemas se utilizan con fines diagnósticos o terapéuticos; los denominados enemas de limpieza son aquellos empleados principalmente en el estreñimiento como tratamiento.

2 Objetivos

Conocer los enemas, su técnica de administración y diferenciar los distintos tipos de enemas que existen.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como son Scielo, Medline, Google Académico, y Pubmed. Las palabras clave que se han utilizado como filtro para realizar la búsqueda son: enema de limpieza, enema Casen, enema de retención, enema evacuante, colostomía, recto. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Los enemas tienen distintas finalidades: a) Aliviar el estreñimiento. b) Lubricar el colon y el recto, también ablandar las heces. c) Limpieza del colon y recto con fines diagnósticos. d) Administración de medicamentos o sustancias nutrientes.

2) En la técnica de la administración del enema: a) Explicar al paciente la técnica que vamos a realizar. b) Proteger la cama, lavarse las manos y ponerse guantes para realizar la técnica. c) El enema debe de estar templado (37-40°). d) Con la cánula rectal lubricada introducirla poco a poco sin llegar a forzar si se encuentra resistencia, dejar pasar el liquido poco a poco y pedirle al paciente que lo retenga un mínimo si es posible de 30 minutos.

3) La administración de enemas es un procedimiento en general sencillo pero no con ello carente de contraindicaciones, por lo que es necesario que siempre sea bajo prescripción medica. Nunca administrar enemas en trauma abdominal, apendicitis, cirugía abdominal reciente, deshidratación y sangrado digestivo.

5 Discusión-Conclusión

- La utilización de enemas es necesaria para la realización de distintas pruebas diagnósticas, terapias o higiene.
- Es muy importante la correcta administración tanto si esta es realizada por personal sanitario como por un familiar.
- Este tipo de procedimiento no se puede llevar a cabo libremente, siempre tiene que ser por prescripción médica.

6 Bibliografía

- Esteve J, Mitjans J. Administración de medicación rectal. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 247-50.
- Ritting H et al. Administración de mediación en enfermería. Nursing photobook. Barcelona: Doyma; 1985. p. 50-9.
- Villa LF. Formas farmacéuticas. Medimecum. Barcelona: Adis, 2002; 20-23.

Capítulo 70

CONSUMO DE TÓXICOS EN EL EMBARAZO: COCAINA.

SARA DÍAZ FERNÁNDEZ

LORENA LÓPEZ LÓPEZ

LIDIA RIERA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El consumo de sustancias tóxicas se ha convertido en un fenómeno social preocupante. Actualmente el consumo de dichas sustancias se ha convertido en un problema grave de salud.

Es el factor de riesgo con tasa mas aumentada de morbimortalidad en países desarrollados.

En nuestra sociedad cada vez es mas precoz el consumo de estas sustancias y se ha notado un ligero incremento en mujeres, aunque continua predominante el sexo masculino.

El consumo de drogas podría achacarse a varios factores y problemas, ya no solo al tipo de sustancia que se consume, si no que se suman los factores ambientales y sociales, caracteres personales, familia desestructurada, falta de comunicación, entre muchos otros.

Si este consumo lo unimos al hecho de estar embarazada es posible que provoque grandes complicaciones obstétricas, poniendo así en peligro el desarrollo fetal y

futuro niño. Este abuso de sustancias tóxicas va asociado a una serie de trastornos neurológicos y neuroconductuales en el recién nacido y en los primeros años de vida y muchas veces con la imposibilidad de ser revertido, pero que con la información necesaria y prevención podría ser en un alto porcentaje prevenible.[1]

Por lo tanto, ya se hablaría de embarazo de alto riesgo con los pertinentes controles prenatales para evitar una mayor morbilidad materno-fetal.

Existen multitud de drogas, tanto legales como :

- El tabaco: Es uno de los principales problemas aunque prevenibles en la salud perinatal. Existen riesgos para el bebé, entre ellos puede ser prematuro, nacer con bajo peso o incluso con algún defecto congénito, tener problemas respiratorios a largo plazo o incluso fallecimiento por muerte súbita.[2]
- El alcohol: Algunas mujeres creen que hay una cantidad mínima para ingerir de esta sustancia, no hay ninguna cantidad de alcohol segura para una mujer embarazada. En este caso el recién nacido podría desarrollar síndrome de alcoholismo fetal, en el que se vería afectado el aprendizaje y incluso tener problemas de conducta y problemas físicos para el resto de la vida. [3]
- Drogas ilegales: El consumo de drogas ilegales, como cocaína y metanfetaminas puede resultar en bebés con poco peso, defectos congénitos o síntomas de abstinencia después del nacimiento.

Abuso de medicamentos recetados: Es muy importante seguir instrucciones médicas en este caso. Deben estar recetados cuidadosamente. El uso indebido de opioides puede causar defectos congénitos, abstinencia en el bebé o incluso la pérdida del mismo. A parte de todos los trastornos que puede conllevar este consumo hay que añadir que hay un alto porcentaje de que no se produzca o no llegue a término el embarazo y podría producirse un aborto espontáneo, principalmente en el primer trimestre del embarazo. [4] Entre todas las drogas de abuso, explicaremos las que más han ido creciendo en los últimos años como puede ser la cocaína.

La cocaína deriva del nombre científico de la planta *Erythroxylon coca*: su aspecto es el de un polvo blanco, fino y cristalino. Existen diferentes formas de abuso de la cocaína (hojas de coca, sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína y cocaína base o crack) que condicionan la farmacocinética, la actividad farmacológica, la toxicidad y el grado de adicción de la droga. En nuestro medio, la cocaína se fuma o se esnifa principalmente, pero también se usa por vía intravenosa. La cocaína atraviesa las membranas celulares de forma rápida. Esnifada

o administrada por vía intravenosa se encuentran niveles de cocaína en el cerebro en 30 segundos, mientras que fumada sólo tarda 5 segundos en tener efectos centrales. [5]

La cocaína y sus metabolitos atraviesan la barrera placentaria y se excretan a través de la leche materna. Uno de los principales mecanismos fisiopatológicos que explica la toxicidad aguda por cocaína para el binomio materno-fetal es la vasoconstricción de vasos uterinos y fetales.

Entre las complicaciones obstétricas relacionadas con este consumo de cocaína se podrían incluir mayor riesgo de aborto espontáneo ,desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) y restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Se han destacado ciertos estudios en recién nacidos consumidoras de esta sustancia en la que hay un aumento de inestabilidad autonómica, temblores o incluso convulsiones , sumándose el síndrome de abstinencia neonatal a la cocaína, normalmente desapareciendo en los dos primeros días de vida , entre los que aparecen síntomas como irritabilidad, hipertonía y dificultad en la lactancia materna.

2 Objetivos

Analizar estudios de mujeres gestantes consumidoras de sustancias tóxicas para identificar y prevenir futuros daños o riesgos en el feto.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de madres o gestantes consumidoras de sustancias tóxicas, destacando más en profundidad, con el consumo de cocaína, así como diversos estudios sobre los mismos. Para ello se han utilizado diversas bases de datos tales como Pubmed, Scielo..y los descriptores que se han utilizado han sido, Drogas, Abuso, Cocaína,Prevención, Tóxicos, Embarazo. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Debido al consumo de tóxicos hay grandes complicaciones, tanto a nivel materno , como fetal.

Entre ellas y clasificándolas podríamos tener:

- Entre las maternas: sobredosis-intoxicación, desprendimiento prematuro placenta normoinserta, parto prematuro, HTA en embarazo, Síndrome abstinencia, aborto espontaneo.
- Entre las complicaciones fetales-neonatales: sobredosis-intoxicación(lactancia), trastornos crecimiento y desarrollo, restricción crecimiento intrauterino, prematuro, síndrome abstinencia neonatal, malformaciones congénitas , sufrimiento fetal..

Tras el aumento en la prevalencia del uso de cocaína en la población general, debido al aumento y a veces fácil disponibilidad y en la tendencia de consumo en mujeres en edad reproductiva, se cree que el porcentaje de mujeres embarazadas que la consumen también ha ido en aumento.

Es difícil definir la prevalencia con respecto al consumo de cocaína en mujeres en edad gestacional, pero se han descrito numerosos estudios en los que hay un claro impacto en la salud fetal tras el consumo de dicha sustancia tóxica.

5 Discusión-Conclusión

El consumo de tóxicos en general, pero especialmente de la cocaína en edad fértil y en mujeres gestantes es un importante factor de riesgo en la salud pública. Hay una serie de consecuencias, físicas , psicológicas o incluso sociales que se desencadenan no solo en la madre, si no también en el futuro niño. Desde el primer momento de su consumo existe riesgo, pero el momento de mas relevancia es cuando comienzan a formarse los diferentes órganos que conforman el organismo.

Como anteriormente se citaba esto conlleva a un alto riesgo de aborto espontaneo, amenaza parto prematuro (APP) y desprendimiento prematuro de la placenta.

También por los efectos de esta sustancia tóxica aumenta el riesgo de afectación en la mayoría de los sistemas del organismo, tales como sistema cardiovascular, digestivo, genitourinario o incluso de las extremidades y todo lo que tenga relación con el craneo-encefálico.

Por ello, estos recién nacidos están expuestos en mayor probabilidad a un sufrimiento fetal, partos prematuros, disminución en las medidas antropométricas y también en un retraso del crecimiento extrauterino.

Para todo ello habría que prevenir y controlar a toda mujer embarazada en la que se detecte cualquier tipo de consumo. Entraría un trabajo de los distintos profesionales de la salud con un control exhaustivo desde el punto de vista infeccioso y social; entrevista detallada para poder localizar los puntos claves del consumo, cuál sería el problema de base y así poder actuar con la mayor rapidez posible.

Existen planes de desintoxicación con equipos de apoyo social, con extensión en el control postnatal. Se incluiría a los pediatras de atención primaria respecto a criterios de sospecha del síndrome de abstinencia tardío. Estructuración de equipos sociales para apoyo y control postparto del evolutivo del bebe y su madre, tras el consumo de drogas durante el embarazo.

6 Bibliografía

- 1: sHAT gm, mALCOE lh, lAMMER ej, sWAN sh, Maternal use of cocaine during pregnancy and congenital cardiac anomalies, 1991
- 2: Ruoti Cosp MI, Ontano MI, Calabrese EI, et al. Uso y abuso de drogas durante el embarazo Illicit drug use and abuse during pregnancy, 2009
- 3: Jeffrey C, King. MD, Fabro Sergio MD, Consumo de alcohol y tabaco: efectos sobre el embarazo , 1998
- 4: Mena R, María, Navarrete M, Patricia, Corvalán V, Sergio, & Bedregal G, Paula Mena R, María, Navarrete M, Patricia, Corvalán V, Sergio, & Bedregal G, Paula. (2000). Fetal drug addiction as a consequence of maternal cocaine free base abuse during pregnancy., Mena R, María, Navarrete M, Patricia, Corvalán V, Sergio, & Bedregal G, Paula, 2000
- 5: LIZASOAIN, I.; MORO, M.A.; LORENZO, P., Cocaína: aspectos farmacológicos. Adicciones, 2002

Capítulo 71

PREVALENCIA DE INFECCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

LIDIA RIERA FERNÁNDEZ

SARA DÍAZ FERNÁNDEZ

LORENA LÓPEZ LÓPEZ

1 Introducción

Actualmente la infección del sitio quirúrgico (ISQ), anteriormente denominada infección de herida quirúrgica, es la tercera infección nosocomial más frecuente (14 a 16%) y la primera entre los pacientes quirúrgicos (38%). De ésta, dos tercios son de la incisión y el resto del órgano o del espacio. Cada ISQ supone un incremento medio de 7.3 días de estancia postoperatoria. (Emori TG, 1993). Para el estudio se utilizaron las definiciones relacionadas con la ISQ publicadas por los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) en 1992. En los estudios de microbiología bacteriana no se han apreciado cambios en la distribución de los gérmenes causantes de las ISQ durante la última década; los más frecuentes siguen siendo *Staphylococcus aureus*, los *Enterococcus spp.* y *Escherichia coli*, pero están aumentando los multirresistentes, posiblemente como reflejo de la mayor gravedad o inmunodeficiencia de los enfermos quirúrgicos o del uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro.

El principal reservorio de los gérmenes que producen las ISQ es la flora endógena del paciente. Otra posible fuente es la colonización desde focos infecciosos del

paciente alejados del sitio quirúrgico. La otra fuente de infecciones es la contaminación exógena a partir del personal de quirófano, del instrumental quirúrgico o del propio quirófano.

El tipo de germen causante de la ISQ dependerá de su origen. Cuando la infección surge por contaminación exógena o endógena a partir de la piel del propio paciente, los gérmenes más frecuentes suelen ser los grampositivos; si surge por contaminación desde el tubo digestivo del propio paciente son más frecuentes los gramnegativos y los anaerobios.

2 Objetivos

Identificar la incidencia y los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de pacientes con infecciones de heridas operatorias en las intervenciones primarias.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de las infecciones de la herida quirúrgica así como diversos estudios sobre las mismas, para ello se ha utilizado las bases de datos de PubMed, Scielo, ClinicalKey y Cuiden además de bases de datos secundarias y terciarias. Los descriptores que se han utilizado han sido infección, intervención quirúrgica, laparotomía, heridas. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

En un sistema de vigilancia domiciliaria, se obtuvieron los siguientes datos de infecciones de heridas quirúrgicas en las intervenciones primarias:

- De 135 pacientes, 99 fueron varones y 36 mujeres. Se hizo el diagnóstico de ISQ en 32 pacientes a las 48 horas, a los siete días y a las tres semanas posteriores a la intervención.
- El tipo de intervención, el riesgo quirúrgico de la American Society of Anesthesiologists (ASA), la duración de la intervención, el índice de masa corporal y las patologías subyacentes fueron variables predictoras de ISQ.
- Se realizó un cultivo en 32 casos, aislándose *Escherichia coli* en un 25%. (Bates T, 1980)

- En el periodo de tres meses señalados, se sometieron a intervención quirúrgica 334 pacientes. En solo 135 se logró completar el protocolo de vigilancia: 99 hombres (rango de edad 12 a 77 años) y 36 mujeres (rango 12 a 89 años). La estancia hospitalaria postoperatoria promedio fue de 5 días.
- Durante el periodo de vigilancia de un mes se comprobó ISQ en 32 pacientes (21%), los cuales fueron tratados con ampicilina, metronidazol y amikacina por vía intravenosa de 7 a 10 días, con buena respuesta.

En el examen clínico efectuado a las 48 horas de la intervención, durante la hospitalización, se diagnosticó ISQ en 14 pacientes que presentaron temperatura corporal de 39°C, apareciendo eritema y dolor en la herida quirúrgica. En 15 pacientes el registro de ISQ ocurrió en el control de los siete días, con la presencia de una secreción purulenta y en los tres pacientes restantes, por un seroma con cultivo positivo tomado entre los 10 y 21 días de la intervención.

En este estudio se realizó un cultivo a los 32 casos, aislándose *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter*, y *Pseudomonas*.

Los factores predictivos intrínsecos y extrínsecos del paciente asociados con la ISQ fueron: el tipo de intervención, el riesgo quirúrgico de la American Society of Anesthesiologists (ASA), la duración de la intervención y las afecciones subyacentes. Otras variables estudiadas como el sexo del paciente, la quimioprofilaxis antibiótica previa, el ambiente quirúrgico inadecuado (quirófano caliente) y horas de trabajo del personal médico mayor a 12 horas, no tuvieron validez estadística.

De las áreas de órganos intervenidos quirúrgicamente: el colon, las asas intestinales y el estómago tuvieron influencia de riesgo en la aparición de ISQ. El reingreso laboral de los pacientes con ISQ tuvo una media de 26.6 días, cifra superior al promedio de las series (aproximadamente 21 días).

En este estudio transversal y descriptivo, realizado entre noviembre 2012 y noviembre 2018, se encontró que de las 135 operaciones analizadas hubo una incidencia de 32 casos de ISQ. (Taylor EW, 1997).

Estos hallazgos son diferentes de los informados por Promis y Nacrur en 1990 y de uno posterior de Promis y Villablanca (Promis G, 2000). Sin embargo, los estudios mencionados son retrospectivos y solo consideraron los casos de ISQ registrados durante la estancia hospitalaria, quedando sin registro todos los casos de ISQ que se hacen clínicamente evidentes en el periodo posterior al alta,

lo que provoca un sesgo cuya magnitud ha sido poco evaluada. Otros autores confirman estos hallazgos y se acepta que aproximadamente 30% de las ISQ se diagnostica durante la hospitalización y 70% durante la vigilancia ambulatoria. Esto justificaría la alta incidencia en nuestra investigación donde el seguimiento abarcó 30 días postoperatorios.

Algunos autores han destacado que la prolongación del acto quirúrgico eleva el riesgo de ISQ, especialmente cuando supera los 60 minutos, (Bibby BA, 1986) lo que no es aceptado por otros. De igual manera se estima que la incidencia de ISQ podría aumentar hasta 1.5 veces en pacientes mayores de 60 años, lo que no se confirma en otros estudios. Numerosas variables se han considerado como posibles factores de riesgo de ISQ; la más estudiada ha sido la profilaxis antibiótica. De los factores dependientes del paciente analizados destacan la edad, el sexo, las enfermedades asociadas, la coexistencia de una infección en un sitio remoto y la estancia hospitalaria preoperatoria. De la operación se han propuesto como variables relevantes la duración del lavado de manos, la preparación, el rasurado y la antisepsia de la piel, la duración de la operación y la profilaxis antibiótica. En cuanto al pabellón quirúrgico serían importantes la ventilación y la calidad de la esterilización. El uso de sistemas de drenaje, la técnica quirúrgica, la experiencia y el uso de prótesis, también han sido relacionados con ISQ.

Los gérmenes que se aislaron con mayor frecuencia, independientemente del tipo de infección de la herida, fueron *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas*, enterococos y otras enterobacterias. Solo en uno de nuestros pacientes se logró aislar *Staphylococcus aureus*, tratado con ampicilina, con buena respuesta. En su mayoría, los pacientes con *Escherichia coli* recibieron una combinación de metronidazol, amikacina y ampicilina, con buenos resultados.

La profilaxis antibiótica no arrojó ninguna diferencia estadística en la prevención de ISQ. Taylor y sus colaboradores, en un estudio cooperativo de hospitales escoceses que incorporó a 563 pacientes, no encontraron diferencia estadística que apoyara el uso de profilaxis antibiótica.

En resumen, con una vigilancia estricta durante los primeros 30 días postoperatorios en esta muestra se obtuvo una tasa de ISQ de 21.1%, cifra superior a la de otras investigaciones prospectivas publicadas.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, este trabajo pretende determinar la tasa real de ISQ en un servicio de cirugía general y además, permite conocer los resultados microbiológicos propios de la institución, principalmente los relativos a la sensibilidad para un mejor manejo de la infección y la elaboración de protocolos para antibióticos profilácticos, basados en hechos reales para la población específica de la institución.

6 Bibliografía

- Bibby BA, C. B. (1986). A mathematical model for assessing risk of postoperative wound infection. .
- Bates T, T. V. (1980). Prophylactic metronidazole in appendicectomy.
- Emori TG, G. R. (1993).
- Promis G, V. L. (2000). Infección de la herida quirúrgica del Servicio.
- Taylor EW, B. D. (1997). Antibiotic prophylaxis and open.

Capítulo 72

NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES Y SU USO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

LAURA RIESTRA BLANCO

ESTHER LÓPEZ HERES

RODRIGO MESA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

1 Introducción

La anticoagulación oral tuvo su génesis en 1941. Karl Paul Link, de la Universidad de Wisconsin, logró aislar dicumarol desde cumarina, una molécula derivada de una planta dulce llamada “hierba del bisonte” que producía sangrado en el ganado que la comía. Este nuevo compuesto desarrollado recibió el nombre de Warfarin (Wisconsin Alumni Research Foundation, y arin de coumarin). En 1978 se describió su mecanismo de acción anticoagulante, inhibiendo la activación de la vitamina K2. Inicialmente, usado como raticida, desde el año 1950 hasta la fecha, estos fármacos han sido el pilar del tratamiento anticoagulante oral, siendo ampliamente utilizados en la prevención y el tratamiento de la enfermedad tromboembólica arterial y venosa.

Los antagonistas de la vitamina K (AVK) [acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®)] han sido durante décadas la única opción disponible para la terapia anticoagulante oral (TAO) en la prevención de las complicaciones tromboembólicas, especialmente de la fibrilación auricular (FA). Tradicionalmente, en pacientes con alguna contraindicación o riesgo especial asociado al uso de los AVK, la alternativa ha sido el tratamiento con antiagregantes plaquetarios. El uso de AVK requiere la monitorización del tiempo de protrombina (TP), habitualmente expresado como cociente internacional normalizado (INR). Este y otros factores, tales como el riesgo potencial elevado de interacciones y hemorragias graves, han llevado tradicionalmente a la infrautilización de los AVK en pacientes con FA, si bien el número de pacientes tratados ha ido creciendo considerablemente con el tiempo.

En los últimos años se han desarrollado anticoagulantes orales directos [ACOD; también denominados NACO (Nuevos Anti Coagulantes Orales)], tales como el inhibidor directo de la trombina dabigatrán etexilato (Pradaxa®), y los inhibidores directos del factor X activado (FXa) rivaroxabán (Xarelto®) y apixabán (Eliquis®). En junio de 2015 se ha hecho efectiva la autorización de comercialización de un nuevo inhibidor directo del FXa, edoxabán (Lixiana®). Todos ellos han demostrado mayor seguridad que los AVK y, al menos, no inferioridad en cuanto a eficacia. La utilización de los ACOD se asocia con determinados beneficios e inconvenientes respecto del uso de AVK que han sido ya materia de amplia discusión en las evaluaciones de las agencias reguladoras y que, por tanto, tendremos en cuenta en la elaboración de este trabajo.

2 Objetivos

- Exponer el mecanismo de acción de los principales NACO
 - Revisar los avances comparados que han supuesto la incorporación de los NACO en la práctica clínica con respecto a los AVK.
- Como objetivos específicos que favorecerán el buen desarrollo de los objetivos generales, estarán:
- Desarrollar los criterios de uso terapéutico de los NACO.
 - Desglosar las interacciones que su administración puede conllevar en combinación con otros fármacos.
 - Analizar las ventajas e inconvenientes derivados de su implantación y uso.

3 Metodología

Se ha realizado en un contexto temporal comprendido desde 2011 hasta la actualidad. Para que la información analizada pueda aportarnos una visión global y completa del uso de los NACO respecto de los AVK, recopilare datos de tipo general, así como trataré de incluir apreciaciones desde el punto de vista de los médicos y de las diferentes agencias encargadas de regular el uso de los medicamentos. Por todo ello, el procedimiento usado para la recopilación del material ha sido: búsqueda realizada utilizando como palabras clave “nuevos anticoagulantes orales”, “antagonistas de la vitamina K”, “anticoagulación oral”, en las bases de datos Pubmed y Scielo.

Además de dicha búsqueda más general, se ha procedido a revisar los datos específicos que se encuentran en la web médica Fisterra, la editorial Elsevier así como también se han consultado guías de práctica clínica en la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), entre otras páginas web. Por otro lado, y como referimos anteriormente, se han consultado las fichas técnicas en las páginas de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

4 Resultados

La incorporación de nuevos fármacos y su implantación en el desarrollo de nuestro trabajo como personal sanitario, sea cual sea nuestra función, impone ciertas dificultades que no siempre están suficientemente explicadas o analizadas. A la hora de seleccionar el tema sobre el que realizar este trabajo, he considerado importante tratar sobre un hecho que es una constante en nuestra vida profesional como es la adaptación a los nuevos procedimientos de actuación y aplicación de antiguos y nuevos fármacos.

Este hecho ha traído consigo incertidumbre al profesional sanitario, que encuentra en las dificultades del tratamiento con NACO (especialmente la aún escasa existencia de estudios a largo plazo fuera de ensayo clínico y el precario conocimiento acerca de la reversión de su efecto anticoagulante) un importante reto a afrontar para que sus ventajas se vean traducidas en la mejora de la calidad de vida del paciente. La superación de estas barreras clínicas, junto a otras de índole económico y administrativo, abrirían la puerta a un nuevo paradigma de la anticoagulación oral.

Los anticoagulantes orales dicumarínicos son fármacos que vienen siendo utilizados desde hace más de 70 años en la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica (Ansell JE, 1993). Tienen un mecanismo de acción que impide que la vitamina K realice su función de cofactor necesario para la activación de algunos factores de la coagulación (II, VII, IX y X), por lo que estos factores disminuyen su función en la coagulación sanguínea (Ansell J, 2008).

Debido a este mecanismo de acción, los fármacos antivitamina K (AVK) disminuyen la funcionalidad en los factores de coagulación de una forma progresiva, ya que actúan sobre los que se sintetizan a partir del inicio de tratamiento, por lo que el efecto completo no se objetiva hasta los 5-7 días (vida media de los factores de coagulación afectados).

Los AVK más utilizados son la warfarina y el acenocumarol, siendo éste último el más usado en España y con una semivida algo más corta. Se caracterizan por requerir de controles analíticos frecuentes, ya que la dosis diaria es muy variable en cada individuo (a priori se desconoce la dosis que precisará), hay escasa separación entre dosis insuficiente y excesiva (pequeños cambios en la dosis semanal alteran los niveles de anticoagulación) y existen interferencias muy frecuentes con otros fármacos, productos de herbolario y por cambios de dieta.

Un control inadecuado no sólo puede hacer que los AVK sean ineficaces en la prevención de la enfermedad tromboembólica, sino que puede generar complicaciones graves o mortales. Este es el motivo por el cual, hasta inicios del siglo XXI, el control de estos fármacos se realizaba en hospitales o unidades especializadas. En la última década del siglo XXI se iniciaron las primeras experiencias de control en Atención Primaria.

La analítica que se utiliza para el control de los AVK es el tiempo de protombina. Es sensible a 3 de los 4 factores vitamina K- dependientes (II, VII y X), así como al V y fibrinógeno. Se debe expresar en INR (razón normalizada internacional) (Kirkwood TB, 1983) que es el tiempo de protombina estandarizado en función del reactivo utilizado.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, el anticoagulante ideal debería cumplir con las siguientes características o especificaciones:

- Ser administrado por vía oral.
- Tener riesgo bajo de hemorragias y ser tan eficaz o superior a la warfarina en rango terapéutico.
- Que no requiera de controles frecuentes de los parámetros de coagulación.

- Poder ser administrado con seguridad en pacientes de edad avanzada o con insuficiencia renal.
- Que tenga poca interacción con otros fármacos de uso frecuente, y que sea fácilmente reversible.

En los últimos años, se han desarrollado dos grupos importantes de nuevos anticoagulantes orales: los inhibidores directos de la trombina y los antagonistas del factor Xa, que tienen menor interacción con otros fármacos (tabla 1) y no son alterados por los alimentos. Ello brinda un manejo terapéutico más cómodo en la dosis. En 2010 se introdujo dabigatrán, un inhibidor directo de la trombina en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV). En poco tiempo se añadieron rivaroxabán y apixabán, ambos inhibidores del factor Xa. Posteriormente se uniría edoxabán, por lo que disponemos de 4 nuevos anticoagulantes orales. En la presente revisión describiremos los mecanismos de acción de estos nuevos fármacos y los resultados de los estudios clínicos recientemente publicados.

Inhibidores de la trombina

Son antagonistas competitivos de la trombina capaces de inhibir su función, tanto en la fracción soluble como unida a fibrina. Esta propiedad de inhabilitar la trombina unida a fibrina es la que los diferencia de las heparinas. Además, estas nuevas drogas afectan la activación por trombina de los factores V, VIII y XI y su propiedad de agonista plaquetario. Las principales ventajas son su uso en dosis fija siendo innecesaria la monitorización de sus niveles de anticoagulación.

- Dabigatrán exilato: Prodroga. Inhibidor competitivo y reversible de la trombina. Requiere pH ácido para su absorción por lo que no se recomienda su ingesta en conjunto con inhibidores de la bomba de protones. Es convertida en el hígado a dabigatrán (droga activa), sin utilizar citocromo p450 por lo que tiene baja interacción con otras drogas. Su biodisponibilidad es de 7,2%. Tiene un rápido inicio de acción, con máximo plasmático en 1,5-3 horas y T_{1/2} de 12 a 17 horas. Se excreta principalmente por el riñón (80%), por lo que los pacientes con insuficiencia renal han sido excluidos de la mayoría de los estudios.

Inhibidores de FXa

Actúan en una etapa previa en la cascada de la coagulación. Inhiben al FXa libre, unido al complejo protrombinasa (junto al cofactor V) y al FXa asociado a la trombina. Al igual que los inhibidores de la trombina, no requieren monitorización de niveles de anticoagulación y su administración se realiza en dosis fija.

- Rivaroxabán: Tiene 80% de biodisponibilidad y, como dabigatrán, un rápido ini-

cio de actividad, alcanzando un máximo plasmático en 3 a 4 horas. Su vida media ($T_{1/2}$) varía según la función renal, siendo en promedio de 5 a 9 horas en los jóvenes y 11 a 13 horas en adultos mayores, con clearance de creatinina < a 50 ml/min. La excreción es 70% renal y 30% hepática. Tiene baja interacción con otros fármacos, pero los azoles e inhibidores de proteasa-VIH pueden aumentar sus niveles plasmáticos.

- Apixabán: Posee una biodisponibilidad mayor al 50% con máximo plasmático de 3 horas y $T_{1/2}$ de 12. La metabolización es principalmente hepática, sin inducción o inhibición del sistema de citocromos, por lo que la interacción con otras drogas es mínima. La excreción es mayoritariamente fecal, con sólo 25% por vía renal.
- Edoxabán: posee una acción potente y selectiva. Su absorción no está influenciada por la comida, alcanza concentraciones plasmáticas máximas a las 1 a 3 horas tras su administración y su vida media alcanza las 7-10 horas. Aproximadamente el 50% del fármaco absorbido se excreta por la orina sin cambios.

¿Cómo se usan los NACO?

La primera cuestión será determinar si uno de los NACO es el fármaco más adecuado para nuestro paciente. Para ello, hemos de tener en cuenta que, con un buen control del INR, tanto la eficacia como la seguridad de los AVK son adecuados y por ello, en general, se consideran el fármaco de elección. Sin embargo, ocurre que en muchas ocasiones se suceden circunstancias por las que es preciso cambiar este tratamiento. En España, su prescripción requiere informe médico y homologación de recetas previa a su dispensación, los que proceder a un cambio a NACO incluyen:

- La presencia de un episodio tromboembólico o hemorrágico (no gastrointestinal) grave pese a un buen control del INR.
- La imposibilidad de mantener el INR en rango (entre 2 y 3) pese a un buen cumplimiento.
- Tener un acceso imposible, o muy complejo, a los controles convencionales.

Una situación distinta es que el paciente no esté usando AVK. En esta segunda hipótesis los motivos de preferir un NACO a los AVK serían:

- La hipersensibilidad conocida o contraindicaciones específicas de AVK.
- Antecedentes de hemorragia intracraneal.
- La presencia de un ictus isquémico con criterios clínicos y de neuro-imagen de alto riesgo de hemorragia intracraneal.

Lógicamente las interacciones con alimentos o fármacos que dificulten el control o bien las dificultades de acceso a los controles de INR deben de valorarse a la hora

de proponer al paciente el fármaco que consideramos más adecuado. No debemos de olvidar tampoco que los pacientes prefieren los fármacos de administración más sencilla en contraposición a aquellos que les supongan una mayor dificultad (Böttger B, 2015).

1. Inicio del tratamiento

En el caso de que el paciente no estuviera usando ningún anticoagulante, simplemente iniciaremos el tratamiento a la dosis estándar de cada fármaco, tal y como se indicó en el apartado previo.

En el caso de que el paciente ya estuviese usando tratamiento AVK es preciso suspenderlo y realizar una determinación del INR. Si nuestra intención es iniciar rivaroxabán y el valor es inferior a 2 podemos iniciar el tratamiento el mismo día o al día siguiente si este valor está entre 2 y 3. Por el contrario, si el INR es superior a 3, será preciso repetir esta determinación a las 48-72 horas y actuar cuando su valor sea inferior a esta cifra. En el caso de desear iniciar otro fármaco, suspendaremos el AVK y realizaremos la determinación de INR 24 horas más tarde. Si el valor es inferior a 2 iniciaremos el tratamiento y si es superior repetiremos el estudio a las 24 horas.

2. Planificando la interrupción del tratamiento

En muchas ocasiones es preciso interrumpir temporalmente el tratamiento que se está llevando a cabo; por ejemplo, cuando el paciente se encuentra ante la necesidad de realizar un procedimiento invasivo programado o una intervención quirúrgica.

3. Manejo de situaciones de sangrado y antídotos

Cuando su uso es adecuado, los NACO tienen un riesgo de sangrado similar, o incluso inferior, a la warfarina. Además, su vida media es más corta. Por ello, en los pacientes con sangrado activo, el tiempo en el que es preciso un tratamiento de soporte puede ser mucho más breve que con warfarina (Rosenberg DJ, 2012). En el caso de un sangrado menor, como epistaxis, debe de ser suficiente el uso de medidas locales. Por otro lado, cuando el sangrado tenga una mayor entidad será necesaria la retirada del fármaco, la monitorización clínica, transfusión de sangre cuando sea preciso y el tratamiento directo de la etiología (Fawole A, 2013).

Cuando nos encontremos ante episodios de sangrado que puedan poner en peligro la vida del paciente se requerirá de la intervención agresiva en una unidad de cuidados intensivos que incluya la retirada del fármaco, aporte de fluidos, transfusión sanguínea y la compresión mecánica del punto de sangrado, si es accesible. En el caso de ser precisa una cirugía y se esté tomado dabigatrán, se recomienda

esperar 12 horas desde la toma de la última dosis siempre que sea posible. Además, en estos casos, se puede considerar el uso de agentes no específicos que podrían revertir el efecto de los NACO.

En el contexto de sobredosis por dabigatrán, el lavado gástrico y la administración de carbón activado pueden tener beneficio clínico si se realizan antes de 3 horas tras la ingestión del fármaco (Fawole A, 2013). La hemodiálisis puede revertir parcialmente el efecto de dabigatrán puesto que hasta el 35% del fármaco se encuentra unido a proteínas.

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que el uso de hemodiálisis en caso de sangrado severo puede ser de muy difícil aplicación (Kaatz S, 2012). En pacientes en tratamiento con rivaroxabán, un estudio apreció que el complejo protrombínico activado podría ser un antídoto razonable (Marlu R, 2012).

Existen dos antídotos específicos: idarucizumab (antídoto específico de dabigatrán) (Pollack CV, 2015) y andexanet (antídoto específico de rivaroxibán y apixabán) (Siegal DM, 2015). Ambos han demostrado ser capaces de revertir el efecto anticoagulante de manera rápida y completa en la mayoría de los pacientes y en el plazo de pocos minutos tras su administración.

Si bien es cierto que una medicación es segura por causar pocas complicaciones, la disponibilidad de ambos fármacos permite un mejor manejo clínico no sólo de las complicaciones potencialmente graves (como por ejemplo la hemorragia digestiva) sino también de otros problemas concomitantes que requieran de una actuación decidida y un tratamiento temprano.

Evidencia de eficacia y seguridad de la anticoagulación oral en la prevención del Ictus y Embolia Sistémica en pacientes con Fibrilación Auricular y factores de riesgo tromboembólico adicionales

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población española mayor de 60 años. La FA confiere a los pacientes que la padecen un riesgo de ictus y embolia sistémica superior en 5 veces al de la población general. Se estima que 1 de cada 5 ictus isquémicos está asociado a la presencia de FA.

El tratamiento de la FA comprende dos estrategias complementarias. La primera de ellas tiene como objeto recuperar y mantener el ritmo sinusal (control del ritmo) mediante cardioversión eléctrica o farmacológica, que a menudo es

seguida de tratamiento antiarrítmico de mantenimiento (FA paroxística recurrente o FA persistente). En segundo lugar, en fases más evolucionadas o situaciones donde el control del ritmo no es una opción posible o se ha desestimado (FA permanente o crónica), la terapéutica se dirige al control de la frecuencia cardiaca, minimizando así la repercusión clínica de la FA. En paralelo, dado que la complicación más importante de la FA por su frecuencia e impacto en la mortalidad prematura y en la discapacidad es el ictus, el tratamiento antitrombótico debe acompañar a ambas estrategias. En presencia de riesgo embólico la anticoagulación oral está plenamente indicada, salvo contraindicación formal.

Los antagonistas de la vitamina K (AVK) [acenocumarol (Sintrom®) y warfarina (Aldocumar®)] han sido durante décadas la única opción disponible para la terapia anticoagulante oral (TAO) en la prevención de las complicaciones tromboembólicas de la FA. El uso de AVK requiere monitorización del tiempo de protrombina (TP), habitualmente expresado como cociente internacional normalizado (INR). Este y otros factores, tales como el riesgo potencial elevado (a veces sobreperecido) de interacciones y hemorragias graves, han llevado tradicionalmente a la infrautilización de los AVK en pacientes con FA, si bien el número de pacientes tratados ha ido creciendo considerablemente con el tiempo. Los NACO, sin embargo, han demostrado un beneficioriesgo favorable en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con FA no valvular.

En pacientes con FA auricular no valvular (FANV), los AVK reducen el riesgo de ictus en un 64% en comparación con placebo y, asociados a un seguimiento adecuado, presentan una relación beneficio/riesgo favorable, considerándose coste-efectivos. Los ACOD fueron inicialmente aprobados por las agencias reguladoras europeas para la prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en pacientes sometidos a cirugía electiva de reemplazo de cadera o rodilla. Con posterioridad, estos medicamentos han sido desarrollados para la prevención de complicaciones tromboembólicas en pacientes con FA y en otras indicaciones (ej.: tratamiento del TEV y síndrome coronario agudo).

Tanto dabigatrán como rivaroxabán, apixabán y edoxabán han sido autorizados en la indicación de prevención del ictus y embolia sistémica en pacientes con FANV. No existen estudios que comparen directamente los nuevos anticoagulantes entre sí y existen notables diferencias metodológicas entre los estudios que los comparan con AVK (grado de enmascaramiento, edad y riesgo basal de la población, calidad del control del INR entre otras), lo que dificulta la posibilidad de hacer comparaciones indirectas adecuadas entre ellos. Tanto dabigatrán como

rivaroxabán, apixabán y edoxabán presentan un perfil beneficio/ riesgo favorable para la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con FANV y al menos un factor de riesgo adicional de complicaciones tromboembólicas. Todos ellos son alternativas terapéuticas válidas en esta indicación.

5 Discusión-Conclusión

Los nuevos anticoagulantes orales están mostrando tener una serie de ventajas de uso respecto a los antagonistas de la vitamina K. Cuando los comparamos con los inhibidores de vitamina K, observamos que tienen un rápido inicio de acción, muestran una mayor estabilidad, permiten el uso de dosis únicas y desarrollan una menor interacción con medicamentos, alimentos u otras sustancias. Se puede prescindir de controles periódicos, lo que en teoría aumenta la adherencia al tratamiento. Los ensayos clínicos disponibles muestran del mismo modo que estas nuevas drogas son al menos tan efectivas y seguras como los cumarínicos en el manejo de las trombosis, tanto arterial como venosa. Sin embargo, aunque la evidencia es una herramienta de gran utilidad, tenemos que esperar a la aparición de mayores estudios clínicos en distintas poblaciones y realidades, para así poder comprobar el beneficio real de estos fármacos.

Por otro lado, deberemos valorar también aquellos aspectos que pueden dificultar su uso y aplicación a la generalidad de los pacientes. Los problemas que observamos a la hora de aplicar estos nuevos fármacos son que carecen de métodos demostrados de monitorización, por lo que en pacientes con características disímiles (como pueden ser sobre o bajo peso, insuficiencia renal o hepática) la “dosis fija” puede no resultar terapéutica. La ventaja de que no requieran monitorización se convierte en problema si no existe un método estandarizado ni evaluado de laboratorio que permita su rápida monitorización en situaciones de sangrado, procedimientos invasivos, o en aquellas circunstancias en las que sea necesaria la realización de una cirugía de urgencia. Esta deficiencia ya se está corrigiendo con la aparición de pruebas que permitan determinar el nivel actual de anticoagulación.

Por último, sus costos son muy superiores a los de los anticoagulantes tradicionales, lo cual puede suponer en la coyuntura sanitaria actual quizá el mayor escollo para su aplicación.

Observando todos los puntos de vista expuestos en este trabajo y valorando las características diferenciales de los antiguos y los nuevos anticoagulantes orales,

vemos que el desarrollo de los mismos permitirá una mejor y más individualizada aplicación al paciente que solo puede redundar en una mejora de su calidad de vida. Del mismo modo, la mayor disponibilidad de fármacos y sus diferentes modos de aplicación necesitarán de una preparación por parte del personal sanitario encargado de su dispensación a los pacientes, así como de un esfuerzo por parte de todos los estamentos encargados de las áreas sanitarias en su correcta aplicación (coordinación entre personal, ajuste económico para la adquisición de materiales necesarios y de los propios fármacos, la organización y adaptación de los sistemas informáticos de monitorización para su aplicación, sesiones formativas para aquellos que están implicados en su implantación, información a pacientes y familiares, etc...).

Por todo ello, debemos considerar que el desarrollo de alternativas terapéuticas para el manejo del paciente anticoagulado implica nuevos retos terapéuticos así como la necesidad de familiarizarse con las propiedades farmacológicas, la efectividad y la seguridad de las nuevas moléculas, con miras a brindar a cada paciente una terapia adecuada y óptima.

6 Bibliografía

- Nuevos anticoagulantes orales. Trombo.info Rev. Octubre 2018.
- Criterios y recomendaciones generales para el uso de los anticoagulantes orales directos (ACOD) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 21 de Noviembre de 2016.
- Alonso R. Anticoagulación con antagonistas de la vitamina K. Fistera 12 de Diciembre de 2015.
- Aristizábal J., Restrepo A., Uribe W., Medina E., Marín J., Velásquez J., et al. Consideraciones prácticas para el uso de los nuevos anticoagulantes orales. Revista Colombiana de Cardiología 2012; 19(3): 135-141. Mayo/Junio 2012.
- Berkovits A., Aizman A., Zúñiga P., Pereira J., Mezzano D. Nuevos anticoagulantes orales. Revista Médica Chile [Internet]; 139 (10): 1347-1355 Octubre de 2011.
- Berkovits A., Mezzano D. Nuevos anticoagulantes orales: actualización. Revista Chilena de Cardiología [Internet]; 36(3): 254-263 Diciembre de 2017.
- Casariego E., Matesanz M., Iñiguez I., Rubal D., Piñeiro JC., Romay E. Nuevos anticoagulantes orales. Fistera 5 de Febrero de 2016.
- Comisión Clínica de Terapéutica Antitrombótica-Hospital Universitario Central

de Asturias (HUCA). Criterios y recomendaciones generales para el uso de los Anticoagulantes Orales Directos (ACOD). Edición 3 de Comisión Clínica de Terapéutica Antitrombótica 12-02-2016.

- Escolar G., García J., López M^a F., Roldán V. Guía sobre los nuevos Anticoagulantes Orales. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia/Sociedad Española de

Trombosis y Hemostasia. Diciembre 2012.

- Gómez-Outes A. Session 2: What can we do now and what are the gaps in our knowledge): The direct factor Xa inhibitors (rivaroxaban, apixaban, edoxaban). European Medicines Agency 13 de Enero de 2016.

- Hernández M., Suárez C. Avances en el tratamiento anticoagulante de la fibrilación auricular. Revista Medicina Clínica [Internet] Vol. 145, Issue 3, Pág. 124-130 7 de Agosto de 2015.

- Hinojar R., Jiménez-Natcher J. J., Fernández-Golfín C., Zamorano J. L. Segunda Publicación Nuevos anticoagulantes orales: Guía práctica para los médicos. Revista Costarricense de Cardiología [Internet]; 20 (1): 7-21 Junio de 2018.

- Houser S.R. Entrevista. Revista Gaceta Médica [Internet]. Entrevista publicada el 13 de Enero de 2017.

- Mateo J. Nuevos anticoagulantes orales y su papel en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol Supl. 2013;13(C):33-41 - Vol. 13 Núm. Supl. C DOI: 10.1016/S1131-3587(13)70057-8 Marzo de 2013.

- Rodríguez C. La revisión de los criterios sobre los ACOD se abre camino. Revista Española de Economía de la Salud 2016; Vol. 11/Nº 1 2016.

- Somoza B. Ventajas e inconvenientes de los nuevos anticoagulantes orales. Trabajo de Fin de Grado Universidad Complutense (Facultad de Farmacia) Junio 2017.

- Sosa J. M. Nuevos anticoagulantes orales en la prevención de fenómenos tromboembólicos en la fibrilación auricular no valvular. An Fac med. 2013;74(2):139-43 12 de Marzo de 2013.

Capítulo 73

EL ASMA Y SU TRATAMIENTO.

LAURA GARCIA RODRIGUEZ

SOFIA GARCIA RODRIGUEZ

MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS

LAURA ESPINA FERNÁNDEZ

PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO

1 Introducción

Según la GINA (Iniciativa Global para el Asma) el asma se define como: inflamación crónica de las vías respiratorias en las que desempeñan un papel destacado determinadas células y mediadores.

Es una de las enfermedades crónicas mas graves en los niños y en los adolescentes.

Este proceso está asociado a la presencia de una hiper-respuesta bronquial que produce episodios recurrentes de sibilancias, disnea, opresión torácica, tos, imposibilidad de hablar, sudoración profusa, pulso alterado y cianosis, siendo más frecuente estos síntomas durante la madrugada y durante la noche.

Estos episodios se asocian con un mayor o menor grado de obstrucción del flujo aéreo, a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento (broncodilatadores).

El tratamiento global de la enfermedad tiene como objetivo lograr que el paciente pueda llevar una vida totalmente normal, incluyendo la práctica de ejercicio y deporte. Es necesario prevenir síntomas crónicas, como la tos nocturna y disnea con el ejercicio. Se debe basar en tres pilares fundamentales:

- Tratamiento farmacológico, con medicación antiinflamatoria que esta en primera línea en el tratamiento a largo plazo de la enfermedad.
- Control sobre los factores que influyen o empeoran el asma, como alérgenos, irritantes, infecciones, ejercicio...
- Educación para la salud.

Según los distintos estadios del asma el tratamiento se resume en:

- Asma leve ocasional: se trata con β_2 adrenérgicos de acción rápida inhalados. Cuando se precisa de medicación más de 2-3 veces por semana se debe pasar al siguiente escalón.
- Asma episódica frecuente: ya se introduce la medicación de base continua, preferiblemente los CI a dosis bajas.
- Asma moderada: el paciente no está bien controlado con las dosis bajas de CI, por lo que se precisa aumentar a dosis media de CI o bien continuar con los CI a dosis bajas pero añadir los β_2 adrenérgicos de acción prolongada. Si aun así no se controla se deberá aumentar la dosis de CI.
- Asma grave: cuando no se controla al paciente con la dosis anterior será necesario aumentar los CI a dosis altas.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento actual para el asma.
- Conocer las distintas formas de administración del tratamiento.
- Conocer su mecanismo de acción.
- Conocer las ventajas y desventajas de cada sistema para el tratamiento del asma.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes fuentes documentales. La búsqueda de información se ha realizado desde el 7 de julio hasta el 13 de agosto de 2017.

Para localizar los artículos de interés sobre el tema del estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica online en las siguientes bases de datos: Medline, Sciencie

Direct, CINAHL, Pubmed y CUIDEN. Las bases de datos más utilizadas han sido Pubmed, Science Direct y Medline, asimismo se recurrió a herramientas específicas del ámbito de la enfermería como CINAHL, ELSIEVER y CUIDEN.

Los términos incluidos en la búsqueda fueron: asthma, inhalation chambers, respiratory infections.

Con el propósito de identificar estudios que reflejen los objetivos planteados, se realizaron estrategias de búsqueda con las palabras claves antes mencionadas y utilizando los operadores booleanos AND para combinar palabras claves y OR para relacionar términos con el mismo concepto.

Una vez identificadas las palabras claves de las estrategias, se procedió a encontrar los términos MESH, para mejorar la sensibilidad de la búsqueda y evitar omitir estudios relevantes.

En las primeras búsquedas se combinaron los términos claves de acuerdo a los objetivos planteados, que se han expuesto anteriormente. Después se ampliaron varios límites en las bases de datos para estrategias planteadas como: a) la fecha de publicación considerándose solo aquellos publicados en los últimos 10 años, b) idioma de publicación, centrándose en artículos publicados en inglés y español c) aquellos que exista la disponibilidad de texto completo.

CRÍTICA METODOLÓGICA

A pesar de no haber realizado una revisión por pares para evaluar la relevancia de los artículos, en esta búsqueda se reflejó una rigurosa estrategia de búsqueda. Para ello se siguió la siguiente secuencia:

1. lectura en profundidad de los artículos seleccionados e identificación de las cuestiones que respondían a los objetivos de la búsqueda.
2. análisis de la información y conceptos relevante de las publicaciones.
3. Identificación de temas importantes o recurrentes de las publicaciones.
4. Clasificación de los artículos en base a las líneas temáticas planteadas.
5. Resumen de los resultados de los estudios de acuerdo a los objetivos.

4 Resultados

En la revisión del asma y de su tratamiento con la utilización de nebulizadores, se han identificado:

- Medicamentos para el tratamiento de la crisis y los síntomas agudos: o Broncodilatadores:

- Agonistas β_2 adrenérgicos de acción rápida: son los fármacos de elección para el control de los síntomas agudos y para prevenir a corto plazo el broncoespasmo inducido por el ejercicio. Se pueden administrar por vía inhalada, oral subcutánea o intravenosa. El “Salbutamol” y la “Terbutalina” son los más empleados.
- Anticolinérgicos: tiene un inicio de acción más lenta que los β_2 agonistas de acción rápida. El más común es el “Bromuro de Ipratropio”. o Corticoides sistémicos: derivan de la cortisona. Tienen un comienzo de acción tardía al igual que es lenta la desaparición de sus efectos. Son capaces de reducir la hiper-reactividad bronquial y mejorar la función pulmonar. Las indicaciones de los corticoides sistémicos en niños y adolescentes son: a) Pautas cortas para el tratamiento de crisis moderadas o graves que no responden a broncodilatadores de acción rápida. Son igual de eficaces por vía oral o parenteral, por lo que solo estaría justificado su uso inyectable si hay una vía venosa o imposibilidad de utilizar vía oral. b) Como tratamiento continuado del asma persistente grave, cuando no hay otra posibilidad de controlar el asma. Siempre se debe utilizar la dosis mínima. La retirada siempre debe ser paulatina ya que supone una inhalación del eje hipotalámico-hipofiso-suprarrenal.
- Medicamentos utilizados para el control a largo plazo del asma: o Corticoides inhalados: son los fármacos antiinflamatorios más eficaces. Tienen un potente efecto antiinflamatorio a nivel local, acciones terapéuticas mantenidas y prolongada permanencia en el pulmón. Los más utilizados son la “Budesonida” y “Propionato de Fluticasona”. o Agonistas β_2 adrenérgicos de acción prolongada: son aquellos que mantienen su acción al menos durante 12 horas. Los más empleados son “Salmeterol” y “Formoterol”. o Cromonas: se puede presentar en polvo seco, en solución para nebulización y en aerosol presurizado. o Corticoides sistémicos.

Hay varios sistemas para el tratamiento de dicha enfermedad:

- Inhaladores dosificados presurizados (MDI): utilizan un cartucho presurizado, válvula dosificadora y un envase externo de plástico que encaja el cartucho y facilita su administración. Entre las ventajas destacan: Son de pequeño tamaño. Aporta una dosis fija y reproducible en todo momento. Son fáciles de limpiar. Poco sensibles a la humedad. El principal inconveniente en la población pediátrica es la necesidad de una correcta coordinación entre el disparo y la administración. Para evitar ese problema se utilizan cámaras espaciadoras.
- Cámaras espaciadoras: están diseñadas para mejorar la eficiencia de los MDI. Permiten un retraso entre el inicio de la inspiración y el disparo. Disminuye la aparición de candidiasis oral y obtiene mayores efectos terapéuticos que los nebulizadores. Como inconvenientes cabe destacar: son objetos de gran tamaño, difíciles de llevar, hay incompatibilidades entre los orificios de sus boquillas y los

cartuchos.

- Dispositivos de polvo seco (DPI): son más fáciles de utilizar ya que no precisan cámara para su administración. Entre sus ventajas estacan: la eficacia clínica es superior a la obtenida con los MDI, incluso con cámara, son de pequeño tamaño. El principal inconveniente es que: debido al flujo inspiratorio que precisan no se pueden utilizar antes de los 5-6 años o en pacientes con un grado de obstrucción muy alto y son más caros que los MDI.
- Nebulizadores: derrochan gran cantidad de medicación. La única ventaja que tienen es que fluidifican las secreciones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir:

- Implicaciones para el paciente: los pacientes los familiares recibieran una correcta educación para la salud y así minimizar los ingresos hospitalarios y por lo tanto los costes.
- Implicaciones para el profesional: la enfermera podría experimentar una sensación de satisfacción personal y profesional, porque tendría la seguridad de estar cuidando lo mejor posible al paciente y familia.
- Implicaciones para la institución sanitaria: si las enfermeras se encuentran capacitadas para identificar complicaciones en este tipo de pacientes se mejorarían los procesos y por lo tanto los resultados, lo que resultaría en la reducción del consumo de recursos pudiendo invertir en otras necesidades.

6 Bibliografía

1. Del Vas Abellán C, Del Vas Abellán J. El asma. *Semer*. [Internet]. 2007. [acceso el 1 de agosto de 2017]; Número 4.
2. Belinchón Pellegrini J, Anta Del Molino A.M, Méndez de Arriba S. Tratamiento farmacológico del asma. *Pediatría integral*. [Internet]. 2004.
3. Belinchón Pellegrini J, Méndez De Arriba S, Sánchez Malmierca F. Educación y tratamiento del asma. *Pediatría integral*. [Internet]. 2008.
4. libandlearn.blogspot.com.es, Using a Peak Flow Meter For Asthma.

Capítulo 74

ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN EJECUTIVA DE LA ESQUIZOFRENIA

LIDIA RIERA FERNÁNDEZ

SARA DÍAZ FERNÁNDEZ

LORENA LÓPEZ LÓPEZ

1 Introducción

La esquizofrenia es una compleja enfermedad y su heterogeneidad clínica y evolutiva sigue constituyendo un desafío para los investigadores, ha sido considerada desde un principio como un síndrome clínico que afecta diferentes procesos como el pensamiento, la emoción, los movimientos, el comportamiento, y aspectos cognitivos como la memoria, la atención, el lenguaje y especialmente las funciones ejecutivas.

El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia disponible acerca de las alteraciones del funcionamiento ejecutivo observadas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Los resultados ponen de manifiesto que en estos pacientes existe una alteración de las funciones ejecutivas, concretamente en los componentes de memoria de trabajo, atención sostenida, inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación, existiendo una correlación significativa entre los síntomas negativos y el déficit ejecutivo.

2 Objetivos

Realizar una revisión teórica sobre las alteraciones de las funciones ejecutivas (FE) más frecuentes observadas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. Conocer cuáles son los componentes de la FE que se ven afectados y su relación con la sintomatología característica de estos pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de las infecciones de la herida quirúrgica así como diversos estudios sobre las mismas, para ello se ha utilizado las bases de datos de PubMed, Scielo, ClinicalKey y Cuiden además de bases de datos secundarias y terciarias. Los descriptores que se han utilizado han sido: alteraciones cognitivas; esquizofrenia; función ejecutiva; neuropsicología; síntomas negativos; revisión. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Los déficits cognitivos son considerados aspectos centrales en la esquizofrenia, independientemente de la sintomatología clínica o de la medicación antipsicótica. Si bien el grado de deterioro cognitivo puede variar considerablemente entre los individuos, los déficits están presentes en la mayoría de las áreas cognitivas en cualquier paciente (Golberg et al. 2003). Aunque varias áreas cognitivas parecen estar afectadas, atención, memoria y funciones ejecutivas parecen ser las funciones más alteradas (Bowie & Harvey, 2005; Heinrichs, 2005).

La memoria de trabajo es un sistema dinámico, en el que la información es almacenada y procesada activamente, y es importante para la generación de acciones e intenciones y para unificar las operaciones de memoria, lenguaje, comprensión y razonamiento (Baddeley, 1996).

La incapacidad para seleccionar la información relevante y rechazar la irrelevante (inhibición), ha sido también documentada en pacientes con esquizofrenia, utilizando tareas como el Stroop (Brazo et al. 2002; Donohoe et al. 2006; Moritz et al. 2001); Torre de Hanoi (Chan, Chen, Cheung, Chen & Cheung 2004); Stop Signal (Babcock, Michie, Johnson & Combrinck, 2002; Donohoe et al. 2006) y en

tareas antisacádicas (Curtis, Calkins & Iacono, 2001; Kumari, Ettinger, Crawford, Zachariah & Sharma, 2005).

Las pruebas de funcionamiento ejecutivo tienen cada vez más como objetivo evaluar cómo los sujetos realizan ciertas tareas, pero no evalúan si los pacientes han puesto en marcha ciertas conductas por sí mismos, o la cantidad de carga de trabajo que son capaces de asignar de forma voluntaria.

Por lo que se refiere a la sintomatología de la esquizofrenia, con frecuencia los estudios han encontrado que aquellos pacientes que presentan marcado deterioro de las FE también presentan sintomatología negativa concomitante intensa y persistente, peor funcionamiento en las actividades cotidianas y menor conciencia de enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha puesto de manifiesto en los resultados, dentro del deterioro cognitivo en la esquizofrenia, la FE parece ser una de las funciones más alteradas y estaría relacionada con la patología del lóbulo frontal. Los pacientes con esquizofrenia han mostrado déficits en tareas que miden memoria de trabajo, especialmente en memoria visoespacial, mostrando rendimientos más bajos que los controles sanos. Las personas con alteraciones en memoria de trabajo pueden tener dificultades con una amplia gama de funciones cognitivas como la comprensión del lenguaje, resolución de problemas y planificación, lo que podría explicar el pobre funcionamiento social de estos pacientes. La inhibición, ha sido puesta de manifiesto a través de múltiples pruebas neuropsicológicas (Test de Stroop, Torre de Hanoi, etc.), mostrando una incapacidad por parte de los esquizofrénicos para inhibir las respuestas automáticas y llevar a cabo la resolución de una tarea de manera controlada.

En relación a la sintomatología de la esquizofrenia, parece ser que existe una asociación entre los déficit en memoria de trabajo espacial, inhibición, atención sostenida y flexibilidad cognitiva, con los síntomas negativos, en este sentido Semkovska, Bedard, Godbout, Limoge & Stip (2004) sugieren que los déficits funcionales en la vida real están asociados con niveles de síntomas negativos y una pobre actuación en pruebas clínicas que evalúan la FE.

La FE se ha convertido en un objeto principal de estudio en investigaciones recientes y se considera importante para la adaptación del individuo al ambiente.

Esta capacidad de adaptación es una de las principales áreas en que los pacientes con esquizofrenia parecen poner de manifiesto el déficit, los pacientes con esquizofrenia muestran un escaso aprendizaje de la experiencia y en la evaluación de las consecuencias de sus acciones.

Podemos concluir, tras el análisis de la información, que en la esquizofrenia aparecen alteradas las FE, concretamente en los componentes de memoria de trabajo, atención sostenida, inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación. Estos déficits parecen estar relacionados con la sintomatología negativa característica de esta enfermedad. Es evidente que la esquizofrenia es un trastorno mental incapacitante que altera la calidad de vida de las personas, por lo que se hace necesario el apoyo de un equipo interdisciplinar que proporcione las mejores herramientas para la optimización de la funcionalidad del paciente dentro de la sociedad.

6 Bibliografía

- Goldberg, T.E., Egan, M.F., Gscheidle, T., Coppola, R., et al (2003). Executive subprocesses in working memory: Relationship to catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 60, 889-896.
- Bowie, C.R. y Harvey, P.D. (2005). Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(613-633), 626.
- Baerwald, J.P., Tryon, W.W. y Sandford, J. (2005). Bimodal response sensitivity and bias in a test of sustained attention contrasting patients with schizophrenia and bipolar disorder to normal comparison group. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(1), 17-32.
- Brazo P, Marie, R.M., Halbecq, I., Benali, et al.(2002). Cognitive patterns in subtypes of schizophrenia. *European Psychiatry*, 17, 155-62.
- Chan, R.C.K., Chen, E.Y.H., Cheung, E.F.C., Chen, R.Y.L. y Cheung, H.K. (2004). A study of sensitivity of the sustained attention to response task in patients with schizophrenia. *Clinical Neuroscience*, 254, 256-262.
- Badcock, J.C., Michie, P.T., Johnson, L. y Combrinck, J. (2002). Acts of control in schizophrenia: dissociating the components of inhibition. *Psychological Medicine*, 32(2), 287-297.
- Curtis, C.E., Calkins, M.E. y Iacono, W.C. (2001). Saccadic disinhibition in schizophrenia patients and their first-degree biological relatives. A parametric study of the effects of increasing inhibitory load. *Experimental Brain Research*,

137(2), 228–236.

Capítulo 75

TÉCNICA ENDOSCÓPICA DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA DEL APARATO DIGESTIVO: CÁPSULA ENDOSCÓPICA.

LAURA SANROMAN CLAROS

MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA

AIDA GIL VECINO

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

1 Introducción

La cápsula endoscópica fue presentada en el año 2000 por Iddan y sus colaboradores y aprobada para su aplicación clínica por la FDA norteamericana en el año 2001, lo que ha supuesto un gran avance para el diagnóstico de patología del intestino delgado, por permitir la observación de esta parte de intestino. Aunque presenta algunas limitaciones: imposibilidad de tomar muestras, realizar intervenciones terapéuticas, insuflar, visualización diferida de las imágenes, posibilidad de falsos negativos por la existencia de restos en la luz intestinal.

La cápsula endoscópica de imagen ingerible, obtiene imágenes de video mientras recorre el tracto intestinal del paciente, impulsada por el peristaltismo natural hacia su excreción.

2 Objetivos

Describir la utilidad y modo de empleo de la cápsula endoscópica de imagen ingerible.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas indexadas en diferentes bases de datos Medline, Pubmed, Cochrane Plus, Google Académico, Enfispo, así como la revisión y visualización de múltiples artículos y vídeos.

Se han empleado como palabras clave: cápsula endoscópica, tubo digestivo, intestino delgado. Se han empleado como criterios de inclusión: textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión todos aquellos publicados previamente al año 2003.

4 Resultados

La cápsula endoscópica es un pequeño dispositivo dotado de videocámara que permite el estudio no invasivo del intestino delgado. El sistema más utilizado es el PillCam SB que está diseñado para la exploración ambulatoria de la longitud total del intestino delgado hasta la válvula ileocecal.

El sistema consta de una Cápsula PillCam, un grabador Data Recorder, un cinturón abdominal con antenas integradas y una Estación de Trabajo Rapid.

La Cápsula PillCam tiene unas dimensiones de 26 x 11 mm y un peso de 3,7 gramos; está constituida por una carcasa de plástico con una cúpula óptica transparente que contiene unos diodos de luz blanca, un sistema óptico con un ángulo de visión de 140 grados, un sensor de imágenes, dos pequeñas baterías, un sistema de transmisión por radiofrecuencia y una antena. Los diodos destellan varias veces por segundo iluminando la pared intestinal y las imágenes que recoge la lente son captadas por el sensor que las transforma en señales eléctricas. El transmisor se encarga de enviar estas señales a las antenas integradas en un cinturón abdominal que colocamos al paciente (su capacidad de transmisión es de un máximo de 4 imágenes por segundo).

El Data Recorder es una unidad portátil externa que almacena las imágenes emi-

tidas por la cápsula en un disco duro de 305 GB para su posterior descarga en la estación de trabajo Rapid.

La Estación de Trabajo funciona con un software específico que permite el procesamiento de las imágenes y la extracción de datos clínicamente relevantes, así como la preparación de un informe de endoscopia.

El paciente deberá ser informado de la técnica, de los posibles riesgos y los beneficios que aportará esta prueba al diagnóstico de su patología; además de entregarle el consentimiento informado.

Tres días antes de la realización de la prueba, el paciente deberá seguir una dieta pobre en residuos, el día anterior la dieta será exclusivamente líquida, sin lácteos ni derivados y permanecerá en ayunas 10 horas antes de la ingesta de la cápsula. En ciertos pacientes se recomienda la toma de una solución evacuable 24 horas antes con el fin de conseguir una adecuada limpieza intestinal.

La cápsula permanece inactiva mientras se encuentra en contacto con el imán de su envase, al extraer la cápsula el interruptor magnético pone en funcionamiento el sistema, la transmisión continúa hasta el agotamiento de la batería.

Tras la colocación del cinturón en la pared abdominal del paciente y del Data Recorder en su petaca, se realiza una comprobación a través de la Estación de Trabajo. Una vez confirmado el correcto funcionamiento del sistema, el paciente ingiere la cápsula acompañada de un vaso de agua, habitualmente en bipedestación. El objetivo es que la cápsula abandone rápidamente el estómago para recorrer en el menor tiempo posible la longitud total del intestino delgado.

Después de ingerir la cápsula, el paciente no podrá comer ni beber durante 2 horas, transcurridas esas 2 horas podrá beber agua, y pasadas 4 horas el paciente podrá ingerir un pequeño alimento. Hasta que no haya concluido el estudio no podrá volver a su dieta normal. De la misma manera podrá tomar su medicación habitual, con un poco de agua, hasta 2 horas antes y a partir de 2 horas después de haber ingerido la cápsula.

La cápsula progresa por el tracto digestivo propulsada por la peristalsis natural, hasta su expulsión a través del colon. La duración del tránsito es variable, con un tiempo medio de tránsito gástrico de 70 minutos y un tiempo de tránsito duodenal de entre 90 y 194 minutos. La batería tiene una autonomía de 8 horas, al finalizar ese plazo el paciente devuelve el sistema para la descarga y revisión de las imágenes. Las imágenes transmitidas por la cápsula están ordenadas y rotu-

ladas cronológicamente desde su activación, lo que permite el cálculo y análisis de las imágenes y tiempos de tránsito que serán interpretadas por especialistas en imágenes endoscópicas. Realizado el diagnóstico final se pautará el tratamiento adecuado.

La cápsula es desechable y será excretada de forma natural con las heces en el plazo de 1 o 2 días. En el caso de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es imprescindible detectar la posible presencia de una estenosis, que pudiera retener la cápsula y generar un cuadro de obstrucción intestinal. Para ello se realiza una prueba radiológica adecuada, o una prueba con cápsula de permeabilidad. La cápsula reabsorbible se ha desarrollado para valorar la permeabilidad luminal del tracto gastrointestinal antes de la realización de una exploración con la cápsula endoscópica convencional. Tiene unas dimensiones similares a la PillCam y es radiopaca. Consiste en un microchip integrado en una cubierta de lactosa que se disuelve unas 30 horas después de la ingesta, permitiendo así el paso del microchip a través de las probables estenosis intestinales. La persistencia de la cápsula reabsorbible se puede detectar con una radiografía de abdomen o un escáner manual, siendo diagnóstica de retención de cápsulas secundaria a la presencia de una estenosis.

5 Discusión-Conclusión

La cápsula endoscópica ha supuesto un gran avance en el diagnóstico de la patología digestiva en el siglo XXI; pudiendo conocer las distintas enfermedades del intestino delgado, hasta ahora parte inaccesible.

Las patologías digestivas pueden ser diagnosticadas mediante endoscopia, pero en el caso de la hemorragia en el intestino delgado sólo se puede acceder a tramos proximales, por lo que se recomienda la aplicación de la cápsula endoscópica para dicho diagnóstico. Gracias a esta técnica se puede diagnosticar fácilmente entre otras, la enfermedad de Crohn, e instaurar el tratamiento más adecuado a esta enfermedad, haciendo que el paciente mejore su calidad de vida.

Es una prueba normalmente bien tolerada, cómoda para el paciente, ya que se puede realizar de manera ambulatoria, sin apenas complicaciones.

6 Bibliografía

- Bar-Meir S, Nadler M. Second capsule endoscopy for patients with obscure digestive bleeding: blinded comparison with video push-enteroscopy. *Endoscopy*, 2003:576-584
- Vázquez-iglesias JL. Cápsula Endoscópica: una nueva era en la historia de la endoscopia. *Revista especializada en enfermería diagnóstica*. Madrid 2004:96
- Estévez Prieto E., González B., López L. Seguimiento de 100 pacientes con hemorragia digestiva de origen oscuro tras estudio con cápsula endoscópica. *Revista endoscópica de Enfermería Digestiva*. Madrid 2004
- MSD Inmunología. Endo Ibd Imaging Project. 2014 Merck Sharp & Dohme de España, S.A.
- Vargo JJ. Preparation for and complications of GI endoscopy. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016

Capítulo 76

COMPLICACIONES EN ESTOMAS

CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Una ostomía es una comunicación artificial de un órgano con la pared abdominal realizada quirúrgicamente para sustituir la vía natural de excreción o de alimentación, cuando ésta se ha interrumpido por cualquier causa.

En función del tiempo de permanencia, la ostomía será definitiva o temporal, si una vez resuelta la causa se restablece el tránsito.

2 Objetivos

Identificar las principales complicaciones que puede presentar el paciente tras dicha cirugía y saber orientar correctamente sobre la prevención de las mismas y su tratamiento.

3 Metodología

Se realiza un estudio observacional retrospectivo obteniendo de muestra a los pacientes que han sido intervenidos realizándose una ostomía en un hospital de segundo nivel, durante el periodo de un año.

Posteriormente, se crea un grupo de trabajo con personal sanitario experto en ostomías para debatir las complicaciones más frecuentes que se encuentran y poder realizar una guía sobre prevención de las mismas en una línea futura de investigación.

4 Resultados

El paciente puede presentar una serie de complicaciones derivadas de dicha intervención, tanto en el postoperatorio inmediato como días después del alta hospitalaria.

Las complicaciones precoces aparecen durante los 30 primeros días del postoperatorio: algunas pueden ser inmediatas, edema de la mucosa, hemorragias, isquemia y necrosis del estoma, infección...

Las complicaciones tardías aparecen tras un mes del postoperatorio: estenosis, hernias, micosis, prolapso...

5 Discusión-Conclusión

Para evitar que aparezcan dichas complicaciones es necesaria una acción preventiva mantenida en el tiempo durante toda la vida del paciente ostomizado y educarle para que sepa identificar rápidamente cualquier problema.

6 Bibliografía

- <https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomías.pdf>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 77

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

LAURA RIESTRA BLANCO

ESTHER LÓPEZ HERES

RODRIGO MESA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La piel

La piel es el órgano más grande del cuerpo humano, supone el 16% del peso corporal total, una de sus particularidades es que tiene la capacidad de regenerarse a sí misma. La piel es una barrera protectora formada por varias capas. Ocupa aproximadamente 2 m² y pesa cerca de 5 kg. Su grosor varía en función de la zona, siendo la más fina la de los párpados (0,5 mm) y la más gruesa la de los talones (4 mm).

Tiene 3 capas principalmente:

1. Epidermis, la más externa, está formada por capas de células. La más profunda es la basal, donde nacen los queratinocitos. Los queratinocitos van madurando a medida que ascienden capas hacia el exterior y los eliminamos por la capa más alta, la capa córnea, como escamas de células muertas, y son reemplazados por los nuevos que nacen en la capa basal. En la epidermis también se encuentran los melanocitos y las células de Langerhans (que nos defienden).
2. Dermis. Está debajo de la epidermis. En ella se encuentra lo que llamamos tejido conjuntivo junto con vasos sanguíneos y linfáticos, terminaciones nerviosas, glándulas sudoríparas y sebáceas y folículos pilosos.
3. Hipodermis o tejido subcutáneo, la más profunda, donde se encuentra fundamentalmente la grasa.¹

La piel es un órgano importante. Algunas de sus funciones son:

1. Es una barrera que protege nuestro cuerpo de agresiones externas.
2. Regula nuestra temperatura, gracias a los vasos sanguíneos que tiene y mediante la eliminación de sudor.
3. Nos defiende. El sistema inmune también tiene células en la piel, encargadas de luchar contra los gérmenes.
4. Intercambio de agua y sustancias. Absorbe las que son necesarias y elimina las que no, como la urea, el ácido úrico y el amoníaco.
5. Regulación endocrina. La piel es fundamental para la síntesis de vitamina D. Para esto hace falta sol, pero ya hablaremos otro día de esto que da para mucho.
6. En ella hay muchísimas terminaciones nerviosas que nos permiten tener sensibilidad y notar el frío, el calor o el dolor.

El GNEAUPP propone definir las úlceras por presión como: “lesión localizada en la piel y/o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, o la presión en combinación con las fuerzas de cizalla. En ocasiones, también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos”.

Desde el pasado siglo, se conoce que las UPP son consecuencia directa del efecto de la presión. Esta fuerza actúa perpendicular a la piel provocando un aplastamiento tisular entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente (prominencia ósea) y otro externo a él (cama, silla o sillones, dispositivos terapéuticos, etc.). Puede ocurrir que, junto a la fuerza de presión, actúe la fuerza de cizalla: el desplazamiento del paciente hace que los tejidos externos se mantengan paralelos y adheridos a las sábanas mientras que los tejidos profundos se deslizan hacia abajo.

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar conocimientos y cuidados de enfermería utilizados en la prevención de UPP mediante búsqueda de literatura científica publicada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer qué acciones puede llevar a cabo el personal de enfermería para prevenir la aparición de UPP.
- Enumerar factores de riesgo relacionados con la aparición de UPP.
- Conocer la influencia de la inmovilidad en la aparición de UPP.
- Identificar los estadios de una UPP.
- Describir las intervenciones enfermeras en un plan de cuidados para un paciente con UPP o con riesgo de padecerla.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura para exponer la información más actualizada relacionada con la prevención de las UPP. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Medline, PubMed, Cuiden, Cochrane, Scielo; así como una lectura crítica de diferentes guías de práctica clínica de diversos hospitales de nuestro país y páginas web relacionadas con el tema a desarrollar.

Para todo ello se usaron las palabras clave:

- Úlcera por presión
- Prevención
- Cuidados enfermería
- Tratamiento
- SEMP
- Nutrición

4 Resultados

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

A) Presión. Representa el factor etiopatogénico más importante. Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente (superficie ósea) y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

B) Fricción. Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado en el roce con las sábanas o superficies rugosas produce fuerzas de fricción., sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

- De pinzamiento vascular o Cizallamiento: Combina los efectos de presión y fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona). Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

Tanto presiones pequeñas mantenidas durante períodos de tiempo prolongados como presiones elevadas mantenidas durante 2 h serían suficientes para generar UPP. Cuando una persona se moviliza de forma autónoma o es reposicionada mediante cambios posturales se favorece la puesta en marcha de los mecanismos fisiológicos que permitirán hacer frente al efecto que la presión y cizalla ejercen sobre los tejidos.

La piel sometida a presiones extremas, por encima de la presión capilar (>20 mm/Hg) y durante un tiempo prolongado, puede sufrir un cambio de coloración, volviéndose pálida por el proceso de isquemia (ausencia de flujo sanguíneo que conlleva una oxigenación inadecuada que provoca la degeneración de los tejidos cutáneos). Cuando la presión se alivia y ésta ha sido de corta duración, la piel recupera rápidamente su flujo sanguíneo observándose un tono rojizo (hiperemia reactiva), para luego ir recuperando su color habitual. Pero si la presión ha sido prolongada y de forma constante se produce finalmente una necrosis tisular.

3. Factores de riesgo a) Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Déficits nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficits sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal. b) Derivados del tratamiento
- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.

- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento. c) Situacionales
- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga. d) Del entorno
- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.⁴

4 Clasificación de las UPP: El GNEAUPP propone clasificar las úlceras por presión como:

Categoría I: Eritema no blanqueable. Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada generalmente sobre una prominencia ósea (aunque también pueden aparecer sobre tejidos blandos sometidos a presión externa por diferentes materiales o dispositivos clínicos). El área puede ser dolorosa, firme, suave, más caliente o más fría en comparación con los tejidos adyacentes, pudiendo presentar edema o induración (>15 mm de diámetro). El enrojecimiento no blanqueable puede ser difícil de detectar en personas con tonos de piel oscura, por lo que es necesario valorar los cambios de temperatura, induración y edema de los tejidos. Su color puede diferir de la piel de los alrededores.

Categoría II: úlcera de espesor parcial. Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta poco profunda con un lecho de la herida normalmente rojo-rosado y sin la presencia de esfacelos. En esta categoría pueden darse con fusiones con otras lesiones como las relacionadas con la humedad o la fricción. La valoración detallada de la lesión permite diferenciarlas; la existencia de signos de maceración orienta hacia lesiones por humedad, mientras que la presencia de ampollas o flictenas orienta hacia lesiones por fricción, aunque también pueden existir lesiones combinadas. Esta categoría no debería usarse para designar a lesiones por adhesivos, excoriaciones o laceraciones cutáneas.

Categoría III: pérdida total del grosor de la piel. Pérdida completa del tejido dérmico. La grasa subcutánea puede ser visible, pero los huesos, tendones o músculos no están expuestos. Puede presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco), que no oculta la profundidad de la pérdida de tejido. Puede incluir cavitaciones y/o tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de categoría III

varía según la localización anatómica. En el puente de la nariz, la oreja, el occipital y el maléolo, que no tienen tejido subcutáneo (adiposo), las úlceras pueden ser poco profundas. En contraste, las zonas de importante adiposidad pueden desarrollar úlceras por presión de Categoría III extremadamente profundas. En cualquier caso el hueso, el músculo o el tendón no son visibles o directamente palpables.

Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos. Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto. Pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico (húmedo o seco). A menudo también presentan cavitaciones y/o tunelizaciones. La profundidad de la úlcera por presión de Categoría IV también varía según la localización anatómica y el tejido subcutáneo (adiposo) que ésta contenga. Las úlceras de Categoría IV pueden extenderse a músculo y/o estructuras de soporte (por ejemplo, la fascia, tendón o cápsula de la articulación) pudiendo darse con bastante frecuencia una osteomielitis u osteítis. El hueso o músculo expuesto es visible o directamente palpable.

5 Localización

- En la posición de decúbito dorsal o supino las zonas más expuestas son: los talones, la región sacra, la región glútea, la espina dorsal, el omoplato, el codo, la región occipital de la cabeza y la nuca. En esta posición, el sacro es la región que soporta la presión máxima.
- En la posición de decúbito lateral (derecho o izquierdo) las zonas expuestas principalmente son: el borde externo del pie, los maléolos, el lateral de las rodillas, el trocánter, las costillas y los codos, los hombros, el acromion y el borde lateral de las orejas
- En la posición de decúbito prono las zonas más expuestas son: los dedos de los pies, las rodillas, los genitales (en los hombres), las crestas ilíacas, las costillas, los codos, los senos (en las mujeres) y las orejas y mejillas
- En la posición de sentado o de sedestación suelen aparecer principalmente en la región o tuberosidad isquiática y los glúteos, aunque también se producen en la zona poplítea (parte de atrás de las rodillas), los codos, el omoplato y la región escapular (donde los deltoides, el trapecio, ...)
- En la posición de Fowler las zonas más expuestas son: los talones, la región sacra, el área de tuberosidad isquiática, los codos, la región escapular y la zona occipital de la cabeza.

El 75% de las úlceras por presión están localizadas en: sacro (40%), talones (20%) y tuberosidad isquiática (15%).

3 UPP relacionadas con dispositivos sanitarios

Una UPP relacionada con un dispositivo sanitario (UPP-DS) se define como una lesión localizada en la piel o tejido subyacente como resultado de una presión sostenida y causada por un dispositivo sanitario diagnóstico o terapéutico (mascarilla o tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía, sondas, catéteres, férulas y aparatos ortopédicos, etc).

Se estima que un tercio de las UPP son producidas por dispositivos, aunque varía considerablemente y depende de las características de la población a estudio, siendo las categorías I y II las más comunes. La clave en el tratamiento de estas UPP-DS es identificar la causa de la presión y retirarla. Desafortunadamente, muchos de los dispositivos son necesarios para el tratamiento y cuidado del paciente y no pueden ser retirados. En ocasiones algunas de estas lesiones son resultado de una mala posición del dispositivo o de su fijación.

Las escalas de valoración del riesgo de desarrollar UPP no permiten identificar adecuadamente el riesgo de desarrollar UPP-DS, por lo que los pacientes dependen del juicio clínico de la enfermera como medio de identificación de riesgos y de la implementación temprana de acciones de prevención.

Localizaciones de UPP-DS

Las localizaciones de estas UPP-DS dependen del tipo de dispositivo del que se trate. Algunos ejemplos son:

- Nariz: Dispositivos de oxigenoterapia: mascarillas, gafas nasales, sondas, sistemas de ventilación no invasiva. Sondas nasogástricas.
- Boca: Tubos endotraqueales.
- Cara: Sistemas de ventilación mecánica no invasiva (VMNI): CPAP Y BIPAP
- Cuello: Cánulas de traqueotomía y fijación
- Dedos: Sensores de pulsioximetría.
- Meato urinario: Sondas vesicales.
- Tórax y abdomen: Fijación de tubos pleurales. Bolsas de colostomía y urostomía. Drenajes. Electrodo de ECG. Corsés.
- Otras localizaciones: Accesos vasculares. Sujeciones mecánicas. Medias antiembólicas. Escayolas y férulas. Dispositivos de compresión secuencial.

Impacto socioeconómico

Las UPP son un problema de magnitud importante, más aún si consideramos que más del 95 % son evitables y su presencia es un indicador de calidad negativo. No sólo generan un problema de salud, sino también un elevado gasto económico al sistema sanitario.

En el año 2006 se realizó un estudio denominado “Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España” en el que se exponía que el coste por episodio era de 211 € para el estadio/categoría I y de 16.600 € para el estadio/categoría IV.; siendo el coste global de unos 1.687 millones de €, lo que suponía un 5,2 % del gasto sanitario total de nuestro país. Actualmente, según el GNEAUPP, el coste estimativo sobre el tratamiento de las UPP supera los 600 millones € / año; y afectan al día a más de 90.000 personas (el 20 % <65 años) que reciben atención domiciliaria, cuidados en residencias o son atendidas en centros hospitalarios, en España. Teniendo en cuenta el número de afectados, se ha cuantificado el coste de prevención en 1,7 € / día, cuando curar una UPP cuesta, al menos, 46 € al día. Según el 4º estudio nacional de prevalencia de UPP en España, realizado en el año 2013, las cifras de prevalencia de UPP en los centros sanitarios y sociosanitarios españoles han aumentado en los tres niveles asistenciales en relación a los estudios nacionales anteriores:

- En atención primaria (AP) la prevalencia es del 8,51 % (rango entre 7,96-9,1 %) para los pacientes >14 años, incluidos en el programa de atención domiciliaria.
- En las unidades de hospitalización la prevalencia de UPP en adultos alcanza el 7,87 % (rango entre 7,31-8,47 %) mientras que en unidades pediátricas es del 3,36 % (rango de 1,44-7,61 %)
- Referente a las lesiones más frecuentes, las de categoría I representan el 15,2 %; de categoría II el 48,7 %; de categoría III el 21,2 % y las de categoría IV el 11,3 %.
- Las localizaciones más frecuentes de las UPP fueron: sacro (30,7 %), seguido de talón (28,6 %), trocánter (7,0 %), maléolo (6,4 %), glúteo (6,1 %), dorso pie/dedo (4,7 %), isquion (3,5 %) y pierna/rodilla (2,8 %).
- El mayor riesgo de desarrollo de una UPP en el ámbito hospitalario, tras el cálculo de prevalencia en adultos ajustada según el tipo de unidad, se da en las unidades de críticos. En AP el ajuste de prevalencia según la localización del centro de salud, indica que es menor en los centros rurales (población menor de 10.000 habitantes), y por tanto mayor en los centros urbanos o mixtos. En los centros sociosanitarios, la prevalencia es menor en los públicos frente a los concertados o privados.

Según el estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), llevado a cabo en hospitales, los eventos adversos (EA) relacionados con los cuidados supusieron una incidencia de UPP del 3,66 %. De ellos, pudieron haberse evitado (según la tasa de evitabilidad) el 55 %. En el estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS), las UPP relacionadas como EA en atención primaria supusieron una prevalencia de 3,4 %, con una tasa de evitabilidad del 71,1 %.

Prevención

A todos los pacientes hospitalizados se les debe valorar el riesgo de desarrollar UPP en el momento del ingreso, utilizando una herramienta de valoración del riesgo validada.

La escala preferida por la comunidad científica, es la Escala de Braden para los adultos y la Escala Braden Q para la población infantil (entre 1 mes y 14 años). Aunque también hay otras herramientas disponibles para valorar el riesgo de UPP como es la Escala de Norton y la Escala EMINA.

La Escala de Braden es la herramienta validada más usada para predecir el riesgo de desarrollo de UPP en adultos. Esto se debe a su alta sensibilidad y especificidad a la hora de predecir este riesgo. Fue desarrollada y testada para la población adulta y presenta 6 subescalas :

- Percepción sensorial,
- Exposición a la humedad
- Actividad
- Movilidad
- Nutrición
- Riesgo de lesiones cutáneas.

Sirve como ayuda al juicio clínico individual, y es importante para el sistema sanitario que se considere la puntuación obtenida en la Escala de Braden en el momento de planificar las intervenciones dirigidas a la prevención. Esta escala clasifica el riesgo como alto, moderado o bajo en función de la puntuación obtenida al pasarla.

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12

RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.

RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.

La Escala Braden Q es una modificación de la Escala de Braden para ser utilizada con pacientes de edad limitada entre 1 mes y 14 años. Presenta siete subescalas:

- Movilidad
- Actividad
- Percepción sensorial
- Humedad de la piel
- Fricción y cizalla
- Nutrición
- Perfusión tisular y oxigenación.

La escala Braden Q clasifica al paciente pediátrico en: con riesgo y sin riesgo.

Recomendaciones

Todos los profesionales involucrados en el proceso del paciente deben desempeñar un rol activo en el desarrollo del protocolo de prevención de UPP. En algunos casos, como en pacientes sometidos a cuidados paliativos, los objetivos de cuidados podrán ser diferentes, primando aspectos como el alivio del dolor y el fomento del bienestar en general. Las intervenciones orientadas a la prevención son:

- Valoración del riesgo de desarrollar UPP.
- Valoración y cuidados de la piel.
- Plan de prevención de UPP.
- Registros.
- Educación de pacientes y cuidadores.⁵

Cuidado de la piel

A todos los pacientes se les debería inspeccionar la piel lo más precozmente posible a su ingreso hospitalario y palpar particularmente sobre las prominencias óseas, valorándose los siguientes aspectos: alteración de la humedad de la piel, cambios en la textura, turgencia, cambios de temperatura comparada con la piel circundante, cambios de color, consistencia, edema, grietas, ampollas, erupciones, drenajes, dolor y prurito. La reinspección se realizará tras 8 ó 24 horas, dependiendo de la situación del paciente.

En el caso de pacientes portadores de dispositivos diagnósticos o terapéuticos, la piel, alrededor y debajo de ellos, debe ser reinspeccionada dos veces al día, debiendo ser más frecuente en pacientes con signos localizados o generalizados de edema. Tanto niños como adultos portadores de dichos dispositivos, deben considerarse en riesgo de desarrollar una UPP. Los dispositivos susceptibles a causar una UPP-DS son:

- Mascarillas de ventilación mecánica invasiva
- Tubos endotraqueales y nasotraqueales
- Gafas nasales
- Collarines cervicales
- Fijaciones externas
- Dispositivos de contención fecal
- Sondas vesicales
- Drenajes quirúrgicos
- Catéteres centrales
- Balón de contrapulsación

- Dispositivos de compresión neumática intermitente
- Férulas
- Sujeciones.

La higiene es un punto clave en el cuidado de la piel, para realizarla de forma correcta debemos tener en cuenta una serie de recomendaciones:

- El lavado ha de hacerse con agua tibia y jabón neutro para no alterar el pH ácido de la piel.
- Secar de forma adecuada pero sin frotar.
- No utilizar sustancias irritantes (alcoholes, colonia, tanino) ni secantes como el talco.
- La sábana encimera, colcha y mantas deben quedar huecas evitando la presión en zonas de riesgo.
- No masajear zonas enrojecidas ni sobre prominencias óseas.
- Mantener la piel hidratada con cremas hidratantes o emolientes, para ayudar a la piel a conservar su elasticidad y función de barrera. En aquellas zonas que estén expuestas a presión, aplicar AGHO/aceite de oliva.

Los AGHO son productos que actúan sobre la microcirculación de la piel, inducen a una vasodilatación local y producen un aumento de la presión transcutánea de oxígeno, por lo que mejora las condiciones locales de la piel expuesta a isquemias prolongadas, siendo de gran utilidad en la prevención de las úlceras. El ensayo clínico de García et al. Determinó la eficacia de los ácidos grasos esenciales y los ácidos grasos hiperoxigenados en el mantenimiento de la piel en unas condiciones óptimas, gracias a su acción hidratante que evita la sequedad cutánea y la descamación, así como su efecto de aumento de la resistencia de la piel en pacientes encamados. Los resultados obtenidos en el estudio sugieren que el uso de los AGHO y los AGE en piel intacta disminuye la incidencia de UPP y, en caso de no evitarlas, retarda el tiempo de aparición.

La eficacia de AGE, AGHO y productos a base de aceite de oliva es similar para la prevención de UPP, por lo que son una opción terapéutica óptima que debería formar parte de los protocolos clínicos de actuación de enfermería en la prevención de UPP. Son de fácil aplicación, por lo que se puede sistematizar su uso sin que ello suponga un aumento de la carga de trabajo para las enfermeras.

Cambios posturales

Para evitar la aparición de UPP en un paciente hospitalizado es fundamental el alivio de presiones sea cual sea la postura que adopte, en cama o en sillón. Podrían tomarse una serie de recomendaciones tales como:

- 1) La movilización debe comenzar en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario.
- 2) Utilice elementos de soporte (almohadas, cuñas, triángulos, etc.) para mantener cada posición.
- 3) La inmovilización es totalmente desaconsejada con la excepción de una indicación médica específica y en general por breves períodos de tiempo.
- 4) Evitar el decúbito lateral puro y extremo porque lesiona la zona del trocánter mayor.
- 5) Un paciente debe ser movilizado en algunas de las posiciones preestablecidas al menos 4 veces por turno. Siempre proteger la región de la cabeza con un protector de gel.
- 6) Evitar el apoyo de los talones sobre la cama.
- 7) En pacientes que, por su condición respiratoria, requieran la elevación de la cabecera en 30° se debe proteger la región.
- 8) Mantenga secas las zonas de apoyo.
- 9) Haga participar a la familia de los pacientes en este tipo de cuidado postural.

Decúbito supino

- Colocar al paciente boca arriba, sin elevar la cabeza más de 30°, siempre que no esté contraindicado.
- Situarle una almohada bajo la región superior de los hombros, en el cuello y en la cabeza.
- Colocarle un cojín bajo las piernas evitando que los talones contacten con la cama. ☒ Situarle almohadas bajo los brazos, manteniéndolos paralelos al cuerpo para evitar la rotación externa de la cadera.

Decúbito lateral 90°

- Poner al paciente de costado y mantener la alineación corporal.
- Colocarle una almohada paralela a la espalda y sacar hacia fuera el hombro sobre el que se apoya el paciente.
- Colocar almohadas bajo la cabeza y el cuello del paciente.
- Colocarle ambos brazos flexionados ligeramente.
- Disponer una almohada entre las piernas desde la ingle hasta el pie; la pierna de apoyo debería mantenerse extendida o con una ligera flexión de rodilla, mientras que la otra tendría que guardar un amplio grado de flexión.
- Contemplar el decúbito lateral de 135° ya que la presión que se ejerce sobre los puntos de contacto es inferior a la de 90°.

Decúbito prono

- Girar al paciente sobre sí mismo hasta que quede bocabajo, colocando la cabeza de lado sobre una almohada pequeña.
- Colocarle otra almohada bajo la región pélvica para elevar la cintura
- Situarle una almohada bajo la región tibial de forma que permita que tanto las rodillas como los dedos de los pies queden suspendidos en el aire y por tanto libres de presión
- Colocarle los brazos flexionados.
- Alternar la lateralidad de cabeza y la posición de los brazos.

Sedestación

- Utilizar un sillón adecuado y cómodo, colocando un cojín o una almohada pequeña en la región cervical, en la zona lumbar y bajo las piernas.
- Mantenerle los pies en ángulo recto.
- Cuidar la posición de los brazos, el alineamiento del cuerpo y la ubicación de sondas y bolsas colectoras.
- Evitar el deslizamiento inclinando el tronco ligeramente hacia delante, ayudándole con una mesilla de apoyo.

Los dispositivos de alivio de presión son superficies especiales de apoyo, diseñadas específicamente para el manejo de la presión en pacientes que presentan úlceras por presión o bien presentan riesgo de padecerlas.

Se considera como SEMP a cualquier superficie o dispositivo especializado, cuya configuración física y/o estructural permite la redistribución de la presión, así como otras funciones terapéuticas añadidas para el manejo de las cargas tisulares, de la fricción, cizalla y/o microclima, y que abarca el cuerpo de un individuo o una parte del mismo, según las diferentes posturas funcionales posibles. Las SEMP se van a diferenciar de otros materiales, como los dispositivos locales para el alivio de la presión (taloneras, coderas, protectores de occipital, etc.) o los apósitos con capacidad de reducción de la presión, en el hecho de que abarcan toda la superficie corporal del paciente que se halla en contacto con una superficie de apoyo. Además de esto, algunas SEMP pueden también reducir el efecto de la fricción y de la cizalla, así como el calor y la humedad e incrementar el confort de los pacientes.

Su uso dependerá del riesgo detectado de desarrollar UPP y la situación clínica del paciente:

- Bajo: Preferentemente superficies estáticas (colchonetas-cojines estáticos de aire, colchonetas-colchones cojines de fibras especiales, colchones de espuma especiales, colchonetas-cojines viscoelásticos).

- Medio: Recomendado superficies dinámicas (colchonetas alternantes de aire de celda medias) o superficies estáticas de altas prestaciones (colchones de espuma especiales, colchones-colchonetas viscoelásticos)
- Alto: Superficies dinámicas (colchones de aire alternante, colchonetas de aire alternante de grandes celdas).
- Medio y alto: deberán utilizar un cojín con capacidad de reducción de la presión mientras estén en sedestación. o Requisitos que deben cumplir:
 - Eficacia en la reducción o alivio de presión.
 - Aumento de la superficie de apoyo
 - Adaptados para la evaporación de la humedad.
 - Escaso calor al paciente.
 - Disminución de las fuerzas de cizallamiento.
 - Buena relación coste-beneficio.
 - Manejo y mantenimiento sencillos.
 - Compatible con necesidades de reanimación cardio-pulmonar si se requiere.

Las más utilizadas son las:

- Estáticas: Actúan aumentando el área de contacto con la persona. Cuanto mayor sea la superficie de contacto menor será la presión que tenga que soportar. Entre los materiales más utilizados en su fabricación se encuentran las espumas de poliuretano especiales, fibras siliconizadas, silicona en gel, viscoelásticas, etc.
- Dinámicas: Permiten variar de manera continuada los niveles de presión de las zonas de contacto del paciente con la superficie de apoyo.

Se ha de considerar siempre a las superficies especiales como un material complementario que no sustituye al resto de cuidados (movilización, cambios posturales ,protección local). En todas las instituciones de salud y niveles asistenciales, las personas que se consideran en riesgo de desarrollar úlceras por presión deberían tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que incluyese la utilización de superficies especiales para la redistribución de la presión.

MOVILIZACIÓN Y CUIDADO POSTURAL EN EL PACIENTE DE ALTO RIESGO

La relevancia de los cuidados del paciente crítico debe estar muy presente en todos los profesionales que trabajan en Unidades de Cuidados Intensivos o en Unidades Cardiológicas. La inmovilidad y la prevalencia de UPP son dos condiciones estrechamente ligadas y tienen tal magnitud que, a estas últimas, se las considera la “epidemia bajo las sábanas”. La aparición de UPP denota fallas del equipo médico y una pobre calidad del sistema de salud. Los pacientes críticos,

que en general requieren ventilación mecánica, suelen desarrollar debilidad muscular que complica la patología de base y la capacidad de recuperación. La inmovilidad, la respuesta inflamatoria sistémica, el estado nutricional deficiente y la administración de agentes farmacológicos contribuyen a potenciar la debilidad neuromuscular. La disminución de la actividad física en estos pacientes produce disminución de la capacidad funcional en los sistemas musculoesquelético y cardiovascular. En los últimos 20 años se estableció que el excesivo reposo en cama y la disminución de la actividad física son factores de riesgo de una amplia variedad de enfermedades agudas y crónicas. Esta situación adquiere singular importancia en los pacientes posquirúrgicos internados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

El impacto de la inactividad tiene una clara repercusión en los sistemas mencionados y, a su vez, la mejoría funcional de ambos aumenta la independencia progresiva de los pacientes y permite una estadía más corta en las UCI. En los últimos años, la movilización temprana del paciente en la UCI recibió considerable atención en la literatura científica, en donde se enfatizan factores como la recuperación de la función, la duración de la ventilación mecánica, el tiempo de estadía en el hospital y la mortalidad. La movilización de los pacientes en UCI supone riesgos. La inserción y la reinserción de los catéteres pueden ser una causa de infección, además de provocar tensión e incomodidad. Por otro lado, los equipos de soporte cardíaco y respiratorio, la medicación sedante, los trastornos del sueño y los desequilibrios de electrolitos dificultan la movilización y los cambios de posición.

Manejo de la nutrición

El estado nutricional del paciente está claramente relacionado con el riesgo de padecer UPP y/o con la dificultad de cicatrización de las mismas. Una adecuada nutrición del paciente va a hacer disminuir el riesgo y que, en caso de que aparezcan UPP, su curación sea más rápida y con menos complicaciones. La evaluación del estado nutricional se realizará al ingreso del paciente, utilizando el ítem correspondiente de la escala de Braden. Se valorará el estado nutricional cada vez que se reevalúe el riesgo con la escala Braden.

La alimentación por vía oral (alimentación normal y/o alimentación adicional a base de líquidos) constituye la ruta preferida para la nutrición y debería favorecerse siempre que sea posible. Los suplementos nutricionales orales resultan válidos porque muchos pacientes propensos a las úlceras por presión a menudo no pueden satisfacer sus necesidades nutricionales por medio de la ingesta normal de comida por vía oral. Más aún, los suplementos nutricionales orales parecen

estar asociados con una reducción significativa en el desarrollo de úlceras por presión en comparación con los cuidados rutinarios. La nutrición enteral (por medio de sondas) y parenteral, pueden resultar necesarias en caso de que la nutrición oral resulte inadecuada o no sea posible debido al estado y expectativas de cuidados del individuo.²

- Recomendaciones para la valoración nutricional:
 - Valore el peso de cada individuo para determinar la evolución de su peso e identificar cualquier pérdida significativa del peso ($\geq 5\%$ en 30 días o $\geq 10\%$ en 180 días).
 - Valore la capacidad del individuo para comer de forma independiente.
 - Valore la adecuación de la ingesta total de nutrientes (por ejemplo, alimentos, líquidos, suplementos orales y alimentación enteral /parenteral).

La valoración nutricional debe centrarse en la evaluación de la ingesta energética, el cambio de peso involuntario y el efecto del estrés psicológico o problemas neuropsicológicos. Además, la valoración debería incluir una determinación de los requerimientos de calóricas, proteínas y fluidos del individuo¹⁰

El aporte para un estado nutricional adecuado deber ser: calórico (30-35 Kcl / Kgr), proteico (1-1,25 gr / Kgr) y de vitaminas y minerales. Los pacientes en riesgo de desarrollo de UPP o que ya la presentan requieren de una dieta hiperproteica y el aporte de nutrientes que faciliten la cicatrización.

Ingesta de proteínas:

- En adultos con riesgo de úlceras por presión, proporcione suficientes proteínas para mantener un balance positivo de nitrógeno.
- En adultos con riesgo de úlceras por presión y valorados como con riesgo de malnutrición, oferte de 1,25 a 1,5 gramos de proteína / kg de peso corporal al día, siempre que sea compatible con los objetivos del cuidado, y reevalúecuando se produzcan cambios en la situación.
- En adultos con úlceras por presión, proporcione las proteínas adecuadas para mantener un balance nitrogenado positivo.
- En adultos con riesgo de úlceras por presión y riesgo de malnutrición, ofrezca una dieta hipercalórica e hiperprotéica mediante suplementos nutricionales, además de la dieta habitual, si los requisitos nutricionales no pudieran ser alcanzados por la dieta habitual.
- Valore la función renal para comprobar que los altos niveles de proteínas son apropiadas para el individuo.

Vitaminas y minerales:

- Proporcione a las personas que se encuentren con riesgo de desarrollar úlceras por presión una dieta equilibrada que incluya una buena fuente de vitaminas y minerales.
- Proporcione / Anime a las personas que se encuentren con riesgo de desarrollar úlceras por presión para que tomen suplementos de vitaminas y minerales cuando la ingesta de la dieta es pobre o se confirmen o se sospechen deficiencias.
- Proporcione / Anime a las personas con úlceras por presión a tomar una dieta equilibrada que incluya buenas fuentes de vitaminas y minerales.
- Proporcione / Anime a las personas con úlceras por presión para que tomen suplementos de vitaminas y minerales cuando la ingesta de la dieta es pobre o se confirmen o se sospechen deficiencias.

Hidratación:

- Proporcione y fomente la ingesta diaria adecuada de líquidos para la hidratación de un individuo con riesgo de desarrollar, o con una úlcera por presión.
- Monitorice los signos y síntomas de deshidratación, como el cambio en el peso, la turgencia de la piel, la producción de orina, el sodio sérico elevado.
- Proporcione líquidos adicionales para las personas con deshidratación, temperatura elevada, vómitos, sudoración profusa, diarrea o heridas muy exudativas.

Tras el análisis de la bibliografía consultada se puede concluir que:

- El riesgo de padecer una UPP se debe valorar siempre al ingreso del paciente en la unidad de hospitalización y reevaluar siempre que las condiciones en el estado de salud del paciente cambien.
- La Escala de Braden es la herramienta validada más usada para predecir el riesgo de desarrollo de UPP en adultos, y la de Braden Q para la población infantil.
- Para el cuidado e higiene de la piel se recomienda el uso de agua tibia y jabón neutro y secado a toques, evitar frotar.
- Para hidratar la piel se recomienda el uso de AGHO, AGE y productos a base de aceite de oliva. Evitar productos con base alcohólica en su composición.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas en pacientes encamados o con imposibilidad para la movilización, siguiendo un sistema de rotación.
- Evitar, si las condiciones médicas lo permiten, la inmovilidad prolongada.
- Evitar el apoyo directo sobre prominencias óseas y hacer uso de las SEMP.
- Un buen aporte nutricional puede evitar la aparición de UPP, y cuando se presente ya alguna lesión se recomendará una dieta hiperproteica e hipercalórica para facilitar el proceso de cicatrización.
- Si con la dieta habitual no es suficiente para garantizar el buen estado nutricional del paciente pueden utilizarse suplementos.

	1 PUNTO	2 PUNTOS	3 PUNTOS	4 PUNTOS
<u>PERSEPCIÓN SENSORIAL</u>	COMPLETAMENTE LIMITADA	MUY LIMITADA	LIGERAMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</u>	SIEMPRE HÚMEDA	A MENUDO HÚMEDA	OCASIONALMENTE HÚMEDA	RARAMENTE HÚMEDA
<u>ACTIVIDAD FÍSICA DEAMBULACIÓN</u>	ENCAMADO	EN SILLA	DEAMBULA OCASIONALMENTE	DEAMBULA FRECUENTEMENTE
<u>MOVILIDAD CAMBIOS POSTURALES</u>	INMÓVIL	MUY LIMITADA	LEVEMENTE LIMITADA	SIN LIMITACIÓN
<u>NUTRICIÓN</u>	MUY POBRE	PROBABLEMENTE INADECUADA	ADECUADA	EXCELENTE
<u>CIZALLAMIENTO Y ROCE</u>	RIESGO MÁXIMO	RIESGO POTENCIAL	SIN RIESGO APARENTE	

5 Discusión-Conclusión

Las UPP son un problema socioeconómico muy importante que, además de agravar el estado del paciente, aumenta el gasto económico que requiere su intervención.

A pesar de la alta prevalencia de UPP, el 95% de ellas son prevenibles. Por ello, la prevención de estas lesiones debe ser un cuidado prioritario en el tratamiento de pacientes inmovilizados.

El personal de enfermería, como personal cualificado, es el responsable de la valoración diaria del estado general del paciente (su estado general, piel, movilidad, nutrición...) y de su evolución a través de los registros de enfermería. Por tanto, debe poseer los conocimientos y habilidades necesarias sobre los aspectos referentes a la prevención de las UPP (piel, factores de riesgo predisponentes, etiología y fisiopatología de las úlceras, etc) para poder así elegir el tratamiento de enfermería y las medidas de prevención que resulten más eficientes.

POSICIÓN SUPINA

Buena alineación del cuerpo

Se coloca una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

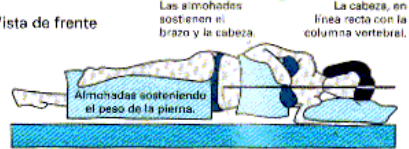


Los brazos relajados descansan a los lados del cuerpo.

Una pequeña almohada sostiene la cabeza... la cabeza está alineada en línea recta con la columna vertebral.

POSICIÓN LATERAL

Vista de frente



Las almohadas sostienen el brazo y la cabeza.

La cabeza, en línea recta con la columna vertebral.

Vista desde arriba



Almohada en la espalda

Almohada sosteniendo el peso de la pierna.

Almohada sosteniendo el brazo.

La cabeza, en línea recta con la columna vertebral.

POSICIÓN PRONA

Buena alineación del cuerpo

Se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Se puede colocar una pequeña almohada por encima del nivel de las mamas para disminuir la presión.

Descansando la cabeza sobre el colchón se alivia la distensión de la espalda.



6 Bibliografía

- 1-Las capas de la piel y sus funciones. <https://blogs.medicinatv.com/dermatologapalomaborregon>
- 2-García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº II. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014.
- 3-Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas [sede web]*.Vitoria-Gasteiz. Osakidetza; 2017
- 4- Rojas,Karim. Úlcera por presión I: Generalidades. [sede web].Agosto 2017
- 5- Souto-Fernández E. M., Calvo-Pérez A. I., Rodríguez-Iglesias F. J.; Guía práctica de úlceras por presión. [Guía práctica nº 1]. En: Rumbo-Prieto J. M., Raña-Lama C. D., Cimadevila-Álvarez M. B., Calvo-Pérez A. I., Fernández-Segade J., editores. Colección de Guías Prácticas de Heridas del Servicio Gallego de Salud. Santiago de Compostela (A Coruña): Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud; 2016.
- 6- García Alcara F, Salmerón Cifuentes S, Martínez Nieto MJ, Tejada Cifuentes F. Eficacia de los ácidos grasos esenciales frente a los ácidos grasos
- 7- Díaz-Valenzuela A; Valle CañeteMJ; Carmona FernándezPJ; García-Fernández FP; Pancorbo-HidalgoPL. Eficacia en la prevención de úlceras por presión del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados: resultados intermedios de un estudio de no inferioridad. Gerokomos. 2014;25(2):74-80.

8- Osvaldo J. Patiño O, Hernán A. Aguilar y Anahí L. Belatti. Úlceras por presión: cómo prevenirlas. Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(1): 40-46.

9- García-Fernández, FP; Soldevilla-Ágreda, JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M. Prevención de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº I. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014.

10- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevención y Tratamiento de las úlceras por presión: Guía de consulta rápida. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia; 2014.

Figura 1. Capas de la piel. Disponible en: <https://medlineplus.gov>

Figura 2. Estadios UPP. Disponible en: <https://www.polymem.es/tratamientos/ulceras/>

Figura 3. Escala Braden. Disponible en: <https://revistamedica.com/como/escala-de-braden/>

Figura 4. Protección en la inmovilización. Disponible en: <https://www.alzheimeruniversal.eu>

Capítulo 78

ENFERMERÍA Y LAS INFECCIONES DE QUEMADURAS

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

La piel es un constituyente esencial de inmunidad y protege al huésped de los posibles patógenos provenientes del medio. La rotura de dicha barrera protectora representa una faceta de inmunodeficiencia que predispone a la persona a las infecciones.

Las quemaduras pueden originar desintegración masiva del tegumento y además perturbaciones de la inmunidad de tipos humoral y celular y, con ello, consentir el desarrollo de una infección causada por oportunistas del entorno y componentes de la flora cutánea del paciente

2 Objetivos

Identificar los principales cuidados ante las quemaduras como lesiones.

3 Metodología

Con el fin de obtener la información necesaria para realizar este trabajo se efectuó una revisión de la literatura disponible, tanto estudios de observación de casos como series de casos de infección en pacientes quemados procedentes de diferentes bases de datos: preevid, dialnet, medline y google académico. En la revisión

hemos desechado todos los artículos y fuentes de información no veraces, solo hemos optado por basarnos en los estudios con base científica contrastada, citados posteriormente en la bibliografía. Solo se han usado artículos de publicación inferior a una década atrás.

4 Resultados

El objetivo fundamental de realizar y exponer esta revisión bibliográfica es mejorar la calidad de atención y con ello la calidad de vida de los pacientes afectados por quemaduras. Reduciendo la variabilidad debida por la incertidumbre presente en la práctica clínica en el tema de las quemaduras; usando para ello este trabajo como resumen guía de la práctica a seguir recomendada para el paciente quemado.

El fin del cuidado de las quemaduras es su cicatrización. La eliminación quirúrgica inmediata del tejido quemado, con desbridamiento extenso del tejido necrótico y la colocación de injertos de piel, ha disminuido en gran medida las tasas de mortalidad propias de las quemaduras graves. A su vez, el empleo de los cuatro antibióticos tópicos más usados como son las cremas de sulfadiazina argéntica, de acetato de mafenida, nitrato de plata y los vendajes de plata nanocristalinos, ha disminuido impresionantemente la carga o número de bacterias en las quemaduras y también la probabilidad de infección en ellas; los cuatro fármacos mencionados se aplican sistemáticamente a las quemaduras de espesor parcial o incluso total.

Las propiedades bactericidas de la plata dependen de su efecto en las enzimas respiratorias en la pared de las bacterias; si se usan de forma indiscriminada los compuestos argénticos, su interacción con las proteínas estructurales puede hacer que los efectos tóxicos en queratinocitos y fibroblastos retrasen la cicatrización de las heridas. Los cuatro fármacos mencionados son activos, generalmente, contra muchas bacterias y algunos hongos y son útiles antes de que se confirme la colonización bacteriana. A menudo se utiliza en el principio la sulfadiazina argéntica, pero su utilidad puede bajar por intervención de factores como la resistencia bacteriana, poca penetración en la quemadura, o efectos tóxicos (leucopenia).

El acetato de mafenida tiene actividad más amplia contra bacterias gramnegativas. La crema penetra en las escaras y con ello evita o combate la infección que está debajo de ellas; su uso sin apósitos permite la exploración constante de la zona lesionada. Las desventajas más considerables del acetato de

mafenida incluyen la inhibición de la anhidrasa carbónica, lo que provoca acidosis metabólica, y el hecho de que el compuesto desencadena reacciones de hipersensibilidad hasta en 7% de los pacientes.

El fármaco mencionado se utiliza más a menudo cuando la quemadura es invadida por bacterias gramnegativas y si es poco eficaz la sulfadiazina argéntica. Es escasa la actividad del acetato de mafenida contra bacterias grampositivas. Los apósitos de plata nanocristalina proporcionan una protección más amplia contra microbios, en comparación con la que brinda cualquier otro preparado tópico y la plata es activa contra *S. aureus* resistente a meticilina (MRSA, meticolin-resistant *S. aureus*) y enterococos resistentes a vancomicina; tiene capacidad para penetrar en las escaras y toxicidad más bien escasa. Asimismo, los apósitos permiten la liberación controlada y duradera de plata nanocristalina en la quemadura y con esto aminora el número de cambios de apósitos y también el riesgo de infecciones nosocomiales y el costo del tratamiento. La mupirocina, un antibiótico tópico empleado para erradicar la colonización de las vías nasales por dichos estafilococos, se ha utilizado con recurrencia cada vez mayor en unidades de quemados en las que prevalece el MRSA. Su eficacia para bajar el número de bacterias de la quemadura e impedir infecciones sistémicas es similar a la de la sulfadiazina argéntica.

En años recientes, ha aumentado la cifra de infecciones por hongos en quemados. En caso de las micosis superficiales se puede mezclar la nistatina con sulfadiazina argéntica o acetato de mafenida como tratamiento tópico. En un estudio se observó que la nistatina en polvo (6 millones de unidades/g) era eficaz para tratar las infecciones superficiales y profundas de quemaduras, causadas por especies de *Aspergillus* o *Fusarium*. Además de los productos en cuestión, pomadas con retención de humedad que poseen propiedades antibióticas pueden estimular la autólisis rápida, el desbridamiento y la curación húmeda de quemaduras de espesor parcial.

Cuando se diagnostica una infección invasiva en una quemadura habrá que cambiar el fármaco tópico a acetato de mafenida. Un complemento útil de la terapia quirúrgica y con antibióticos sistémicos es la clisis por debajo de la escara (instilación directa de piperacilina, en los tejidos debajo de la escara). Hay que empezar la administración sistémica de antibióticos activos contra los patógenos presentados en la quemadura. De no contar con datos de cultivo, el tratamiento tiene que incluir fármacos de amplio espectro que protejan de microorganismos que con gran frecuencia se identifican en la unidad particular de quemados. Esta

protección se logra con antibióticos activos contra microorganismos patógenos grampositivos (p. ej., oxacilina, 2 g IV c/4 h) y con un fármaco activo contra *P. aeruginosa* y otros bacilos gramnegativos (p. ej., mezlocilina, 3 g IV c/4 h; gentamicina, 5 mg/kg IV c/24 h). En caso de alergia contra la penicilina, la vancomicina (1 g IV c/12 h) se sustituye con oxacilina (que es muy efectiva contra MRSA) y la ciprofloxacina (400 mg IV c/12 h) se cambia con mezlocilina. Los antibióticos basados en oxazolidinona como la linezolida han sido efectivos para reducir el crecimiento bacteriano y la concentración de toxina 1 del síndrome de choque tóxico en modelos de infecciones de quemaduras por MRSA.

Una gran parte de los quemados exhiben alteraciones del metabolismo y de los mecanismos de eliminación renal que obligan a vigilar la concentración sérica del antibiótico. La concentración lograda con las dosis tradicionales a menudo es subterapéutica.

El tratamiento de infecciones causadas por patógenos resistentes, de aparición temprana, sigue siendo muy complicada en el cuidado de quemados. Microorganismos como MRSA, enterococos resistentes, bacilos gramnegativos resistentes a varios fármacos y enterobacterias que generan lactamasas beta de espectro amplio, han producido infecciones en quemaduras, y se han localizado en brotes en unidades de atención a quemados. Formas importantes para disminuir las cifras de infección por microorganismos resistentes siguen siendo las prácticas de erradicación estrictas (incluyendo vigilancia microbiológica en las unidades de cuidado de quemados) y la administración de antibióticos apropiados.

En general, los antibióticos de acción sistémica usados con fin son inútiles en el tratamiento de las quemaduras, y de hecho tienen la probabilidad de inducir colonización por microorganismos resistentes. En unos estudios, la profilaxia con antibióticos se ha vinculado con un número mayor de infecciones secundarias de las zonas alta y baja de las vías respiratorias y las urinarias, y a su vez con hospitalización prolongada. La excepción serían los pacientes que necesitan de manipulación de las quemaduras. Métodos como el desbridamiento, la supresión y la colocación de injertos a menudo causan bacteriemia, razón por la cual se administran antibióticos de acción sistémica con finalidad profiláctica en el momento de la manipulación de la quemadura; los fármacos específicos utilizados se seleccionarán basándose en los datos obtenidos en el cultivo del material de la quemadura o los de la flora residente del hospital.

El empleo de antibióticos orales para la descontaminación selectiva del tubo digestivo (SDD, selective digestive decontamination), para intentar disminuir la

colonización por bacterias y el peligro de infección en la quemadura, es un tema controvertido que no ha logrado consenso amplio. En un estudio con asignación al azar, doble ciego, los grupos testigo, que eran sujetos con quemaduras que abarcaban >20% de la superficie total del cuerpo, recibieron placebo; la SDD se acompañó de baja de las cifras de mortalidad en la unidad de cuidados intensivos de quemados y en el hospital, y también de una menor incidencia de neumonía. Antes de emprender tal estrategia hay que tomar en consideración los efectos de SDD en la flora anaerobia normal de los intestinos.

Las estrategias con finalidad de reducir o limitar la diseminación generalizada de las infecciones de las heridas, fundamentalmente hacia el pulmón, constituyen métodos complementarios útiles para el tratamiento. La finalidad de varias de estas estrategias es atenuar la inflamación neutrofílica en el sitio de la lesión, que acelera la formación de la biopelícula, principalmente por *P. aeruginosa*. Como ejemplo, en los modelos animales de quemaduras cutáneas donde se inocula *P. aeruginosa* en la herida, una sola dosis de azitromicina administrada de forma anticipada disminuye la frecuencia de las infecciones por *Pseudomonas* y su diseminación generalizada a pulmón y bazo y al parecer tiene efectos parecidos a los de otros antibióticos contra *Pseudomonas* como tobramicina. Todavía no se sabe bien qué tan pronto se puede administrar azitromicina en los seres humanos para evitar la diseminación.

Se aplicarán vacunas antitetánicas de refuerzo a todos los pacientes quemados que tengan completa la serie de vacunas primarias pero que no hayan recibido dosis de recuerdo en los últimos cinco años. Los individuos que no se vacunaron para tétanos deben recibir gammaglobulina antitetánica y vacunación primaria.

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel consistentes en pérdida de integridad tisular producidas por distintos agentes (frío, calor, productos químicos, electricidad y/o radiaciones) que ocasionan un desequilibrio químico, edema y pérdida del volumen del líquido extravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular. El grado de la lesión es el resultado de la intensidad del efecto del agente causal y la duración de la exposición y puede variar de una lesión relativamente menor y superficial hasta la pérdida extensa y severa de piel.

Las quemaduras más comunes son las térmicas siendo en adultos un 40-45% ocasionadas por fuego y en niños la mayoría son por escaldaduras con líquidos calientes. Las quemaduras, sobre todo si son graves, a menudo se pueden acompañar de afección de otros aparatos, bien por alteración directa o bien consecuencia de la deshidratación. A menudo los síntomas respiratorios que acompañan a las quemaduras térmicas se deben a la inhalación de productos resultantes de la combustión, los cuales son potentes irritantes químicos de la mucosa respiratoria. Aunque su pronóstico depende de la extensión y profundidad de la lesión, hay ciertas zonas como manos, pies, cara y perineo, que por si solas producen importantes incapacidades. La evaluación del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, el tipo de paciente (edad y patologías previas) y de la calidad del tratamiento que se preste en la etapa aguda.

Una correcta actuación enfermera ante una infección en una paciente quemado puede ser crucial para mejorar su recuperación y bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Madoff Pereyra F. Complicaciones infecciosas de las quemaduras
2. Instituto Nacional de Estadística . España; 2015 Datos de defunciones por causa, sexo y edad
3. Santos Jiménez, Sanchez–Gabriel , Martínez Arroyo . Quemaduras: su importancia como accidente domestico. Medicina Preventiva. 2014
4. Aghacier, BM. Atención del paciente quemado. México; Ed. Manual moderno, 2013.
5. Bendlin A, Linares y Benaim F. Tratado de Quemaduras. Ed. Interamericana-McGrawHill. 2007.
6. De Los Santos González C.E. Clasificaciones. En: De Los Santos González C.E. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado [en línea]. 2ª edición. Electrónica. España. Ed.Libros-electrónicos.net. 2014. Capítulo 4.
7. Pérez Boluda, MT, Lara Montenegro J, Ibáñez J, Cagigal L, León CM. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. 2016
8. Dominguez Roldán J.M., Gómez Cía T., Martín Bermúdez R. El paciente quemado grave. Capítulo 9. 8. En: Gil Cebrián. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos.

9. Lorente J. Esteban A. Cuidados intensivos del paciente Quemado, Barcelona; Springer. 2018.
10. Sancho M, Ayestaran J, Meléndez J, Gabilondo J. Tema 91. Manejo y tratamiento en fase aguda de las quemaduras en áreas especiales. En Manual de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. [En línea]. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética.
11. De Los Santos González C. E. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. 2014.

Capítulo 79

TÉCNICA PARA LA APLICACIÓN DE UN ENEMA EVACUANTE DESECHABLE

PATRICIA GARCIA VIÑA

ALICIA HUERGO ORDIALES

SUSANA DEL CORRO FERNANDEZ

SILVIA HUERGO DE DIOS

1 Introducción

En el adulto, el colon mide de 125 a 150 cm de longitud y está formado por: ciego, colon ascendente, transverso, descendente, colon sigmoideo recto y ano.

Las fundamentales tareas del colon son reabsorber agua y sodio, y almacenar los residuos de la digestión y eliminación fecal. El peristaltismo es un movimiento ondulante producido por las fibras musculares circulares y longitudinales de las paredes intestinales. La hipomotilidad intestinal puede deberse a estimulación directa o bloqueo del sistema nervioso autónomo, debilidad de los músculos intestinales y algunos medicamentos como la codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos, que al relajar los músculos lisos de las vías gastrointestinales inhiben el peristaltismo.

En la disminución del peristaltismo, influyen factores como la dieta baja en fibras, ingesta de líquidos insuficientes, vida sedentaria, en los ancianos la debilidad

muscular y tono del esfínter disminuido y/o presencia de algunos procesos patológicos. Todos estos factores vuelven más lenta la propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores, ocasionando estreñimiento, impactación fecal y obstrucción. Para promover la defecación suele indicarse la aplicación de un enema evacuante.

2 Objetivos

Determinar los pasos y posición del paciente a tener en cuenta en la aplicación de un enema evacuante desechable

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos:

- ScIELO (Scientific electronic library online)
- Pubmed (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. Institutos Nacionales de la Salud).
- MedlinePlus (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU)
- Google Académico
- Biblioteca Cochrane Plus

Los descriptores que se han utilizado son: enema, evacuante, desechable, defecar. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Existen numerosos enemas comerciales desechables. Estos están compuestos de soluciones hipertónicas que producen una distensión abdominal por la irritación de la mucosa estimulando la urgencia de defecar.

La técnica a seguir es:

- Explicar al paciente lo que se va a ejecutar.
- Mantener una temperatura adecuada en la habitación donde se vaya a ejecutar el procedimiento.
- Ponerse los guantes.
- Colocar pañal o empapador debajo del paciente.

- Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada (Sims)
- Lubricamos la cánula del preparado y administramos el enema mediante la aplicación directa de la cánula del preparado en el ano.
- Pediremos al paciente que retenga la solución durante unos 5-10 minutos aproximadamente, le ponemos una cuña y ofrecemos papel higiénico o le acompañamos al baño.

5 Discusión-Conclusión

El uso de estos productos se hará cuando sea necesario por casos extremos de estreñimiento, eliminación de fecalomas o tratamiento de cáncer de color (colectomía). Un correcto uso puede resultar altamente beneficioso para el paciente, siempre siguiendo el correcto procedimiento de administración para evitar dañar al paciente.

6 Bibliografía

- Rodrigo, L., Teresa, M., & Giménez Maroto, A. M. (2001). Técnicas y procedimientos: Sondaje rectal. Administración de un enema de limpieza. Extracción de fecalomas. Metas
- Reino, P., & Lucrecia, N. (2009). Técnica de administración de enema evacuante en el adulto (Bachelor's thesis)
- Millet M. Extracción de fecalomas. Sondaje y enema rectales. En: Espinàs J et al. Guía de actuación en atención primaria. 2ª ed. Barcelona: semFYC; 2002. p. 1268-70

Capítulo 80

DRENAJE PLEURAL: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El drenaje pleural se utiliza para eliminar aire, sangre o líquido de la cavidad pleural a través de un tubo de tórax flexible, y permitir la reexpansión del pulmón. Es importante valorar y registrar las características y cantidad de líquido drenado.

2 Objetivos

Determinar los cuidados de enfermería a seguir en los pacientes tras la colocación de un drenaje pleural.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: drenaje, pleural, cuidados, enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

La elección del sitio de drenaje depende principalmente de las características radiológicas, de la auscultación y de la sustancia que esté ocupando la cavidad

pleural. La técnica se realiza de manera estéril y bajo anestesia local. Fijar el tubo a la piel del enfermo para evitar tracciones que den lugar a desplazamientos y desconexiones y ocluir el punto de punción con apósito estéril. Colocar el recipiente colector siempre por debajo del tórax del paciente. Asegurar la permeabilidad del tubo torácico y del sistema de drenaje, evitando posibles acodamientos.

El tubo de tórax no debe pinzarse en ningún caso excepto para cambiar la unidad de drenaje, en caso de fuga aérea o si hay desconexión accidental. Animar al paciente a realizar inspiraciones profundas, si no está contraindicado.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario conocer la técnica correcta así como disponer del material adecuado, puesto que el manejo es responsabilidad de enfermería. El conocimiento adecuado del sistema evitará complicaciones y el principal beneficiado será el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 81

LISTADOS DE VERIFICACIÓN EN CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

RODRIGO MESA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

VANESA TELLA RIOS

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

1 Introducción

El concepto de Seguridad del paciente (SP), que se trata de minimizar el riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, es un componente clave de la asistencia sanitaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) crea en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Desde esa perspectiva, podemos clasificar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente dentro de la atención sanitaria:

- Cuasi incidente: No llega al paciente.
- Incidente sin daño: alcanza al paciente, pero no causa ningún daño apreciable.
- Evento adverso: es la lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente.

Los eventos adversos (EA) en la práctica clínica diaria suponen una causa de morbimortalidad que es nuestro deber reducir al máximo. No nos centraremos en la morbimortalidad de cada procedimiento, que no es el objetivo de los EA. En las Estrategias para la Seguridad del Paciente hay 4 líneas estratégicas para la OMS:

- Cultura de seguridad (evaluar el clima de seguridad, formación, trabajo en equipo, factor organizacional y factor humano).
- Prácticas clínicas seguras, que incluyen intervenciones dirigidas a prevenir daño innecesario y, aunque varían dependiendo del organismo que las haga, todas contemplan la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, identificación de pacientes, cirugía segura, uso seguro de medicamentos y cuidados seguros.
- Sistemas de notificación de incidentes.
- Participación de pacientes y familiares.

Dentro de las prácticas clínicas seguras una herramienta para luchar contra los efectos adversos son los listados de verificación de seguridad (LVS). Existen varios listados de verificación seguridad (de la OMS, el principado de Asturias tiene uno propio), está sumamente comprobado que reducen los eventos adversos.

2 Objetivos

Conocer los posibles Eventos Adversos (EA) relacionados con la sala de Hemodinámica. Analizar la importancia de la implementación de listados de verificación en la práctica asistencial diaria. Conocer distintos listados de verificación.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica de las palabras clave en bases de datos: Pubmed, Cuiden y ClinicalKey. Los descriptores utilizados han sido las siguientes palabras clave: SEGURIDAD, LISTADO DE VERIFICACIÓN, HEMODINÁMICA, EFECTOS ADVERSOS. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Tenemos líneas de actuación en relación a la SP a distintos niveles. Ya en 1999 se publicó “Errar es humano: construyendo un sistema de salud más seguro” por

el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América (IOM) que puso de manifiesto la necesidad de una cultura de seguridad en la asistencia sanitaria.

La OMS creó en 2004 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, para coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente. Para mejorar la seguridad en la atención quirúrgica lanzó la iniciativa “La cirugía segura salva vidas”. Más adelante lanzaron la “Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía”, se trata de una herramienta sencilla y genérica para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas.

En España en el año 2005, en cumplimiento de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, se puso en marcha la Estrategia en Seguridad del Paciente en el marco del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Esta agencia se encargó de coordinar varios estudios sobre SP; ENEAS, APEAS, EARCAS, SYREC, EVADUR. De la experiencia de estos estudios se impulsaron varias líneas de actuación en nuestro sistema nacional de salud:

- Uso seguro del medicamento.
- Infección relacionada con la asistencia sanitaria: a) Promoción de sistemas de vigilancia de prevalencia e incidencia de microorganismos multirresistentes y uso de antimicrobianos. b) Fomento del programa de higiene de manos c) Impulso a la implantación de programas en pacientes críticos, cirugía segura, cuidados seguros y programas de optimización de antimicrobianos

En Asturias, se ha desarrollado la Estrategia de seguridad del Paciente en Asturias 2015 -2020, identificando estas áreas de mejora:

- Mejorar la seguridad quirúrgica, con la publicación del manual “Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo, listados de verificación” en el 2010
- Uso seguro de los medicamentos
- Identificación inequívoca del paciente y recién nacido
- Mejorar la seguridad de los cuidados
- Gestión de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)
- +Higiene de manos
- +Participación en el estudio EPINE
- +Participación en el estudio ENVIN-HELICS y los proyectos zero
- Uso seguro de hemoderivados
- Despliegue y evaluación de la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente a nivel autonómico
- Notificación de incidentes relacionados con la atención sanitaria

- Implantación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente en Atención Primaria (MISAP) del Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente en el SESPA
- La Seguridad del Paciente en la Gestión Clínica
- Iniciativas locales en el ámbito de la Calidad y la Seguridad del Paciente

Dentro de los cuatro pilares básicos de actuación de la OMS en relación a la SP, en el apartado de Prácticas Clínicas Seguras, debemos hacer hincapié en la administración segura de medicamentos y cirugía segura en las salas de cardiología intervencionista:

- Administración segura de medicamentos: Paciente, fármaco, dosis, horario y vía correctos.
- Cirugía segura: en este apartado se contemplan los Listados de Verificación de Seguridad. Estos listados son los protagonistas de este capítulo.

Resulta sobradamente probado que el uso de listados de seguridad estandarizados reducen la morbilidad de los pacientes al reducir los efectos adversos. También se ha documentado que aumenta el grado de satisfacción y la mejora la seguridad percibida por los pacientes mediante el uso de listados de verificación. Está descrita la necesidad de cumplimentarla en su totalidad y debe implicarse todo el equipo para maximizar su eficacia.

El LVS de la OMS es muy genérico, tratar de adaptarlo a las salas de hemodinámica es complejo, por no estar diseñado para ello, pero sin duda es una buena herramienta para empezar a trabajar. Consta de tres pasos: antes de la administración de la anestesia, antes de la incisión de la piel y antes de que el paciente abandone el quirófano.

En el manual “Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo, listados de verificación” editado por el Gobierno de Principado de Asturias, coloca las salas de hemodinámica dentro de los procedimientos de riesgo. Este manual otorga tres partes en el listado de verificación quirúrgico, como el de la OMS. A los procedimientos de riesgo les corresponden dos partes en el listado: antes del inicio del procedimiento y al terminar.

Ya en el 2014, la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, en su Manual de Procedimientos de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista incluye un listado adaptado a las salas de hemodinámica, dividido en tres partes. Todos estos listados tienen más puntos en común que diferencias, todos buscan cumplir los diez objetivos esenciales para la seguridad de la cirugía

recogidos por la OMS. En todas ellas se cumplen ciertos ítems:

- Identidad del paciente
- Procedimiento
- Consentimiento informado
- Localización de incisión o punción
- Alergias
- Profilaxis antibiótica
- Riesgo de sangrado Monitorización
- Presencia de todos los miembros del equipo
- Confirmación de identidades del equipo
- Esterilidad del proceso
- Registro del procedimiento realizado
- Registro de material y muestras
- Registro de problemas con los equipos
- Registro en la historia del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Si bien la OMS ya publicó un listado de verificación para procesos invasivos en el año 2008, resulta conveniente adaptarlo a los diferentes tipos de procedimientos. En hemodinámica hemos encontrado varios ejemplos de equipos que han diseñado el suyo propio, muy parecidos entre ellos, pero con algunas diferencias. Los LVS atienden a una necesidad real, ya que los eventos adversos se pueden encontrar hasta en el 10% de los procedimientos, cifra que se ve reducida tras su implantación.

También la calidad percibida por el usuario, así como su grado de satisfacción aumentan, al sentirse seguros ante procedimientos invasivos, con riesgo para su vida.

La sistematización de los procesos sirve para evitar el error, nos sirve como guía a los profesionales de la salud y deja registro de nuestro buen hacer. No existe razón alguna para intentar evitar o retrasar su implantación, ya que sus beneficios superan ampliamente el tiempo necesario para su uso. Este tiempo necesario para el registro demuestra ser muy productivo, aportando gran parte de la información necesaria para el procedimiento a realizar.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de Salud. La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente Ginebra: OMS; 2008.
2. Fernández Maese J, García Aranda F, Gómez Fernández M, et al. Manual de Procedimientos de Enfermería en Hemodinámica y Cardiología Intervencionista, Madrid, Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2014, 621 pp., 24 x 17 cm.— isbn 978-84-697-0208-6. Capítulo XVIII, Anexo IV, págs 612 - 618.
3. Bermejo M, Cuervo L, Fernández B, González M, Jiménez P, Martínez M, et al. Prácticas seguras en el acto quirúrgico y los procedimientos de riesgo. Listado de verificación [Internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. 2010.
4. Valledor Méndez M, Mérida Fernández S, Cofiño Fernández R, Núñez Rodríguez-Arango R, Martínez Escotet L, Díaz Vázquez C, Casado Viñas J. Estrategia de seguridad del Paciente en Asturias 2015 -2020, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Junio de 2015. DL: AS 02766-2015.

Capítulo 82

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

CRISTINA DEL COUZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La mastectomía consiste en la extirpación total o parcial de la mama, generalmente debido a tumores y también en ocasiones se acompaña de la extirpación de ganglios linfáticos o vaciamiento axilar.

2 Objetivos

Determinar las recomendaciones que se deben establecer en las pacientes tras ser mastectomizadas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente así como consulta de artículos en las bases de datos: Cuiden y PubMed. Se emplearon como descriptores: cuidados, enfermería, mastectomizada; y como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre. Se escogieron los primeros ordenados por relevancia y se analizaron.

4 Resultados

Tras una mastectomía se deben iniciar lo antes posible ejercicios de flexión y extensión de los dedos de la mano correspondiente al lado afectado, para evitar el linfedema. El brazo se colocará elevado mediante el uso de almohadas, de forma que la mano esté por encima del codo, y éste por encima del hombro.

Se recomienda que evite coger peso o hacer esfuerzos excesivos con el brazo afectado. Así mismo, no se tomará la tensión arterial ni se realizarán analíticas ni punciones en ese brazo.

La ropa no debe comprimir el pecho ni el brazo afectado, uso de sujetadores especiales adecuados.

No se debe dormir sobre el lado intervenido, es normal notar durante un año molestias como tirantez y tensión en la pared torácica y cara interna del brazo, hormigueo o ardor en la axila.

Recuperar la movilidad del brazo lo antes posible para así evitar el linfedema.

5 Discusión-Conclusión

Explicar a todas las pacientes mastectomizadas los cuidados a tener en cuenta para ayudar a prevenir futuros problemas es una labor muy relevante, que debe de formar parte todo el equipo sanitario, es por ello que la formación en este campo en el personal de enfermería tiene un gran valor.

6 Bibliografía

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

Capítulo 83

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS CRÍTICOS

MÓNICA OTERO TORRE

1 Introducción

El síndrome de quemarse en el trabajo o "Burnout" fue descrito en 1974 por Herbet Freudenberger, psiquiatra de una clínica de toxicómanos de Nueva York, como una patología psiquiátrica, aunque todavía no con el nombre de "Burnout". Este médico comprobó que los profesionales de los servicios asistenciales, al cabo de un tiempo de ejercer su profesión, sufrían una pérdida progresiva de energía hasta llegar al agotamiento, con síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, con un trato distanciado y clínico, con tendencia a culpar al paciente de los problemas que padecían.

Dos años mas tarde, en 1976, la psicóloga Christina Maslach dio el nombre de Burnout a esta patología laboral. En 1981, Maslach junto con Susan E. Jackson propusieron una de las definiciones más aceptadas que lo describiese como un síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional(AE), que se refiere a las sensaciones de sobreesfuerzo; despersonalización(DP) que consiste en actitudes de insensibilidad; y baja realización personal(BRP), que expresa los sentimientos de incompetencia profesional. Además en la actualidad, se acepta que suele producirse por una sobrecarga de trabajo duradera(de más de 6 meses de duración) en profesionales que, en muchas ocasiones, han puesto unas expectativas y una dedicación excesiva en su trabajo.

2 Objetivos

- Principal: estudiar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de Cuidados Críticos del Hospital de Cabueñes y su relación con las variables socio demográficas y laborales.
- Específicos:
 1. Estimar el grado de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que experimenta el personal de enfermería en el trabajo.
 2. Analizar la relación entre la existencia del síndrome de Burnout y las variables socio demográficas y laborales.
 3. Conocer las similitudes y diferencias que existen con otros estudios basados en el cuestionario MBI(Maslach Burnout Inventory) en su versión traducida al castellano por Seisdedos(1997).

3 Metodología

- Diseño y ámbito geográfico: estudio descriptivo transversal realizado en la unidad polivalente de cuidados críticos del Hospital de segundo nivel, constituida por 14 camas y con un ratio aproximadamente de enfermera-paciente 1:2 y una auxiliar de enfermería-paciente 1:4.
- Sujetos: los sujetos incluidos en el estudio, son enfermeras/os y auxiliares de enfermería con un mínimo de permanencia de 6 meses en el servicio de Cuidados Críticos, y que tengan la voluntariedad de realizar el cuestionario. Los criterios de exclusión son los opuestos a los criterios de inclusión.
- Metodología: para la recogida de los datos se ha entregado los cuestionarios a la supervisora del servicio, y ésta se ha encargado de repartirlos entre el personal de enfermería. Teniendo en cuenta que es un servicio con mucha carga de trabajo, se ha dejado un par de meses para que cumplimentasen el cuestionario. Al cuestionario se añadió una carta de presentación donde se agradecía su participación y se les aseguraba el anonimato y la confidencialidad de los datos obtenidos.

4 Resultados

De los 73 cuestionarios entregados a enfermeras/os y auxiliares con un mínimo de permanencia de 6 meses en el servicio, se recibieron debidamente cumplimentados 53 cuestionarios, lo que supone una tasa de respuesta del 72,6%.

Del estudio resultó que el 54,7% del personal de enfermería presenta un agotamiento emocional bajo, el 41,5% presenta una despersonalización baja y el 41,5% presentan un nivel alto de baja realización personal.

5 Discusión-Conclusión

Al haber superado las 52 personas que necesitaba como mínimo, se puede decir que mi muestra es representativa, teniendo en cuenta que la muestra es pequeña debido al escaso número de profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital. La tasa de respuesta fue alta, siendo similar al de otros estudios como Frade Mera MJ et al(2009) con un 73%, Ríos Riesquez MI et al(2008) con un 75% y Solano Ruíz MC et al(2002) con un 77,57%.

Existe un nivel bajo en agotamiento emocional, un nivel bajo en despersonalización y un nivel alto de baja realización personal. Pero la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería es del 15%.

Después de la investigación, parece apuntar que es importante no cambiar al personal de un servicio a otro, es necesario dejar que el profesional se familiarice con el servicio para que no padezca el síndrome de Burnout. Así todos los profesionales estarían más seguros y trabajarían con más tranquilidad.

6 Bibliografía

- Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;52:397-422
- Santolalla I, Angulo B. El estrés laboral. *Revista Metas.* 2001;34:42-5
- Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúñez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de Burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva.* 2009;20(4):131-140
- Mingote JC, Pérez S. Estrés en la enfermería. *El cuidado del cuidador.* 1ª edición. Madrid: ediciones Díaz de Santos; 2003
- Muñoz JC. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva.* 2007;18(1):1-2
- Ibañez Martínez N, Vilaregut A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm Clínica.* 2004;14(3):142-51

Capítulo 84

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. CUIDADOS DESTINADOS A SU PREVENCIÓN

CARLOS LÓPEZ SIMARRO

LEDA MARIA CALERO BUENO

MÓNICA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

SALVADOR SÁNCHEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La neumonía es la infección de los pulmones, provocada por bacterias, virus y hongos. Otra de las causas puede ser debido a inhalación de líquidos o químicos. Los pacientes mayores de 65 años o menores de 2 años junto con pacientes con otros problemas de salud, son más susceptibles de desarrollarla. Los principales signos y síntomas más característicos son secreciones purulentas junto con radiografía de tórax opaca.

Las neumonías se pueden clasificar en dos grupos:

- A) Neumonías adquirida en la comunidad o extrahospitalaria.
- B) Neumonía hospitalaria o nosocomial.

Las neumonías son la segunda complicación infecciosa con mayor incidencia en el medio hospitalario en los servicios de medicina intensiva. El 80% de los episodios de neumonía nosocomial ocurre en pacientes con vía aérea artificial, denominada Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV), la cual es una de las primeras causas de muerte en la UCI, además conlleva un aumento de la estancia en dichas unidades, y como consecuencia de ello, un aumento de los costes.

La incidencia de la NAV en España ha bajado un 41% en los últimos años, para ello se han implantado una serie de medidas preventivas integradas en el proyecto de Neumonía Zero, realizado por la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Dichas actuaciones comprenden una serie de medidas obligatorias que son:

1. Formación y entrenamiento adecuado de los profesionales en la manipulación de la vía aérea.
2. Higiene estricta de todo el personal
3. Higiene bucal del paciente
4. Evitar el decúbito supino en 0° siempre que sea posible.
5. Favorecer la extubación precoz, de forma segura, cuando sea posible.
6. Adaptar el cambio de tubo y humidificador a las necesidades del paciente.

También existe una serie de medidas optativas que son :

1. Aspiración continua de secreciones subglóticas.
2. Descontaminación selectiva del tubo digestivo.
3. Antibióticos sistémicos durante la intubación en pacientes con disminución del nivel de conciencia.

El personal de enfermería debe estar formado y adiestrado en cuanto a técnicas y habilidades que les permitan un óptimo manejo de los pacientes conectados a ventilación mecánica invasiva con el objetivo de minimizar el riesgo de aparición de neumonía. Para conocer los cuidados de enfermería que evitarían dicho riesgo, nos hemos basado en el protocolo de “medidas para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica” del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Es imprescindible un buen lavado de manos, tanto antes como después de cualquier contacto con el sistema de terapia respiratoria, así como el uso de guantes y mascarilla. A la hora de proceder a la aspiración de secreciones, tenemos que tener en cuenta el tipo de sistema de aspiración del que disponemos,

estos pueden ser abiertos (es necesario desconectar las tubuladuras del respirador y emplear sondas de aspiración de un solo uso, siempre mediante técnica estéril) o cerrados (el circuito del respirador se mantiene cerrado y la sonda de aspiración utilizada es de múltiples usos).

En ambos casos, las aspiraciones no se harán de manera intermitente, sino continua. Para realizar esta técnica el personal de enfermería se ayudará del papel del auxiliar de enfermería. Estudios demuestran que no existen diferencias en cuanto a la incidencia de NAVM en función del tipo de sistema de aspiración utilizado. El tubo endotraqueal también dispone de un orificio dorsal por encima del balón que permite la aspiración de secreciones acumuladas en el espacio subglótico, ya que supone uno de los factores de riesgo más importantes a la hora de la aparición de NAVM

Un factor muy importante y que tenemos que tener siempre en cuenta en los pacientes críticos que estén conectados a ventilación mecánica es su posición anatómica, manteniendo la posición de semiincorporado, con un ángulo de entre 30-45° (40-45° durante la aspiración de secreciones, la higiene bucal y la aplicación de pasta antibiótica). En este aspecto existen evidencias científicas que demuestran el aumento de NAVM en pacientes en decúbito supino frente a los pacientes en posición semiincorporada. Para disminuir cualquier tipo de infección, es importante que el paciente tenga un buen estado nutricional. Se elegirá como primera opción la nutrición enteral (salvo contraindicación) frente a la parenteral, ya que esta disminuye el riesgo de NAVM.

En cuanto al mantenimiento de los circuitos del ventilador, se recomienda no cambiarlos periódicamente a no se que se evidencien signos de suciedad y contaminación.

En cuanto a la fijación del tubo orotraqueal (TOT), los cuidados fundamentales de enfermería serían: comprobar la presión del neumotaponamiento con la ayuda del manómetro, cambiar la cinta de sujeción del TOT mínimo diariamente y siempre que lo precise.

Se realizará, por parte del personal de enfermería y con la ayuda del auxiliar, la correcta higiene de la boca cada 6 horas previa comprobación del neumotaponamiento. Se desinfectará la cavidad oral con antisépticos (se hará la dilución en función del protocolo de cada unidad) con lo que disminuirémos la colonización de gérmenes en orofaringe y así la incidencia de NAVM. Complementaremos la higiene bucal con una profilaxis de antibióticos sistémicos de inicio precoz y la descontaminación selectiva del tracto digestivo mediante la administración de

una pasta antibiótica en orofaringe.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar el conocimiento del personal de Enfermería de los cuidados destinados a la prevención de la Neumonía asociada a la Ventilación mecánica invasiva

Objetivos secundarios:

- Identificar que aspectos son más conocidos por el personal de enfermería (etiología, incidencia y cuidados) respecto al manejo del paciente con intubación conectado a Ventilación mecánica invasiva.

- Conocer que aspectos son menos conocidos en el abordaje de la ventilación mecánica invasiva por el personal de enfermería (etiología, incidencia y cuidados).

3 Metodología

Tipo de estudio: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

Ámbito: Profesionales de Enfermería en Unidades de Cuidados Críticos. La duración del estudio comprenderá 12 meses.

Criterios de inclusión / exclusión: Profesionales de enfermería en las Unidades de Cuidados Críticos independientemente de la índole de temporalidad. Quedarán excluidos los que no deseen formar parte del estudio.

Consideraciones éticas: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación. Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone

el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

Análisis estadístico I:

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

Análisis estadístico II

Se realizará también un análisis bivariante, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p < 0,05$.

4 Bibliografía

1. <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n5/puesta.pdf>
2. Diaz,E,Lorenteb.L, Vallesc . J y Rellod J. Neumonía asociada a la ventilación mecánica. Acceso 10 de Diciembre 2019. Disponible <http://scielo.isciii.es>
3. <https://www.mscbs.gob.es>. Acceso 10 de diciembre 2019.
4. <https://www.chospab.es>

Capítulo 85

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA UTILIZACIÓN DEL CATETER PICC.

HECTOR NAVAS DOMINGUEZ

VERÓNICA VACÁRCCEL LÓPEZ

CARMEN ALARCÓN HERREROS

DAVID ESCRIBANO COELLO

MARTA PEREZ ABIETAR

1 Introducción

Gran parte de los pacientes que se encuentran hospitalizados reciben durante su estancia diferentes tipos de terapia intravenosa. Uno de los principales motivos de errores de las vías periféricas son las características de las perfusiones, por lo que estas no duran más de 72 horas. Estas perfusiones provocan flebitis y extravasaciones, haciendo los tratamientos complicados e inseguros, llegando a ser incluso cruentos y dolorosos. Además, durante su ingreso, los pacientes son portadores de varias vías venosas periféricas implantando con frecuencia varias en el mismo día. Para evitar estas situaciones y reducir el número de punciones innecesarias que recibe el paciente y una de las alternativas para mejorar el objetivo terapéutico, es la canalización de catéteres centrales de inserción periférica (PICC).

El PICC es un tubo largo, flexible y delgado (4-5 Fch.) que se coloca a través de las venas basílica/cefálica, por encima de la flexura evitando la fosa ante-cubital. Puede ser de corta duración (poliuretano grado I) o de duración intermedia, > 6 meses (poliuretano grado III). Este catéter se inserta hasta llegar al 1/3 inferior de la vena cava superior, y se utiliza para administrar medicamentos y fluidos por vía intravenosa. Respecto a su técnica cabe destacar acciones significativas que condicionan su óptimo uso como son:

- Aplicar en la zona de la punción antiséptico realizando movimientos circulares desde el centro a la periferia. La clorhexidina acuosa al 2% o povidona yodada al 10% dejando actuar 2 minutos.
- Poner anestesia local y esperar que sea efectiva.
- Verificar que el catéter no esté obstruido purgándolo con suero salino 0,9 % por las dos luces.

Protocolo de canalización, mantenimiento y uso del PICC

- Realizar control radiológico con una placa de tórax. Es recomendable no utilizar el catéter hasta que no se compruebe la posición correcta de la punta del catéter (cava superior). Si no llegase a cava superior, seguiría siendo de utilidad excepto para la NTP debido a su alto contenido lipídico.

Para conseguir una óptima utilización del catéter periférico la enfermería debemos prestar atención a una serie de cuidados:

- Puntos de inserción: registro de la fecha de colocación, revisar diariamente, no utilizar antibióticos ni antisépticos tópicos en pomada, utilización de apósitos transparentes semipermeables estériles. Efectuar una higiene de manos, antes y después del cambio de apósito y la cura del punto de inserción, así como el uso de guantes estériles. La heparinización del catéter se realizará siempre después de cada uso con 10ml de SF y 3ml de heparina, si no se utiliza se heparinizará cada 24h.
- Cambios de sistema de infusión: se desinfectará con clorhexidina acuosa al 2% en cada una de las conexiones del catéter. Los sistemas se cambiarán cada semana. Utilizar el mismo sistema con medicaciones compatibles para evitar desconexiones múltiples.
- Fluidos parenterales: Elegir la luz de mayor calibre para la nutrición parenteral. Los fluidos que contienen lípidos deben terminar dentro de las 24h. de instauración y los hemoderivados se terminarán dentro de las 4h.
- Desobstrucción del catéter: Preparar de forma estéril una solución de 5000UI de Uroquinasa/ml de SF (jeringa de 10cc). Aspirar para crear presión negativa en el catéter y dejar pasar la Uroquinasa. Dejar actuar 1/2h y aspirar contenido. Se puede repetir pasado una hora. Antes de realizarlo consultar con facultativo.

Otra situación significativa sería la colocación de la PICC en neonatos. A menor edad gestacional más graves y frecuentes son los problemas de adaptación y más complejo su tratamiento. Estos pacientes requieren cuidados especiales e internación prolongada. A la hora de utilizar un catéter tipo PICC en neonato hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

El material utilizado para este tipo de técnica es: catéter 100% silicona radiopaca. Los sitios de punción de elección son:

- Venas pericraneales: temporal superficial y auricular posterior.
- Venas yugulares externas.
- Vena poplítea y vena safena.

Su uso está contraindicado en recién nacidos (RN) con lesiones cutáneas en el lugar de la inserción, en la administración de grandes volúmenes en bolos o bajo presión, cuando el retorno venoso esté perjudicado, en caso de emergencias. Desde el ámbito legislativo, según Orden SSI/ 1356/2105, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos, los PICC se enmarcan dentro del Anexo I de dicha Orden en el apartado 6 de “Implantes quirúrgicos”, dentro de los dispositivos implantables para administración de fármacos.

Debido a esto resulta de vital importancia conocer el funcionamiento de las PICC, aun así, el uso de estas no es inocuo y los problemas y complicaciones son diversos y de los que pueden derivar:

Problemas de inserción: paciente poco colaborativo

No progresión del catéter por tortuosismo en las venas.

Una vez implantando puede darse situaciones como flebitis, extravasación, vasoespasmo, trombosis, sangrando en el punto de punción.

Por ello es necesario conocer el manejo de las PICC como método de elección en perfusiones durante un tiempo prolongado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Determinar el conocimiento del personal de enfermería del área a nivel hospitalario sobre el uso, mantenimiento y contraindicaciones de la PICC.

Objetivos específicos:

Establecer conocimiento de las contraindicaciones respecto a la inserción PICC.
Conocer la importancia de los cuidados continuos de la PICC.

Determinar las características de la PICC en función de la tipología del paciente: adulto/neonato.

Establecer la importancia de los principales sitios de inserción tanto en adultos como en neonatos.

3 Metodología

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje. En este cuestionario se preguntarán las técnicas de inserción y las medidas de cuidados para el catéter PICC. Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa etc.

Ámbito/población:

Personal de enfermería en el hospital universitario de Albacete.

Criterios de inclusión/exclusión:

Personal de enfermería que trabaje en el bloque quirúrgico del CHUA.

Consideraciones éticas:

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

Procedimiento de recogida de datos:

Fase primaria:

Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizará la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal transmitirá la información al colectivo participante, es decir, estudiantes de enfermería de cuarto año universitario, indicando los objetivos del estudio y resolviendo las posibles cuestiones que se planteen acerca del mismo

Fase secundaria:

Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallará el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado, dicho, anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. La entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 10 horas a 11:00horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.

Fase Terciaria:

En ella, se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante el cuarto mes.

Análisis estadístico I

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Science (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

Análisis estadístico II

Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá,

como es habitual, para valores de $p < 0,05$.

4 Bibliografía

1- Arrazola M, Lerma D, Ramírez A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: Flebitis y extravasación. *Enfermería Clínica* 2002 mar-abr. 12(2); 80-85.

2- Carballo M. Elección de un catéter de acceso periférico. *Revista Rol Enfermería*. 2004; 27(6): 23-30

3- Carrero C, García-Velasco S, Triguero N, Castellano B. Actualización enfermera en accesos vasculares y terapia intravenosa. Editor: Difusión Avances de enfermería (DAE. S.L). Año 2008

4- http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/via_periferica.pdf

5- Ferrate C, Vázquez MA, Sánchez M, Gilabert I, Corzo JE, Pineda JA, Vergara S, Gómez J. Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso de acceso periférico e impacto de un protocolo de manejo. *Enfermería Clínica* 2010; 20: 3-9

6- Gómez-Paloma C., Miguel Pérez T. Catéter venoso central de inserción periférica (PICC) con múltiples luces: una buena opción para monitorización de presión y tratamiento. *Enfermería Cardiológica* 2009; Año XVI (47-48):99-103

Capítulo 86

PRINCIPALES DISPOSITIVOS Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA ZARATE JIMENEZ

ANA GONZÁLEZ JIMÉNEZ

MACRINA TORTAJADA SOLER

BEATRIZ RESCALVO FLORES

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son una lesión que se produce en la piel y /o tejido subyacente, causada generalmente sobre una prominencia ósea, como consecuencia de la presión, o de la presión en combinación con cizallamiento y/o fricción. La etiología de las úlceras por presión es imprescindible para llevar a cabo la prevención y su tratamiento.

Los principales factores de riesgo son: piel mojada, malnutrición, linfopenia, niveles bajos de albúmina sérica y alteraciones en la movilidad y percepción. Estos factores son realmente significativos en personas mayores que están encamadas. La dieta es un punto importante tanto en la prevención como en el tratamiento de úlceras por presión, ya que una alimentación rica en proteínas, y calorías facilita la cicatrización, así como el aporte de vitaminas (C, A, E), hierro y zinc.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer las medidas de prevención de las UPP.

Objetivos secundarios:

- Definir las úlceras y sus diferentes estadios.
- Determinar los diferentes factores de riesgo.
- Identificar los cuidados de enfermería óptimos para la prevención.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de la bibliografía existente en la que se utilizan las siguientes bases de datos: Dialnet, Google académico y Pubmed. Para la búsqueda se utilizó como idioma el castellano, junto con las siguientes palabras clave: úlcera por presión, prevención, piel, cuidados de enfermería y factores de riesgo.

4 Resultados

- La clasificación de las UPP según el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) son:
 - Categoría I: piel intacta con eritema no blanqueable.
 - Categoría II: pérdida parcial del espesor de la dermis.
 - Categoría III: pérdida total del grosor de la piel (grasa visible).
 - Categoría IV: pérdida total del espesor de los tejidos (músculo/hueso expuesto).
- Es importante seguir una serie de medidas para llevar a cabo una adecuada prevención de las úlceras por presión. Las citamos a continuación:
 - Adecuar el tamaño de la silla de ruedas, en el caso de que los pacientes que la necesiten, para evitar fricción en el caso de que sea demasiado grande, y la presión en el caso de que sea demasiado ajustada. Se recomiendan sillas de espuma o almohadillas de piel de oveja naturales.
 - Utilizar cojines o colchones de espuma, de gel o de aire. NO se recomiendan cojines en forma de rosca.
 - Uso de almohadillas debajo de las nalgas, para absorber la posible humedad y mantener así la piel seca.
 - Si el paciente se encuentra en decúbito lateral, se recomienda utilizar una almohada entre las dos rodillas y los tobillos; y si el paciente se encuentra en decúbito

prono se recomienda utilizar almohadas bajo de los talones o de los codos, entre otras zonas.

- Realizar cambios posturales cada 2 horas para aliviar los puntos de presión.
- En las zonas enrojecidas es importante utilizar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) y apósitos para disminuir todavía más los puntos de presión.
- Higiene diaria con el uso de jabones o soluciones limpiadoras con bajo potencial irritativo, con un pH cercano a la piel. Evitar el agua caliente. Secado sin frotar vigorosamente, y atendiendo a los pliegues. Contraindicados los productos que contengan alcohol.
- Cambiar los pañales y la ropa de la cama cuando estén húmedas.
- Retirar o movilizar aquellos dispositivos terapéuticos que originen presión sobre una determinada zona, como: aparatos ortopédicos, catéteres, férulas, sonda nasogástrica, dispositivo de oxigenoterapia.
- Las úlceras son lesiones que se producen en la piel, que según su afectación se clasifican en diferentes estadios.
- Los factores de riesgo son diversos, entre ellos encontramos: piel húmeda, malnutrición, presión prolongada y alteraciones en la movilidad.
- Existen numerosos cuidados de enfermería dirigidos a la prevención de úlceras por presión. Podemos destacar: adecuada higiene y secado, cambios posturales, alimentación completa, utilización de cojines o almohadas (no en forma de rosca), uso de colchones antiescaras y uso de ácidos grasos hiperoxigenados, entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Según la presente revisión bibliográfica, todos los artículos coinciden en que las úlceras por presión tienen una incidencia significativa, y que por tanto hay que hacer especial hincapié en sus cuidados. Entre los principales cuidados destacamos los cambios posturales, la alimentación y una adecuada higiene.

6 Bibliografía

1. Benito Álgora M, Moro Tejedor N, Prados Herrero I, Esteban Gonzalo MI, Escudero Moreno MA. Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos. 2014. 1-28. Disponible en: codem.es
2. Lobo Alexandrina. Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras de presión y sus implicaciones en la calidad de vida. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2008 Dec [cited 2019 Dec 10] ; 11(3): 405-418. Available from: <http://www.scielo.br>

3. <https://dialnet.unirioja.es>
4. Benaim, F., & Neira, J. (2017). Primer Consenso de Úlceras por Presión - PriCUPP. Bases para la implementación de un Programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de las Úlceras por Presión. Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires., Buenos Aires. [12 de diciembre 2019] Disponible en: <http://www.anm.edu.ar>
5. González Méndez, M. I. (2016). Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Universidad de Sevilla. Sevilla: Universidad de Sevilla. [12 de diciembre de 2019] Disponible en: <https://idus.us.es>

Capítulo 87

CASO CLÍNICO: ANEURISMA EN FISTULA ARTERIOVENOSA

ESTHER LÓPEZ HERES

LAURA RIESTRA BLANCO

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La fistula arteriovenosa (fav) es un tipo de acceso venoso que se utiliza para la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal; con ella se consigue filtrar la sangre y eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido perjudicial para el organismo.

Considerado como el acceso ideal para la diálisis, consiste en la anastomosis entre una vena y arteria de modo que exista una elevada presión de flujo de sangre en su interior y produciendo como consecuencia un engrosamiento de las paredes. Su colocación suele ser en brazo no dominante y preferiblemente lo más distal posible; según el origen se clasifican en autólogas o protésicas y por su localización pueden ser:

- Radio cefálicas.
- Húmero cefálicas y húmero basilicas.

- Cubito basilícas.
- Tabaquera anatómica.
- Protésicas de brazo y antebrazo y con drenaje en sistema venoso central.

La maduración, punción y cuidados de la FAV son elementos fundamentales en donde la enfermera tiene un papel muy importante aportando conocimiento, destreza y experiencia para su perfecto funcionamiento a lo largo del tratamiento dializante.

Una de las complicaciones que podemos encontrar en el tema de las fav son los aneurismas/pseudoaneurismas. Se producen por un sangrado continuo subcutáneo debido a una pérdida de la continuidad de la pared de la fistula propiciando la aparición de las dilataciones propias de los aneurismas. La punción repetida en la misma zona es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de la aparición de estas complicaciones y puede conllevar a una rotura de la misma con sangrado importante, erosión perianeurisma e incluso infecciones. Se manifiestan como una masa blanda, piel fina y pulsátil y la forma de prevenir su formaciones se basa en evitar punciones repetidas en la misma zona.

2 Objetivos

Actualizar conocimientos a cerca de la formación, identificación, solución y prevención de aneurismas.

3 Caso clínico

Hombre de 80 años, sin alergias, exfumador, con hipertensión arterial de larga duración, dislipemia, no diabético, operado de prótesis aórtica en 2003, adenoma de próstata en 2005, a tratamiento con anticoagulante oral por ACxFA desde 2008 y actualmente a tratamiento dialítico debido a una nefroangioesclerosis. Portador de fistula arterio-venosa (FAV) humero-cefálica desde noviembre de 2005 con complicaciones.

Tras 6 meses de uso de la FAV, Enfermería observa dilatación de las paredes vasculares, aumento de tamaño y excesiva elasticidad de la misma manteniendo soplo y frénito, sangrados internos y problemas esporádicos en las presiones del circuito sanguíneo en la maquinaria de diálisis. Se realiza ECO-DOPPLER dando información de flujo de entrada-salida en la FAV, dimensiones y estado de las

paredes vasculares y la ausencia de material trombótico que complique su funcionamiento.



4 Resultados

La suma de las valoraciones de Enfermería y los resultados de la Eco, confirman aneurisma en la fistula del paciente. Tras descartar afectación importante de la piel, confirmado el bajo riesgo de rotura de FAV y la ausencia de dilatación en la misma anastomosis, se mantiene el uso de la fistula.

Presencia de aneurisma de grandes dimensiones (10x3cm aprox.) A consecuencia, posiblemente, de sangrados internos por mala hemostasia, repetidas punciones en la misma zona y la fragilidad de los componentes de la pared vascular.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene, no coger peso o dormir sobre el brazo afectado, identificar signos/síntomas de infección, rotación del punto de punción, evitar hipotensiones bruscas, confirmación de soplo y frémito, no puncionar por personal no instruido y realizar una adecuada hemostasia (no uso de pinzas) se consideran puntos importantes para la solución o prevención de aneurismas y el personal sanitario debe conocerlos y aplicarlos para el buen funcionamiento de la FAV.

6 Bibliografía

- J.C.Bohórquez-Sierra, E.Doiz-Artázcoz, F.Arribas-Aguilar, C.Bohórquez-Sierra. Accesos vasculares para hemodiálisis .Complicaciones: aneurismas verdaderos y falsos, hemorragias y roturas del acceso vascular.Angiología 2005; 57 (supl 2): S 117-S127
- Najibi S, Bus RL, Terramani TT, Chaikof EL, Gunnoud AB, Lumsden AB, et al. Covered stent exclusion of dialysis access pseudoaneurysms. J Surg Res. 2002;106:15-9.

Capítulo 88

CRITERIOS DE PROTETIZACIÓN Y EL CHEQUEO PROTÉSICO

NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS

ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La amputación es, sin duda, la técnica quirúrgica más antigua, consecuencia de los campos de batalla. En la época de Napoleón, los hábiles cirujanos de guerra llevaban a cabo amputaciones, incluida la sutura, en escasos segundos con el gran avance del torniquete y sin anestesia. La utilidad de muñón casi no se consideraba por lo que la protetización era casi imposible. Actualmente, por fortuna, las indicaciones de la amputación son más restringidas debido a la mayor efectividad de las técnicas de reconstrucción vascular, nerviosa y osteomuscular, y los amputados se integran más fácilmente. Pero, desgraciadamente, el número de amputados hoy en día continúa aumentando debido a la estrecha relación causa efecto con los accidentes de tráfico y laborales, isquemias crónicas avanzadas, etc.

La prótesis es un dispositivo que, adaptado al muñón, permite la recuperación de las funciones del miembro afectado.

Debe fabricarse exclusivamente para la forma y tamaño del muñón de cada paciente amputado, por lo que es estrictamente personal.

La prótesis proporciona utilidad funcional, es estéticamente aceptable y no molesta.

- Es preciso tener en cuenta una serie de factores para llevar a cabo la protetización:
- Buen estado de salud y expectativa normal de vida.
- Edad, sexo y profesión.
- Buen estado del muñón. Forma suavemente cónica; debe tener de 3 a 5 cm menos de perímetro que la extremidad sana en el mismo nivel y la piel sin rozaduras ni ulceraciones.
- Buen estado de todas las articulaciones conservadas y buena alineación de las mismas, así como una buena potencia muscular.
- Buen control del esquema corporal (equilibrio) para un buen adiestramiento protésico.
- Voluntad de colaboración por parte del paciente y de la familia. Compromiso de utilización de la prótesis.
- Déficit tolerable de extensión en caso de existir flexo. Por ejemplo, en caso de flexo de rodilla hasta 30° y en caso de flexo de cadera de 20°.
- Marcha útil con la prótesis provisional.
- Capacidad de comprender órdenes y entender el tratamiento de forma completa.

Características de las fases de la protetización:

- Fase preoperatoria: Esta fase se da en casos de amputaciones programadas y permite una recuperación más rápida tanto física como psicológicamente. Se da en pacientes oncológicos y vasculares. El fisioterapeuta orienta al paciente respecto al futuro y las soluciones posibles desde el punto de la fisioterapia. Se le pone en contacto con el psicólogo y con otros pacientes amputados en caso de que sea necesario.
- Fase postoperatoria: Se inicia al día siguiente de la intervención y suele durar entre 3-4 semanas. Está marcada por el proceso de curación de la herida quirúrgica y la remodelación del muñón. En esta fase está muy implicado tanto el fisioterapeuta como el personal de enfermería.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los principales criterios para la protetización.

Objetivos secundarios:

- Enumerar las fases de la protetización y sus cuidados posteriores.
- Definir cómo debe realizarse el chequeo protésico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 78 estudios de interés y de ellos fueron seleccionados 7 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.

Los descriptores utilizados fueron: “criterio”, “protetización”, “prótesis”, “chequeo”, “amputación”.

4 Resultados

Los principales objetivos que perseguimos con la protetización son los siguientes:

- Mejorar y restablecer el equilibrio, tanto en el nivel segmentario correspondiente como en lo referente a la estática en general.
 - Restablecer la propiocepción. Integración de la prótesis al esquema corporal.
 - Iniciar la deambulacion, la funcionalidad y la autonomia. - Mejorar físicamente el trofismo del muñón.
 - Lograr una mejora psíquica, por acercamiento a la normalidad.
 - Tener dos extremidades simétricas y función bilateral.
- Las distintas fases de protetización por las que un paciente deberá pasar durante su proceso, serán las fases de pre y postoperatorio de amputación, seguida de la fase de protetización provisional hasta alcanzar la fase de prótesis definitiva. Cada una de estas fases conlleva a un determinado tiempo y a unos adecuados cuidados que marcarán la mejor o peor adaptación del paciente a la futura prótesis.

El paciente sale de quirófano con un vendaje almohadillado compresivo (1 semana) y el drenaje; posteriormente se pasará al vendaje elástico-compresivo no almohadillado que nos permite luchar contra el edema y remodelar el muñón para pasar de forma cuadrada a cónica. Evitar la forma de pera por la difícil protetización. El vendaje se inicia proximal, pero la mayor presión es distal; con él

acostumbramos al muñón a una cobertura constante; sólo se retira para hacer los ejercicios. Hay que luchar contra las posturas viciosas para evitar retracciones; el dolor favorece las posturas antiálgicas (en flexión generalmente). Para esto se utiliza colchón firme, evitar almohadas y cojines bajo el muñón, mantenerlo en extensión y estimular las movilizaciones libres del muñón.

En esta fase el paciente va adaptándose a la nueva circunstancia. La prótesis provisional es simple, funcional, con posibilidad de reajustes, combinaciones y cambios de los componentes. Es la prótesis ideal para que el amputado inicie la deambulaci3n. Antes de aplicar esta prótesis se tienen en cuenta los criterios de protetizaci3n mencionados anteriormente. Se lleva a cabo pasado casi un mes.

Fase protésica definitiva: Después de 6-7 meses se coloca la prótesis definitiva, siempre que se haya usado satisfactoriamente la prótesis provisional.

Además se llevarán a cabo una serie de actividades para la vida diaria que serán posibles para el paciente amputado según lo permita su estado general, el nivel de amputaci3n y el proceso de protetizaci3n que se pueda seguir. Es importante el seguimiento y vigilancia de los amputados mediante revisiones periódicas para descubrir cualquier regresión funcional. Se aconseja al paciente la práctica de una actividad deportiva según sus posibilidades ya que lo estimula y evita frustraciones.

- Respecto al chequeo protésico, se debe realizar durante la última fase de tratamiento y una vez entregada la prótesis definitiva. Hay que cerciorarse de que todo es correcto, que está bien adaptada y que presta buen servicio. La calidad de vida de un paciente amputado dependerá de su nivel de adaptaci3n a la prótesis, a mayor adaptaci3n, mayor seguridad y bienestar. También dependerá de las características de dicha prótesis, a mayor calidad y eficiencia, mayor confort con dicha prótesis.

El chequeo debe efectuarse con el paciente de pie, sentado, caminando y al retirarse la prótesis. Será de máxima importancia constatar:

- Que es la prótesis prescrita.
- Opini3n y confort del paciente. Debe estar bien adaptado y no provocarle dolor.
- Examen de la piel y el muñ3n después del uso. No deben quedar rojeces, ni rozaduras, ni sudoraci3n.
- Alineaci3n correcta. Se confirma que la prótesis no provoque desviaci3n alguna en varo o valgo y que el encaje no esté en demasiada flexi3n o extensi3n.

- Buen equilibrio con la prótesis definitiva.
Marcha correcta.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento rehabilitador y el programa de prototización que se lleva a cabo en los pacientes amputados, tienen una proyección funcional de futuro.

Gracias a este tratamiento estamos consiguiendo una respuesta eficaz y eficiente con respecto al uso de prótesis en paciente amputados, es decir, el máximo nivel posible de funcionalidad e independencia del mismo con respecto a una mejora de su calidad de vida general utilizando al máximo los miembros o partes de miembros restantes, en coordinación con la prótesis.

Más que en cualquier otro caso se trata de un trabajo en equipo (cirujano, fisioterapeuta, enfermería, terapeuta ocupacional y prototista).

6 Bibliografía

1. Fattor Emanuel, Bagliardelli Julio, Valdez Diego, Cata Ezequiel, Allende Christian. Traumatic thumb amputations: Primary treatment, principles and results. Rev. Asoc. Argent. Ortop. Traumatol. [Internet]. 2010 Dic [citado 2017 Nov 21] ; 75(4): 341-350. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
2. Lagares AM, Lagares M, Álvarez M, et al. Afección musculoesquelética asociada a amputados de miembro inferior. Rehabilitación. Volume 46, Issue 1, January–March 2012, Pages 15-2.
3. Lamandé F, Dupré JC, Baudin O, et al. Rehabilitación de la persona amputada de miembro inferior. EMC - Kinesiterapia - Medicina Física. Volume 32, Issue 4, 2011, Pages 1-22.
4. Muniesa JM, Pou M, Marco E, et al. Calidad de vida en pacientes con amputación de extremidad inferior. Rehabilitación. Vol. 43, Issue 1, Febr 2009, Pages 28-33.
5. Patiño Vida, Arriola Marta, Franco Verónica, Fuentes José. Funcionalidad posprotésica en amputados vasculares. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2007 Sep 23(3):173-178.

6. Real Collado J.T., Valls M., Basanta Alario M.L., Ampudia Blasco F.J., Ascaso Gimilio J.F., Carmena Rodríguez R.. Estudio de factores asociados con amputación, en pacientes diabéticos con ulceración en pie. *An. Med. Interna (Madrid)* [Internet]. 2001 Feb; 18(2): 13-18. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
7. Samitier CB, Guirao L, Pleguezuelos E, et al. Valoración de la movilidad en pacientes con amputación de miembro inferior. *Rehabilitación*. Volume 45, Issue 1, January–March 2011, Pages 61-66.

Capítulo 89

EL DRENAJE JACKSON PRATT

GLORIA VALDÉS PELÁEZ

AIDA VALLINA RIESTRA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

1 Introducción

Es un drenaje quirúrgico que se utiliza para la eliminación de líquido que se acumula en la cavidad abdominal tras la cirugía. Está formado por dos partes:

- Un tubo de goma delgado con orificios de salida que está colocado dentro de la cavidad abdominal.
- Una pera redonda de silicona que al actuar succionando el líquido acumulado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir la técnica de vaciamiento del drenaje.

Objetivos secundarios:

- Detallar la técnica de retirada del drenaje.
- Enumerar las posibles complicaciones.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica donde se han analizado distintos artículos científicos en relación a esta

temática, los cuales nos han aportado información para la realización del mismo. Las bases de datos consultadas han sido Scielo y Pubmed.

Como términos en la búsqueda se han utilizado: drenajes, enfermería, cuidados, dolor, riesgo, vacío.

4 Resultados

Para la realización del vaciamiento del drenaje:

- Higiene de manos y colocación de guantes.
- Retirar el tapón de la pera, vaciar el contenido del Jackson Pratt (JP) en un recipiente para medir el volumen recogido.
- Limpiar el orificio del tapón con un desinfectante.
- Apretar el centro de la pera con el tapón retirado para eliminar el aire y hacer el vacío del JP, y sin soltarla volver a colocar el tapón para que el drenaje continúe funcionando.
- Registrar el volumen en y aspecto del contenido.

Para la realización de la retirada del drenaje:

- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
- La retirada del JP se realizara siempre por indicación médica.
- Retirar los puntos de sutura que permiten la sujeción del drenaje a la piel.
- Retirar el vacío del drenaje, abriendo el tapón de la pera.
- Traccionar con cuidado del tubo del drenaje hasta su completa salida.
- Cubrir el orificio de la piel con un apósito o bolsa dependiendo de la cantidad de líquido que drene tras su retirada.
- Registrar la fecha de retirada.

Las posibles complicaciones que podemos encontrar son:

- Pérdida del vacío por apertura del tapón.
- Pérdida del drenaje por retirada de puntos.
- Hematoma en el orificio de inserción.
- Infección en el punto de inserción.
- Adherencia a la pared abdominal.
- Pérdida de contenido por el orificio de inserción en la piel.

5 Discusión-Conclusión

Es un drenaje muy utilizado por los facultativos en el postoperatorio, por lo que es importante que el personal que se vaya a encargar de realizar el vaciamiento y la retirada del drenaje tenga conocimientos acerca de cómo realizarlo para evitar complicaciones.

6 Bibliografía

- Jamieson E.M. Whyte L.A , Mc Call J.M Procedimientos de enfermería clínica 5^a ed Elsevier.
- Berman A, Snyder S.J.,Kocier B,Erb G, Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica 8^a ed Pearson.
- Lopez Soto R.M. Procedimientos de curas abdominales. Rol de enfermería vol 32 N° 12 (24-46). - www.enferurg.com/protocoloschus/1003.pdf

Capítulo 90

DISFUNCION DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

VANESA TELLA RIOS

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

LAURA RUESTRA BLANCO

ESTHER LÓPEZ HERES

1 Introducción

La técnica de Hemodialisis (HD) requiere de un acceso vascular de larga duración, lo que se consigue con la realización de una Fístula Arterio-Venosa (FAV) interna autóloga o protésica. Sin embargo el empleo de catéteres en las venas centrales constituye una alternativa como acceso venoso permanente permitiendo la realización de una diálisis eficaz.

A pesar de la morbimortalidad asociada a la presencia de Cateter Venoso Central (CVC), en los últimos años se ha detectado un cambio en el perfil del acceso vascular; se estima que el porcentaje de pacientes que inician HD en España con CVC oscila entre el 24% y el 44%. Esta tendencia se relaciona, sobretodo, con una variación en las características de los pacientes, que son mas ancianos y con mayor porcentaje de diabéticos, así como con la aparición de condiciones clínicas que señalan el CVC como el acceso vascular mas apropiado. Con la finalidad de

prevenir y tratar precozmente las complicaciones asociadas es fundamental un seguimiento funcional y clínico, mediante protocolos de actuación conjunta entre médicos y enfermeras.

- Los CVC se clasifican en:

* Cateteres no tunelizados: Uso inferior a 3-4 semanas. Se reservan para situaciones urgentes o aquellas en las que se prevea un uso inferior a 3 semanas. Estos CVC suelen ser semirrígidos, de poliuretano y con una longitud entre 15-25 cm. La localización de primera elección para el implante del CV debe ser la vena yugular interna.

* Cateteres tunelizados: Son catéteres centrales externos insertados mediante técnica percutánea, esto es, parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada y la salida subcutánea. El resto del catéter será visible a partir del punto de inserción. En su parte extravascular llevan un rodete de dacrón o poliéster, que favorece la aparición de fibrosis que actúa como anclaje e impide el paso de agentes infecciosos.

- Las complicaciones surgidas tras la implantación de un CVC se pueden clasificar en:

* Precoces: ocurren de manera inmediata a la implantación y surgen en las primeras horas. Suelen ser infrecuentes y están relacionadas con la punción venosa o con la inserción.

* Tardías:

+ Estenosis venosa: Más frecuente en la vena subclavia que en la yugular. Compromete el futuro desarrollo de una FAV interna.

+ Trombosis: Generalmente se debe a su trombosis total o parcial.

Las trombosis se clasifican en:

. Extrínsecas: Secundarias a la formación de un trombo mural, unido a la punta del catéter, en la vena cava superior o en la aurícula derecha.

. Intrínsecas: El trombo se localiza a nivel intraluminal, en la punta del catéter o formando vainas de fibrina pericatereter.

Su patogenia se relaciona con el estado de hipercoagulabilidad, condicionado por la uremia; factores protrombóticos como es ser diabético y la lesión vascular producida al insertar el catéter.

Para mejorar la supervivencia de los catéteres centrales y fundamentalmente detectar y tratar precozmente cualquier signo de disminución tardía.

‘El mejor catéter es el que no existe’; es la opinión de un radiólogo del Hospital

General Universitario Reina Sofía de Murcia. El CVC debe ser un medio y nunca un fin en el tratamiento sustitutivo de los enfermos renales pero desgraciadamente no podemos vivir sin el catéter. Pero habría que intentarlo por todos los medios emplearlo única y exclusivamente cuando sea estrictamente necesario, es decir cuando aparezcan situaciones de urgencias para la HD y no haya un acceso vascular disponible. Lo que es injustificable es no planificar con el tiempo la creación de un acceso vascular autólogo en pacientes con enfermedad renal crónica en estadios avanzados. Mantener a un paciente con catéter sin haber agotado las posibilidades de tener un acceso vascular (AV) periférico supone un acto de desidia inaceptable.

En definitiva, aunque se dediquen medios muy profesionalizados para cuidar y mantenerlos, las complicaciones del catéter son siempre peores que las que ocurren sobre los AV periféricos.

2 Objetivos

Conocer y valorar los riesgos que conllevan los CVC tunelizados frente a una FAV autóloga interna.

3 Caso clínico

Mujer de 91 años que ingresa en Diciembre de 2016 por ‘disnea progresiva’ que llega a hacerse de reposo. Presenta tos productiva, dolor torácico pleurítico, no refiere fiebre, disminución de la diuresis (con edemas en MMII). No ortopnea, no derrame pleural neumónico (DPN).

La evolución de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) avanzada con clínica y radiología compatibles con insuficiencia cardíaca, dado el buen estado general de la paciente se comenta con ella y con la familia la opción de HD que la paciente acepta.

Inicialmente dado que presentaba presión venosa yugular (PVY) elevada se insertó catéter temporal con recambio posterior a tunelizado. Al cuadro anterior se asoció clínica respiratoria siendo valorada por el Servicio de Neurología, quienes pautan esteroides y broncodilatadores inhalados.

La paciente es diabética, por lo que el Servicio de Endocrinología realizó ajustes en las dosis de insulina ya que esta presentó una descompensación en las cifras de glucosa relacionadas con los eventos agudos reseñados.

A la paciente se le diagnostica de IRCT causada por enfermedad vascular renal secundaria a diabetes. Inicio de hemodiálisis periódica (3 días/4 horas). Inserción de CVC transitorio el 16 de diciembre de 2016 y posterior recambio por un CVC tunelizado el 23 de diciembre de 2016 con este acceso permanece estable y con buen funcionamiento hasta el 28 de agosto de 2018 que es recambiado por un catéter transitorio. El 16 de septiembre de 2019 se coloca un nuevo CVC tunelizado en YIF con disfunción primaria. Trombosis extrínseca de CVC y como consecuencia síndrome de vena cava superior. Este hecho precisa ingreso hospitalario.

4 Resultados

Se realiza un angioTAC y se observa una repleción en la porción distal del confluente y ángulo –subclavio-derecho así como en la vena cava superior, en relación con trombosis venosa parcial a estos niveles. Este trombo de la vena cava superior en su porción inferior se extiende ampliamente hacia aurícula derecha.

El 23 de septiembre de 2019 se coloca CVCT en femoral derecha de 23cm, con función inicial, pero disfuncionante al cabo de pocas sesiones, se puso en relación con la longitud del catéter por lo que el 16 de octubre de 2019 se cambia por catéter tunelizado de 28cm con muy buen funcionamiento en la primera semana y disfuncionante después siendo muy llamativo la aspiración por las ramas de abundantes coágulos.

Desde el punto de vista clínico presenta edema facial y de cuello con cianosis distal. En cuanto al catéter se opta por retirar y colocar catéter transitorio en femoral izquierda el 31 de octubre de 2019. Durante este tiempo ha tenido pautado enoxaparina 20mgr los días de no HD y 20mgr los días de diálisis.

5 Discusión-Conclusión

Existen grandes ventajas cuando se inicia la Hemodialisis con una FAV respecto a iniciarla con un CVC, hay una mayor durabilidad, menor riesgo de infecciones, menor coste y una mayor supervivencia. Sin embargo la realidad es muy distinta.

La paciente protagonista de nuestro caso clínico debuta con la ERC de forma aguda, precisando iniciar diálisis de forma urgente, es diabética; con malos accesos vasculares. Se opta por CVC tunelizado, con el cual permanece normofuncionante.

Si es verdad, que si ésta paciente hubiera sido portadora de FAV autóloga no hubiera sufrido una trombosis en la vena cava superior, pero la realidad es que la FAV no fue viable en ningún momento por las características vasculares de la paciente y estuvo durante casi tres años, recibiendo tratamiento sustitutivo sin complicaciones y aportando calidad de vida.

6 Bibliografía

1-Rguez Hernandez S.A; Lopez Pedre, PiedraL; el acceso vascular en España; analisis de su distribucion, morbilidad y sistemas de monitorizacion. Nefrologia, 2001,22(1); 45-51(Pubmed).

2-Pastor M Inmaculada, Cebrian Camins M^a Isabel, Muñoz Jimenez Ana. Protocolo de prevencionde infeccionrelacionada con CVC (inserccion central y periferica).Cateter arterial y cateterde Swanz- Ganz. CHUA.

3-Rodriguez JA, Gonzalez E, GuttierrezJM, Segarra A, Almirante B,et al. Guiasde acceso vascular de HD. Nefrologia 2005; 25. Suple 1:3-97.

Capítulo 91

FIEBRE EN PACIENTE PORTADOR DE CVC EN HEMODIALISIS. A PROPUESTA DE UN CASO.

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

ESTHER LÓPEZ HERES

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

VANESA TELLA RIOS

1 Introducción

La fiebre ha sido siempre reconocida como una de las más comunes e indiscutibles manifestaciones de enfermedad, tanto por médicos, padres o cualquier otra persona. De igual forma, la antipiresis es una de las más antiguas, extendidas y conocidas prácticas terapéuticas. Es por ello que la fiebre per se es causa de un elevado porcentaje de llamadas y visitas a los médicos e incluso puede ser considerada como un problema debilitante aun en ausencia de otros signos y síntomas. Sin embargo, las opiniones acerca de si los enfermos están mejor con fiebre o sin ella han cambiado mucho. La medición de la temperatura corporal se puede realizar de diferentes formas. Cada medición, independientemente de la forma, debe hacerse adecuadamente.

La temperatura corporal central es mantenida normalmente por el hipotálamo anterior en un punto prefijado de $37 \pm 1,5 \text{ } ^\circ\text{C}$, mediante un grupo neuronal

especializado que responde a la integración de información para frío y calor periféricos y de la temperatura de la sangre circulante en el hipotálamo, conocido como centro termorregulador. La fiebre se puede producir durante diferentes cuadros patológicos asociados con la liberación de citoquinas con propiedades pirogénicas, conocidas como pirógenos endógenos (PE). Estos son:

- Infecciones.
- Vacunaciones (contra la tos ferina, gripe y sarampión).
- Agentes biológicos (factor estimulador de colonias de granulocitos y macrófagos, interferón, interleuquinas).
- Daño hístico (infartos, embolia pulmonar, traumatismos, inyecciones intramusculares y quemaduras).
- Patología neoplásica maligna (linfoma, neoplasias, metástasis, hepatoma).
- Fármacos (fiebre medicamentosa, cocaína, anfotericín B).
- Desórdenes inmunitarios (lupus eritematoso sistémico, conectivopatías, artritis reumatoide).
- Enfermedades inflamatorias (enfermedad inflamatoria intestinal).
- Granulomatosis (sarcoidosis).
- Enfermedades endocrinas (feocromocitoma, tirotoxicosis).
- Trastornos metabólicos (gota, uremia, hiperlipidemia tipo I, enfermedad de Fabré).
- Fiebre familiar mediterránea.
- Fiebre ficticia (por manipulaciones intencionales del termómetro o inyección de material pirogénico).

Independientemente de su origen, la vía final y común de las causas de fiebre es la producción de pirógenos endógenos que inducen el ajuste a la elevación del punto prefijado hipotalámico.

2 Objetivos

- Analizar un caso real de fiebre en paciente portador de catéter venoso central en terapia dialítica.

3 Caso clínico

El 01 Noviembre 2019 presento cuadro de escalofríos-tiritona y fiebre al finalizar sesión de hemodialisis, tras recoger hemocultivos se pauto Ab con vancomicina + ceftazidima siendo alta estable y afebril. Presentó nuevo episodio febril en domicilio por lo que ingresa. Asintomático entre los episodios febriles

Antecedentes personales: intolerancia amlodipino por edemas, no hábitos tóxicos, DM 2, hiperuricemia con antecedentes de podagra.

Conocido de Nefrología desde 1997 por presentar una nefropatía de cambios mínimos. Toleró mal el tratamiento con corticoides y no volvió a la consulta hasta 2006, momento en el que presentaba una IRC con Crs de 3 mgrs.

Hernia inguinal bilateral pte de intervención

Incluido en lista de espera de trasplante renal, se realizó profilaxis con INH por quantiferon +

Acceso vascular actual:: FAV húmero-cefálica derecha (04-04-2018).

Finalmente dada la bibliografía científica respecto a las recomendaciones en este tipo de casos, el paciente acepta el cambio y nueva puesta de la FACV presentando buena evolución desde el punto de vista médico.

4 Resultados

Paciente rechazó inicialmente la realización de nueva FAV, si bien tras informar nuevamente de los riesgos de ésta, de los catéteres venosos centrales y de la unanimidad científica en considerar la FAV como el mejor acceso siempre que su realización sea posible, opta por intentar la construcción de un acceso autólogo. Se realizó ajuste de medicación antiHTA, no precisando minoxidil, cuya reanudación habrá que evaluar de forma ambulatoria según cifras de presión arterial. afebril PA 105/58.

BEG. Eupneico en reposo. Ligero tinte icterico.

AC: rítmico, no ausculto soplos.

AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen; blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. No palpo masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg negativo. PPR bilateral negativa.

EEII: no edemas ni signos de TVP. ecografía abdominal.

Hígado de tamaño y ecogenicidad normal y homogénea. Porta y vía biliar de calibre normal. Discreta esplenomegalia de 136 mm. Riñones de pequeño tamaño, marcadamente hiperecogénicos, compatibles con riñones atroficos. No se observan colecciones ni líquido libre intraabdominal, urinocultivo negativo ecocardiograma: ventrículo izquierdo no dilatado con función sistólica conservada e insuficiencia mitral leve-moderada. No se aprecian imágenes sugestivas de vegetaciones/endocarditis.

Hemocultivos 1-11.

Positivo LOG *Serratia marcescens*.

Piper/Tazobactam S Cefotaxima S Cefepime S Imipenem S.

Vancomicina S Tobramicina R Amikacina R Cotrimoxazol S Ciprofloxacina S.

HC del día 2 : crecimiento en uno de los medios de estaf hominis, HC 6-11, pte de resultados.

IC Qx vascular: EcoDoppler venoso MSI: Cefalica en brezo de 5,5mm, en antebrazo no valida.: Para FAV H/C MSI.

5 Discusión-Conclusión

Sospecha de BRCVC, con excelente respuesta al trat Ab. Se reconoce como característica de muchas cepas la formación de un biofilm fabricado en base al ácido teicoico, el cual normalmente forma parte de la pared del estafilococo. Esta capa los protege de la acción de los neutrófilos y a su vez disminuye la penetración de los antibióticos. Las manifestaciones clínicas de las infecciones causadas difieren marcadamente de aquellas causadas por el *Serratia*. Los síntomas suelen ser sutiles e inespecíficos; y el curso clínico es mas subagudo e incluso crónico, sin signos fulminantes de infección, como fue el caso descrito, ya que el paciente siempre presento buen estado general, no luciendo tóxico. También se describen casos de sepsis severa franca, especialmente en pacientes inmunosuprimidos.

El *Serratia*, dado que es un microorganismo de transmisión nosocomial, tiene una alta tasa de resistencia a múltiples antibioticos. Cerca del 90% producen beta lactamasas, mientras que 60% al 80% son resistentes a la metilicina. Además, éstas bacterias suelen ser resistentes a macrólidos, lincosaminas, aminoglicósidos y fluoroquinolonas. El fármaco de elección es la vancomicina y la duración del tratamiento varia de acuerdo al tipo de infección. Se han descrito en Estados Unidos cepas con sensibilidad disminuida a la vancomicina, por lo que la emergencia de resistencia a los glicopéptidos mostrada por el *serratia* se convertiría en un serio problema de salud publica.

El paciente evolucionó clínicamente en forma muy favorable después de iniciado el tratamiento con vancomicina, no presentando complicaciones durante la administración de ésta. Este caso muestra que la bacteremia por *Serratia* es una condición que no suele poner en riesgo la vida del paciente iniciado el tratamiento en forma oportuna y que conlleva una evolución favorable. En cuanto al tratamiento, el fármaco de elección es la vancomicina.

6 Bibliografía

- *Schmitt BD. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984;74(suppl):929-936.
- * Kramer MS, Campbell H. Tratamiento de la fiebre en niños con infecciones respiratorias agudas. Washington DC:(HPM/IRA/OPS/ /OMS);1994.
- * Benedetti M. Fiebre en la edad pediátrica. *Acta Ped Lat* 1994 47(4):338-48.
- *Behrman, Nelson. Tratado de Pediatría. 14 a. ed Standford, California: Editorial Interamericana, Mc Graw-Hill;1992 vol 1, tom 1:781-94.
- *Wunderlich CA. On the temperature in diseases: A manual of medical thermometry. London: The New Sydenham Society;1871.

Capítulo 92

CASO CLÍNICO: FÍSTULA ARTERIO-VENOSA CON ESTENOSIS.

ESTHER LÓPEZ HERES

VANESA TELLA RIOS

LAURA RIESTRA BLANCO

RODRIGO MESA GONZÁLEZ

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

1 Introducción

Cuando un paciente con insuficiencia renal crónica presenta estadios avanzados de la enfermedad es necesario realizar una técnica que permita depurar la sangre de excesos de productos tóxicos y de líquido: la hemodiálisis. Para ello se necesita un acceso que permita mover grandes cantidades de sangre como la fistula arteriovenosa (FAV) entre otros.

La FAV consiste en la unión de una arteria con una vena del paciente permitiendo que el tramo venoso se desarrolle de tal forma que permita generar grandes flujos de sangre y se pueda realizar la diálisis. Las FAV pueden clasificarse por su naturaleza en autólogas o protésicas, según la localización pueden estar en brazo, antebrazo o pierna (muy poco vistas) y se considera un acceso seguro al que se puede recurrir de forma repetida sin ocasionar gran perjuicio.

Entre las complicaciones más frecuentes de una FAV está la estenosis, consistente en la disminución del calibre de la misma en más de un 50%, lo que puede ocasionar la disminución en calidad de la hemodiálisis además de aumentar el riesgo de que se generen trombos, con todas las complicaciones que ello conlleva. Se pueden ubicar tanto en la zona perianastomosis, siendo las más frecuentes, como en zonas más distales, siendo menos frecuentes.

Ante la sospecha por parte de enfermería y la confirmación del diagnóstico mediante la fistulografía, técnica que consiste en visualizar radiológicamente mediante contraste el trayecto de la fistula, se puede optar por realizar una angiografía transluminal percutánea, que consiste básicamente en dilatar y aumentar el calibre del vaso de forma endoscópica ayudado de un balón, o con cirugía si se diera reiteradamente el caso de la estenosis.

2 Objetivos

- Conocer la identificación, actuación y posibles soluciones ante la sospecha de una estenosis en una fistula arteriovenosa, a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 64 años, no alergias conocidas, peluquera jubilada, fumadora y diagnosticada de HTA, Dislipemia y DM tipo II insulín dependiente.

Diagnosticada desde marzo 2014 de insuficiencia renal crónica relacionada con nefropatía IgA y portadora de FAV radio-cefálica izquierda funcionando desde febrero 2016.

Dado a una mala evolución de la enfermedad de la IRC (clínica urémica y anemia) se procede el inicio a tratamiento en hemodiálisis en abril 2016.

Después de varias punciones dificultosas y ante la situación de no poder canalizar y presentar abundante hematoma, dolor e induración se decide colocación de catéter venoso central temporal para dejar descansar la FAV en septiembre 2016. Tras sospechar una disfunción de la fístula se procede a su estudio, determinándose la necesidad de realizar una angiodisplasia de la misma para solucionar la estenosis detectada en las pruebas radiológicas previas. Tras la misma, el paciente presentó buena evolución desde el punto de vista clínico.

4 Resultados

- Valoración de enfermería comprobación de soplo y thrill presente en cada sesión se aprecia un típico soplo piante en la parte proximal a la anastomosis, zona indurada y escaso flujo de sangre necesario para diálisis efectivas Estudio ecográfico en octubre 2016 observándose FAV funcional con una estenosis de 3cm de longitud una vez pasada la anastomosis. Estudio flebográfico/fistulografía (Imagen1) en noviembre 2016 confirmando estenosis.
- El juicio clínico y diagnóstico es:
- Tras la recopilación de toda la información se decide realizar angioplastia de la lesión con buen resultado.
- Se diagnostica a la paciente la presencia de estenosis próxima a la anastomosis siendo la causante de las punciones difíciles y el bajo flujo aportado por la fístula.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar un cuidado adecuado de los accesos venosos presentes en el paciente, ya sea por parte del paciente y enfermería. En cuanto se encuentren complicaciones de la FAV (estenosis, aneurismas...) es crucial su rápida identificación y solución para evitar situaciones que sean difíciles de solucionar (presencia de trombos, rupturas y posteriores hemorragias).

6 Bibliografía

- Polo JR. Accesos vasculares para diálisis. Detección y tratamiento de la disfunción por estenosis. Revista de Enfermería Nefrológica 2001; 15: 20-2
- Ibeas J, García M, Rodríguez-Jornet A y cols. Ecografía-Doppler portátil utilizada por el nefrólogo en la Unidad de hemodiálisis para la detección inmediata de problemas en la fístula: ¿una herramienta de futuro? Nefrología 26 (Supl. 6): 92. Abstract, 2006.
- Brom Valladares R., Valadez E., Ortiz J., Correa Rotter R. Utilidad del ultrasonido Doppler y color en la valoración de las complicaciones de fístulas arteriovenosas de pacientes en hemodiálisis: revisión de la literatura. Revista de Medicina Sur 2004; 11(1):82

Capítulo 93

EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MANUEL LOBO GONZÁLEZ

1 Introducción

La aorta es el principal vaso sanguíneo, que irriga abdomen, pelvis y ambas piernas. Las aneurismas arteriales son dilataciones de los vasos cuyo diámetro supera el 50% de su diámetro normal, éstas pueden aparecer en cualquier lugar, pero su localización más frecuente es en la aorta abdominal.

2 Objetivos

Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente al aneurisma aorto-abdominal.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica publicada desde el año 2014 hasta la actualidad, en una de las principales bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: Pubmed. El descriptor utilizado fue: Abdominal Aortic Aneurysm.

Criterios de inclusión de los artículos:

- 1) Categoría “revisión bibliográfica”.
- 2) Inglés y español.

3) Publicados en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión:

- 1) Artículos que no dispongan del texto completo en castellano o inglés.
- 2) Estudios publicados con anterioridad al año 2014.
- 3) Aquellos que no guardaran relación con el tema descrito.

El proceso de selección de artículos se dividió en dos fases. En la primera se analizaron los datos de la búsqueda a partir de la información proporcionada por título, resumen y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. En la segunda fase se realiza la extracción de datos realizando la lectura a texto completo para así seleccionar aquellos de interés para la revisión.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de la búsqueda citada anteriormente son los siguientes: en la base de datos PubMed se obtuvieron 28668 resultados. Al realizar la búsqueda aplicando filtros según criterios de inclusión en el título, el resumen y el asunto, empleando también el filtro de los textos completos se obtuvieron 687. Se procedió a la lectura del título y el resumen de cada uno de ellos, descartando los que por su temática no nos resultaban útiles, y por último se efectuó una lectura completa de los 10 artículos restantes, eliminando aquellos que no cumplían criterios.

El aneurisma de aorta, se considera como una patología multifactorial, siendo los principales factores de riesgo: la edad (mayores de 65 años), el sexo masculino, el tabaquismo, la dislipemia, la cardiopatía isquémica, la enfermedad pulmonar obstructiva, la hipertensión y la enfermedad arterial periférica.

Normalmente el 75% de los pacientes portadores de un aneurisma de aorta abdominal se encuentran asintomáticos, por lo que lo habitual es que se detecten durante una exploración clínica o radiológica realizada por otros motivos.

Si en su evolución el aneurisma continúa expandiéndose, puede comprimir estructuras cercanas presentando sintomatología por compresión local como dolor abdominal y síntomas gastrointestinales. La clínica por sí sola es diagnóstica en el 38% de los casos y en el resto requiere de técnicas radiológicas.

El objetivo del tratamiento es prevenir la rotura del aneurisma. Si son pequeños, se realizará un tratamiento farmacológico para reducir la tensión arterial, seguirá

una dieta hiposódica y baja en grasas, se controlará el azúcar y el colesterol, se evitará: el tabaco, levantar objetos pesados y el ejercicio físico vigoroso. Si se observara un crecimiento rápido del aneurisma o llegara a un diámetro determinado (entre 5-5,5 cm o más), se indicaría cirugía para evitar su rotura.

5 Discusión-Conclusión

El aneurisma de aorta es una enfermedad difícil de diagnosticar cuando aún su diámetro es menor, es potencialmente mortal si este llega a romperse, por lo que el personal de enfermería debe realizar una educación para la salud con calidad en aquellos pacientes con factores de riesgo modificables, sobre todo cuando ya está instaurada.

6 Bibliografía

1. Lehman B, Miller RM, Richter SS, Keller G, Tan C, Rodriguez ER, Roselli EE, Rehm SJ. Clostridium septicum-infected aortic aneurysm or graft is a deadly diagnosis.
2. Maguire SC, Traynor O, Strawbridge J, O'Callaghan A, Kavanagh DO. A systematic review of simulation in open abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2019 Dec 9. pii: S0741-5214(19)32414-0. doi: 10.1016/j.jvs.2019.10.009.
3. Roosendaal LC, Kramer GM, Wiersema AM, Wisselink W, Jongkind V. Outcome of Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm Repair in Octogenarians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2019 Dec 3. pii: S1078-5884(19)31071-8. doi: 10.1016/j.ejvs.2019.07.014.
4. Galyfos G, Sigala F, Mpananis K, Vouros D, Kimpizi D, Theodoropoulos C, Zografos G, Filis K. Small abdominal aortic aneurysms..
5. Borek A, Drzymala F, Botor M, Auguściak-Duma AM, Sieroń AL. Roles of microRNAs in abdominal aortic aneurysm pathogenesis and the possibility of their use as biomarkers. *Kardiochir Torakochirurgia Pol.* 2019 Oct;16(3):124-127. doi: 10.5114/kitp.2019.88601.
6. Guo Q, Zhao J, Ma Y, Huang B, Yuan D, Yang Y, Du X. A meta-analysis of translumbar embolization versus transarterial embolization for type II endoleak after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2019 Oct 30. pii: S0741-5214(19)32241-4. doi: 10.1016/j.jvs.2019.05.074.
7. Mohamed N, Galyfos G, Anastasiadou C, Sachmpatzidis I, Kikiras K, Pappetrou A, Giannakakis S, Kastrisios G, Papacharalampous G, Geroulakos G, Maltezos C. Fenestrated Endovascular Repair for Pararenal or Juxtarenal Abdominal

Aortic Aneurysms: a Systematic Review. *Ann Vasc Surg*. 2019 Oct 17. pii: S0890-5096(19)30854-4. doi: 10.1016/j.avsg.2019.09.016.

8. Jones AD, Waduud MA, Walker P, Stocken D, Bailey MA, Scott DJA. Meta-analysis of fenestrated endovascular aneurysm repair versus open surgical repair of juxtarenal abdominal aortic aneurysms over the last 10 years. *BJS Open*. 2019 May 17;3(5):572-584. doi: 10.1002/bjs5.50178.

9. Orgera G, Tipaldi MA, Laurino F, Lucatelli P, Rebonato A, Paraskevopoulos I, Rossi M, Krokidis M. Techniques and future perspectives for the prevention and treatment of endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysms. *Insights Imaging*. 2019 Sep 23;10(1):91. doi: 10.1186/s13244-019-0774-y.

10. Harky A, Ahmad MU, Santoro G, Eriksen P, Chaplin G, Theologou T. Local Versus General Anesthesia in Nonemergency Endovascular Abdominal Aortic Aneurysm Repair: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2019 Jul 6. pii: S1053-0770(19)30646-9. doi: 10.1053/j.jvca.2019.07.007.

Capítulo 94

LA HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ

SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ

MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO

1 Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son una importante causa de morbilidad que afectan a la calidad de vida de los pacientes, prolongan su estancia hospitalaria, incrementan los costes sanitarios y producen un aumento de las resistencias a antimicrobianos debido al uso de antibióticos necesarios para su tratamiento, planteando un importante problema mundial para la seguridad del paciente.

2 Objetivos

Analizar la importancia del lavado de manos por parte del personal de enfermería en contacto con los pacientes, los pasos a seguir para una correcta higiene de manos y los problemas que puede conllevar el no realizarlo correctamente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos y guías recomendadas. Los artículos fueron seleccionados en bases de datos electrónicas (PubMed, Sci-

elo) de los últimos cinco años mediante las palabras clave: higiene de manos, prevención, solución hidroalcohólica, enfermería. Las guías revisadas son las que la OMS pone a disposición de los profesionales sanitarios: tanto la guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos, como el Manual técnico de referencia para la higiene de las manos.

4 Resultados

De entre todas las medidas que tenemos para luchar contra las IRAS, la higiene de manos es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal medida para combatirlas y reducirlas, ya que la mayor parte de estas infecciones se produce por contacto y transmisión horizontal. Es tan importante la higiene de manos de pacientes y familiares, como la higiene de manos de los profesionales sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido unas directrices sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria basadas en datos científicos, para contribuir a mejorar la higiene de las manos y, por consiguiente, reducir las IRAS en los centros sanitarios.

Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial.

Revisando varios artículos nos encontramos que en agosto de 2013, los pacientes de una unidad de reducción postquirúrgica cardiotorácica recibieron botellas individuales de desinfectante para manos. Las enfermeras y los técnicos de enfermería les proporcionaron educación sobre higiene de manos. Los pacientes completaron una encuesta de 6 preguntas antes de la intervención, al alta hospitalaria y 1, 2 y 3 meses después de la intervención. Se encontraron correlaciones significativas entre la higiene de las manos y las tasas de infección con enterococos resistentes a la vancomicina y *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina después de la intervención. Después de la implantación de las intervenciones de higiene de manos, las tasas de ambas infecciones disminuyeron significativamente.

También en el Hospital General Santo Domingo en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas se realizó un estudio transversal entre los meses de junio y julio del año 2018 con el objetivo de describir la adherencia a la higiene de manos por parte del personal de enfermería. Dentro de los tipos de higiene de

manos en los que el personal de enfermería tuvo que realizar antes y después de algunos procedimientos, destacó los que contienen bases alcohólicas, al cumplir con todos los pasos de la técnica. El momento donde más se realizó el lavado fue tras el contacto con el paciente y el factor que desfavorecía la higiene de manos era la falta de toallas. Los licenciados fueron los que más adherencia tuvieron a la técnica.

Se realizaron otros estudios para evaluar la efectividad de la técnica aplicada en el lugar de trabajo y monitorizar la adhesión del personal sanitario de un Hospital de Media-Larga estancia al protocolo de higiene de manos. La prevalencia de colonización pasó del 28,3% al 21,2%. El cumplimiento de la higiene de manos pasó del 39,5% al 72%. Aplicando el Marco de Autoevaluación de la OMS se pasó de un nivel intermedio con 287,5 puntos a un nivel avanzado con 432,5 puntos. El consumo de solución hidroalcohólica pasó de 3,9 a 19,3 litros/1000 estancias.

La higiene de las manos puede realizarse frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón.

- Fricción de manos con un preparado de base alcohólica: La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica. Éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos. Los preparados de base alcohólica, según la OMS presentan una serie de ventajas que son: la eliminación de la mayoría de los gérmenes, el escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos), la disponibilidad del producto en el punto de atención, la buena tolerancia de la piel y el hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular. El jabón y el preparado de base alcohólica nunca deben utilizarse conjuntamente.

Hay que lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios.

La OMS ha señalado cinco momentos esenciales en los que se requiere la higiene de las manos durante la prestación de la asistencia sanitaria:

- Momento 1: antes del contacto con el paciente.

Por qué: para prevenir la transmisión de gérmenes desde el área de asistencia al paciente y en última instancia proteger al paciente de la colonización y de las infecciones exógenas por parte de gérmenes nocivos transmitidos por las manos de los profesionales.

- Momento 2: antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Por qué: para impedir la transmisión de gérmenes por inoculación al paciente, así como de un punto del cuerpo a otro del mismo paciente.

- Momento 3: después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

Por qué: para proteger al profesional sanitario de la colonización o infección por los gérmenes del paciente y para proteger el entorno sanitario de la contaminación y de la subsiguiente propagación potencial.

- Momento 4: después del contacto con el paciente.

Por qué: para proteger al profesional sanitario de la colonización y la infección potencial por los gérmenes del paciente y para proteger el entorno del área de asistencia de la contaminación y la potencial propagación.

- Momento 5: después del contacto con el entorno del paciente.

Por qué: para proteger al profesional sanitario de la colonización por los gérmenes del paciente que pueden estar presentes en las superficies / objetos de entorno inmediato y para proteger el entorno sanitario de la contaminación y la potencial propagación.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que un mayor cumplimiento de la higiene de manos por parte de los pacientes puede influir en las tasas de infección en una unidad hospitalaria. La disminución de las tasas de infección y el mayor cumplimiento de la higiene de manos entre los pacientes pueden atribuirse a la implementación de la educación del paciente y al aumento de la accesibilidad y el uso de desinfectantes para manos.

Esta técnica está en estrecha relación con el personal de enfermería y si fuese aplicada correctamente, se evitarían días de hospitalización y se ahorraría gastos al paciente, la familia y el sistema de salud. Las medidas más eficaces para mejorar los resultados en cuanto a la higiene de manos han sido la elaboración de planes de mejora específicos, implicándose la dirección de los centros sanitarios, y el uso de la observación directa a los profesionales para el cumplimiento de los protocolos.

6 Bibliografía

Brusaferrò S, Arnoldo L, Cattani G, Fabbro E, Cookson B, Gallagher R, et al. Harmonizing and supporting infection control training in Europe. *J Hosp Infect.* 2015;89(4):351-6.

- Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32(2):101-4.
- Haverstick S, Goodrich C, Freeman R, James S, Kullar R, Ahrens M. Patients' Hand Washing and Reducing Hospital-Acquired Infection. *Crit Care Nurse*. 2017 Jun;37(3):e1-e8.
- Gordon Zamora EJ, Masaquiza Moyolema DA, Gallegos Moreno FA, Mayorga Gutiérrez ER. La infección nosocomial. Un reto en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión-Vol. 3 Sup.1* 2018.
- López-Cudco LL, Herrera-Sánchez PJ, Rodríguez-Díaz JL, Parcon-Bitanga M. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Vol.23 no.4 Camagüey jul.-ago. 2019.
- Merino Plaza MJ et al. ¿Cómo incrementar la adhesión del personal sanitario al protocolo de higiene de manos?. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2018, vol.92, e201810072.
- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. World Health Organization.
- Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. World Health Organization.

Capítulo 95

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

1 Introducción

Las taxonomías NANDA, NOC Y NIC son unos instrumentos que ayudan a los profesionales de enfermería en la planificación de los cuidados. Son herramientas fundamentales en el trabajo diario, ya que el uso de un lenguaje estandarizado es esencial.

Taxonomía NOC: Sirve para nombrar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Como consecuencia de los cuidados de enfermería, los resultados expresan los cambios que se quieren alcanzar en las personas, familia o comunidad.

Taxonomía NIC: Las intervenciones de enfermería, son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados

esperados.

NANDA: es una clasificación diagnóstica. Se utiliza como herramienta, a través de la cual, se consigue unificar de forma internacional el lenguaje de enfermería.

El diagnóstico de enfermería es esencial dentro de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería. Su importancia viene dada por representar la identificación del problema. Con posterioridad, el personal de enfermería atenderá al paciente. El diagnóstico sirve de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados.

2 Objetivos

Elaboración de un plan de cuidados de enfermería estandarizado haciendo referencia a un caso clínico concreto dentro de la unidad de cuidados intensivos.

3 Caso clínico

Paciente que ingresa en la unidad de cuidados intensivos con diarrea de 48 horas de evolución. Ha realizado 20 deposiciones líquidas al día de gran cantidad. No tolera líquidos orales. Está deshidratado.

Exploración:

- Exploración física encontramos una pérdida de peso del 10% con relación al peso previo.
- Sequedad de piel y mucosas.
- Anuria.
- Boca seca.
- Ruidos intestinales aumentados.

4 Resultados

*Juicio clínico enfermero.

- Déficit del volumen de líquidos Relacionado con Pérdida activa del volumen de líquidos manifestado por pérdida súbita de peso.
- Sequedad de piel y mucosas.
- Diarrea Relacionado con infecciones y manifestado por realización de 20 deposiciones cada 24 horas.

*Objetivos NOC.

- Patrón eliminatorio dentro del ritmo esperado.
- Ausencia del dolor abdominal.
- Administración adecuada de líquidos.
- Mantener hidratación cutánea.
- Mantener diuresis dentro de límites esperados

*Actividades NIC.

- Observar signos y síntomas de la diarrea.
- Observar regularmente la turgencia de la piel y lengua.
- Pesar y anotar cambios en el peso del paciente.
- Favorecer la administración de líquidos.
- Realizar balance de líquidos.
- Valorar la mucosa bucal del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es una función esencial de la enfermería, realizar un plan de cuidados correcto y adaptado a cada paciente, teniendo presentes las necesidades de dicho paciente y su familia, sin olvidarnos de su comunidad y entorno.

6 Bibliografía

*-Herdman T.H. (2012) (Ed). NANDA internacional Diagnósticos Enfermeros Definiciones Y clasificación 2012-2014. Barcelona. Elsevier

*-Moorhead, S (coord). Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC). Madrid: Elsevier; 2009

*-Bulechek G (coord). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Madrid: Elsevier; 2009

Capítulo 96

CORRECTA RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA EN NIÑOS

MARIA MORA ORTEGA

1 Introducción

Un análisis de orina es una prueba de orina. A menudo se realiza para detectar si hay una infección de las vías urinarias, problemas renales o diabetes. También se puede realizar para el correcto seguimiento de algunas infecciones y tratamientos.

2 Objetivos

Describir los distintos métodos de recogida de muestra de orina en pacientes pediátricos según diversas técnicas.

3 Metodología

Para determinar las diferentes técnicas existentes en pediatría para la recogida correcta de muestras de orina se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos: Medline, Scielo seleccionando artículos académicos revisados usando para ello palabras clave como: análisis de orina, urinocultivo, punción suprapúbica-bebés.

4 Resultados

Existen en la actualidad diversas técnicas en pediatría para la recogida de muestras de orina:

*Por micción espontánea o bolsa adhesiva perineal.

La orina se recogerá en colectores o bolsas especialmente diseñadas para ellos de la siguiente manera:

-Se realizará un lavado cuidadoso de los genitales y del área perineal y luego se procederá a colocar la bolsa de plástico.

-Se vigilará la bolsa cada 30 minutos, y tan pronto el niño haya orinado, se retirará y enviará al laboratorio para su determinación.

-Si la micción no se ha realizado transcurrida una hora, se deberá repetir la operación colocando una bolsa nueva.

Se considerará el urocultivo positivo si >100000 colonias/ml.

*Punción suprapúbica.

Es una técnica rápida, simple y segura. Está recomendada sobre todo en lactantes y niños pequeños en los que la recogida mediante bolsa adhesiva no se haya conseguido.

Se considera el urocultivo positivo ante cualquier recuento bacteriano.

*Sondaje vesical.

Es la técnica alternativa a la anterior. Se debe usar una sonda de calibre apropiado (números 6,8 y/o 10).

Se considera que el urocultivo es positivo a partir de 10000 colonias, hasta esa cifra se consideraría contaminación uretral.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta recogida de orina en niños es muy importante para poder garantizar que el recuento bacteriano sea el adecuado y con ello la fiabilidad de su resultado y de su posterior tratamiento.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>
- <https://scielo.conicyt.cl>
- <https://analesdepediatria.org>

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007248.htm>
- <https://www.fisterra.com>

Capítulo 97

CUIDADOS DEL LINFEDEMA : PREVENCION Y TRATAMIENTO PRECOZ

MARIA MORA ORTEGA

1 Introducción

Un linfedema es la acumulación anormal de líquido en el tejido blando debido a una obstrucción en el sistema linfático.

En mujeres con cáncer de mama que han precisado linfadenectomía, se produce en un brazo por interrupción de los vasos linfáticos a nivel de la axila. Como consecuencia el volumen de linfa que se produce excede a la capacidad de drenaje de la misma, por lo que se acumula y causa inflamación.

Las mujeres tratadas con linfadenectomía y que además requieran tratamiento con radioterapia sobre los ganglios linfáticos son las que presentan mayor riesgo de desarrollar linfedema. Se trata de un trastorno crónico y progresivo por lo que es fundamental su prevención y tratamiento precoz para mantenerlo controlado.

Se estima que una de cada cuatro mujeres desarrollará esta complicación y aunque el tiempo de aparición varía entre semanas y años, lo más frecuente es que el 75% de los casos aparezcan durante el primer año tras la cirugía.

2 Objetivos

Especificar el manejo terapéutico del linfedema.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre el linfedema, su prevención y tratamiento precoz. Se consultaron diversas bases de datos(Dialnet, Medline, Scielo) con palabras clave como: linfedema, cáncer de mama, mastectomía, medias de compresión.

4 Resultados

- El manejo terapéutico del linfedema está sustentado en limitar la morbilidad del paciente, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del mismo:

*En el caso de afectación de un brazo se deben evitar: cortes y heridas en el brazo afecto, calor y frío extremo (saunas, tomar el sol sin protección solar alta, manipulación de hornos, estufas calientes, planchas...sin proteger las manos), cargar peso con el brazo afecto, usar reloj-pulsera-anillos, muy ajustados, en el brazo afecto, y mordiscos y arañazos de animales. Se recomienda el uso de repelentes de insectos (para evitar picaduras) y la natación suave. Los sujetadores no deben apretar mucho en el hombro y tórax (los aros no son aconsejables por el roce continuo que tienen en la zona). Además no se debe llevar el bolso sobre el brazo afecto, no se tomará en él la tensión arterial ni se realizará venopunción alguna en él. Se recomienda no utilizar cosméticos irritantes en el brazo y en la mama.

En el caso de presentar el linfedema, la posición adecuada del brazo afectado sería colocarlo sobre almohadas de forma que la articulación del codo esté más alta que la del hombro y la mano en un plano superior al codo, por encima del nivel del corazón. Además es recomendable la limpieza diaria y la aplicación de crema hidratante en la piel de la zona afectada. En caso de tener que limpiar cualquier herida que se produzca se hará con agua y jabón y pomada antibacteriana si fuese necesario.

*En el caso de tener una afectación en la pierna advertiremos que : no deben cruzarse las piernas al sentarse, no usar ligas muy apretadas y no estar sentado en la misma posición durante más de 30 minutos. Además hay que recomendar que se deben mantener los pies secos y limpios (con calcetines de algodón), no andar descalzo y cortarse las uñas en línea recta. Se debería acudir al podólogo cuando haya que prevenir infecciones o uñas encarnadas. Se recomienda el uso de media elástica de compresión extra-fuerte y vendajes compresivos durante la noche. Si hubiese que realizar un vendaje sería con venda de gasa evitando el esparadrapo. También es importante un control de la alimentación evitando el

sobrepeso

5 Discusión-Conclusión

Saber dar una serie de recomendaciones mas o menos sencillas a los pacientes con riesgo de padecer un linfedema, puede prevenir o retrasar su aparición y, si éste apareciese de todas formas, tener los conocimientos adecuados puede ayudar a nuestro paciente a ser capaz de mejorar su funcionalidad y su calidad de vida.

6 Bibliografía

- <https://www.aecc.es>
- <https://medlineplus.gov/spanish/lymphedema.html>
- <https://medlineplus.gov>

Capítulo 98

PILOMATRIXOMA EN EDAD PEDIÁTRICA -"A PROPÓSITO DE UN CASO"

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

SANTIAGO PIEDRA VELASCO

1 Introducción

El término Pilomatrixoma o epitelioma calcificado de Malherbe fue descrito por primera vez 1880 por Malherbe y Chennatis que describían como un tumor originado en las glándulas sebáceas .

En 1942 Turhan y Krainer con ayuda microscopia apuntaban su origen en las células de la corteza .

En la actualidad es un tumor benigno que se origina en la matriz del folículo piloso. A nivel clínico se presenta como un nódulo firme , de consistencia dura (por estar calcificado), indoloro, a la visualización se puede apreciar un tono levemente azulado , puede retraerse al tocarlo. Su tamaño es variable miden menos de tres centímetros pero existen pilomatrixoma gigantes que miden más de tres centímetros.

Representa el segundo tumor benigno cutáneo más frecuente en la edad pediátrica . Su incidencia es dos veces mayor en el sexo femenino. La localización suele ser cara, cuello y extremidades superiores, pero pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo con folículos pilosos.

La etiología es de origen desconocido , aunque algunos estudios apuntan a mutación de la Beta -catenina en el gen CTNNB1. El diagnóstico se puede sospechar por la clínica, las pruebas radiológicas tienen poco valor, la ecografía puede ser útil además de ser inocua y podermos determinar la profundidad de la lesión.

2 Objetivos

Describir las características clínicas con la presentación de un caso clínico de un niño de 5 años, el diagnóstico, diagnóstico diferencial y tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente de 5 años que es derivado a Cirugía pediátrica a través de su pediatra de su centro de salud por presentar una lesión a nivel del brazo izquierdo (1/3) de aparición de 2 meses con un primer diagnóstico Foliculitis , han aplicado mupirocina (Bactroban) y calor seco sin mejoría alguna, no supuración, refiere la madre crecimiento progresivo.

Antecedentes personales:

Embarazo y parto controlado

No enfermedades ni ingresos previos.

No intervenciones quirúrgicas .

No alergias medicamentosas conocidas

Bien vacunado según calendario oficial.

4 Resultados

* Características clínicas.

A nivel de la región del brazo izquierdo se observa pequeña tumoración de 1 centímetro, indurada, no dolorosa, no eritema ni calor local. Se sospecha de pilomatrixoma se programa para intervención quirúrgica para exéresis.

Para su diagnóstico es útil la ecografía en este caso se omitió. Una vez realizada la exéresis, se realiza biopsia escisional de la lesión donde se confirma a los pocos días Pilomatrixoma.

* Diagnóstico diferencial: El pilomatrixoma se debe realizar diagnóstico diferencial con quistes epidérmicos, quistes dermoides y hematoma calcificado, lipomas, quistes calcificados y otros tumores anexiales.

* Tratamiento: exéresis.

* Recomendaciones al alta:

- No realizar ejercicio físico al menos 15 días (reposo relativo)
- Curas diarias con agua y jabón , secar bien la piel y aplicar antiséptico polividona yodada
- No precisa retirada de puntos (sutura absorbible),
- Protección solar total 1 año
- Ibuprofeno cada 8 horas durante tres días posteriormente si precisa por dolor .
- Si fiebre , dolor o infección de herida quirúrgica acudir para nueva valoración .
- Revisión 1 mes

Al mes se comunica a la madre el resultado de la biopsia que confirma Pilomatrixoma y una vez cicatrizado la herida se aconseja poner parches para reducir la cicatriz y mejorar el aspecto de dicha lesión.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la etiología es de origen desconocido se asocia a mutaciones del gen CTNNB1. Para su diagnóstico se sospecha por la localización y manifestaciones clínicas.

Representa segundo tumor benigno más frecuente en la edad pediátrica y su incidencia es dos veces mayor en el sexo femenino.

Dada la complejidad de la patología se recomienda la realización de estudios exhaustivos para el manejo eficiente de dicha patología.

6 Bibliografía

- B.de Unamuno , R.Ballester,P Hernandez ,I.Febres , V.Alegre
Servicio de Dermatología ,Hospital General Universitario de Valencia , Valencia,España.
- Begoña Guillen Gutierrez del Olmo , Yobana Garcia Rioja.
Centro de salud Guadalajara-Sur de Guadalajara.
- Verónica Palacios Perez (Diplomado Universitario de Enfermería)
Revista- portales médicos.com/revista-médica/pilomatrixoma-caso-clínico/
- José L. Cuervo -Jefe Unidad 12, Departamento de Cirugía.
Hospital de niños Dr Ricardo Gutierrez , Buenos Aires -Argentina
- R.Fernández Atuan , N. Alvarez Garcia , Y. Gonzalez Ruiz, A.Siles Hinojosa,

M.A. Rihuete Heras , I. Elías Pollina

Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza.

WWW.medigraphic.org.mx

Romel Castaneda - Médico adscrito al Servicio de Cirugía Reconstructiva , Hospital Central Norte de Pemex .

WWW.intramed.net

Autor. Dra Marcela Conda , Dra María Magdalena Farias , Dr Alvaro Abarzua, Dr Sergio Gonzalez , Ada Chicharro , Buenos Aires Nov/ Dic 2011

Capítulo 99

CASO CLÍNICO: ENTEROGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

LAURA RIESTRA BLANCO

ESTHER LÓPEZ HERES

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

1 Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por ser un proceso inflamatorio intestinal transmural. Puede afectar de forma segmentaria a todo el tracto gastrointestinal. Aunque puede afectar cualquier parte del tracto digestivo desde la boca hasta el ano, más comúnmente afecta la porción más baja del intestino delgado (íleon) o el intestino grueso (colon y recto). Las lesiones de la EC son muy variadas (ulceración de la mucosa, edema y engrosamiento de la pared intestinal, trayectos fistulosos, adenopatías peritoneales, etc).

Los estudios endoscópicos y radiológicos son necesarios para caracterizar adecuadamente la extensión y los cambios fisiopatológicos que se observan en la EC. Los estudios endoscópicos permiten ver la mucosa del tracto digestivo pero no pueden visualizar la afectación transmural, ni extraintestinal.

Los síntomas más frecuentes en la enfermedad de Crohn son los intestinales y los que se derivan de ellos:

- Dolor abdominal.
- Diarrea con o sin moco y sangre, a veces estreñimiento.
- Fisuras y úlceras.
- Cansancio y fatiga.
- Fiebre.
- Falta de apetito y pérdida de peso.
- Malestar general y debilidad.

Sin embargo, y aunque la enfermedad de Crohn es una patología crónica, las personas que la tienen experimentan los síntomas intermitentemente. Es decir, en períodos de brote (fase activa) que se intercalan con etapas en las que los síntomas están en remisión (fase inactiva).

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad crónica de curso imprevisible que requiere numerosos estudios radiológicos durante la vida. Afecta frecuentemente a pacientes jóvenes, más vulnerables a los efectos nocivos de las exploraciones repetidas con radiaciones ionizantes. La precisión diagnóstica de la enterografía por RM es similar a la de la tomografía computarizada (TAC) por su alta resolución tisular, sin el inconveniente de la radiación.

2 Objetivos

Analizar y conocer la técnica de enterografía por resonancia magnética para el estudio de la enfermedad de Crohn.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 15 años que acude por cuadro clínico de dolor abdominal tipo pinchazo y pérdida de peso no cuantificada. Tiene antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal con ambos progenitores con enfermedad de Crohn (padre intervenido y madre a tratamiento farmacológico).

El paciente refiere hiporexia, niega náuseas o vómitos. El dolor es de minutos de duración, aparición intermitente y no lo relaciona con la ingesta ni con el ayuno. Tampoco manifiesta cambios en el hábito intestinal.

En ecografía abdominal se observa engrosamiento de íleon e imágenes sugestivas de trayectos fistulosos por lo que se recomienda realización de enterografía por resonancia.

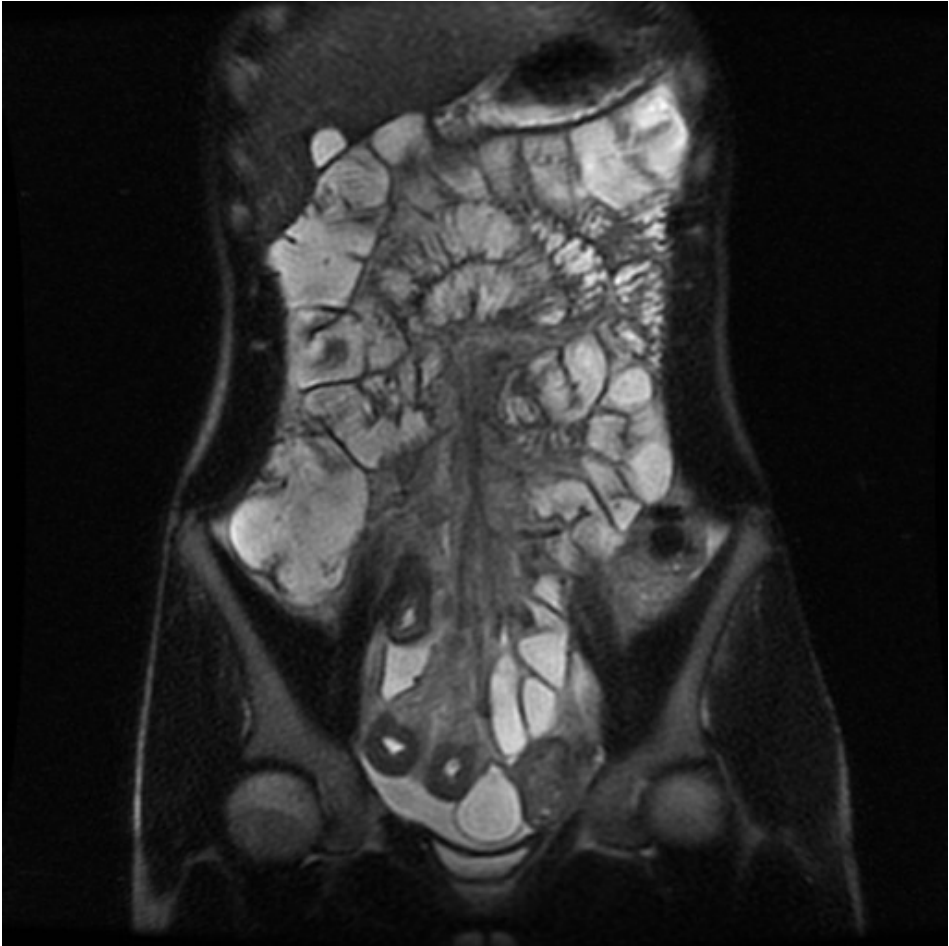
El estudio se realiza en RM de 1,5 Teslas con antena de superficie que permite el estudio de todo el abdomen y la pelvis en la misma exploración. Para ello el paciente acude en ayunas de 8 horas y se le administra Polietilenglicol (Moviprep®) en 1 litro de agua por vía oral para la replección intestinal y 1 amp de Buscapina intravenosa (20 mg) como espasmolítico para disminuir la peristalsis. Se le realizan varios cortes transversales, coronales y axiales sin y con administración de Gadolinio IV (0,1 mmol/kg de peso), observándose engrosamiento de la pared de varias asas de intestino delgado, con escasa peristalsis e importante realce de la mucosa y engrosamiento mural con captación sucesiva transmural. Las asas se encuentran pegadas entre sí con presencia de trayectos fistulosos.

Intentamos obtener una distensión intestinal óptima y uniforme, para conseguir imágenes con alta resolución de contraste entre la pared y la luz intestinal, valorar el grosor parietal, la distribución de la afectación parietal y la motilidad intestinal con secuencias dinámicas.

4 Resultados

Hallazgos compatibles con enfermedad de Crohn activo con componente fistuloso e inflamatorio.

- Corte Axial T2. Pre-administración de Gadolinio IV. Afectación ileal con hiper captación en mucosa.
- Corte Axial T1 Post-administración de Gadolinio IV. Realce de la mucosa y captación transmural de 10mm de espesor.
- Corte Coronal T2. Afectación ileal con engrosamiento de la pared intestinal.



5 Discusión-Conclusión

La entero-RM es una técnica de fácil realización con escasos efectos adversos.

En el último consenso de la European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) , la enterografía por RM y por TC son las técnicas de imagen recomendadas para determinar la extensión de la EC en el intestino delgado por ser las técnicas que presentan la mayor precisión para detectar la afectación intestinal y extraintestinal. La ausencia de radiación sitúa actualmente a la enteroRM como la exploración de elección, sobre todo en los pacientes jóvenes que requerirán exploraciones repetidas a lo largo de su vida.

6 Bibliografía

1. Mendoza Juan L., González-Lama Yago, Taxonera Carlos, Suárez-Ferrer Cristina, Matute Fátima, Vera María I. et al . Uso de la enterografía por resonancia magnética en el manejo de la enfermedad de Crohn de intestino delgado: primer año de experiencia. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2012 Dic [citado 2019 Dic 20] ; 104(11): 578-583. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
2. L. Herraiz Hidalgo, E. Alvarez Moreno, J. Carrascoso Arranz,R. Cano Alonso y V. Martínez de Vega Fernández. Entero-resonancia magnética: revisión de la técnica para el estudio de la enfermedad de Crohn. Departamento de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitario Quirón, Pozuelo de Alarcón, Madrid, España. Elsevier España sl. Disponible en: <http://www.webcir.org>

Capítulo 100

BIOSEGURIDAD EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL

1 Introducción

La bioseguridad es la aplicación de conocimientos, técnicas y equipamientos para prevenir a personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente de la exposición a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico.

La bioseguridad hospitalaria, a través de medidas científicas organizativas, define las condiciones de contención bajo las cuales, los agentes infecciosos deben ser manipulados con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial de ellos a:

- personal de laboratorio y/o áreas hospitalarias críticas
- personal de áreas no críticas
- pacientes y público general, y material de desecho
- medio ambiente

2 Objetivos

Identificar los principios de bioseguridad y su relevancia en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: bioseguridad, sanitario, sanidad, personal, paciente. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los principios de la bioseguridad son esencialmente tres:

1.- Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no enfermedades.

2.- Proporcionar el uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las probabilidades de una infección

3.- Dotar de medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

Los elementos básicos de los que se sirve la seguridad biológica para la contención del riesgo provocado por los agentes infecciosos son tres:

1.- Prácticas de trabajo: Unas prácticas normalizadas de trabajo son el elemento más básico y a la vez el más importante para la protección de cualquier tipo de trabajador. Las personas que por motivos de su actividad laboral están en contacto, más o menos directo, con materiales infectados o agentes infecciosos, deben ser conscientes de los riesgos potenciales que su trabajo encierra y además han de

recibir la formación adecuada en las técnicas requeridas para que el manejo de esos materiales biológicos les resulte seguro. Por otro lado, estos procedimientos estandarizados de trabajo deben figurar por escrito y ser actualizados periódicamente.

2.- Equipo de seguridad (o barreras primarias): Se incluyen entre las barreras primarias tanto los dispositivos o aparatos que garantizan la seguridad de un proceso (como por ejemplo, las cabinas de seguridad) como los denominados equipos de protección personal (guantes, calzado, pantallas faciales, mascarillas, etc).

3.- Diseño y construcción de la instalación (o barreras secundarias): La magnitud de las barreras secundarias dependerá del agente infeccioso en cuestión y de las manipulaciones que con él se realicen. Vendrá determinada por la evaluación de riesgos. En muchos de los grupos de trabajadores en los que el contacto con este tipo de agentes patógenos sea secundario a su actividad profesional, cobran principalmente relevancia las normas de trabajo y los equipos de protección personal, mientras que cuando la manipulación es deliberada entrarán en juego, también, con mucha más importancia, las barreras secundarias.

El personal que trabaja en el área quirúrgica de cualquier hospital, está expuesto constantemente a riesgos que en muchos textos podrían llamarse laborales o profesionales, a los que denominaremos riesgos biológicos y que requieren más que un tratamiento, la prevención. La tarea tradicional del equipo de salud en la sala de operaciones fue la de ocuparse de la integridad del paciente, hoy día, a la preocupación antes señalada se le ha agregado la de proteger la salud del equipo quirúrgico. Médicos tanto anesthesiólogos como cirujanos, enfermeras, camilleros, camareras y hasta el mismo paciente son susceptibles a padecer de cualquier tipo de exposición de poluciones, tóxicos e incluso contaminarse con objetos infectados.

Resulta muy difícil mantener un alto nivel de interés y alerta en materia de seguridad por un largo periodo de tiempo. Debido a esto la divulgación y refrescamiento de las regulaciones de seguridad se hacen imprescindibles. El supervisor de seguridad debe mantener su equipo trabajando continuamente para mantener el interés en la seguridad.

Muchas condiciones peligrosas y acciones inseguras, no siempre pueden ser anticipadas. En estos casos cada empleado debe utilizar su propia imaginación, sentido común y autodisciplina, para protegerse y proteger a sus compañeros. Algún

estímulo al trabajo seguro del personal, puede en muchos casos ayudar a mantener la guardia en alto.

El más importante de todos los documentos en materia de seguridad, lo constituye el propio manual de Bioseguridad, es por esta razón que debe ser creado según las necesidades del área. El mismo debe ser repasado con alguna frecuencia por todo el personal. Para estos casos, la lectura y discusión en cada sección del área quirúrgica parece la mejor opción. Su evaluación puede ser de gran ayuda en la actualización periódica del manual con la participación y experiencia de todo el personal.

Una forma práctica de recordar las medidas de seguridad en el área quirúrgica, lo constituyen las advertencias, precauciones, póster y cualquier ayuda visual que pueda lograr los objetivos deseados. Estos avisos deben ser confeccionados en cartón o similar, con colores vivos y colocados en sitios estratégicos según las labores que allí se realicen.

5 Discusión-Conclusión

El uso del manual de bioseguridad junto con su divulgación, las advertencias y el uso de las precauciones universales, limitan el control de las infecciones constituyendo una responsabilidad de todos los profesionales en salud: médicos, enfermeras, auxiliares, celadores, personal de mantenimiento y otros.

6 Bibliografía

1. Barbieri Pedro Bioseguridad En Quirófano. REV ARG. ANEST. 1995; 53: 3: 147-160 [Links]
2. Aguilera Lezama C. y Parra R. F. Accidentes en Quirófano. Riesgo a la salud en el personal del Área Quirúrgica. Publicaciones Científicas de la Sociedad Venezolana de Anestesiología. Caracas 1976; 69-80 [Links]
3. Vega Ramos R. Riesgos profesionales del anestesiólogo y del personal de quirófano. PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN CONTINUA PARA ANESTESIOLOGOS 1997: 1; 65-69. [Links]
4. Cohén E. y col. Enfermedades ocupacionales entre el personal que trabaja en los quirófanos. Rev. Col Anest Junio, 1975. [Links]
5. De Lille Fuentes R. Contaminación ambiental en salas de operaciones y su consecuencia para el anestesiólogo y personal que labora en ellas. Rev Mex Anest

1985; 8: abril-junio [Links]

6. Peter G. Duncan. Risks and Benefits of The Practice of Anesthesia IARS 2000 Review Course Lectures [Links]

7. Barriga Ángulo, G., Castillo Torres, N. Patricia Seguridad en el Laboratorio. _- Rev. Méx. Patol. Clin. 34;(1):12-16. [Links]

8. Spence, A.A.; Cohén, E.N.; Brown, B.W.; Knill-Jones, R.P.; Himmelberger, D.U. Occupational Hazards for Operating Room. JAMA 1977;238:955-959. [Links]

9. Beltrami, E. Williams, I. T.; Shapiro, Craig N.; Chamberland, M. E. Risk and management of blood-borne infections in health care workers Clinical Microbiology Review 2000;13(3):385-407. [Links]

10. Wolff R. M; Hidalgo V. , Soledad. Exposición accidental del personal de salud a sangre y líquidos biológicos de pacientes. Revista Médica de Chile 1992;120(11): 1247-53. [Links]

11. Enríquez F.; Ramírez, C; Prado, D. Eposición del médico y estudiante de Medicina a Enfermedades Transmisibles a través de Accidentes Ocupacionales con objetos punzocortantes. _Rev. Col. Med. 1993;1:21-27. [Links]

Capítulo 101

CUIDADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL

1 Introducción

En el quirófano, en algunas ocasiones, la atención al paciente es impersonal y, naturalmente, los problemas individuales son ignorados. Lo que ocurre, entonces, es que el ser humano pasa a ser tratado como un caso más atendido por el equipo, quedando la familia excluida también.

El enfermero de quirófano debe desligarse de su papel exclusivamente técnico e integrarse en el cuidado total del cliente. En una cirugía la atención comienza mucho antes y termina mucho después del acto quirúrgico en sí, así el enfermero competente sería aquel que se compromete con la humanización pues sólo la utilización de conocimientos técnicos no satisface la voluntad de los pacientes. Una de las características esenciales de la atención de enfermería humanizada sería la sensibilidad, elemento fundamental para percibir las diversas respuestas sean visuales, táctiles o auditivas; sentidos que confieren al ser humano una calidad única.

La humanización comienza en el preoperatorio, cuando el cliente debería recibir las informaciones necesarias para reducir su ansiedad. Establecer una comunicación efectiva sería una de las maneras de conquistar la confianza del paciente y humanizar la atención. El profesional que interacciona con su cliente atendiendo a sus intereses e informando es la persona que le ofrece seguridad y, sus recelos serán disminuidos en la medida que se consolide la relación de confianza profesional sanitario-paciente.

La comunicación sólo puede ser establecida entre cliente y profesional cuando hay interés y apertura por ambas partes. El profesional debería estimular al cliente a verbalizar, exponer sus sentimientos y temores. Al mismo tiempo debería estar dispuesto a escuchar con atención y respeto. Algunas veces se hace necesario romper la resistencia y una manera de hacerlo sería presentándose al paciente, es importante que la persona sepa con quién está hablando y quiénes son los responsables de lo que está pasando.

2 Objetivos

Identificar las principales características del cuidado psicológico de los pacientes quirúrgicos.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio analítico observacional descriptivo correlacional durante un mes en un hospital de segundo nivel. Los datos se obtuvieron de la recogida de información a través del contacto directo con el personal en los intervalos entre las jornadas de trabajo y con los pacientes que acababan de someterse a una intervención quirúrgica. Se analizó lo que representa la humanización para los profesionales de enfermería de quirófano y se relacionó con la satisfacción del paciente, que fue medida por un cuestionario validado. Se seleccionó la información por parte de los profesionales en función de la contundencia y originalidad con respecto a las impresiones en materia de humanización.

4 Resultados

Las principales características del cuidado psicológico que debe de realizar el enfermero y resto de personal sanitario con los pacientes, especialmente en el momento prequirúrgico, son:

- Observar: ser capaz de detectar respuestas visuales, táctiles o auditivas del paciente comprendiendo las circunstancias en las que se encuentra.
- Dotar al paciente de información y conocimiento adaptados a su situación y circunstancias, es decir, de una manera individualizada.
- Empatizar con el paciente en la medida posible.
- Encontrar vías de comunicación con el paciente para que se sienta atendido y acompañado en todo momento.

- Reducir ansiedad y miedos.

Se detecta, a través del contacto directo con los pacientes, que el desconocimiento del nombre del profesional de enfermería que les atendía permite deducir que a pesar de que, según todos los entrevistados, el personal que les prestaba asistencia era muy acogedor, no conocían sus nombres. De ahí es fácil deducir que el personal no suele decirlo. Esta cuestión debe ser trabajada pues el propio nombre es un medio por el cual podría reducirse la ansiedad del paciente quirúrgico.

Así mismo también queda patente, la preocupación por la calidad de la atención y el respeto al paciente. De la misma manera, se percibe también cómo es valorada la humanización de la atención, cosa que evidentemente resulta positivo para su aplicación. Se podría decir que los profesionales de enfermería que valoran la humanización están sometidos a una gran presión y cargas de trabajo por lo que, en muchas ocasiones, dejan de acercarse al paciente por el "miedo" de "perder tiempo" que necesitarán para las técnicas.

5 Discusión-Conclusión

Naturalmente, podemos concluir que la sociedad suele confiar más en una persona cuyo nombre conoce, porque esto permite establecer una relación de mayor proximidad. Además, decir el nombre significa afirmar nuestra identidad, afirmarnos como personas, tenemos más confianza en nosotros mismos y podemos desarrollar de forma más efectiva nuestra labor profesional, requisito esencial para el profesional de enfermería.

Posiblemente, la humanización de la atención puede favorecer la reducción del estrés de los pacientes y de los profesionales. Los profesionales sanitarios asumirían que la atención debería de ser humanizada y no simplemente el conocimiento y desempeño de técnicas.

6 Bibliografía

1. Santos A, Backes V, Vasconcelos M. A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma experiência apoiada na teoria humanística de Paterson e Zderard. *Nursing* 2002, Sao Paulo, 48: 25-30.
2. Paterson J, Zderard L. *Enfermería humanística*. México: Limusa, 1993.
3. Carraro V. *O ser humano inconsciente: Como seu familiar o compreende*. Dissertação de mestrado. Porto Alegre, 1997.

5. Brunner L, Suddarth D. Enfermería Médico-Quirúrgica. 8ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1996.
4. Batson et. al. Empathy and attitudes: can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group?. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997, 1: 105-108.

Capítulo 102

ATENCIÓN ENFERMERA EN LA DERMATITIS ATÓPICA

JOSE LUIS LLERA SUARDIAZ

1 Introducción

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad pruriginosa, inflamatoria y crónica que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, iniciándose sobre todo en la infancia. Su prevalencia se ha triplicado en los últimos años por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. Además, es uno de los principales motivos en la consulta dermatológica y supone un importante gasto a nivel sanitario.

Se trata de una enfermedad que produce altercaciones tanto a nivel físico como emocional, provocando una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinario. La educación terapéutica permite a los pacientes conocer su enfermedad y adquirir habilidades para llevar a cabo un correcto manejo de la misma. La intervención de la enfermera a nivel docente supone una mejora de la calidad asistencial.

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión y actualización bibliográfica de aspectos más fundamentales de la DA y las intervenciones de la enfermera a nivel técnico y educativo. Finalmente se ha llegado a la conclusión de que la función docente de la enfermera permite a los pacientes gestionar adecuadamente su enfermedad logrando así mejorar su calidad de vida

2 Objetivos

Objetivo general

- Describir las actuaciones de enfermería en el manejo de la dermatitis atópica.

Objetivos específicos

- Valorar el impacto físico y psíquico de la dermatitis atópica a nivel socio- sanitario.
- Mostrar la relevancia de la intervención de enfermería para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

3 Metodología

El trabajo que se presenta es una revisión bibliográfica sobre la Dermatitis Atópica y la actuación de enfermería respecto a los pacientes que la padecen. Las bases de datos que se han utilizado son: PubMed, Scielo, CUIDEN, Dialnet, Google y Google académico. Además se ha obtenido información de la biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Valladolid, así como de la Biblioteca del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Se emplearon como descriptores: “dermatitis atópica”, “actuación de enfermería”, “rol de enfermería” “nursing care”, “atopic dermatitis” “atopic eczema”. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

La piel es un órgano con múltiples funciones entre las que destaca su función protectora, actuando como barrera frente a los agentes externos. La termorregulación, la producción de vitamina D, la impermeabilización, la absorción de rayos ultravioleta o la detección de estímulos sensoriales son también otras de sus funciones. Además, la piel tiene un papel fundamental en la comunicación psicosocial, especialmente a nivel facial. El aspecto de la piel determina la imagen de la persona por lo que un estado patológico de la misma supone un importante impacto a nivel psicosocial.

La alteración de la piel puede dar lugar a enfermedades o dermatosis. Entre ellas se encuentra la dermatitis, una dermatosis de tipo inflamatorio. Las más frecuentes son la dermatitis atópica, dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, dermatitis asteótica, dermatitis perioral, neurodermatitis, eccema numular y liquen simple crónico.

Definición dermatitis atópica:

La dermatitis atópica (DA) es una dermatosis reactiva, pruriginosa de tipo crónico e inflamatorio que se caracteriza por la disfunción de la barrera de la epidermis. Es una enfermedad recidivante, dado que suele iniciarse en la lactancia y tiende a reaparecer en la edad escolar tras una mejora. Es más rara su aparición en adultos. Se caracteriza fundamentalmente por la presencia de prurito y sequedad cutánea o xerosis. El rascado de la piel hace que aumente la inflamación y en consecuencia la necesidad de rascarse, formándose lo que se conoce como un ciclo de prurito-rascado.

La atopia se define como un estado genético de hipersensibilidad que predispone a los individuos a padecer aquellas enfermedades relacionadas en su mayoría con respuestas mediadas por Inmunoglobulina E (IgE) y a sufrir alteraciones de la inmunidad celular. La atopia cutánea es un estado de hiperreactividad que se da en lo que se conoce como “pieles atópicas”, caracterizadas por ser pieles secas y fácilmente irritables que manifiestan signos y síntomas de inflamación ante determinados factores externos. La DA es, por tanto, la manifestación en la piel de este desorden. El paciente atópico puede sufrir diferentes procesos patológicos como consecuencia de la respuesta exagerada a estímulos ambientales. Estos procesos son rinoconjuntivitis, asma y dermatitis atópica y se conocen como tríada atópica.

La DA marca el inicio de lo que se conoce como marcha atópica, que se define como una aparición secuencial de las enfermedades que forman la triada atópica, siendo la DA la primera en aparecer. Se calcula que 1/3 de los pacientes con DA terminarán desarrollando asma y 2/3 padecerán rinitis alérgica.

Causas:

A pesar de que la causa precisa de la DA es desconocida, se ha demostrado que es una enfermedad en la que intervienen múltiples factores.

1. Factores genéticos

Entre el 70-80% de los pacientes que sufren DA tienen antecedentes familiares de atopia. La influencia genética es difícil de determinar, pero el componente materno es el más importante.

Se ha relacionado la DA con un defecto en el gen SPINK5 y con la mutación del gen que codifica la Filagrina (FLG) lo que favorece las lesiones inflamatorias en la barrera cutánea y predispone no sólo a su desarrollo, sino también a la progresión de la enfermedad alérgica a otros órganos (marcha atópica) Estas mutaciones se dan en el 50% de los casos y aumenta el riesgo de DA hasta 6 veces.

2. Factores inmunológicos

La alteración de la inmunidad innata provoca una alta reactividad cutánea causando exacerbación ante los estímulos externos. Además, la alteración de la inmunidad adaptativa induce al aumento de IgE por lo que contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad. Los pacientes atópicos presentan una alteración de su respuesta humoral como consecuencia del aumento de los niveles de IgE, y una alteración celular lo que facilita la reacción con los antígenos ambientales.

3. Factores constitucionales

Alteraciones de la reactividad vascular. Los vasos tienden a contraerse (vasoconstricción) lo que produce palidez centrofacial y dermatografismo blanco. Además se producen alteraciones de la fisiología de la piel, disminución del umbral del prurito, alteración de la eliminación de sudoración y alteración del manto lipídico de la piel.

4. Factores exógenos o ambientales

Entre los factores ambientales de la DA se encuentran el estrés, ya que produce cambios a nivel inmunológico; alérgenos de tipo alimentario (huevo, leche, trigo, soja, cacahuete) y de tipo aeroalérgenos (ácaros de polvo, epitelio de animales, hongos); irritantes; clima con temperatura extrema y microorganismos:

- *Staphylococcus aureus*: presente habitualmente en la piel de los atópicos, produce la secreción de unas toxinas llamadas superantígenos. Éstos inducen corticorresistencia. El rascado debilita la barrera cutánea y facilita la acción de estas bacterias.
- *Malassezia furfur*: relacionado con la DA por la producción de autoantígenos, actuando como autoalérgeno.

Es conveniente tener en cuenta la “hipótesis de la higiene” teoría impulsada en 1989 por David Strachan. Esta hipótesis sugiere que la menor exposición de los niños a los gérmenes que se produce en las zonas desarrolladas tiene como consecuencia una maduración inadecuada de su sistema inmunológico. La exposición temprana a alérgenos medioambientales y a agentes infecciones no patogénicos supondría una disminución en la prevalencia de DA.

5. Alteración barrera cutánea

La disfunción de la barrera de la piel da lugar a múltiples consecuencias:

- Disminución de la producción del factor humectante natural, lo que favorece la pérdida transepidérmica de agua y tiene como consecuencia la alteración del gradiente hídrico de la piel.

- Disminución de los ácidos grasos y ceramidas y alteración de sus proporciones habituales.
- Alteración del pH de la piel.
- Adherencia de bacterias como el *Staphylococcus aureus* a la piel debido a la disminución de péptidos antimicrobianos. Más del 90% de los pacientes afectados están colonizados por esta bacteria a nivel cutáneo.
- Aumento de permeabilidad a los antígenos exógenos, lo que hace que se generen respuestas inmunológicas inadecuadas al entrar en contacto con ellos, dando lugar a la presencia de piel seca e irritable.

Clínica:

El individuo con atopia es más propenso a sufrir lesiones cutáneas a lo largo de toda su vida. Éstas varían de unas personas a otras y en un mismo paciente a lo largo de los años, aunque tienen aspectos comunes. Hay que destacar que el principal síntoma de la DA es el prurito y se manifiesta como un picor de gran intensidad que junto con el rascado es el causante de la mayoría de los cambios cutáneos objetivables. La DA tiene carácter crónico debido a su larga duración, con aparición de brotes donde se agudiza el picor. Las lesiones se manifiestan en tres formas, pudiendo coexistir lesiones en diferentes estados de evolución:

- Agudas: prurito, xerosis, pápulas eritematosas, vesículas con exudado seroso tras el rascado. Afecta a algún segmento del cuerpo
- Subagudas: prurito moderado, xerosis, pápulas y placas engrosadas y escamosas, pálidas y excoriadas. Lesiones diseminadas que afectan a varios segmentos del cuerpo.
- Crónicas: prurito intenso, xerosis, placas engrosadas (liquenificación) y pápulas fibróticas, costras hemáticas. Lesiones generalizadas.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la DA se basa en las manifestaciones cutáneas y la historia clínica del paciente, ya que no hay pruebas de laboratorio específicas de la enfermedad. Los antecedentes familiares y personales son criterios de gran utilidad. El picor y la recurrencia de la enfermedad, junto a la morfología y distribución típica son los principales datos clínicos a tener en cuenta.

A lo largo de la historia se han propuesto diferentes formas de diagnóstico. En 1980, Hanifin y Rajka establecieron una serie de criterios clasificados como “mayores” o “menores” que se basan en la experiencia clínica y están aceptados universalmente. Para realizar el diagnóstico de DA es necesario que el paciente cumpla tres criterios mayores y al menos tres criterios menores. Son aplicables a niños y adultos.

Gravedad y calidad de vida:

Instrumentos de medición de la gravedad de la enfermedad

- SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis) es la herramienta con mayor validación.

Evalúa tres aspectos:

- Extensión de la enfermedad, a través de la regla de los 9.
- Características clínicas (gravedad de las mismas) teniendo en cuenta la presencia de eritema/pigmentación, pápulas/edema, exudación/costra, excoriación, liquenificación/prutigo y xerosis. Donde 0- ausente, 1-leve, 2-moderada, 3-grave.
- Síntomas subjetivos a través de una escala visual análoga en relación al prurito y la pérdida de sueño, valorando cada síntoma de 0 a 10 (máxima puntuación 20).

Tratamiento:

En la actualidad no existe un tratamiento curativo de la enfermedad, por lo que el abordaje debe estar dirigido al alivio y reducción de los signos y síntomas. En el tratamiento se incluyen tanto las medidas farmacológicas como las medidas generales que debe seguir el paciente.

- Tratamiento farmacológico

A) Corticoides tópicos (CT): es el tratamiento fundamental de la DA en la fase aguda o brote. Tienen acción antiinflamatoria y vasoconstrictora. La potencia del corticoide utilizado debe tenerse en cuenta, utilizando uno más suave en la zona de la cara, párpados y pliegues, y uno más potente en zonas como las palmas y plantas de manos y pies. Se debe tener precaución con su uso en niños, especialmente lactantes, debido a la inmadurez de su barrera cutánea. Tiene efectos secundarios poco frecuentes, sin embargo su uso prolongado puede producir lesiones como atrofia cutánea.

B) Inmunomoduladores tópicos, inhibidores de la calcineurina. (IT): son el tratamiento de segunda línea en DA, y se utilizan a corto plazo o de forma intermitente. Como efecto secundario pueden ocasionar ardor en la zona de aplicación que cede con la continuidad del tratamiento. Pertenecen a este grupo el Tacrolimus y el Pimecrolimus, que pueden usarse en adultos y niños de más de 2 años.

C) Antihistamínicos: indicados para disminuir el prurito. Pueden ser de primera generación, utilizados por su efecto sedante, que favorecen el sueño de los pacientes que tienen gran prurito, o de segunda generación. Se ha comprobado que su asociación con corticoides y/o inmunomoduladores tópicos reduce de manera importante el prurito.

D) Corticoides orales: se emplean como terapia sistémica cuando los tratamientos tópicos no son suficientes. Son los más utilizados en pacientes con brotes

graves. Su uso debe hacerse en ciclos cortos debido al riesgo de efectos secundarios sistémicos, y riesgo de desarrollar una disminución de su efecto o taquifilaxia.

E) Inmunomoduladores sistémicos, como la ciclosporina, modifican la respuesta inmunológica anómala que da lugar a la DA. Su uso es excepcional, debido a sus efectos secundarios a nivel sistémico.

F) Fototerapia: este tratamiento está indicado en lesiones extensas o resistentes a los tratamientos tópicos de uso habitual. Su principal indicación es la psoriasis aunque también se usa en DA debido a su elevado índice coste-efectividad. Existen varias modalidades (UVA-1, PUVA, UVB, UVB banda estrecha) y son eficaces frente al prurito y la inflamación típica de la DA. A largo plazo puede producir fotoenvejecimiento y fotocarcinogénesis. Puede causar recidivas al suspender el tratamiento y es un adyuvante al tratamiento tópico en los pacientes corticoides dependientes. No está recomendado en menores de 12 años.

G) Antibióticos: la enfermedad puede cursar con sobreinfección especialmente por *Staphylococcus aureus*, por lo que se recomienda el uso de antibióticos tópicos como mupirocina o ácido fusídico en caso de que la enfermedad presente sobreinfección en lesiones de escasa extensión. En el caso de infección extensa, se recomienda el tratamiento con antibióticos orales como cefalosporinas, que pueden asociarse a CT.

H) Inmunoterapia: Aunque su eficacia es evidente en enfermedades como el asma o rinitis, todavía se requiere más investigación de su uso en DA, ya que sólo se ha observado mejora en casos aislados, reduciendo el uso de CT y el índice SCORAD.

- Tratamiento farmacológico según la gravedad, deben realizarse medidas de aseo e higiene generales en todas las etapas:

A) Formas leves

- Corticoide tópico de potencia baja-media durante 5-10 días

B) Formas moderadas

- Corticoide tópico durante períodos breves en las reagudizaciones

- Inmunomoduladores tópicos de mantenimiento al principio de brotes leves o moderados para disminuir el uso de corticoides.

- Antihistamínicos por vía oral durante el prurito intenso

C) Formas graves

- Corticoides orales inicialmente disminuyendo progresivamente la dosis en ciclos cortos hasta corticoides tópicos

- Inmunomoduladores sistémicos en caso de requerir tto continuado con corticoides tópicos

Actuación de enfermería en la dermatitis atópica:

- Educación terapéutica.

Al tratarse de una enfermedad de causa multifactorial, los pacientes con DA requieren un tratamiento integral por parte de un equipo multidisciplinario, abordando aspectos biopsicosociales. A menudo los pacientes tienen un concepto erróneo de su enfermedad, lo que les lleva a restar importancia al cumplimiento terapéutico, por eso es fundamental la educación terapéutica.

El objetivo de la educación terapéutica es mejorar el tratamiento del paciente permitiéndole ser autónomo, adquirir y poner en práctica una serie de habilidades para vivir mejor su patología. Diversos estudios han demostrado que la educación terapéutica ha supuesto una mejora en su calidad de vida, la disminución del SCORAD y también una reducción en el gasto económico debido a la enfermedad.

El papel de la enfermería es fundamental, tanto en la realización de técnicas y procedimientos como a nivel docente. Entre sus funciones principales se encuentran educar al paciente sobre su enfermedad o a los cuidadores en caso de que el paciente sea un niño, favorecer la relación terapéutica paciente-enfermera y conseguir adherencia al tratamiento.

El contacto directo de la enfermera con el paciente favorece un mayor conocimiento de su situación personal, social y de los aspectos psicológicos que le afectan en relación con su enfermedad. Mediante la empatía, la escucha activa y la comunicación bidireccional, se favorece la relación terapéutica lo que supone el aumento de la calidad asistencial.

- Escuelas de la atopia

Los ámbitos en los que la enfermera puede ejercer su función docente son variados. Además de las consultas convencionales, se han creado las denominadas "Escuelas de la Atopia". Éstas escuelas han surgido en todo el mundo como una medida adicional en el tratamiento de la DA. A través de estos talleres se lleva a cabo la educación terapéutica del paciente. La necesidad de integrar la educación terapéutica en el tratamiento médico de los pacientes con DA ha surgido debido a múltiples factores:

- El crecimiento de pacientes con esta enfermedad en los países desarrollados.
- La necesidad de crear una estrategia de cuidados para la enfermedad crónica con el fin de mejorar el estado de salud a largo plazo y mejorar la calidad de vida del paciente previniendo posibles complicaciones.
- La voluntad por parte de los pacientes de seleccionar estrategias terapéuticas y gestionar su propia enfermedad.

- La voluntad de implicación por parte del personal sanitario.
- La complejidad del tratamiento, ya que son los pacientes y sus familiares los responsables de su aplicación y adaptación a las condiciones de la enfermedad, por lo que deben adquirir las habilidades necesarias para controlar la enfermedad.
- El beneficio que supone a los pacientes y familiares, especialmente a aquellos que carecen de un tratamiento eficiente o de apoyo social.
- La adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, habilidades prácticas (aplicación del tratamiento según la gravedad) y habilidades de relación (saber aconsejar a otros y a quién acudir durante un brote grave)

Entre los objetivos que el equipo hospitalario intenta alcanzar se encuentran: desdramatizar la enfermedad, lograr que el paciente entienda la enfermedad y exprese sus sentimientos respecto a la misma, mostrar la importancia de los consejos y medidas higiénico-dietéticas, lograr la comprensión del tratamiento y una adherencia al mismo y resolver todas las dudas que el paciente pueda tener sobre la DA. Las consultas se realizan a lo largo del año de manera individual o grupal. La consulta individual se basa en la propuesta de un programa dividido en tres etapas:

- Primera etapa: la finalidad es establecer una relación terapéutica de confianza y escucha con el paciente haciendo un intercambio de conocimientos a través de una entrevista de preguntas abiertas. El objetivo no es centrarse sólo en los síntomas, sino también abordar las dificultades que encuentra el paciente, cómo afecta la enfermedad a su calidad de vida y sus necesidades. Mediante la información que proporciona se establece lo que se denomina “diagnóstico educativo”.
- Segunda etapa: en esta etapa se proponen varios objetivos con el fin de conseguir la autonomía del paciente en determinados aspectos.
- Tercera etapa: la evaluación. Consiste en un seguimiento del paciente, procurando el cumplimiento de los objetivos previamente establecidos, con el fin de ayudar y acompañar al paciente hasta el final de su tratamiento.

- La consulta colectiva

Los talleres o grupos de terapia interactivos se organizan en presencia de médicos, enfermeras y psicólogos, junto con un grupo de seis pacientes aproximadamente. Durante estas reuniones, los pacientes tienen la posibilidad de expresarse libremente sobre la enfermedad, sus temores, y las dificultades que encuentran en el día a día. Mediante herramientas pedagógicas, juegos de rol, folletos educativos, y actividades como “El Reloj de la Atopia”, los talleres sirven como medio de aprendizaje para compartir experiencias y conocimientos. (31,34) (**Ver anexo III)

- Medidas generales y recomendaciones para pacientes con DA

Además del tratamiento farmacológico, los pacientes deben llevar a cabo una serie de medidas generales en su vida diaria. Para ello, es necesario instruir a los pacientes mediante una serie de recomendaciones.

A) Aseo e higiene

En la actualidad se recomienda el baño breve, de unos cinco minutos, y con agua templada (30-33°C) ya que debe evitarse el calor excesivo y el contacto prolongado con el agua. Además es preferible que el baño se lleve a cabo por la tarde o antes de dormir, para disminuir el estrés, la sequedad y el picor. También se recomienda después de practicar deporte por la aparición de sudor, causante del prurito.

El lavado de manos es fundamental, especialmente en los niños es necesario instruirlos para que lleven a cabo el lavado después de jugar. Se recomienda usar jabones con un pH neutro o con tendencia a la acidez, similar al de la piel. Debe evitarse el uso de esponjas en la aplicación del gel, ya que la fricción puede irritar la piel. En caso de existir infección por lesiones de rascado, pueden utilizarse detergentes antibacterianos. Está desaconsejado el uso de perfumes. La piel debe secarse con toallas suaves de algodón, siempre “a toques” y dejándola ligeramente húmeda para la aplicación posterior de cremas hidratantes. Las uñas deben estar cortas y limpias.

Es preferible el baño en el mar antes que en las piscinas, siendo imprescindible la ducha posterior para eliminar los restos de sal y cloro y la aplicación de cremas hidratantes. Se recomienda evitar el contacto con cloro en la medida de lo posible, por su efecto irritante.

B) Vestimenta

Se recomienda el uso de ropa suelta y de algodón, evitando la lana, plástico o fibras sintéticas tanto para vestir como para la ropa de cama. Los calcetines se recomienda que sean de hilo o de algodón para la correcta transpiración del pie. Es importante lavar la ropa antes de su uso, evitando las lejías, suavizantes y jabones perfumados. También está recomendado eliminar las etiquetas y evitar el contacto con adornos, especialmente si contienen níquel

El calzado debe ser de piel, tela o loneta y en el caso del calzado deportivo, su uso debe restringirse solo a la práctica de deporte ya que la suela de estos zapatos es sintética, lo que impide la ventilación.

C) Hidratación de la piel

Los preparados tópicos mejoran la función de la barrera cutánea y disminuyen

el uso de corticoides, por lo que son la base del tratamiento de mantenimiento. Hay que insistir en su aplicación continuada porque reducen significativamente las recaídas. La pauta recomendada de aplicación es de dos veces al día, salvo en casos en los que no se observe recurrencia, que puede reducirse a una vez al día o aplicarlos de manera intermitente.

D) Alimentación

Actualmente, las dietas restrictivas son un tema de controversia. Algunos autores consideran que el consumo de alimentos como el huevo, cacahuetes, trigo y soja en niños menores de 2 años favorece la aparición de DA hasta en un 20% de los casos. Un estudio realizado en 2010, aconseja evitar dietas ricas en ácidos grasos poliinsaturados, ya que favorecen la producción de IgE y por el contrario, fomenta las dietas ricas en antioxidantes, como la dieta mediterránea.

Desde el punto de vista preventivo, en el caso de los niños con DA algunos autores recomiendan evitar los frutos cítricos, así como el uso de chupete ya que se les desencadena con facilidad un brote en la piel de la zona peribucal.

Además, en los adultos con DA, los excitantes como el café, el cacao o el alcohol pueden aumentar el prurito. También el consumo de fresas y marisco en grandes cantidades pueden desencadenar prurito debido a que son alimentos con alto contenido en histamina o liberan esta sustancia.

En relación a la lactancia materna, a pesar de que su efecto preventivo también sigue siendo objeto de controversia, se recomienda en cualquier caso durante los primeros meses de vida debido a los aspectos beneficiosos de la misma.

E) Ejercicio físico

La sudoración es uno de los factores que puede desencadenar el prurito, por ello está desaconsejada la realización de actividades que provocan exceso de sudor. No obstante, está demostrado que el ejercicio físico tiene influencia positiva a nivel psicológico en estos pacientes, produciendo además una mejora en su respuesta al calor tras tres semanas de ejercicio. Además, la transpiración favorece la eliminación de sustancias de desecho cutáneas, por lo que sí que se recomienda el ejercicio regular, siempre y cuando no se realice de manera intensa. Es conveniente la ducha tras la realización de deporte y el uso de calzado adecuado.

F) Factores medioambientales

El clima templado y húmedo (20°C) favorece la humidificación de la piel, siendo más beneficioso que el frío y seco ya que incrementa la xerosis y el prurito. Además se debe tener precaución con las calefacciones de aire caliente ya que resecan mucho el ambiente y pueden ser un factor agravante. La humidificación

ambiental con instalaciones adecuadas es beneficiosa, sin embargo, el uso de recipientes de agua O pequeños humidificadores tiene poca eficacia, además de favorecer la colonización de hongos en sus filtros.

La exposición solar también está permitida siempre que el paciente no tenga lesiones activas, ya que produce escozor, ni se observe una mala tolerancia. Se recomienda el uso de cremas protectoras para evitar las quemaduras. Deben evitarse las horas en las que el sol es más fuerte, desde las 12h a las 16h, y la exposición los días en los que el paciente recibe fototerapia.

La ventilación del hábitat familiar también es muy importante, y especialmente se recomienda ventilar la habitación del paciente al menos 5 minutos cada día. Se recomienda el uso de aspiradores para limpiar el polvo a nivel del suelo pero también en aquellos lugares donde se acumula polvo con facilidad como alfombras, cortinas, peluches, etc.

5 Discusión-Conclusión

- La DA afecta a una gran número de personas a nivel mundial, habiendo aumentado su proporción en los últimos años hasta convertirse en un problema de salud pública.
- Es una enfermedad que provoca alteraciones a nivel físico y emocional, causando una importante alteración de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.
- Supone una importante carga económica en el gasto socio-sanitario de un país, así como para los propios pacientes, ya que en el tratamiento están incluidos diferentes fármacos y terapias.
- Es esencial para el control de la enfermedad atender a los síntomas más frecuentes, destacando como principal el prurito. Dado que no existe tratamiento curativo, el tratamiento farmacológico debe estar encaminado a aliviar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- El abordaje de la enfermedad debe realizarse por un equipo multidisciplinario para englobar todos los ámbitos en los que influye la enfermedad, siendo fundamental el papel de la enfermera.
- La educación terapéutica permite a los pacientes aumentar sus conocimientos sobre la enfermedad y lograr mayor adhesión al tratamiento.
- Las intervenciones de enfermería a nivel docente aumentan la calidad asistencial y reducen el gasto económico y sanitario. Su función está orientada a mejorar el ámbito físico y emocional del paciente, consiguiendo así una mejora en su calidad de vida.

- La creación de nuevas herramientas informáticas a disposición de los pacientes es un gran avance ya que facilitan la gestión de su enfermedad.

6 Bibliografía

1. Hospital Universitario Puerta del Mar. Servicio de Dermatología. [Online].; 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] . Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/>
2. Martínez F, Moreno M. Tratado de Dermatología. Segunda ed.: Aula Médica; 1998.
3. Ávila D, Ramos B. Tratamiento psicológico para el manejo de la dermatitis atópica. Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica. 2011; 2(1).
4. Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. Quinta ed.: Mc Graw Hill; 20
5. Escribano Ceruelo E.. Dermatitis atópica: una enfermedad emergente. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 15 Diciembre 2015] ; 11(Suppl 15): 11-14. Disponible en <http://scielo.isciii.es>
6. Alonso E, Boné J, Febrer M, García J, González M, al. e. Guía de tratamiento de la dermatitis atópica en el niño. SEICAP. [Online].; 2011 [Citado 2 Enero 2016]. Disponible en: www.seicap.es

Capítulo 103

ACTUACIÓN ENFERMERA ANTE UN SHOCK ANAFILÁCTICO

HENAR VALLINA CRESPO

1 Introducción

La anafilaxia fue descrita en 1902, sin embargo, sigue sin existir una definición de anafilaxia universalmente aceptada. La más utilizada, en la actualidad, es la publicada en el documento de consenso del simposio sobre la definición y el manejo de la anafilaxia del año 2005, que la describe como “una reacción alérgica de inicio rápido que puede producir la muerte”. Actualmente, la anafilaxia se clasifica en inmunológica (IgE dependiente o independiente) y no inmunológica (por ejemplo, la originada por algunos contrastes iodados). Sus síntomas están causados por una liberación masiva de mediadores, principalmente de mastocitos y basófilos, que pueden tener como diana cualquier órgano.

Los datos epidemiológicos acerca de la anafilaxia son escasos. La prevalencia se estima entre el 0,05% y el 2%, aunque su incidencia parece estar aumentando. En los últimos años, se han publicado varios estudios que han intentado establecer la incidencia de anafilaxia en los servicios de urgencias de diversos hospitales. Los datos publicados en estos estudios oscilan entre el 0,07% y el 0,4%. Esta variabilidad puede deberse a características de la población y zona geográfica, y también a limitaciones metodológicas, condicionadas principalmente por la falta de consenso en cuanto a su definición, las dificultades para la codificación de la anafilaxia mediante códigos CIE y el funcionamiento de los servicios de urgencias. Además, la mayor parte de estos estudios se centran en pacientes adultos, y en menos ocasiones analizan las características de los pacientes en edad pediátrica.

Se han descrito múltiples causas de la anafilaxia, cuya frecuencia se ve modificada por factores externos, como la localización geográfica o el grupo de edad de los pacientes. Los estudios etiológicos suelen basarse en diagnósticos de presunción, generalmente autorreferidos por el paciente o declarados por el médico de atención primaria o de urgencias, sin estar confirmados por un diagnóstico alergológico, por lo que parece posible que las verdaderas causas de anafilaxia difieran.

2 Objetivos

- Determinar la incidencia, las características y las causas de la anafilaxia en pacientes adultos y pediátricos que acuden a los Servicios de Urgencias hospitalarios.
- Valorar el diagnóstico de la anafilaxia en los Servicios de Urgencias, sus signos y síntomas así como su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo fin de máster se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre que es la anafilaxia. Para ello se han utilizado diferentes fuentes de información: libros en papel y en formato electrónico, bases de datos consultadas de forma on-line como: Dialnet plus, ScienceDirect, Scielo, Pubmed, artículos científicos, publicados en revistas de carácter científico y las páginas webs: Aepnaa, mayoclinic, seicap.

Para la búsqueda de información en las bases de datos en soporte informático las palabras claves utilizadas han sido: enfermería, anafilaxia, signos y síntomas, tratamiento. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

La primera descripción de una anafilaxia tras la picadura de una abeja data de 1765, cuando el Dr. Desbrest refirió la muerte de un paciente de 30 años por este motivo. Sin embargo, anteriormente, ya se refiere la muerte del faraón Menes, fundador de la I Dinastía (s. XXXII a. C.), tras la picadura de un insecto, probablemente un himenóptero, que algunos quieren ver como una reacción anafiláctica.

François Magendie es el autor, en 1839, de las primeras anafilaxias experimentales, producidas tras la inyección de ovalbúmina a conejos. El investigador observó que estos animales, habitualmente, morían tras la segunda o tercera inyección de la proteína. Él lo atribuyó a una intoxicación.

En 1901, el fisiólogo Charles Richet y el zoólogo Paul Portier, ambos franceses, se embarcaron por invitación del Príncipe Alberto I de Mónaco, en el yate Princesa Alicia II. A bordo de esta nave, los investigadores intentaron aplicar la idea de la profilaxis, que los estudios de Louis Pasteur y Robert Koch habían popularizado unos años antes, a la actinotoxina presente en el veneno de la falsa medusa, conocida como carabela portuguesa (*Physalia physalis*). El objetivo era prevenir los efectos indeseables de dicho veneno, administrando formas modificadas de la toxina. Al volver a tierra, la disponibilidad de este cnidario era escasa y, por ello, siguieron investigando con veneno de *Anemonia sulcata* (anémona de mar común). Sin embargo, en vez de obtener dicha “profilaxis”, se encontraron con lo que interpretaron como el fenómeno opuesto. Así, el 10 de febrero de 1902, el perro

Neptuno, tras haber recibido 0,05 cc/kg de actinotoxina el 14 de enero y 0,1 cc/kg el 22 de enero, presentó prurito y disnea, murió de forma violenta segundos tras una tercera inyección de 0,12 cc/kg.

No existe una definición universalmente aceptada de la anafilaxia. En el año 2005, se produjo un consenso en EE. UU., propiciado por el Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID) y la Red de Alergia a Alimentos y Anafilaxia (FAAN), en el que se definió la anafilaxia como una “reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal”. Ésta es la misma fórmula que se ha utilizado en la Guía Española de Actuación en Anafilaxia (GALAXIA). La Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) la define como “una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave y que amenaza la vida”.

Desde el punto de vista clínico, nos referimos a la anafilaxia para hablar de un síndrome, de mecanismo inmunológico o no, producido por la liberación masiva de mediadores celulares, de los mastocitos y los basófilos, principalmente, y con repercusión generalizada. Se caracterizará por la aparición de signos y síntomas a nivel cutáneo (eritema, prurito, urticaria, angioedema), gastrointestinal (dolor abdominal, náuseas, vómitos), respiratorio (disnea, broncoespasmo) y/o cardiovascular (mareo, pérdida de consciencia, hipotensión). No obstante, existen autores que ven discutible la aplicación del término anafilaxia si no existe afectación cardiovascular y/o de algún nivel de la vía respiratoria.

Epidemiología:

1. Incidencia y prevalencia de la anafilaxia

Existen aún amplias lagunas en el conocimiento sobre la epidemiología de la anafilaxia, a pesar de los avances que se han producido en los últimos años. Su estudio se ve dificultado, entre otros, por los siguientes factores:

- Existe una falta de consenso en cuanto a su definición y criterios diagnósticos. Si bien, desde 2005, aunque el acuerdo en cuanto a este punto es mayor, aún dista de estar universalmente aceptado.
- La naturaleza de la enfermedad, que alterna episodios de reagudización, con intervalos de tiempo en los que el paciente permanece asintomático.
- El diferente funcionamiento de los diversos servicios de urgencias, donde los pacientes son atendidos durante los cuadros agudos y graves, hace difícil realizar estudios epidemiológicos.
- La dependencia de las enfermedades alérgicas de los factores demográficos y geográficos, dificulta la extrapolación a otros países de los resultados de los estudios, realizados hasta ahora en su mayoría en países anglosajones.
- La anafilaxia se encuentra infradeclarada. Esto se debe en parte a que los códigos CIE tienen carencias para codificar esta enfermedad adecuadamente, dificultando la localización de casos, produciendo que, probablemente, la mayor parte de los estudios obtengan datos infraestimados sobre la frecuencia de la anafilaxia.

Todos estos factores dificultan, no sólo la comparabilidad entre los diferentes estudios, sino la propia elección de la metodología más adecuada para alcanzar conclusiones reales, como la medida de frecuencia que debe utilizarse para analizar la anafilaxia. La mayor parte de los estudios epidemiológicos calculan la frecuencia de la anafilaxia utilizando la incidencia (número de casos nuevos en una población durante un período de tiempo), ya que la prevalencia (individuos de una población que presentan la enfermedad en un período de tiempo) parece un dato poco preciso para una enfermedad en la que la reacción se resuelve al final del cuadro, manteniéndose el paciente asintomático hasta la próxima reacción. La incidencia parece más adecuada y, por este motivo, es la que se utiliza en la mayor parte de los estudios epidemiológicos.

En 2006, Lieberman y colaboradores calcularon la prevalencia de la anafilaxia en población general, basándose en los estudios epidemiológicos disponibles hasta esa fecha. Estimaron que entre el 0,05% y el 2% de la población general había tenido al menos un episodio de anafilaxia a lo largo de su vida. Sus cálculos se

realizaron intencionadamente al alza, dado que los autores consideraban que los estudios infraestimaban la verdadera frecuencia de la anafilaxia.

2. Factores de riesgo de la anafilaxia

La edad es uno de los factores que más frecuentemente se relaciona con la presentación de la anafilaxia. En los niños más pequeños (0-4 años), se ha descrito una mayor prevalencia e incidencia de anafilaxia en lugares, tan dispares, como Canadá y España, y se ha puesto en relación con la alergia a leche y huevo en los primeros años de vida.

El sexo también parece condicionar la anafilaxia a lo largo de la vida. Se ha descrito, en el Reino Unido, una mayor incidencia en varones hasta la adolescencia, siendo más frecuente en mujeres a partir de los 15 años de edad.

En tercer lugar, la presencia de asma parece aumentar las probabilidades de padecer anafilaxia. Se ha observado una mayor frecuencia de anafilaxia en pacientes asmáticos, tanto en el Reino Unido, como en EE. UU. En este último, además, se observó que los pacientes con asma grave, tenían un riesgo mayor de padecer anafilaxia por alimentos.

En los últimos años, se ha descrito una mayor frecuencia de anafilaxia en aquellas zonas donde hay menos horas de luz. Este hecho se ha observado en EE. UU., Australia y Chile. Esto, se ha puesto en relación con una menor producción de vitamina D, por una menor exposición solar, en los diferentes países. Se ha observado, asimismo, que la anafilaxia está aumentando en las últimas décadas. En el condado de Olmsted, en EE. UU., se objetivó un aumento del 250%, entre finales de la década de 1980 y principio de la década de los 2000. Es llamativo también el aumento del 40% de anafilaxia por alimentos en niños, entre 2008 y 2012 en Illinois, EE.UU. Este fenómeno también se ha descrito en España, donde los ingresos hospitalarios por anafilaxia se doblaron entre 1998 y 2011. Sin embargo, es recomendable ser cautos a la hora de valorar estos datos, porque podrían verse influidos por un mejor conocimiento de la enfermedad entre la población y el personal sanitario, una mayor tasa de su declaración y por otras características de los sistemas sanitarios.

3. La anafilaxia en los servicios de urgencias

En los últimos años, se han publicado varios estudios que han intentado establecer la incidencia de la anafilaxia en los servicios de urgencias de distintos hospitales. Estos estudios, que se basan en búsquedas informáticas, han calculado

los datos de incidencia que varían entre el 0,07% y el 0,39%. La mayor parte de estos estudios se centran en pacientes adultos y, sólo en raras ocasiones, analizan las características de los pacientes en edad pediátrica que sufren anafilaxia. Los estudios disponibles en niños estiman una incidencia entre el 0,2 % y el 0,4%.

Las diferencias entre los distintos estudios pueden deberse a factores geográficos y demográficos, pero también a factores metodológicos. Las búsquedas en bases de datos no son el mejor método para estudiar la anafilaxia, especialmente por lo poco útiles que se han demostrado las clasificaciones CIE-9 y CIE-10 para codificar y localizar los pacientes con anafilaxia, adoleciendo una baja sensibilidad y especificidad.

A pesar de la falta de datos concluyentes, se estima que existen notables diferencias en cuanto a la incidencia, presentación clínica, la etiología y el manejo de la anafilaxia entre adultos y niños, e incluso en los diferentes grupos de edad dentro de la infancia.

Fisiopatología:

El término anafilaxia, tradicionalmente, se ha reservado para las reacciones mediadas por anticuerpos de tipo IgE, utilizándose la denominación “reacción anafilactoide” para el resto de eventos producidos por otros mecanismos, a pesar de que clínicamente son indistinguibles. La Organización Mundial de la Alergia propuso, en 2003, utilizar el nombre de anafilaxia para referirse a cualquier reacción de este tipo, independientemente del mecanismo subyacente, y así es, generalmente, aceptado en la actualidad. Se puede hablar de anafilaxia de mecanismo inmunológico (mediada por IgE, IgG o por inmunocomplejos) y de anafilaxia de mecanismos no inmunológicos.

1. Anafilaxia inmunológica

Anafilaxia mediada por IgE.

Se trata de la reacción de hipersensibilidad tipo I, según la clasificación clásica de Gell y Coombs, iniciada por la unión de un antígeno (alérgeno), que interactúa con los anticuerpos de tipo IgE específicos, anclados en la superficie celular de los mastocitos y los basófilos. Para la síntesis de IgE específica frente a un alérgeno, es necesario un fenómeno de sensibilización, que se produce en las primeras exposiciones al antígeno. Ante la re-exposición, cuando un alérgeno se sitúa cerca de un mastocito o un basófilo, puede interactuar con la IgE específica que se encuentra unida a su superficie. Algunos alérgenos son capaces de interactuar con

moléculas de IgE de dos o más receptores, un fenómeno conocido como “entrecruzamiento”, que inicia la cascada de señalización intracelular, en el mastocito y basófilo y hace que se desgranulen, liberando sus mediadores. La IgE, además, contribuye a intensificar la activación de las células, potenciando la expresión de sus receptores de membrana.

2. Anafilaxia no inmunológica

Hay factores que pueden activar a los mastocitos y los basófilos, sin que medie una reacción inmunológica. Entre estos, se cuenta el ejercicio físico, el aire frío, la exposición al agua, algunos venenos de origen animal y diversos fármacos, como los contrastes radiológicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los opioides o la vancomicina. Los mecanismos que producen estas reacciones no están totalmente aclarados.

Agentes causales de la anafilaxia:

La etiología de la anafilaxia varía en función de factores geográficos, culturales y ambientales. En términos generales, se acepta que las causas más frecuentes de anafilaxia son los alimentos y los fármacos, así como las picaduras de himenópteros en las zonas en las que la exposición a estos animales es frecuente. La importancia relativa de cada uno de ellos varía también según la edad. Se considera que los alimentos son una causa más relevante en la infancia y los fármacos en la edad adulta.

Sin embargo, la mayor parte de los estudios sobre etiología de la anafilaxia se basan en diagnósticos de presunción; generalmente, autorreferidos por el paciente, o declarados por el médico de atención primaria o de urgencias, sin estar confirmados por un estudio alergológico, por lo que pudiera ser posible que las causas reales de anafilaxia difieran de las publicadas.

Diagnóstico:

1. Diagnóstico clínico

El diagnóstico de la anafilaxia es clínico. En la actualidad, no existe ninguna prueba patognomónica de la enfermedad. Por este motivo, el diagnóstico se basa en la observación y reconocimiento de los signos y síntomas propios de la anafilaxia, que debe hacerse de forma precoz. No existe unanimidad, entre los autores, a la hora de decidir cuales son los criterios que deben llevar a diagnosticar una anafilaxia, variando entre aquellos que consideran que una reacción con manifestación cutánea generalizada ya debería ser llamada así, mientras que

otros limitan la aplicación del término anafilaxia a aquellos casos en los que existe compromiso circulatorio y/o respiratorio.

Los criterios que gozan de mayor consenso, actualmente, son los propuestos en la reunión de la NIAID/FAAN en 2005, que incluye tres posibilidades, exigiendo la afectación de varios aparatos cuando no se conoce la historia alergológica del paciente. No obstante, considera suficiente la aparición de hipotensión cuando ha mediado la exposición a un alérgeno conocido. Debe cumplirse uno de los 3 criterios siguientes:

1. Comienzo agudo (minutos u horas) con afectación de piel, mucosas o ambos. Y, al menos, uno de los siguientes: a. Compromiso respiratorio b. Hipotensión o síntomas asociados
2. Dos o más de los siguientes, que ocurren rápidamente tras la exposición de un alérgeno probable: a. Afectación de piel y/o mucosas b. Compromiso respiratorio c. Hipotensión o síntomas asociados d. Síntomas gastrointestinales persistentes
3. Hipotensión tras la exposición a un alérgeno al que el paciente estaba sensibilizado

Estos criterios han sido validados con posterioridad a su publicación, estimándose una sensibilidad del 96,7% y una especificidad del 82,4%, con un valor predictivo negativo del 98,4%. El choque anafiláctico se define cómo aquellos casos de anafilaxia en los que existe afectación cardiovascular con hipotensión. La anafilaxia se presenta, en la mayoría de las ocasiones, en forma unifásica, con síntomas que se resuelven y no vuelven a aparecer si no media una nueva exposición al alérgeno. Sin embargo, hasta en un 23% de los casos, puede hacerlo en forma de anafilaxia bifásica; esto es, con una reaparición de los síntomas tras su resolución sin que haya una nueva exposición al factor desencadenante. Menos frecuentemente, la anafilaxia puede aparecer en forma prolongada, en la que los síntomas se prolongan durante horas, a pesar del tratamiento.

El diagnóstico del episodio agudo de anafilaxia debe complementarse con la identificación de los factores desencadenantes, llevado a cabo por algunos casos, puede ser suficiente para alcanzar un diagnóstico. Sin embargo, generalmente, debe acompañarse de pruebas diagnósticas como las pruebas cutáneas (intraepidérmicas, intradérmicas, etc), la determinación de niveles de IgE sérica específica, y en ocasiones las pruebas de exposición controlada, especialmente para descartar agentes con bajo nivel de sospecha.

2. Clasificación de la gravedad de la anafilaxia

Se han propuesto diferentes clasificaciones de la anafilaxia atendiendo a la

gravedad de su presentación clínica. Una de las más utilizadas ha sido la realizada por Mueller, en la década de los 60. En ella se clasifica la anafilaxia en cuatro grados, según la repercusión clínica y los aparatos afectados. Esta clasificación se ha correlacionado positivamente con los niveles de triptasa en pacientes con alergia al veneno de himenópteros.

A finales del siglo XX, el grupo de Ring propuso añadir un quinto grado a la clasificación de Mueller, al que corresponderían los pacientes que presentan bradicardia y/o parada cardiorrespiratoria.

Más recientemente, Brown, basándose en los resultados epidemiológicos de un estudio retrospectivo de 1149 pacientes, ha propuesto una nueva clasificación de las reacciones de hipersensibilidad sistémicas, que es la más utilizada en la actualidad. Las divide en leves, moderadas y graves. El primer grado, leve, se refiere a aquellas reacciones con afectación únicamente cutánea, por lo que no se correspondería con los criterios diagnósticos de anafilaxia de la NIAID/FAAN. El segundo grado, moderado, cuando los síntomas cutáneos se acompañan de afectación respiratoria, gastrointestinal y/o cardiovascular leve. El tercer grado, grave, cuando aparecen signos de afectación cardiovascular grave o hipoxemia. Recientemente, también se ha correlacionado esta clasificación con los niveles de triptasa sérica durante la anafilaxia, que es mayor cuanto más grave es el episodio de anafilaxia.

3. Diagnóstico de laboratorio

Existen pocas determinaciones analíticas útiles para complementar el diagnóstico clínico de anafilaxia. En la actualidad, únicamente se dispone de la determinación de los niveles plasmáticos de triptasa total e histamina, o de sus metabolitos en orina. Sin embargo, incluso en las condiciones más favorables, estos niveles pueden ser normales, algo que parece ser más frecuente en la anafilaxia causada por alimentos.

En la anafilaxia, los mastocitos liberan sus mediadores de forma rápida por exocitosis. La medición de algunos de estos, podrían ser utilizados en el futuro para complementar el diagnóstico de anafilaxia. Los principales mediadores de la anafilaxia son:

A) Triptasa

La triptasa mastocitaria pertenece a la familia de las serín proteasas. Es altamente específica de los mastocitos, que la almacenan en sus gránulos secretores, aunque

también la contienen, en menor medida, los basófilos.

Se han descrito tres isoformas de triptasa: alfa, beta y gamma. Las que presentan mayor interés para la anafilaxia son la alfa y la beta. La alfa-triptasa se secreta de forma constitutiva y es una forma inactiva. No está almacenada en los gránulos y es el principal componente de la triptasa basal. Se eleva de forma significativa en los pacientes con mastocitosis. La beta-triptasa se almacena en los gránulos secretores y es la que se libera de forma masiva durante una anafilaxia. Los métodos comercializados para la medición de triptasa sérica no diferencian entre sus isoformas.

Actualmente, la triptasa es el mejor biomarcador para el diagnóstico de la activación mastocitaria en la anafilaxia. Sus niveles aumentan entre 15 minutos y 3 horas tras el inicio de la reacción, alcanzando su pico entre la primera y la segunda hora, disminuyendo de forma progresiva con posterioridad.

Para apoyar el diagnóstico de anafilaxia, se recomienda la determinación seriada, con una primera muestra durante la primera evaluación del paciente, otra a las 2-3 horas del comienzo del cuadro y una tercera al menos 48 horas tras la resolución del cuadro, para determinar sus valores basales. Los niveles de triptasa sérica basal en individuos sanos son muy estables y su elevación de forma persistente es un criterio para el diagnóstico de alteraciones mastocitarias, como la mastocitosis o los síndromes de activación mastocitaria, cuya primera manifestación puede ser un episodio de anafilaxia.

Sin embargo, la determinación de triptasa sérica no es un método infalible: en un 40% de los pacientes con anafilaxia, no se demuestran niveles elevados. Además, aunque la muestra puede conservarse hasta 2 días a temperatura ambiente (18-25°C), la técnica de laboratorio dista mucho de ser rápida, por lo que no es útil para su valoración durante el episodio agudo.

B) Histamina y sus metabolitos

La histamina es el principal mediador de la anafilaxia. Se libera de forma rápida, con un pico en plasma a los 5-10 minutos del inicio del cuadro, que se metaboliza en rápidamente. Su vida media es de entre 15 y 30 minutos, debido a la acción de la N-metiltransferasa y de la diamino oxidasa. Por este motivo, las muestras de sangre deben ser extraídas de forma precoz, y procesadas inmediatamente a temperaturas de 4°C. Esto limita su utilidad como marcador de rutina.

Los principales metabolitos de la histamina son la N-metilhistamina y el ácido N-metil-imidazólico. Tienen una vida media mayor que su precursor y se pueden medir en plasma y en orina, donde alcanza niveles detectables a los 30-60 minutos del comienzo de la anafilaxia. Los valores normales no excluyen activación mastocitaria, y también pueden tener lugar falsos positivos debido a la ingesta

de alimentos ricos en histamina.

C) Otros mediadores preformados

- Quimasa

Como la triptasa, la quimasa es una serín proteasa muy específica de los mastocitos, que no es producida por basófilos. Su medición puede dar información sobre la localización del mastocito, número y grado de activación. Su uso como marcador se limita a diseños experimentales, ya que no existen todavía presentaciones comerciales para su detección.

Se han publicado series de casos, en pacientes con anafilaxia, en los que se han encontrado niveles elevados de quimasa en el suero hasta 24 horas del inicio del cuadro. En un estudio post-mortem, se demostró una buena correlación entre los niveles de quimasa y los de triptasa.

- Carboxipeptidasas

Se trata del grupo de enzimas más abundantes en los mastocitos. Se ha descrito elevación de carboxipeptidasa A3 en el suero o el plasma de pacientes con anafilaxia, hasta 8 horas del inicio del episodio. En un estudio en pacientes con reacciones alérgicas causadas por fármacos, un 70% de los pacientes con niveles normales de triptasa sérica presentaron elevación de carboxipeptidasa, por lo que se perfila también como un buen candidato en el estudio de la anafilaxia.

- Heparina

Investigaciones recientes, han demostrado que la heparina es un mediador segregado por los mastocitos, una de cuyas funciones es la activación de la cascada de la coagulación. A su vez, induce la formación de bradiquinina, que aumentaría la permeabilidad vascular de forma sistémica. Se ha hallado una correlación estadísticamente significativa entre la gravedad de la anafilaxia y los valores de bradiquinina.

D) Mediadores neoformados derivados de lípidos

- Cisteinil leucotrienos y prostaglandinas

El leucotrieno C4 es el principal producto de la 5-lipooxigenasa en mastocitos y basófilos. Se metaboliza de forma rápida en LTD4 y, posteriormente, en LTE4, que puede ser medido en orina.

La prostaglandina D2 es el principal producto de la ciclooxigenasa de los mastocitos, pero no de los basófilos. Como el LTC4 y la histamina, se metaboliza rápidamente y es difícil objetivar niveles séricos elevados. Sus metabolitos pueden

ser medidos en la orina, en pacientes que no estén tomando inhibidores de la ciclooxigenasa.

- Factor de activación plaquetar (PAF)

El PAF es un fosfolípido proinflamatorio sintetizado y segregado por mastocitos, monocitos y macrófagos. Su nivel circulante está controlado, en parte, por la actividad de la PAF acetilhidrolasa (PAF-AH), que degrada el PAF con una vida media de 3 a 13 minutos.

El PAF es un potente mediador, responsable de muchas de las manifestaciones clínicas de la anafilaxia. Se han relacionado los niveles del PAF y de la PAF-AH con la gravedad de la anafilaxia.

E) Mediadores neoformados de secreción lenta

- Los mastocitos liberan abundantes citocinas que contribuyen a la reacción anafiláctica. Su papel es especialmente importante en las reacciones bifásicas. La citocina mejor conocida es el TNF- α , pero el número de moléculas que se han demostrado implicadas es cada vez mayor (CCL-1, CCL-7, CCL-8, CCL-11, GM-CSF, M-CSF, IL-1, IL-3, IL-4, IL-6, IL-8, IL10, IL-13, IL-16, IL-22, etc). IL-2, IL-6 e IL-10 han sido recientemente relacionadas con la gravedad de la anafilaxia.

En definitiva, es probable que en el futuro exista la posibilidad de utilizar otros mediadores para confirmar de forma rutinaria el diagnóstico de anafilaxia. Sin embargo, en la actualidad, sólo las determinaciones de triptasa sérica y de histamina y sus metabolitos en suero y orina se pueden realizar con preparados comerciales. Dadas las dificultades que entraña la conservación y procesamiento de las muestras para la detección de histamina, la triptasa es el único mediador que tiene utilidad clínica real.

Diagnóstico diferencial:

Debido a que el diagnóstico de la anafilaxia es clínico, es necesario distinguir la anafilaxia de otras entidades cuya presentación puede manifestarse de forma similar. Esto es especialmente relevante en aquellas situaciones en las que no existe afectación cutánea o no se puede obtener una anamnesis adecuada del paciente, debido a una afectación respiratoria y cardiovascular.

1. Enfermedades con afectación mucocutánea

- Urticaria generalizada y/o angioedema

La urticaria y el angioedema pueden ser un síntoma de la anafilaxia, pero también pueden aparecer de forma aislada. En este último caso, la afectación se limitará a la piel, frente a la anafilaxia, que cuenta con afectación de más sistemas. Esta distinción puede ser compleja en los casos en los que exista angioedema de la cavidad orofaríngea, ya que la asfixia causada por éste, puede ser interpretada como una afectación del aparato respiratorio.

El angioedema hereditario, un tipo de angioedema bradikinérgico de etiología no alérgica, con frecuencia puede causar edema de la pared intestinal, cursando con dolor abdominal persistente, vómitos y diarrea, hasta llegar a producir un choque hipovolémico. Para distinguir el angioedema hereditario de la anafilaxia es necesario estudiar los niveles y función de las fracciones C1, C2 y C4 del complemento. El angioedema bradikinérgico también lo pueden causar los fármacos del grupo de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA).

- Rubefacción de diferentes causas (flushing)

La rubefacción es la sensación de calor, acompañada de enrojecimiento cutáneo, típicamente en cara, cuello, tercio superior del tórax y miembros superiores. Es un signo común en la anafilaxia, pero también puede deberse a otras causas, como el período perimenopáusicos, ciertos fármacos, la ingesta de alcohol (la combinación de ambos, típicamente el efecto disulfiram), el síndrome carcinoide, tumores gastrointestinales como los VIPomas, la mastocitosis o el carcinoma medular de tiroides.

2. Enfermedades con afectación respiratoria

- Crisis asmática

La disnea, acompañada de tos y estertores sibilantes pueden aparecer en el contexto de la anafilaxia, pero más frecuentemente lo hacen de forma aislada. En aquellos casos que se presenten como una exacerbación asmática tras la exposición a un posible desencadenante exógeno (alimentos, medicamentos, picaduras, etc), se deben buscar otros síntomas de afectación mucocutánea, abdominal o cardiovascular.

- Otras causas de dificultad respiratoria

Otras causas de dificultad respiratoria incluyen la disfunción de cuerdas vocales, la aspiración de cuerpo extraño, la epiglotitis o el tromboembolismo pulmonar.

3. Enfermedades con afectación cardiovascular

- Síncope vasovagal

El reflejo de Bezold-Jarisch es una de las causas más comunes de pérdida de consciencia. Suele cursar con palidez, diaforesis, debilidad, inestabilidad, mareo, náuseas y bradicardia, pero no asocia eritema, prurito, urticaria, angiodema, disfonía, sibilantes, tos, disnea, dolor abdominal o diarrea.

- Otras causas de pérdida de consciencia brusca

La anafilaxia, al igual que el síndrome coronario agudo, el accidente cerebrovascular o la crisis epiléptica, puede presentarse como una pérdida de consciencia repentina, sin signos o síntomas cutáneos, especialmente en los adultos de mediana edad o de edad avanzada, lo que puede inducir a la confusión entre estos síndromes. Además, en el infarto agudo de miocardio se pueden hallar niveles elevados de triptasa sérica, dificultando más el diagnóstico diferencial.

- Otras causas de choque o shock

El choque o shock se caracteriza por una reducción de perfusión a nivel sistémico, con una disminución del aporte de oxígenos a los tejidos. Existen cuatro mecanismos de choque: el hipovolémico, el cardiogénico, el séptico y el distributivo (por ejemplo, el choque anafiláctico).

- Síndrome de hiperpermeabilidad capilar generalizado

Se trata de una enfermedad poco frecuente, con frecuencia mortal, que se caracteriza por episodios recurrentes de angioedema, síntomas gastrointestinales y choque con hemoconcentración. Suele asociarse con gammopatías monoclonales. El diagnóstico viene sugerido por la elevación del hematocrito durante un episodio de hipotensión.

4. Otras enfermedades

- Crisis de ansiedad

En algunas ocasiones, los ataques de pánico pueden confundirse con una anafilaxia. Estos cuadros, generalmente banales, pueden cursar con sensación subjetiva de falta de aire, taquipnea, hipertensión, sudoración, temblor, palpitaciones, sensación de pérdida de consciencia o de muerte inminente y dolor torácico. Sin embargo, el prurito, urticaria, angioedema, ocupación faríngea, sibilantes o hipotensión son poco frecuentes en una crisis de ansiedad.

- Intoxicaciones alimentarias

La intoxicación más frecuentemente referida en el diagnóstico diferencial de la anafilaxia es la escombroidosis, que tiene lugar a los 15-90 minutos de la ingesta de determinados pescados en mal estado (atún, caballa, sardina). Se caracteriza

por la aparición rápida de rubefacción, cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, disfagia, palpitaciones, mareo e incluso hipotensión. No suele acompañarse de urticaria ni prurito. Se debe a los niveles elevados de histamina presentes en el pescado. Puede cursar con elevación de los niveles plasmáticos de histamina, pero no de la triptasa sérica.

El síndrome del restaurante chino, generalmente atribuido a la sobredosificación de glutamato monosódico, un aditivo alimentario de uso frecuente en la comida preparada en estos establecimientos, se puede confundir también con la anafilaxia. Se caracteriza por la aparición de cefalea, rubefacción, sudoración y parestesias en la boca o en la cara.

Otras intoxicaciones alimentarias, por microorganismos, o toxinas, suelen cursar con vómitos, dolor abdominal, fiebre y diarrea varias horas tras la ingesta de los alimentos contaminados. Aunque no suelen tener repercusión sistémica, algunas intoxicaciones pueden llegar a producir colapso cardiovascular y a requerir asistencia en una unidad de agudos.

- Feocromocitoma

El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino raro, derivado de la glándula suprarrenal, secretor de catecolaminas. Se asocia clásicamente a episodios de cefalea, sudoración y taquicardia. Lo característico es que produzca hipertensión, aunque se han descrito casos con hipotensión paradójica. Para diagnosticarlo, es necesario determinar los niveles de metanefrinas, ácido vanilmandélico y catecolaminas en el plasma y en la orina de 24 horas, así como la realización de pruebas de imagen.

- Otros trastornos no orgánicos

El síndrome de Münchhausen se presenta en sujetos que, de forma consciente y voluntaria, se provocan síntomas físicos similares a otras enfermedades, en busca de una ganancia secundaria. Estos pacientes pueden simular cuadros parecidos a la anafilaxia, como el estridor de Münchhausen, mediante la aducción voluntaria de las cuerdas vocales.

Tratamiento:

1. Medidas generales

La evaluación y el tratamiento precoz son críticos en la anafilaxia, dado que un cuadro aparentemente leve puede evolucionar hacia la afectación cardiovascular y la muerte en minutos. Los puntos principales que se deben tener en cuenta en el manejo inicial son:

- Inspección del paciente, prestando especial atención al ABC (permeabilidad de

la vía aérea, respiración espontánea y circulación sanguínea).

- Retirada del antígeno.
- Administración intramuscular de adrenalina.
- Solicitud de ayuda en caso de que se dé en un entorno extrahospitalario.
- Posicionamiento del paciente en decúbito supino o semi-incorporado, con elevación de las extremidades inferiores.
- Suplementación de oxígeno y de fluidos, si fuese preciso.

2. Otros fármacos de uso frecuente en la anafilaxia

- Glucagón

Los pacientes en tratamiento con fármacos beta-bloqueantes, pueden mostrarse resistentes a los efectos de la adrenalina y presentar hipotensión y bradicardia refractarias.

En esta situación, se debe utilizar glucagón, que tiene efecto cronotrópico e ionotrópico positivos, independientemente de los receptores adrenérgicos beta. Se administra por vía intravenosa en dosis de 20-30 mcg por kilogramo de peso en niños, hasta un máximo de 1 mg, mientras que en adultos se utilizan dosis de 1 a 5 mg. Se pueden repetir cada 5-15 minutos, según la respuesta.

- Antihistamínicos H1

Los antihistamínicos no reemplazan el uso de adrenalina. No existe evidencia en la literatura que avale el uso de este grupo farmacológico en la anafilaxia. Sin embargo, son los medicamentos más frecuentemente usados.

Los únicos antihistamínicos comercializados para su aplicación por vía parenteral son los antihistamínicos de primera generación. Los de segunda generación, con menos efectos adversos, sólo están disponible para administración por vía oral.

El uso de los antihistamínicos debería acompañar siempre a la adrenalina, con el único propósito de ayudar en el alivio del prurito y de la urticaria, si la hubiese. Se ha hipotetizado que los beneficios inmediatos sobre otros síntomas no cutáneos, atribuidos a los antihistamínicos, estarían en realidad causados por la producción endógena de adrenalina, y de otros mediadores compensadores (catecolaminas, angiotensina II, endotelina I). Además, el comienzo de acción de los antihistamínicos, incluso de los de primera generación por vía intravenosa, es demasiado lento como para producir ningún beneficio de forma inmediata.

- Broncodilatadores

El broncoespasmo que puede tener lugar en el contexto de una anafilaxia, se puede beneficiar del uso de agonistas beta-2 adrenérgicos de acción rápida, como

el salbutamol, por vía inhalada. Es conveniente tener en cuenta que no tendrán ningún efecto en el alivio o prevención del edema de vías altas, que se trata mediante el efecto alfa-2 adrenérgico de la adrenalina.

- Glucocorticoides

Los efectos de los glucocorticoides no aparecen inmediatamente tras su administración. Por este motivo, estos fármacos no tienen utilidad en el tratamiento inicial de la anafilaxia. Se suelen utilizar con la intención de prevenir las reacciones bifásicas y retardadas. En caso de iniciar tratamiento con glucocorticoides, se deben administrar a dosis bioequivalentes de metilprednisolona entre 1 y 2 mg por kilogramo de peso, al día y se puede suspender en tres días, sin necesidad de hacerlo de forma escalonada.

3. Tratamiento etiológico de la anafilaxia

El tratamiento preventivo de la anafilaxia es la evitación de su desencadenante. Sin embargo, en determinadas situaciones, esto conlleva riesgos inaceptables o una merma significativa en la calidad de vida. En estos casos, se puede abordar un tratamiento etiológico. Entre estos tratamientos, cabe destacar: a) Desensibilización con fármacos

Los pacientes que han sufrido una anafilaxia causada por un medicamento esencial para su tratamiento se pueden beneficiar de la desensibilización medicamentosa. Consiste en la inducción de una tolerancia inmunológica, temporal, frente a antígenos farmacológicos. Se ha podido realizar en reacciones alérgicas de tipo inmediato o no inmediato, y causadas por IgE o por otros mecanismos.

Es frecuente el empleo de este tratamiento con antibióticos, citostáticos, agentes biológicos o ácido acetilsalicílico, aunque están descritas con muchos otros medicamentos. b) Inmunoterapia con veneno de himenópteros

La alergia a venenos de himenópteros es una causa frecuente de muerte por anafilaxia. La inmunoterapia con veneno es un tratamiento altamente eficaz y bien tolerado por la mayoría de los pacientes.

La inmunoterapia con venenos de abejas, avispa, abejorros, etc., se administra por vía subcutánea en intervalos de 4 a 12 semanas, utilizando venenos purificados, excepto en el caso de las hormigas rojas, que se utilizan extractos de cuerpo completo.

El efecto adverso más frecuente de la inmunoterapia con veneno de himenópteros son las reacciones locales, pero hasta un 9,3% de los pacientes pueden sufrir reacciones sistémicas asociadas a su administración. La duración del tratamiento es variable. En algunos casos puede ser necesario mantenerla de por vida. c) Inmunoterapia oral con alimentos

La alergia a alimentos es una de las causas más importantes de anafilaxia, especialmente en la edad pediátrica, y la inmunoterapia oral con alimentos está cada vez más cerca de convertirse en un tratamiento estándar. La inmunoterapia oral consiste en la introducción gradual por vía oral de dosis crecientes del alimento al que el paciente está sensibilizado. Este tratamiento suele llevar un largo período de tiempo, generalmente, meses. De esta forma, se intenta conseguir tolerancia oral al alimento, por un mecanismo inmunológico aún no bien dilucidado. Se han descrito protocolos exitosos con leche, huevo, cacahuete, pescados, trigo, varias frutas y apio.

5 Discusión-Conclusión

La anafilaxia tiene una incidencia baja en los Servicios de Urgencias del Hospital. Afecta a pacientes de cualquier edad, desde lactantes hasta ancianos, sin diferencias por sexo, aunque es más frecuente entre la población pediátrica.

La afectación cutáneo-mucosa es el grupo de signos y síntomas que más frecuentemente aparecen en la anafilaxia, seguido de los respiratorios y los digestivos. Estos últimos, se dan con mayor frecuencia en los niños, mientras que en los adultos predomina la afectación cardiovascular.

En los Servicios de Urgencias se infravalora la anafilaxia. Sin embargo, su diagnóstico determina la administración de adrenalina, independientemente de la gravedad del cuadro, así como la atención en el área de observación y, por tanto, las medidas de vigilancia a las que se somete. La prescripción de adrenalina autoinyectable en Urgencias es inusual.

Los estudios de la etiología de la anafilaxia, basados en los diagnósticos de servicios de urgencias, no recogen las causas reales de anafilaxia. La principal causa de anafilaxia entre los adultos es la alergia a fármacos y entre los niños, de forma casi exclusiva, los alimentos, variando los grupos alimentarios según la edad.

6 Bibliografía

- Simons FER, Arduso LRF, Dimov V, Ebisawa M, El-Gamal YM, Lockey RF, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidelines: 2013 update of the evidence base. *Int Arch Allergy Immunol.* 2013;162:193-204. o Fineman SM, Bowman SH, Campbell RL, Dowling P, Rourke DO, Russell WS, et al. Addressing barriers to emergency anaphylaxis care : from emergency medical services to emergency

department to outpatient follow-up. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2015; doi: 10.1016/j.anai.2015.07.008.

- Tejedor-Alonso MA, Moro Moro M, Múgica-García M. Epidemiology of Anaphylaxis : Contributions From the Last 10 Years. *J Investig Allergol Clin Immunol.*2015;25:163-75.

- Sclar DA, Lieberman PL. Anaphylaxis underdiagnosed, underreported, and undertreated. *Am J Med.* 2014;127:S1-5. o Klein JS, Yocum MW. Underreporting of anaphylaxis in a community emergency room. *J Allergy Clin Immunol.* 1995;95:637-8. o Trojan T, Ma Y, Khan DA. Anaphylaxis Identification Using Direct and Combined ICD-9 Methods. *J Allergy Clin Immunol.*2013;131:AB224.

- Tanno LK, Ganem F, Demoly P, Toscano CM, Bierrenbach AL. Undernotification of anaphylaxis deaths in Brazil due to difficult coding under the ICD-10. *Allergy.*2012;67:783-9. o Mulla ZD, Lin RY, Simon MR. Perspectives on anaphylaxis epidemiology in the United States with new data and analyses. *CurrAllergy Asthma Rep.* 2011;11:37-44.

- Simons FE, Clark S, Camargo Jr. CA. Anaphylaxis in the community: learning from the survivors. *J Allergy Clin Immunol.*2009;124:301-6. - Alvarez-Perea A, Tomás-Pérez M, Martínez-Lezcano P, Marco G, Pérez D, Zubeldia JM, et al. Anaphylaxis in Adolescent/Adult Patients Treated in the Emergency Department: Differences Between Initial Impressions and the Definitive Diagnosis. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2015;25:288-94. o Altman DG. Some common problems in Medical Research. En: *Practical statistics for medical research.* Londres: Chapman & Hall; 1991. p. 396-439.

- Sabban S. Development of an in vitro model system for studying the interaction of Equus caballus IgE with its high-affinity Fc receptor. Tesis doctoral. Universidad de Sheffield; 2011. o Simons FE, Roberts JR, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in children with a history of anaphylaxis. *J Allergy Clin Immunol.* 1998;101:33-7.

Capítulo 104

OSTOMÍA

LUCIA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Hablamos de estoma u ostomía cuando se aboca el tracto intestinal hasta la superficie cutánea, con la finalidad de dar salida a la heces a través de la abertura artificial realizada quirúrgicamente.

2 Objetivos

Conocer cómo realizar el autocuidado de forma independiente de una ostomía.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: autocuidado, ostomía, estoma, independiente, paciente, enfermería, cuidados. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

A pesar de que el tratamiento sea el correcto, después de una colostomía pueden aparecer algunas complicaciones, entre ellas isquemia, prolapso, retracción, estenosis, dermatitis, etc. No obstante no olvidaremos una buena higiene y cuidados diarios de estoma y no lo trataremos como una herida, no es necesario material de curas, gasas, suero, etc. de forma continua.

Se le debe de informar y explicar el proceso de cuidado al paciente mientras se encuentre en el hospital, así como a sus familiares, y cuando esté de alta domiciliaria, todas las dudas que tengan o aparezcan, deberían de ser resueltas por el equipo de enfermería de Atención Primaria.

Es importante que el paciente sea informado de los signos de alarma ante los cuales debe de recibir atención médica, es decir, en caso de que presente signos de infección, obstrucción, etc.

5 Discusión-Conclusión

No solo se debe preparar al paciente en el cuidado del estoma, es decir, en una adecuada higiene de la zona, sino en el aspecto psicológico, ya que supone una agresión importante en su imagen. Se debe animar al paciente a incorporarse lo antes posible a su vida familiar, laboral y social.

Tanto los familiares como el personal de enfermería son claves en esta adaptación.

6 Bibliografía

- [tps://www.researchgate.net](https://www.researchgate.net)
- <https://www.cirujanosdechile.cl>

Capítulo 105

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO

MARIA NANCY DIAZ ROA

1 Introducción

El insomnio es la dificultad para conciliar o mantener el sueño y es altamente prevalente en la población. Aproximadamente el 45 % de los ancianos presenta trastornos del sueño.

2 Objetivos

Describir las medidas no farmacológicas para mejorar el sueño del anciano y si fuera necesario determinar el fármaco más adecuado.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se realiza la revisión de varios artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos como Pubmed, Scielo. La búsqueda se ha realizado a través de palabras clave como trastornos, sueño, insomnio, medidas no farmacológicas.

4 Resultados

El manejo de los trastornos del sueño en estos pacientes es muy complejo, pero se puede acudir a medidas no farmacológicas para intentar disminuir los trastornos del sueño.

Estas medidas son: realizar ejercicio físico durante el día, evitar tabaco, té, café, alcohol y estimulantes, evitar siestas prolongadas.

Además debemos de tener en cuenta que los ancianos son más propensos a despertarse durante la noche que los jóvenes.

5 Discusión-Conclusión

Los sanitarios debemos hacer gran hincapié en estas medidas para mejorar el sueño del anciano antes de recurrir a las medidas farmacológicas para no alterar la calidad de vida de esta población.

6 Bibliografía

- Fernandez Conde A, Vazquez Sanchez E, El sueño en el anciano. Atencion de enfermeria. Revista electronica semestral de enfermeria. Enfermeria Global 2007; 6(10): 2-17
- Ribera casado J. Trastornos del sueño en la persona mayor. Madrid: Editores Médicos; 2006.
- Informe 2010: Las personas mayores en España: Datos Estadísticos Estatales y por comunidades Autónomas. Disponible en: [ttp:// www.inserso.es](http://www.inserso.es)

Capítulo 106

NUTRICIÓN PARENTERAL

NURIA IZQUIERDO MORENO

NOEMI GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

La nutrición parenteral es una herramienta terapéutica que permite administrar nutrientes por vía intravenosa, cuando la vía oral o enteral están contraindicadas. Dado que es evidente la relación que existe entre desnutrición y morbimortalidad, es necesario realizar una evaluación del estado nutricional del paciente, para detectar de forma precoz aquellos pacientes que presentan desnutrición o riesgo de desnutrición, con el objetivo de instaurar un plan de cuidados nutricional individualizado. La prescripción de nutrición parenteral ha de valorarse desde la perspectiva beneficio-riesgo, ya que su administración puede comportar problemas derivados de la propia nutrición parenteral, como son las complicaciones metabólicas, y complicaciones mecánicas y sépticas derivadas de las vías de acceso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las diferentes vías de administración de la nutrición parenteral.

Objetivos secundarios:

- Conocer las complicaciones derivadas de la administración de nutrición parenteral, para establecer medidas de prevención y tratamiento.
- Describir los cuidados enfermeros en pacientes con nutrición parenteral.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de actualidad, en libros, revistas, guías y protocolos a través de internet, y mediante la consulta de bases de datos como ELSEVIER, HISPANIA y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, utilizando palabras clave como: “nutrición”, “parenteral”, “nutrición parenteral”, “catéter venoso central”, “complicaciones”.

4 Resultados

La Nutrición Parenteral (NP) es un procedimiento terapéutico que permite el aporte de los principios inmediatos, agua, vitaminas, minerales y oligoelementos por vía venosa, en aquellos pacientes que son incapaces de ingerir por vía oral o enteral, los nutrientes necesarios para mantener un adecuado estado nutricional.

Cada hospital presenta unas indicaciones de NP sobre las que se basa su actuación terapéutica nutricional. En líneas generales, las indicaciones se pueden clasificar en las siguientes:

1. Indicaciones exclusivas y/o prioritarias (Gastrointestinales) 1,2

Pacientes con el tracto gastrointestinal no funcional

- Enfermedades del intestino delgado.
- Síndrome de intestino corto (con resección intestinal masiva).
- Vómitos incoercibles y diarreas severas.
- Malnutrición severa.
- Pacientes que recibirán dosis elevadas de radioterapia, quimioterapia y trasplante de médula ósea, debido a los efectos adversos del tratamiento (mucositis orofaríngea, estomatitis ulcerativa, enteritis postradiación).

Pacientes con desnutrición o posible desnutrición pre y postoperatoria.

- Cirugía mayor digestiva (esofagectomía, gastrectomía y colectomía total por neoplasia).
- Cirugía media (resecciones de colon).

Pacientes con complicaciones postoperatorias.

- Íleo paralítico.
- Peritonitis.
- Dehiscencia de sutura.
- Fístulas digestivas y de alto débito.

Pacientes con obstrucción del aparato digestivo, de tipo benigno o maligno.

- Síndrome de mala absorción
- Neoplasia de esófago.

2. Necesidad de reposo del tubo digestivo.

- Pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Crohn severo y Colitis Ulcerosa.
- Pacientes con varices esofágicas y desnutrición moderada o grave.
- Pacientes con pancreatitis aguda.
- Pacientes con Hiperémesis gravídica.
- Pacientes con intolerancia o no mejoría con la nutrición enteral (NE)
- Pacientes con imposibilidad de NE adecuada durante 7-10 días.

3. Indicaciones Extradigestivas

Pacientes que tienen aumentadas las necesidades nutricionales, con o sin malnutrición y que se prevé no poder utilizar el tracto gastrointestinal, en 5-7 días.

- Pacientes politraumatizados y con traumatismo craneoencefálico.
- Pacientes quemados.
- Pacientes con sepsis.

4. Otras

- Pacientes con Insuficiencia renal aguda.
- Pacientes con Insuficiencia hepática.
- Pacientes trasplantados.

Contraindicaciones:

- Cuando se prevea una utilización de NP por un periodo de tiempo inferior a 5 días.
- Pacientes con tracto intestinal funcionante.
- Si su uso implicase un retraso en una intervención quirúrgica urgente.
- Si existiera rechazo al tratamiento por parte del paciente o sus representantes legales 1, 2.

Tipos de nutrición parenteral:

- Nutrición parenteral total (NPT)

Es aquella nutrición que contiene todos los principios inmediatos, vitaminas, minerales y oligoelementos necesarios para la vida en las proporciones y cantidades adecuadas para cubrir las necesidades nutricionales del paciente. Este tipo de soluciones debido a la alta osmolaridad que presentan, se deben infundir siem-

pre en una vena de gran calibre y de alto flujo, por lo general, en la vena cava superior.

- Nutrición parenteral periférica (NPP).

Contiene sólo parte de los requerimientos necesarios para cubrir las necesidades nutricionales, de modo que su administración está indicada como complemento de nutrición enteral cuando ésta sea insuficiente, como fase intermedia entre NE y NPT, si no se puede utilizar la vía enteral y/o la vía digestiva, cuando los requerimientos del paciente sean por un periodo de tiempo inferior a 10 días, en el preoperatorio y postoperatorio en pacientes no complicados o cuando no es posible lograr un acceso venoso central.

Presenta la ventaja de que no necesita una vía de acceso central. Se administra por vía periférica sólo cuando la osmolaridad de la mezcla preparada sea inferior a 600 - 800 mOsm/L. Una solución con una osmolaridad superior, resulta irritante para el epitelio vascular y pueden causar flebitis y extravasaciones frecuentes^{2,3, 4}.

Vías de acceso vascular para nutrición parenteral:

La selección del tipo de catéter, dependerá de la duración estimada del tratamiento, de los requerimientos nutricionales, de la anatomía venosa disponible, presencia de posibles complicaciones y del confort del paciente.

El acceso a una vena central puede realizarse:

- Desde las venas: o Subclavia. o Yugular (interna o externa). o Femoral. o Axilar.

- Desde las venas Periféricas : Basílica. Cefálica. Cubital mediana. Antebraquial.

En función del tiempo que sean utilizados, se clasifican en los siguientes:

1. Catéteres de corta duración:

Catéter venoso central (CVC, vía subclavia, yugular, femoral o axilar).

Es un dispositivo radiopaco, no tunelizado que se inserta en un gran vaso, situando su extremo distal en la vena cava superior o inferior, justo antes de la entrada en la aurícula derecha.

Permite la administración de gran volumen de líquidos y la infusión de soluciones irritantes o hiperosmolares (1300 - 1800 mOsm/L). La vía de elección para la cateterización de la vena cava superior, es la vena subclavia (infraclavicular), que presenta menor número de complicaciones y permite una segura sujeción en el tórax, así como libertad de movimientos al paciente. En caso de no poder acceder por esta vía, es preferible la vena yugular, ya que la vena femoral se relaciona con mayor riesgo de infección y trombosis ^{2, 3,4}.

Catéter venoso central periférico. Es un catéter central de inserción periférica (PICC), no tunelizado, que se utiliza en pacientes con buen acceso venoso per-

iférico para aplicar un tratamiento poco agresivo y de corta duración. La colocación de éste catéter es una técnica realizada por enfermería. Se coloca en vena cava superior, a través de la punción de una vena periférica, (preferentemente la basilíca antecubital), con una cánula corta.

El acceso a la vena cava superior puede realizarse desde: o Miembros superiores (basilíca, cefálica, cubital mediana o antebraquial).

El acceso a la vena cava inferior puede realizarse desde: o Miembros inferiores (safena).

La implantación tanto de un CVC o de un PICC, se debe realizar mediante técnica estéril y requiere antes de su utilización, verificar su correcta colocación mediante un control radiológico.

2. Catéteres de larga duración:

El catéter con reservorio subcutáneo (catéter implantado Port-a-cath®).

Es un catéter central interno, insertado con técnica tunelizada. Preferentemente su implantación es torácica, situando el reservorio sobre el plano muscular. El acceso venoso se realiza a través de las venas yugular externa o subclavia. Precisa implantación quirúrgica que consiste en una pequeña incisión para introducir el reservorio debajo de la piel, en la fosa infraclavicular derecha (sobre la tercera o cuarta costilla).

Para puncionar la membrana de silicona del reservorio, es necesario emplear agujas específicas tipo Gripper o Huber, ya que las convencionales pueden dañar dicha membrana

Catéter Hickman. Es un catéter central externo de silicona, insertado con técnica tunelizada percutánea, que también requiere implantación quirúrgica. Parte del catéter se sitúa entre la vena canalizada (subclavia o yugular) y la salida subcutánea. El resto del catéter visible, es el manguito de Dacron, que permite su anclaje y las salidas accidentales. Puede tener una, dos o tres luces (con la misma terminación vascular), siendo cada una de ellas de diferentes colores. Así, la luz roja que es la de mayor calibre, se utiliza para extracción de sangre y para infusión de hemoderivados. La luz blanca y azul, son de menor calibre y se recomienda su empleo indistintamente a menos que el paciente tenga NP, en cuyo caso se utilizará una luz exclusivamente para ella mientras se mantenga el soporte nutricional.

Ambos catéteres tunelizados, están indicados para la administración de NPT superior a 3-4 semanas, en pacientes que inician NPT domiciliaria cuando se prevé tratamiento mayor a dos meses y no son vía de elección para NP a no ser que el paciente ya sea portador del dispositivo 5, 6.

Valoración del estado nutricional:

Los pacientes hospitalizados tanto por causas quirúrgicas como médicas, presentan una malnutrición que oscila entre el 30 y el 50%, siendo aún más elevada en el paciente crítico, en relación con el estado de hipermetabolismo e hiper-catabolismo que los caracteriza ⁷. Su gasto energético está aumentado en 1,5 a 2 veces sobre el basal, así como el consumo de oxígeno y la producción de CO₂. La respuesta metabólica del organismo se traduce en movilizar sustratos para sostener las funciones vitales, la respuesta inflamatoria, la función inmunológica y la reparación tisular. La principal fuente de sustratos es el nitrógeno, que se encuentra principalmente en el músculo esquelético. Por tanto un aumento del catabolismo proteico, origina la pérdida de masa muscular, que dependiendo de su severidad y duración, puede llevar a una depleción proteica importante, con riesgo vital. Por este motivo, es importante detectar a los pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición, para iniciar lo antes posible, un plan de cuidado nutricional.

Para garantizar un correcto soporte nutricional, se efectuará según el protocolo de cada hospital, una valoración inicial del estado nutricional, tanto al inicio del tratamiento, durante el mismo y cuando la situación clínica del paciente se modifique. Existen diferentes parámetros destinados a la valoración del estado nutricional, pero ninguno de ellos por sí solos, permiten un diagnóstico adecuado, tienen que estar intregados. El método clásico utilizado en pacientes ingresados en unidades de hospitalización, es igualmente válido para los pacientes críticos. Sin embargo, existen dificultades a la hora de interpretar los datos obtenidos, debido a las alteraciones metabólicas e hídricas que suelen presentar estos enfermos. De forma general, toda evaluación del estado nutricional debe incluir los siguientes datos:

1. Historia médica y dietética (Anamnesis.)
2. Exámen físico y determinaciones antropométricas.

La realización de un completo exámen físico permite obtener información valiosa del estado nutricional. Se debe inspeccionar el estado de la piel y mucosas, panículo adiposo, masas musculares y la distribución hídrica. De tal forma, se puede evaluar por palpación, la pérdida de masa y tono muscular. Asimismo, la presencia de edemas de la región sacra, maleolar y la ascitis son signos físicos que ayudan para sospechar si existe o no riesgo de desnutrición.

Entre las variables antropométricas a estudiar se encuentran, el peso, talla, Índice de Masa Corporal, medida del pliegue cutáneo del tríceps, perímetro braquial y

circunferencia media del brazo del brazo no dominante 9.

La medición del peso y talla son dos técnicas sencillas, pero son difíciles de obtener en un paciente que se encuentre en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Si es posible se emplean camas- balanzas y en su defecto, se puede utilizar el porcentaje del peso corporal ideal, que es el cociente del peso habitual del paciente entre el peso ideal por 100. Una pérdida de peso reciente mayor del 10% sugiere desnutrición.

El Índice de Masa Corporal (IMC) establece el nivel de adiposidad en función de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso actual en kilos sobre la estatura al cuadrado en metros. En caso de no ser posible pesar, tallar o conocer la pérdida de peso, son útiles las dimensiones de los pliegues cutáneos y la circunferencia muscular del brazo.

El pliegue tricpital o del tríceps (PT) permite estimar la masa grasa. Es el más empleado a nivel hospitalario por el hecho de que en malnutrición proteica, no suele aparecer edema en ésta zona, pero su utilización está limitada en aquellos pacientes críticos que presenten alteración del tejido subcutáneo, como por ejemplo flebitis, edemas y hematomas. Se mide en el punto medio entre la apófisis del acromion y el olécranon con un plicómetro. Se realizan un total de tres determinaciones y se hace un promedio de los valores obtenidos.

El perímetro braquial (PB) o circunferencia del brazo (CB) estima la masa proteica muscular. Se mide con una cinta métrica en el punto medio entre el acromion y el olécranon.

La circunferencia muscular del brazo (CMB) es un estimador de masa libre de grasas y se aproxima a la masa muscular real. Se calcula aplicando la siguiente fórmula: $CMB = CB - (0,34 \times PT) \times 10$.

3. Valoración global subjetiva (VGS).

Es un método clínico que permite detectar si el paciente se encuentra moderadamente desnutrido o en riesgo de desnutrición, mediante la historia clínica y la exploración física del paciente sin necesidad de realizar mediciones antropométricas. Se realizan una serie de preguntas al paciente, relacionadas con los cambios de peso, de ingesta dietética, la enfermedad de base, la presencia de síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, anorexia), la capacidad funcional y hallazgos físicos de malnutrición (pérdida de grasa subcutánea, masa muscular, edemas, ascitis, lesiones en piel y mucosas).

Es un método sencillo, de bajo coste, reproducible, de alta sensibilidad y específica y tiene un valor predictivo de morbilidad en pacientes quirúrgicos. Tiene como desventaja que su validez está condicionada por la experiencia del entrevistador 7, 10.

4. Cálculo de los requerimientos energéticos (Ecuación de Harri-Benedict)

Estima el Gasto energético global (GEG) teniendo en cuenta la actividad del paciente (reposo en cama, reposo relativo, deambulante) y el grado de agresión o estrés al que está sometido el paciente, que se relaciona con las características de la enfermedad (cirugía, infección, sepsis, politraumatismo, quemaduras, cáncer). Además, por cada grado de temperatura por encima de 37° C, mantenido durante 24 horas, se debe multiplicar el valor obtenido, por el factor de corrección de 1,3.

5. Cálculo de los requerimientos nutricionales

El requerimiento energético se suministra con el aporte de calorías procedentes de los carbohidratos y las grasas (calorías no proteicas). El aporte energético de las proteínas no se considera, ya que su función en el organismo debe ser estructural.

Fuentes calóricas no proteicas

Se recomienda distribuir entre un 80 - 50 % de carbohidratos y un 20- 50 % de grasas. Su porcentaje puede variar dependiendo de la edad, sexo y actividad metabólica del paciente. En casos de estrés moderado se suele aportar un 60 % de hidratos de carbono y un 40 % de lípidos.

Proteínas:

Para que el aporte de aminoácidos garantice su empleo para la síntesis de proteínas, es necesario combinar simultáneamente con glucosa, grasas o ambos. Se recomienda un aporte de proteínas entre 1-2 g / Kg/día, según el grado de malnutrición o de catabolismo que presente el paciente, hasta conseguir un balance de nitrógeno (BN) positivo (entre 2 y 4 g). En pacientes con agresión severa la proporción de proteínas por gramo de nitrógeno es entre 80- 120.

Hídricos:

El agua actúa como medio de transporte del resto de nutrientes. Se suele administrar entre 35- 50 ml por Kg de peso y día, aunque sus necesidades dependerán del estado del paciente y del balance hídrico 1.

Electrolitos (minerales):

Sus necesidades dependerán de la patología de base, determinaciones séricas, el

volumen de pérdidas de los fluidos corporales, la función renal y el equilibrio ácido-base. En la administración de una NPT se deben incluir como electrolitos, el sodio, potasio, calcio, magnesio y fosfato.

Oligoelementos (elementos traza):

Sus requerimientos se relacionarán con la situación clínica- metabólica del paciente y la existencia de deficiencia previa. En la composición de la NP, se incluyen como elementos traza, el zinc, cobre, cromo y manganeso. De ellos, destaca el papel del primero en la cicatrización de las heridas, la función inmunológica y la síntesis de proteínas. Los oligoelementos y las vitaminas, se suelen administrar en días alternos, debido a la inestabilidad de estas últimas en presencia de los oligoelementos, aunque en la práctica clínica, es común su administración diaria, ya que no existen documentos de consenso.

Vitaminas:

Son sustancias orgánicas que actúan como coenzimas en los procesos metabólicos. Son conocidas como vitaminas hidrosolubles, la Tiamina (Vitamina B1), Riboflavina (Vitamina B2), Acido nicotínico (Vitamina PP), Acido pantoténico (Vitamina B5), Piridoxina (Vitamina B6), Biotina (Vitamina B8), Acido fólico (Vitamina B9), Cianocobalamina (Vitamina B12) y el Ácido ascórbico (Vitamina C) y como vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

Se administran en forma de soluciones multivitaminicas según las dosis dietéticas recomendadas. La vitamina K, es necesario aportarla por vía intramuscular, ya que no se incorpora en el soporte nutricional.^{4, 11}

6. Parámetros de laboratorio

Índice creatinina/altura. Es un indicador de la cantidad de masa muscular. Se define como la relación entre la excreción urinaria de creatinina en 24 horas, y la excreción urinaria esperada en un adulto normal de la misma talla que el paciente.¹ La creatina se encuentra principalmente en el tejido muscular y el producto final de su degradación es la creatinina. Si se produce una reducción en la masa muscular, disminuirá la creatinina producida y excretada. Por tanto la magnitud de eliminación de creatinina muestra el grado de catabolismo muscular proteico, y dependerá a su vez, de la cantidad de masa muscular. Su empleo en el paciente crítico, detecta la malnutrición al ingreso pero carece de valor pronóstico o de seguimiento de forma aislada, debido a la situación de estrés metabólico que sufre el enfermo ^{7, 9, 10}.

Balance nitrogenado (BN). En el paciente crítico no es válido como parámetro de

desnutrición, pero sí como índice de pronóstico nutricional.

Es útil para valorar la eficacia del soporte nutricional porque cuantifica el equilibrio entre la degradación proteica y la reposición exógena. Los aminoácidos administrados dentro de la NP, no deberían ser catabolizados sino ser empleados para la síntesis de proteínas. Para poder valorar la utilización del nitrógeno (N) por el organismo, se recurre al BN, que es un método indirecto que establece la diferencia entre el nitrógeno aportado y eliminado durante 24 horas. El 90% de la pérdida urinaria nitrogenada es en forma de urea y el otro 10% se excreta por las heces y la piel. Un balance positivo de N, indica que la cantidad de nitrógeno aportado es mayor al que se elimina y por tanto se está produciendo síntesis proteica. Un balance negativo de N, indica que las pérdidas son superiores a las entradas, y por tanto el grado de destrucción proteica sobrepasa a la síntesis.

El objetivo general en la administración de la NP, es mantener y restablecer el estado nutricional pero el objetivo específico es conseguir un balance positivo, es decir, preservar la proteína corporal mediante la disminución del catabolismo y el incremento de la síntesis proteica. Sin embargo, en las primeras 24- 48 horas, los pacientes en estado de estrés-hipermetabolismo, resulta prácticamente imposible, revertir el catabolismo, a pesar de un buen soporte nutricional. Será en la fase de recuperación del paciente, cuando se logren los balances nitrogenados positivos 7, 10, 12.

Albúmina. Es el parámetro bioquímico más empleado para la evaluación del estado nutricional inicial, pero es un pobre indicador de seguimiento nutricional, porque tiene una vida media larga de 18 a 21 días y una elevada cantidad en sangre periférica (3,5 a 4 g/dL). En estados de estrés agudo debido a politrauma, infección o shock séptico, sus niveles se encuentran muy disminuidos. La hipoalbuminemia se relaciona con el aumento de tiempo de ventilación mecánica y en cirugía digestiva electiva, es un importante marcador de mortalidad 10,12.

Prealbúmina. Presenta una tasa de recambio muy rápida, con una vida media corta, de dos días y se encuentra en pequeñas cantidades en el organismo. Por ello, es un marcador ideal para la evaluación nutricional. La desnutrición proteico-calórica disminuye sus niveles, pero también es sensible a factores no nutricionales, tales como fiebre, sangrado y disfunción hepática. Por el contrario, sus concentraciones plasmáticas se encuentran elevadas en insuficiencia renal 7, 9.

Colesterol. Se considera como un parámetro de valoración nutricional. Los desnutridos, con síndrome de mala absorción e insuficiencia renal y hepática, presentan hipocolesterolemia. Los pacientes críticos con bajos niveles séricos de colesterol,

se relacionan con un aumento en la mortalidad 7.

Estudios inmunológicos.

La desnutrición produce la depresión del sistema inmune, viéndose alterada, tanto la inmunidad celular como la humoral. En este contexto, los pacientes desnutridos están expuestos a un mayor riesgo de infección, y el desarrollo de ésta provoca la aparición de un estado hipercatabólico, que incrementa todavía más la desnutrición, dándose un círculo vicioso difícil de quebrar. Así, infecciones banales en el paciente eutrófico, pueden ocasionar situaciones letales si la desnutrición es severa. El parámetro más empleado para valorar la función inmunitaria es el recuento total de linfocitos que permite clasificar la desnutrición como leve, moderada y grave 10, 12.

Complicaciones en la administración del NP:

Las complicaciones que se vinculan con la NPT se clasifican en tres categorías: Mecánicas, Metabólicas e Infecciosas. Las más importantes se comentan a continuación.

1. Complicaciones metabólicas: las complicaciones metabólicas pueden ser a corto plazo, relacionadas con el exceso o déficit de algún componente de la NP y a largo plazo, debidas a los efectos de la NP sobre los diferentes órganos, principalmente el hígado y el hueso.

Hipoglucemia. Producida por la interrupción brusca del aporte nutricional. Para su prevención, la suspensión de la NP debe ser progresiva y cuando la retirada sea necesaria, por cualquier causa, se debe administrar suero glucosado al 10% al mismo ritmo que se administraba la NP y realizar control glucémico periódicamente.

Hiperglucemia. Es debida a una concentración elevada de glucosa, intolerancia a la misma o si se administran excesivas calorías. Para prevenirla, la proporción de hidratos de carbono debe ajustarse a las necesidades de cada paciente y no superar los 5mg/Kg/min., que es la tasa máxima a la cual el cuerpo puede metabolizar la glucosa sin presentar hiperglucemia. Es recomendable iniciar la NP con aportes bajos de glucosa e ir aumentando paulatinamente según la tolerancia de cada paciente. Para su control se deben realizar gluemias y glucosurias diarias. Si los niveles glucémicos se mantienen por encima de 150 mg/dL., se debe iniciar tratamiento con insulina subcutánea o intravenosa según los protocolos de cada unidad 6, 13,14.

Diuresis osmótica. Es debida a niveles elevados de glucemia. Si ésta asciende rápidamente, la osmolaridad también ascenderá. Esta hiperosmolaridad se traduce en glucosuria, deshidratación intracelular y daño tisular, que puede terminar ocasionando daño en los túbulos renales e insuficiencia renal aguda. El tratamiento consistirá en disminuir la tasa de infusión o concentración de dextrosa y administración de insulina.

Coma Hiperosmolar Hiperglucémico No Cetónico (CHHNC). Es un trastorno metabólico grave que se produce con más frecuencia en diabéticos tipo II adultos y ancianos. Puede ocurrir en pacientes que tienen un déficit relativo de la secreción de insulina o por la administración de la NP a un ritmo acelerado.

Cursa con una glucemia mayor de 800mg/dL, una osmolaridad sérica superior a 330mOsm/l, deshidratación profunda producida por una diuresis hiperglucémica y disminución variable del nivel de conciencia sin cetosis y acidosis. El tratamiento está dirigido a corregir la deshidratación y la hiperglucemia, normalizar los electrolitos y mantener las constantes hemodinámicas 14.

Déficit de Ácidos Grasos Esenciales. El déficit de Ácidos Grasos Esenciales (AGE) ocurre cuando no se aporta regularmente el ácido linoléico y linolénico. Sus manifestaciones clínicas se pueden observar en la primera semana. Éstas se caracterizan por descamación y sequedad de la piel, pelo quebradizo y alopecia, retraso de la cicatrización de las heridas, trombocitopenia y anemia.

Se recomienda administrar entre 1 a 1,5 g/Kg. de lípidos diariamente y monitorizar los niveles de triglicéridos como mínimo una vez por semana 1.

Hipertrigliceridemia. Se produce cuando se supera la capacidad plasmática de aclaramiento lipídico y cuando el aporte de triglicéridos o dextrosa es excesivo. La Diabetes Mellitus, la obesidad, sepsis, pancreatitis y enfermedad hepática predisponen a la hipertigliceridemia. Es recomendable realizar controles basales de triglicéridos y a las 24h del inicio de la NPT. Se contraindica iniciar NP con lípidos si los triglicéridos son superiores a 300mg/dL, y se debe suspenderse su administración si los valores de triglicéridos exceden los 400 mg/dL 14,15.

Esteatosis hepática (hígado graso). Se define como el aumento del hígado, debido a la acumulación de grasas en los hepatocitos. Aunque su etiología es multifactorial, se relaciona con varios factores: aporte prolongado de la NP (más de dos semanas), administración excesiva de lípidos o glucosa, empleo de soluciones que contienen únicamente dextrosa (su exceso se deposita como grasa en el hígado) o triglicéridos de cadena larga (causan mayor infiltración grasa hepática que las mezclas combinadas con triglicéridos de cadena media, como el aceite de oliva).Es

una complicación común en los adultos, que suele revertir con la suspensión de la infusión.

Para prevenirla, se aconseja administrar emulsiones mixtas de triglicéridos, ajustar las proporciones de lípidos, dextrosa y proteínas, iniciar NP cíclica si es posible y realizar controles periódicos bioquímicos (perfil hepático y lipídico) 14.

Colestasis. Se define como la alteración o disminución en el flujo biliar, caracterizado por la elevación de la bilirrubina directa o conjugada junto con los ácidos biliares séricos. Es una complicación grave que causa daño hepático irreversible. Puede evolucionar a cirrosis, insuficiencia hepática y fallecimiento. Es más frecuente en recién nacidos prematuros con bajo peso y lactantes con síndrome de intestino corto (SIC), debido a que reciben NP durante periodos prolongados. La relación entre NP y colestasis puede deberse a varios mecanismos: un exceso energético que eleva el glucógeno hepático y los triglicéridos, toxicidad lipídica por administrar dosis elevadas, deficiencia de taurina (necesaria para aumentar la secreción y conjugación de las sales biliares), deficiencia de carnitina (necesaria para oxidar los ácidos grasos de cadena larga), infecciones relacionadas con el catéter, translocación bacteriana y utilización de ostomías en niños con SIC. Para su prevención, se recomienda evitar la sobrealimentación, disminuir la incidencia de infecciones, iniciar precozmente la nutrición enteral y monitorizar los niveles séricos de bilirrubina y triglicéridos de forma periódica 16.

Hipofosfatemia. Es la alteración electrolítica más frecuente. La disminución de los niveles plasmáticos del fósforo, no sólo se debe a un aporte deficitario del mismo. Se presenta también, en pacientes con cetosis diabética y acidosis metabólica donde la pérdida urinaria de fosfato está aumentada. Así mismo, la utilización excesiva de diuréticos y antiácidos quelantes del fósforo o la sobrecarga de glucosa favorecen la depleción del fosfato.

Sus manifestaciones clínicas son calambres musculares, parestesias, dolor óseo, insuficiencia respiratoria por debilidad diafragmática, irritabilidad, confusión, arritmias y anemia hemolítica. Para su prevención y corrección es necesario realizar controles periódicos electrolíticos y control del balance hídrico diario 17.

2. Las complicaciones mecánicas derivan de la técnica de inserción del catéter y del mantenimiento del mismo. A su vez, se subdividen en las siguientes:

Complicaciones mecánicas a corto plazo y / o inmediatas.

Punción arterial. Es debida a la punción accidental de una arteria, ya sea subclavia, yugular, femoral o braquial (según el punto de inserción). Es una complicación frecuente entre el 3 % - 15 %, que puede causar desde lesiones leves

(hematomas) hasta lesiones graves (hemotórax, ictus, trombosis, taponamiento cardiaco) que afortunadamente tienen menor incidencia. La frecuencia de punciones arteriales de la carótida y hematomas, es mayor para el acceso yugular contra el acceso subclavio. Su diagnóstico es evidente, por la salida pulsátil de sangre rutilante y se suele resolver con compresión local durante 10 minutos 18.

Neumotórax. Es la presencia de aire en la cavidad pleural causada por la punción de la membrana pleural. Presenta una incidencia que varía entre el 0 % y 15 % que dependerá de la experiencia del médico, de las características del paciente (obesidad mórbida, enfisema, EPOC) y del sitio de elección. Se manifiesta por disnea, desaturación, taquicardia, hipotensión, dolor de hombro o dolor pleurítico. Se confirma su diagnóstico mediante una radiografía de tórax, y según los hallazgos, podrá necesitar o no, de un drenaje pleural.

Arritmias cardíacas. La correcta posición de la punta del catéter debe ser 2 o 3 cm por encima de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha. Si se superan estos límites, la guía metálica o el catéter, contacta con las paredes cardíacas, provocando su estimulación e irritación. Para detectar de forma precoz esta situación, es conveniente un control electrocardiográfico durante la técnica y la realización de una placa de tórax, después de la colocación del CVC.

Embolia gaseosa. Consiste en la entrada de aire a través de la vía central. Puede ocurrir durante la inserción o retirada del CVC y su frecuencia es del 0,3 %. Normalmente no causa graves problemas y se soluciona con el paso del aire a la circulación pulmonar, donde se reabsorbe. La situación se complica cuando el paso es a la circulación sistémica. Volúmenes de aire superiores a 100cc, son potencialmente fatales. Para su prevención se recomienda que durante la técnica, las luces del catéter estén cerradas, las conexiones permanezcan por debajo del nivel de la aurícula y llevar a cabo maniobras que aumenten la presión venosa, como la posición de Trendelenburg o Valsalva. Si se produce un EA, se debe colocar al enfermo en Trendelenburg con decúbito lateral izquierdo, aspirar el aire intravascular a través de la luz y administrar oxígeno, en la máxima proporción, al 100%.

Rotura y embolismo del catéter. Se puede producir por una manipulación excesiva durante la técnica, material defectuoso, desgaste del mismo y Síndrome del pellizco costoclavicular (SPCC) o pinch – off, que es la compresión del catéter entre la clavícula y la primera costilla. Es una complicación infrecuente que sucede en los CVC implantados en vías subclavias.

Los movimientos del hombro pueden favorecer la rotura del catéter, que se mani-

festará con parestesias del brazo, dolor torácico o infraclavicular y extravasación de los fluidos al tejido celular subcutáneo durante la infusión. Cuando se fragmenta completamente, su embolización, puede producir complicaciones muy graves, como trombosis, perforación o parada cardíaca. El diagnóstico se evidencia mediante radiografía de tórax, que obligará a retirar el catéter y en caso de fragmentación, su extracción mediante técnica endovascular percutánea 18,19.

Complicaciones mecánicas a medio y/ o largo plazo.

Oclusión del catéter. Es la interrupción del flujo, que se manifiesta ante la imposibilidad de extraer a través del catéter, pero se puede infundir, o cuando no se puede ni extraer ni infundir. Las causas pueden ser las siguientes: acodamientos, adherencia de la punta del catéter a la pared venosa, formación de un coágulo intraluminal o de fibrina alrededor de la punta del catéter, sutura compresiva, Síndrome del pellizco, precipitación de fármacos, depósitos de cristales de fosfato de calcio y presencia de residuos lipídicos de la NP. Para mantener la permeabilidad de los catéteres venosos, se recomienda que tras su uso, se lave el interior del catéter con suero fisiológico. Cuando no vayan a ser utilizados, se debe realizar su sellado, según el protocolo de cada unidad. Cuando la oclusión ya está instalada, se emplea Urokinasa, que es un trombolítico parenteral, que disminuye los niveles plasmáticos de fibrinógeno. Para su administración se utiliza una solución de 5000 unidades internacionales de Urokinasa, que deben dejarse actuar, durante al menos una hora.

Trombosis venosa. Las causas que favorecen la aparición de la trombosis venosa se relacionan con el paciente (diagnóstico de cáncer, quimioterapia, trombosis previa) y con el catéter, así, los que son más rígidos ocluyen con mayor frecuencia los vasos venosos siendo preferibles los de silicona y poliuretano, si es multi-lumen o no, el tiempo de permanencia, si la posición de la punta es correcta (una colocación incorrecta condiciona el roce continuo con la pared del vaso) si se lesionó el vaso durante el procedimiento de inserción (se acumularán plaquetas y fibrina en la zona dañada favoreciendo la formación del trombo intravascular), la infusión de fluidos hiperosmolares como la NP. La trombosis venosa puede tener una clínica silente o puede dar signos y síntomas locales como dolor, calor, edema en la extremidad superior donde se insertó el catéter y distensión de las venas del cuello (ingurgitación). Para su diagnóstico se utiliza el Eco- doppler ya que permite detectar las trombosis venosas asintomáticas y no es un método invasivo como la venografía. Las complicaciones graves de la trombosis venosa son el tromboembolismo pulmonar, y el síndrome posttrombótico y la infección

20.

3. Complicaciones infecciosas. Son las complicaciones más frecuentes y las más graves. Generalmente la infección proviene del catéter, pero también puede resultar de la propia NPT, aunque es poco frecuente. La infección relacionada con el catéter (IRC) tiene una incidencia que oscila entre el 5 % - 26 %, y se ve favorecida por una serie de factores de riesgo, algunos asociados al catéter y su manipulación que pueden ser modificables y otros asociados al paciente, siendo poco modificables.

- Factores de riesgo asociados al paciente: o Edad extrema:

Edad > 70 años, deteriora del sistema inmunológico.

Neonatos, inmadurez del sistema inmunológico. o Patología de base, con mayor probabilidad de infección:

Diabetes.

Leucemias. Politraumatizados. Quemados. Cirugía mayor o Malnutrición. Inmunodeprimidos y/o sometidos a quimioterapia.

- Factores de riesgo asociados al catéter y su manipulación: o Inexperiencia médica (técnica defectuosa). o Asepsia inadecuada, defectuoso lavado de manos antes de la inserción como de su manipulación.

Inadecuado uso del material y ropa estéril durante la inserción y manipulación del catéter.

Duración del cateterismo, que conlleva a su excesiva manipulación.

Lugar de inserción y número de luces. o Uso de NP y de perfusiones ricas en lípidos, que son un ambiente idóneo para la proliferación de gérmenes.

Por microabrasiones debidas al rasurado de la piel antes de la inserción del catéter, que favorecen la proliferación de gérmenes.

Utilización de antisépticos poco eficaces. Los más desinfectantes son la clorhexidina al 2% y la povidona yodada 21.

Tanto la contaminación de un CVC como la proliferación de microorganismos en la luz del mismo, o fuera de ella, pueden causar la infección del torrente sanguíneo.

La infección puede estar localizada, simplemente afectar al vaso que ocupa el catéter como diseminarse hasta la aparición de una sepsis, provocando una infección a nivel sistémico. Cuando la infección se presenta en el punto de entrada, aparecen unos signos locales como enrojecimiento, calor y expulsión de material purulento.

Se considera que estamos ante una bacteriemia cuando aparecen al menos algún síntoma como: fiebre, escalofríos o hipotensión y dos cultivos positivos a un germen contaminante cutáneo habitual.

Por tanto, el diagnóstico de la BRC debe sustentarse mediante la clínica y los datos del laboratorio microbiológico, que incluyen el cultivo de las conexiones y de la piel circundante al punto de inserción, cultivo de la sangre (al menos una muestra de sangre periférica y otra a través del catéter) y cultivo de la punta tras su retirada.

Los diferentes fenómenos infecciosos que se pueden encontrar en la IRC son los que se describen a continuación:

Flebitis. Es más frecuente en la utilización de PICC y se define como la aparición de fenómenos inflamatorios en la pared del endotelio del vaso, que puede acompañarse de la formación de un coágulo (tromboflebitis). Sus causas pueden ser mecánicas (debidas al propio catéter), químicas (por la acción de fármacos irritantes, vesicantes, soluciones hipertónicas) o infecciosas (provocadas por gérmenes patógenos). Se manifiesta con dolor, calor, rubor, eritema, e induración en el punto de entrada y/o en el trayecto subcutáneo del catéter.

Infección del punto de entrada. Aparición de eritema, calor, induración y salida de material purulento, probablemente acompañada de fiebre, escalofríos y/o hipotensión, más cultivo positivo sin bacteriemia concomitante.

Colonización del catéter. Recuento mayor o igual a 15 unidades formadoras de colonias (UFC) en la conexión o en la punta del catéter, en ausencia de signos locales o sistémicos de infección.

Contaminación del catéter. Recuento menor a 15 UFC en la conexión o en la punta del catéter.

Bacteriemia relacionada con el catéter (BRC) o Con retirada del catéter: Paciente con cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, con aislamiento del mismo germen en la punta del catéter y en el hemocultivo (o en dos hemocultivos si el microorganismo fuera estafilococo coagulasa negativo). o **Sin retirada del catéter:** Paciente con cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente, con aislamiento del mismo germen en hemocultivos simultáneos obtenidos a través del catéter y por venopunción, con una proporción cinco veces mayor en las muestras del catéter.

Bacteriemia probablemente relacionada con el catéter sin cultivo del mismo.

Cuando hay clínica de sepsis sin otro foco de infección evidente, los hemocultivos de sangre periférica son positivos y después de retirar la vía venosa, la sintomatología desaparece a las 48 horas.

Bacteriemia relacionada con la infusión: Se aísla el mismo germen en hemocultivo por venopunción, en el líquido de infusión y en un paciente con clínica de sepsis, sin otro foco evidente de infección 22.

Etiología:

Entre los principales microorganismos implicados en las BRC, se encuentran aquellos que forman parte de la flora saprofita del propio paciente o de las manos del personal sanitario.

Dentro del grupo de los bacilos gram positivos, predominan los *Staphylococcus coagulasa negativo*, especialmente *Staphylococcus epidermidis* seguido de *Staphylococcus aureus*. De los bacilos gram negativos destacan *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa*. Por último y en menor incidencia se encuentra la *Cándida albicans*.

Las complicaciones más graves de la BRC son las metástasis sépticas a distancia, la endocarditis bacteriana y la trombosis séptica, destacando como agente etiológico el *Staphylococcus aureus*.

Patogenia:

La principal fuente de infección es la flora de la piel, debida a una asepsia inadecuada en el momento de la inserción del catéter, excesiva manipulación de las conexiones, la falta de cuidado en el mantenimiento del catéter, o la exposición a la contaminación durante el baño del paciente. Por todo ello, las manos del personal sanitario son la principal fuente de entrada de gérmenes y provocación de la infecciones.

Focos de infección al torrente sanguíneo:

El paso de gérmenes al torrente sanguíneo se puede producir por las siguientes vías:

1. A través del punto de la conexión, contaminación intraluminal:

Los microorganismos colonizarían la conexión del catéter por su manipulación y desde ahí migrarían por vía intraluminal, por el interior del propio catéter, al torrente sanguíneo.

Ésta vía de acceso es más frecuente en los catéteres de larga duración (superior a 8 días), debido a que existe más manipulación de las conexiones. Por tanto a mayor tiempo de implantación de un CVC, mayor riesgo de infección.

2. A través del punto de inserción, contaminación extraluminal:

Los microorganismos que colonizan la piel, migran desde el punto de inserción hasta la punta del catéter, a través de la superficie externa del mismo. Posteriormente se multiplican y pasan al torrente sanguíneo. Esta puerta de entrada es más frecuente en los catéteres de corta duración (inferior a 8 días).

3. Vía hematológica:

Ocurre cuando un paciente presenta una infección distante (infección abdominal, urinaria, respiratoria) y estos mismos microorganismos, pueden colonizar el catéter por vía hematológica.

4. Contaminación del líquido de infusión

Puede producirse durante el periodo de elaboración de la mezcla de nutrientes dando lugar a la denominada contaminación intrínseca, o bien, puede suceder durante la manipulación posterior dando lugar a una contaminación extrínseca. Hoy en día no es frecuente gracias al método de trabajo, cuidados y controles establecidos que se llevan en las farmacias de los hospitales donde se preparan 22,23, 24.

Prevención de las infecciones relacionadas con la CVC:

La bacteriemia, presencia de bacterias en sangre, en relación con el catéter, es considerada la primera causa de infección nosocomial, consecuencia del uso de catéteres en hospitales. Estas infecciones, aumentan tanto la morbimortalidad, las complicaciones como también la estancia en el hospital y los costes.

La elevada tasa de bacteriemias, ha llevado a la elaboración en 2002, de guías para la prevención y el tratamiento de las infecciones relacionadas con CVC, realizadas por SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) y su grupo de trabajo GEIH (Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria), y por SEMICYUC (Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias) junto con su Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas (GTEI).

Este protocolo hace referencia a todos los dispositivos intravenosos centrales insertados percutáneamente, tanto por un acceso periférico (vena basilica o cefálica) como por un acceso central (vena subclavia, yugular interna, o femoral) y

de corta duración (menos de 30 días). Así mismo se puso en marcha el Proyecto Bacteriemia Zero (BRZ), organizado por la SEMICYUC que contó con el apoyo de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 24.

En él participaron todas las comunidades autónomas españolas con el objetivo de reducir las bacteriemias relacionadas con el catéter venoso en las unidades de cuidados intensivos.

A la vista de los resultados exitosos obtenidos, y utilizando la estructura de BRZ, se ha creado el proyecto Neumonía Zero, con el objetivo de disminuir la incidencia de neumonías asociadas a la ventilación mecánica, en las unidades de cuidados intensivos españolas.

Intervenciones para prevenir las bacteriemias relacionadas con catéter:

- Profesionales. Formación inicial y continuada del personal responsable del cuidado de los catéteres intravasculares. Adecuación numérica del personal al número y complejidad de pacientes. Disponer de protocolos escritos de todos los procedimientos relacionados con el manejo de los catéteres intravasculares y con la prevención de infecciones. Evaluación periódica de su cumplimiento (check-list).

- Higiene de manos:

Agua y jabón antiséptico de gluconato de clorhexidina al 2 %, durante mínimo 15 segundos. o “Los 5 momentos de la higiene del lavado de manos”

Antes del contacto con el paciente.

Antes de una tarea aséptica.

Después de una exposición a fluidos corporales.

Después del contacto con el paciente.

Después del contacto con el entorno del paciente. Antes y después de procedimiento invasores. Antes y después de palpar el punto de inserción. Antes y después de movilizar y manipular el catéter y al cambiar el apósito. Antes y después del uso de guantes. También será necesario ante la sospecha de una infección, después de utilizar el baño, antes y después de comer

- Medidas de barrera: o Para la inserción de CVC, se debe utilizar medidas de máxima barrera total, que incluyen gorro, mascarilla, gafas protectoras, bata estéril, guantes estériles y paños estériles. Debe ser utilizado tanto por el personal que lleve a cabo la técnica como ayudante a la inserción y las colaboradoras con el profesional que está realizando la técnica deben colocarse como mínimo el gorro y mascarilla. o El campo estéril debe cubrir totalmente al paciente 25.

- Inserción del catéter: o La técnica se realizará en una habitación adecuada, sin riesgo de contaminación. o Se debe realizar una limpieza de la zona de punción con agua y jabón de clorhexidina antes de la asepsia cutánea, se aclarará y se secará correctamente. o El antiséptico de elección es una solución de clorhexidina, debiéndola dejar secar completamente antes de la inserción del catéter. Se utilizará alcohol 70° o povidona yodada si existe por parte del paciente hipersensibilidad a la clorhexidina. o Seleccionar el lugar de inserción, valorando el riesgo de infección versus riesgo de complicación mecánica. o Utilizar siempre catéteres con el mínimo de luces posible. o Se prefiere la vía subclavia, antes que la vía yugular o femoral, salvo contraindicación. Evitar en la medida de lo posible, los catéteres femorales, ya que están asociados a mayor riesgo de infección y de trombosis venosa profunda. o Colocar al paciente en una posición adecuada para evitar la embolia gaseosa:

- Canalización de la vena subclavia: posición de ligero Trendelenburg, con los brazos paralelos al cuerpo, con un rodete de sábana debajo de los hombros y con la cabeza girada hacia el lado contrario a la vena elegida.

- Canalización de la vena yugular: posición de decúbito supino, ligero Trendelenburg y con la cabeza girada hacia el lado contrario a la vena elegida.

- Canalización de la vena femoral: posición de decúbito supino, con la pierna ligeramente separada y con un rodete de sábana debajo de la región lumbar.

- En caso de vía central con acceso periférico: posición en decúbito supino con el brazo extendido, formando un ángulo con el cuerpo de 45° a 90°, y con una ligera rotación externa. o Se recomienda pinzar los conectores no utilizados durante la inserción (para evitar embolias gaseosas, pinzar todos los conectores menos el distal). También se recomienda aspirar sangre de cada luz. o Se debe comprobar la correcta colocación del catéter mediante rayos X. (punta de la unión de la cava superior con aurícula derecha) 26.

- Cuidados y mantenimiento: Es necesario utilizar un apósito estéril en el lugar de la inserción del catéter antes de que las medidas de barrera se retiren. Debe ser un apósito transparente y semipermeable, para valorar el punto de inserción con la mínima manipulación. Vigilar diariamente el punto de inserción, sin retirar el apósito, el lugar de inserción del CVC y el trayecto del mismo, así como signos de infección. Los apósitos transparentes semipermeables se cambian cada 7 días, salvo que se encuentren visiblemente sucios, húmedos o despegados. Si el sitio de inserción presenta sangrado abundante, o tiene importante sudoración, emplear un apósito de gasa que se cambiará cada 48-72 horas. Para realizar el cambio de apósito y la cura del punto de inserción, utilizar mascarilla y guantes estériles (un par para cada apósito y previa higiene de manos). Para manipula-

ciones con catéter abierto (extraer sangre, lavar catéter con suero salino etc.) utilizar guantes estériles y gasas impregnadas en solución antiséptica. Manipular las conexiones lo menos posible y limpiar los bioconectores (obturador Luer-Lock), zonas de punción del sistema, con alcohol de 70° antes de acceder a ellas. o Utilizar el mínimo número de llaves de tres vías posible y retirarlas cuando no sean necesarias. Retirar sin demora, todo CVC, que sea innecesario. Cambiar los equipos de infusión, llaves de tres vías y bioconectores conjuntamente, no antes de 72 horas, y siempre que estén visiblemente sucias o se desconectaran accidentalmente. Registrar en la hoja de observaciones de enfermería, plan de cuidados o registro específico correspondiente, todas las intervenciones relacionadas con el CVC 25,27.

Cuidados de enfermería antes de administrar la npt:

Conservación de la bolsa de NPT:

La NP magistral o estándar se debe conservar protegida de la luz mediante una sobrebolsa protectora (bolsa multicapa) que evita la degradación de las vitaminas fotosensibles y los procesos de peroxidación de los lípidos. Se debe almacenar en nevera entre 4° y 8° C ya que la refrigeración retarda el crecimiento microbiano. Es importante vigilar los cambios de temperatura hasta su administración, porque pueden causar precipitación de algunos de sus componentes y realizar un registro diario de las temperaturas de la nevera mediante un termómetro dentro de la misma. Cuando se proceda a su administración se debe dejar a temperatura ambiente entre 30-60 minutos antes de su infusión. Una vez fuera de la nevera, se recomienda administrar en un periodo máximo de 24 horas.

Respecto a la bolsa de NPT

Antes de conectar una bolsa de NPT, se deben realizar los siguientes controles:

- Verificar la indicación de inicio de la NPT, revisando para ello las órdenes médicas.
- Confirmar la correcta posición del catéter mediante una radiografía de control.
- Dejar a temperatura ambiente 30-60 minutos y alejada de toda fuente de calor (luz solar, calefacción, etc.)
- Identificación correcta del paciente: El rótulo que figura en la bolsa de NPT, debe coincidir con el nombre y apellidos del paciente, así como con el número de habitación y de historia. Para corroborar estos datos, se pregunta al enfermo por sus datos personales.
- Medicamento correcto: Leer toda la orden médica, tener la seguridad de haberla comprendido y administrar lo prescrito.

- Dosis correcta: Debe coincidir con la dosis prescrita. Para garantizar la seguridad de la velocidad y del tiempo establecido, se debe utilizar bombas de infusión dónde la programación del volumen total, será la misma que consta en la etiqueta de la bolsa, así como los ml/hora.
- Vía correcta para la administración: Se ha de administrar por una vía de uso exclusivo para la NPT.
- Hora correcta de inicio de la NPT. En caso de retraso, se colocará una solución glucosada al 10%.
- Fecha de elaboración y de caducidad que figuran en el rótulo de la bolsa.
- Observar el estado del contenido de la bolsa: La presencia de precipitados, turbidez, partículas en suspensión o separación de fases, obligará a no administrar la solución y se avisará al médico y al servicio de farmacia 13.

Técnica de administración:

Informar al paciente y a su familia (si se tratase de un niño) del procedimiento a realizar y la razón por la que se le administra, para disminuir su ansiedad y que aumente su colaboración.

Preservar su intimidad e indicarle que avise si tiene alguna sensación anómala.

Preparar el material necesario

- Bolsa de nutrición.
- Bomba de infusión .
- Soporte para bolsa y bomba.
- Mascarillas (2).
- Bata desechable.
- Paño Estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles (3-4).
- Clorhexidina al 2 % o povidona yodada.
- Bolsa para material desechable.

Colocar la mascarilla al paciente y a uno mismo de forma que la boca y nariz queden correctamente cubiertas.

Realizar lavado de manos quirúrgico (o según protocolo de la unidad).

Extender el paño estéril y depositar sobre él todos los elementos necesarios (gasa con clorhexidina, con povidona, gasas secas)

Retirar la capa protectora de la NP, colgarla en el pie de suero, dejando el extremo distal de la nutrilinea, con su caja protectora, sobre el paño estéril.

Purgar la nutrilinea, lentamente para evitar que se formen burbujas (sin desplazar la línea del paño estéril).

Cerrar la conexión del sistema, colocar el extremo distal sobre las gasas impregnadas de antiséptico.

Retirar la protección del catéter- equipo manteniendo las normas de asepsia y dejarlo sobre el paño estéril.

Calzarse los guantes estériles según técnica.

Limpiar la conexión catéter- equipo con 3 gasas impregnadas en antiséptico, pasando una de cada vez y dejándolo actuar el tiempo definido para el mismo.

La persona auxiliar pinzará el catéter sin tocar el campo estéril y se pide al paciente que realice una inspiración profunda al tiempo que desconectamos el equipo de infusión y conectamos la nueva nutrilinea.

La persona auxiliar despinzará el catéter y abrirá ligeramente la llave reguladora de la nutrilinea, comprobando que gotea.

Limpiar con antiséptico la conexión catéter- nutrilinea y dejar aislada con la caja protectora.

Retirar los guantes, bata y mascarilla.

Insertar la nutrilinea en la bomba, programar el volumen y ritmo de infusión indicado y comprobar su correcto funcionamiento.

Desechar todo el material a la bolsa de desecho y realizar lavado higiénico de manos.

Registros Enfermería

- Firmar en la hoja de tratamiento, la fecha y la hora de inicio o cambio de la NP.
- Anotar en observaciones de enfermería, la vía de administración, el volumen infundido y el sobrante de la anterior nutrición, la velocidad de infusión., hora de comienzo y de finalización.
- Anotar incidencias surgidas.

Controles de enfermería en la nutrición parenteral:

Peso (al inicio y si es posible cada día).

Analítica completa (antes de iniciar la NPT y después según protocolo).

Vigilar el nivel de conciencia.

Constantes vitales (en especial la temperatura).

Glucemia capilar (las primeras 72 horas, cada 4-6 horas y después según indicación médica y evolución del paciente).

Glucosuria.

Ingresos de líquidos. o Volumen de la NP. Vía oral/enteral (si la hubiese). Hemoderivados. Sueroterapia. Diluciones de fármacos.

Egresos de líquidos o Diuresis de 24 horas. o Deposiciones, diarreas. o Drenajes, ostomías, fistulas. o Aspiraciones de sonda nasogástrica y/o vómitos. o Pérdidas insensibles y fiebre.

Balance hídrico diario: (ingresos – egresos).

Observar el estado de piel y mucosas.

Garantizar una buena higiene bucodental (cepillado de dientes y lengua enjugues con clorhexidina y lubricar los labios).

Observar signos de infección en el catéter.

Cuidados y mantenimiento del CVC.

5 Discusión-Conclusión

1. En la administración de nutrición parenteral, se debe realizar una valoración nutricional inicial y un programa de seguimiento (monitorización), para prevenir, identificar y tratar posibles complicaciones metabólicas, especialmente la aparición de hiperglucemias.

2. Dada la incidencia y la trascendencia de las infecciones relacionadas con el catéter, es fundamental una formación específica y continuada del personal de enfermería, así como un adecuado ratio enfermera/paciente.

3. En toda unidad deben existir guías y protocolos basados en la evidencia científica, que serán la herramienta básica para la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

4. Para prevenir la transmisión de las infecciones nosocomiales, es necesario que todo el personal sanitario y de acuerdo con el procedimiento que vaya a realizar, cumpla las medidas de precauciones estándar, siendo la más importante, la adhesión a la higiene de manos.

RECOMENDACIONES EN NP
La preparación y administración de NP, requieren técnica estéril.

Durante el cambio de NP se debe utilizar mascarilla (paciente y profesional sanitario) y bata, realizar lavado antiséptico de manos y mantener una técnica aséptica.

Observar el estado del paciente durante los primeros 15- 30 minutos de iniciar la NP (fiebre, disnea, náuseas, vómitos, dolor, hiperglucemia, hipoglucemia, irritabilidad, etc.).

Emplear bombas de infusión volumétricas para garantizar una administración de la NP a una velocidad continua y estable. Esto evitará la parada de la misma y por

tanto, el riesgo de acúmulos de fibrina que favorecen la bacteriemia, la oclusión parcial o total del catéter y tromboembolismo.

Vigilar con regularidad el ritmo de infusión. Si la nutrición fuera retrasada nunca aumentar la velocidad.

Administrar siempre a través de un catéter en vena cava que deberá ser adecuado a la osmolaridad de la NP.

Son preferibles los catéteres de silicona y poliuretano, ya que son más flexibles, más resistentes al acodamiento y causan menor traumatismo al vaso. Además son menos alérgicos y trombogénicos.

Si es posible, evitar catéteres multilumen para disminuir la frecuencia de infecciones.

Si el catéter es bilumen, se utilizará la luz distal para la administración de la NP.

Si fuera de tres luces, se empleará la medial para la NP y la distal para medir la presión venosa central (PVC).

En cualquier caso, siempre reservar una de ellas exclusivamente para la NP, e identificarla de las otras.

No realizar por la vía de la NP, ni extracciones, ni transfusiones, ni mediciones de la PVC.

Si hay que trasladar al paciente o realizarle pruebas diagnósticas, no interrumpir la NP, excepto indicación médica, en cuyo caso se desechará la bolsa, no se vuelve a conectar.

Si por alguna incidencia se interrumpe de forma brusca y accidentada la NP o si es necesaria su suspensión, se debe administrar suero glucosado al 10 %, al mismo ritmo al que se administraba la mezcla y realizar glucemias capilares posteriores, para detectar posibles hipoglucemias 28.

6 Bibliografía

1. Busturia P, Clapés J, Culebras J, García de Lorenzo A, Martínez- Tutor MJ, Padró JB et al. Protocolos para la prescripción de nutrición parenteral y enteral. Parte III. [Internet]. Zaragoza: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral; 1999. Disponible en: http://www.senpe.com/GRUPOS/estandarizacion/GR_EP_-_prescripcion_3.pdf

2. Gomis Muñoz P, Gómez López L, Martínez Costa C, Moreno Villares JM, Pedrón Giner C, Pérez-Portabella Maristany C et al. Documento de consenso SENPE/SEGHNP/SEFH sobre nutrición parenteral pediátrica. Nutr. Hosp. [Internet]. 2007 octubre. ; 22(6): 710-19. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22n6/original9.pdf>

3. Santana Porbén S, Barreto Penié J, Martínez González C, Espinosa Borrás A. Diseño e implementación de un esquema intrahospitalario de nutrición parenteral. I. nutrición parenteral periférica. Rev. Cubana Aliment. Nutr. [Internet]. 2007 septiembre. 17 (2): 186-208. Disponible en: http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_17_2/Art7_186_208.pdf
4. Castro Aldana MS, Márquez Hernández M, Villagómez Ortiz AJ. Actualidades en nutrición parenteral. Rev. Esp. Med. Quir. [Internet]. 2009 febrero. 14(1):27-36. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>
5. Alonso Noval AM, Fernández Fernández E, González Fernández A, Gutiérrez García E, López Lalín AM et al. Guía: Catéteres Venosos Centrales. Unidad de Atención al Cliente Subdirección de Gestión Clínica y Calidad Dirección de Servicios Sanitarios Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. 2011 marzo. 1-32. Disponible en: <http://www.asturias.es>
6. Planas M, Ordóñez J, Moreno Villares JM, Pedrón Giner C, Gómez Enterría P, Laborda L et al. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009 febrero. 2 Supl 1:12- 30. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/4263.pdf>
7. Montejo González J, Culebras-Fernández JM, García de Lorenzo y Mateos A. Recomendaciones para la valoración nutricional del paciente crítico. Rev. Méd. Chile. [Internet]. 2006 mayo. [acceso 1 de Marzo de 2012]; 134: 1049-56. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n8/art16.pdf>
8. Lovesio C. Respuesta metabólica durante el ayuno, la sepsis y la injuria. En: Lovesio C, editor. Medicina Intensiva. Libro Virtual IntraMed. Buenos Aires: El Ateneo; 2001.p.1-30 Disponible en :
Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual3/pdf/10_3.pdf
9. Busturia P, Clapés J, Culebras J, García de Lorenzo A, Martínez-Tutor MJ, Padró JB et al. Protocolos para la prescripción de nutrición parenteral y enteral. Parte I. [Internet]. Zaragoza: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral; 1999. Disponible en: http://www.senpe.com/GRUPOS/estandarizacion/GR_EP_prescripcion_1.pdf
- 10 .Bertullo H, Olano E. Evaluación nutricional en el paciente crítico. En: Lovesio C, editor. Medicina Intensiva. Libro Virtual IntraMed. Buenos Aires: El Ateneo; 2006.p.1-16 Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual3/pdf/10_1.pdf
11. Fernández- Ferreiro A, Izquierdo-García E, Gomis Muñoz P, Moreno Villares JM, Valero Zanuy M^aA, León- Sanz M. Utilización de micronutrientes en nutrición parenteral en hospitales españoles. Nutr. .Hosp. [Internet]. 2011 mayo-junio. 26(3): 566-571. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212->

16112011000300020&script=sci_arttext

12. Acosta Escribano J, Gómez-Tello V, Ruiz Santana S. Valoración del estado nutricional en el paciente grave. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2005 junio.]; 20 Supl 2: 5- 8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20s2/02valoracion.pdf>
13. Llari S. Recomendaciones de Enfermería para la Administración de Nutrición Parenteral. [Internet]. Buenos Aires: Asociación Argentina de Nutrición Enteral y Parenteral.2011
Disponible en: <http://www.aanep.org.ar/downloads/normas/5/5.pdf>
14. <http://books.google.es/books>
15. Ortiz Leyba C, Gómez- Tello V, Serón Arbeola C. Requerimientos de macronutrientes y micronutrientes. *Nutr. Hosp.* [Internet].2005 junio. 20 Supl 2: 13-17. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20s2/04Requerimientos.pdf>
16. Moreno Villares JM. Complicaciones hepáticas asociadas al uso de nutrición parenteral. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2008 mayo; 23 Sup 2: 25-3. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v23s2/original4.pdf>
17. Rodríguez Portillo M. Trastornos del calcio, el fósforo y el magnesio. En: Lorenzo V, López- Gómez JM, Martín de Francisco AL, Hernández D. *Nefrología al día*. Grupo Editorial Nefrología de la Sociedad Española de Nefrología; 2010. p.201-219.
18. Hernández Hernández MA, Álvarez Antoñan C, Pérez Ceballos MA. Complicaciones de la canalización de una vía venosa central. *Rev. Clin. Esp.* [Internet]. 2006. 206 (1): 50-53. Disponible en: <http://apps.elsevier.es>
19. Quirós Luque JM, Gago Forenells M. Complicaciones de la terapia intravenosa. En: García González RF, Gago Fornells M, directores. *Actualización de Conocimientos en Terapia Intravenosa*. Sociedad Española de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa (ETI).2010; p. 128-135Disponible en: <https://www.oncored.es>
20. Puiggrós C, Cuerda C, Virgili N, Chicharro ML, Martínez C, Garde C et al. Prevención e incidencia de oclusión del catéter y trombosis venosa en pacientes adultos con nutrición parenteral domiciliaria (NPD). *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2012. 27(1):256-261. Disponible en: <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/5545.pdf>
21. Pastor Martínez I, Cebrian Camins MI, Muñoz Jiménez AI, Martínez Morcillo L, Soriano Escobar LI, López Sánchez I et al. Protocolo de prevención de infección relacionada con catéter venoso central. [Internet]. Albacete. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2010. Disponible en: <http://www.chospab.es>
22. Cuerda Compés C, Bretón Lesmes I, Bonada Sanjaume A, Planas Vila M. Infección asociada al catéter en nutrición parenteral domiciliaria: resultados del grupo NADYA y presentación del nuevo protocolo.

Nutr. Hosp. [Internet]. 2006 marzo- abril. 21 (2): 132-38. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n2/original2.pdf>

23. Bonet A, Grau T. Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Estudio multicéntrico de incidencia de las complicaciones de la nutrición parenteral total en el paciente grave: Estudio ICOMEP 1ª parte. Nutr. Hosp. [Internet]. 2005 agosto]; 20 (4):268- 77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v20n4/06EstudioMultic1.pdf>

24. León C, Ariza J. Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso SEIMC- SEMICYUC. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. [Internet]. 2004. 22(2): 92-101. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28/guias-tratamiento-las-infecciones-relacionadas-cateteres-intravasculares-13056889-documento-consenso-2004>

25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España. PROYECTO BACTERIEMIA ZERO. [Internet]. 2012; Disponible en: <http://hws.vhebron.net>

26. Díaz Alonso Y, Suárez Mier B. Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) Protocolo de Inserción del Catéter Venoso Central (CVC). Última Revisión de la Comisión de Cuidados de Enfermería en julio del 2011.

27. Salamanca Corteguera MS, Suárez Mier MB, Sánchez Gutiérrez C. Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Mantenimiento del Catéter Venoso Central (CVC). Última Revisión de la Comisión de Cuidados de Enfermería en julio del 2011.

28. Álvarez Coto B. Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Administración de Nutrición Parenteral (NP): Procedimiento. Última Revisión de la Comisión de Cuidados de Enfermería, Enfermería de Nutrición y Dietética en mayo del 2011.

Capítulo 107

DERRAME PLEURAL POSTRAUMÁTICO

MARIA VILLA DE LA FUENTE

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El derrame pleural postraumático es una complicación frecuente que requiere de una sospecha y de unos conocimientos concretos para poder actuar de manera correcta e instaurar el tratamiento indicado según la situación y características del derrame.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades del paciente
- Favorecer la salida de aire y colecciones plurales tan pronto como sea posible
- Favorecer la expansión pulmonar, mejorando la ventilación y perfusión

3 Caso clínico

Varón de 90 años de edad.NAMC.Exfumador.Conocido del servicio de Cirugía Torácica por traumatismo torácico izquierdo previo (en noviembre de 2019) con

fracturas costales múltiples y neumotórax izdo. Acude a revisión ambulatoria refiriendo aumento de la disnea en las últimas semanas.

COC. BEG. Eupneico en reposo. Estable hemodinámicamente. Mecánica ventilatoria conservada. No enfisema subcutáneo. RxTórax. Derrame Pleural Izdo. Analítica sin alteraciones

Diagnóstico: Derrame Pleural Izquierdo postraumático.

Se explica la indicación de la colocación de un drenaje para evacuar el derrame pulmonar. Firma el consentimiento informado y se informa a la familia. Se procede a la colocación del mismo en el sexto espacio intercostal en lóbulo medio izquierdo sin incidencias. El drenaje torácico queda permeable con salida de unos 2600 ml de contenido serohemático sin fuga aérea.

4 Resultados

La RxTórax de control postevacuación muestra la evacuación completa del derrame. El paciente refiere mejoría respiratoria importante tras su colocación.

5 Discusión-Conclusión

El que el paciente haya sufrido un traumatismo torácico en noviembre de 2019, posiblemente ha desencadenado el derrame pleural actual. Por ello es importante la realización de una buena historia clínica y anamnesis del paciente. Si se hubiese obviado éste dato, hubiese sido necesario establecer su causa, sometiendo al enfermo a un meticuloso examen clínico con estudio de imágenes y del líquido pleural mediante biopsia previa, para un correcto diagnóstico del origen, ya que un amplio espectro de patologías pueden causar derrames plurales, como enfermedades de la pleura, del pulmón, extra pulmonares, o el uso de determinados fármacos.

6 Bibliografía

- Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Normativa SEPAR. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Sociedad Española de Neumología y C.Torácica.
- Porcel JM, Rodríguez -Panadero F, ¿Cuándo y cómo drenar un derrame pleural?

Capítulo 108

PLAN DE CUIDADOS A UN PACIENTE QUEMADO

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

ESTHER LÓPEZ HERES

1 Introducción

El tratamiento de las quemaduras ha sido siempre objetivo de máxima preocupación no sólo por la elevada mortalidad consecuencia de las mismas, sino por los trastornos y graves secuelas a que dan lugar y que alteran por completo el futuro social y vital de los quemados. Hoy en día el tratamiento de las lesiones por quemadura constituye una verdadera especialidad asistencial, que se realiza en unidades especializadas.

Definimos las quemaduras como las lesiones que se producen en la piel como consecuencia de la acción de agentes físicos, térmicos o químicos que ocasionan la destrucción celular de la piel, de sus anexos e incluso de los tendones y músculos. Además, las quemaduras ocasionan edema y pérdida de líquidos debido a la destrucción de los vasos sanguíneos que quedan afectados. En general, la mayoría de las quemaduras se producen en los domicilios. Las hay relacionadas con accidentes de tráfico, actividades laborales, lúdicas y debemos añadir a la lista de etiologías: las agresiones, atentados terroristas y guerras .

Las quemaduras pueden ser causadas por:

- Agentes Físicos: Son los más frecuentes, entre ellos destacan las llamas, todo aquello que tenga que ver con planchas, estufas, etc., el vapor o los líquidos calientes como el aceite o el agua.

- Sustancias Químicas. Estas suelen producir quemaduras graves, se da por la ingestión y contacto con productos como ácidos, productos de limpieza u otras sustancias, alquitrán, fósforo, oxidantes, etc.
- Radiaciones. Aparecen como consecuencia de la exposición al sol, a la luz ultravioleta, o por radioterapia.
- Electricidad. Se considera un factor de peligrosidad elevada. En muchas ocasiones la lesión que aparece en la piel es muy pequeña, sin embargo pueda haber una importante afectación de órganos internos.

Hay tres niveles de quemaduras:

- Las quemaduras de primer grado afectan solo la capa externa de la piel. Causan dolor, enrojecimiento e hinchazón.
- Las quemaduras de segundo grado afectan ambas, la capa externa y la capa subyacente de la piel. Causan dolor, enrojecimiento, hinchazón y ampollas. También se llaman quemaduras de espesor parcial.
- Las quemaduras de tercer grado afectan las capas profundas de la piel. También se llaman quemaduras de espesor total. Causan piel blanquecina, oscura o quemada. La piel puede estar adormecida.

Las quemaduras también se clasifican sobre la base de su extensión:

- Menores: cuando la superficie quemada no rebasa el 10 % de la superficie total del cuerpo.
- Moderadas: cuando la superficie quemada está entre el 10 y el 20 % de la superficie total del cuerpo.
- Graves: cuando la superficie quemada rebasa el 20 %.

Una manera rápida de estimar la superficie corporal quemada es la denominada Regla de los 9; fue ideada por Pulaski y Tennison en 1947 y publicada por Wallace en 1951. La regla de los nueve puede ser aplicada en adultos (pacientes de más de 16 años de edad), siendo imprecisa en niños debido a las diferentes proporciones corporales. En adultos la cabeza corresponde a un 9 % de la superficie corporal total, cada extremidad superior, otro 9 %, el tronco, un 36 % (dividido en pecho, 18 %, y abdomen, 18 %, o en frente, 18 %, y dorso, 18 %), cada extremidad inferior, un 18 %, y los genitales externos, el 1 % restante. En niños y bebés, en cambio, la cabeza es un 18 % de la superficie corporal total, cada extremidad superior un 9 %, cada inferior un 14 % y el tronco 18 % dorsal y 18 % frontal.

2 Objetivos

El objetivo principal que se pretende al elaborar un plan de cuidados a este tipo de pacientes es de identificar las respuestas que con mas frecuencia se dan en este problema de salud.

Los diagnósticos enfermería deben ser específicos para cada individuo, problema o situación y dependiendo de las repercusiones que tengan en cada persona se podrán formular los siguientes diagnósticos de enfermería que a continuación se exponen.

3 Metodología

Análisis de los pacientes ingresados en la unidad de quemados para exponer sus necesidades en cuidados de una manera didáctica y concisa. Se apoyan los datos en contenido actualizado y revisado.

4 Resultados

Valoración por necesidades (v. Henderson)

1. Necesidad de oxigenación: esta necesidad se valorará en el lugar del accidente, vigilar la posible existencia de obstrucción de las vías aéreas sobre todo en las quemaduras en cara y cuello y en las que exista riesgo de inhalación de gases se eliminarán secreciones y cuerpos extraños en la boca. Se valorará la necesidad de colocar un tubo de mayo.

Comprobar si existe edema laríngeo, traumatismos torácicos o lesiones broncopulmonares en cuyo caso estará indicada la intubación; se valorará la necesidad de realizar traqueotomía.

2. Necesidad de nutrición e hidratación: el paciente quemado necesita un gran aporte de calorías, además de proteínas y vitaminas, que generalmente no es capaz de ingerir por si mismo en cuyo caso se recurrirá a la nutrición enteral o parenteral .Debido a los riesgos que comporta hay que estimular al paciente lo mas pronto posible para que coma por si solo, ofreciéndole comidas apetitosas y fáciles de ingerir.

Determinar las necesidades de líquidos que se perfundirán en las primeras 24 horas. Estas cantidades se irán modificando sobre la marcha en función de la respuesta del paciente.

Hay que asegurar una correcta reposición hídrica, manteniendo y restaurando el volumen y la composición de los fluidos corporales . Es imprescindible cubrir las necesidades mínima diarias compensando las pérdidas de agua, electrolitos y calorías.

Determinación del hematocrito para controlar el aporte de fluidos, así como el volumen de orina. La eficacia de la reposición y prevención del shock se valorará por la diuresis horaria, pulso, presión arterial, respiraciones por minuto y estado de conciencia.

3.Necesidad de eliminación: se valorará con la medición horaria de orina. Se insertará una sonda tipo foley conectada a un sistema de vacío. La diuresis horaria debe ser de entre 30 y 50 ml.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: se utilizarán férulas, suspensiones y tracciones que permitan que el paciente adopte posiciones correctas y cómodas. Hay que tener en cuenta que las movilizaciones y cambios posturales sean lo más confortables posible.

La rehabilitación de estos pacientes debe iniciarse precozmente. Tener en cuenta al realizar los cambios posturales que sean los adecuados para prevenir las úlceras por presión y que favorezcan la movilización de secreciones y la función respiratoria.

5. Necesidad de higiene y protección de la piel:

La valoración del área quemada es de suma importancia para valorar la cantidad de líquido que ha salido de la circulación general y que es necesario reponer.

Si el edema es importante, provoca una situación de hipovolemia que puede conducir al shock. Los tejidos quemados pueden convertirse en una escara, que si es muy grande y en zonas como las extremidades y el tórax, al ser rígida compromete la circulación de la zona provocando una isquemia al destruirse la piel. El agua del organismo se evapora a mayor velocidad lo que da lugar a una mayor pérdida de calor (en un gran quemado hasta 7000 kcal. En 24 horas), por lo que el paciente puede sufrir una pérdida importante de peso. Por ello hay que pesar al paciente en cuanto se tenga ocasión, para tener un valor de referencia.

La piel quemada facilita la entrada de gérmenes que se asientan fácilmente en las zonas necróticas con el consiguiente riesgo de sepsis.

Hay que valorar la extensión (regla de los 9) , profundidad (1º,2º, 3º grado), localización, edad (es más grave en niños y ancianos).

Realización de higiene adecuada , en la que se incluirá la higiene personal y el cambio muy frecuente de ropa de cama.

6. Necesidad de evitar peligros, seguridad:

Las quemaduras extensas están consideradas como una de las agresiones traumáticas más dolorosas y destructivas que puede sufrir la persona, representan una alteración de extraordinaria gravedad para el paciente por sus consecuencias físicas y psicológicas .

Toda persona tienen necesidad de seguridad, por lo tanto hay que cuidar que las actuaciones e intervenciones enfermeras que realicemos no supongan un riesgo añadido para el paciente.

Para ello hay que conocer todos los datos sociodemográficos posibles que puedan alterar el proceso de enfermedad, por lo tanto hay que conocer edad, sexo, profesión, diagnóstico médico y problema de salud, enfermedades previas, antecedentes de medicación, alergias, hábitos de salud (hábito tabáquico, ingestión de alcohol), estado emocional del paciente y su familia (valorar el grado de ansiedad y /o temor del paciente y la familia sobre la enfermedad).

Valorar los riesgos propios de la terapéutica de cuidados intensivos, como tromboflebitis de las venas canuladas, sobrecarga de líquidos, deshidratación o lesiones traqueales por la intubación mantenida.

Aislamiento del paciente quemado, flujo de aire laminar, asepsia de todas las actuaciones de enfermería, uso de material individual y estéril, todo ello con el fin de evitar o prevenir algún tipo de infección.

Valorar el nivel de ansiedad o temor que tiene el paciente. Como las quemaduras de 3º grado no son dolorosas a menudo el paciente está más angustiado que dolorido, por lo que necesita más apoyo psicológico que analgesia.

5 Discusión-Conclusión

Diagnósticos de enfermería. Problemas interdependientes . Resultados e intervenciones.

1. DdE Trastorno de la imagen corporal R/C secuelas de las quemaduras y manifestado por expresiones verbales y no verbales del paciente de miedo al rechazo o reacción de otros y de preocupación por el cambio y su incidencia en su estilo de vida. (Confusión en la imagen corporal del yo físico).

Resultado esperado (NOC) : imagen corporal (1200). (Percepción positiva de la imagen y de las funciones corporales).

Escala: nunca positiva a constantemente positiva

Indicadores:

-120001 Imagen interna de sí mismo.

- 120002 Congruencia entre realidad corporal.
- 120003 Descripción de la parte corporal afectada.
- 120004 Voluntad para tocar la parte corporal afectada
- 120005 Satisfacción con el aspecto corporal.

Resultado esperado (NOC): aceptación: estado de salud (1300). (Reconciliación con las circunstancias de salud).

Escala: ninguna a extensa

Indicadores :

- 130001 Tranquilidad.
- 130002 Renuncia al concepto previo de salud.
- 130004 Demostración de autorespeto positivo.
- 130006 Expresa reacciones sobre el estado de salud.
- 130010 Superación de la situación de salud.

Intervención (NIC): potenciación de la imagen corporal (5220). (Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo).

Actividades:

- Determinar las expectativas corporales del paciente, en función del estadio de desarrollo.
- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por las quemaduras.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Observar la frecuencia de las frases de autocrítica.
- Observar si el paciente puede mirar la parte del cuerpo afectada.
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.

Intervención (NIC): potenciación de la autoestima (5400). (Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía).

Actividades:

- Observar las frases del paciente de su propia valía
- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente , si procede.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

2.DdE Temor R/C lesiones sufridas, secuelas estéticas y funcionales y manifestado por expresiones verbales de preocupación por su imagen futura y/o limita-

ciones físicas y por alteraciones leves de las conductas instintivas. (Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro). Resultado esperado (NOC): control del miedo (1404). (Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de alarma secundarios a una fuente identificable).

Escala: nunca manifestado a manifestado constantemente.

Indicadores:

- 140403 Busca información para reducir el miedo.
- 140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles.
- 140411 Mantiene las relaciones sociales.
- 140413 Mantiene el control de su vida.

Resultado esperado(NOC) control de la ansiedad (1402).(Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable).

Escala: nunca manifestado a manifestado constantemente.

Indicadores :

- 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad.
- 140202 Elimina precursores de la ansiedad.
- 140204 Busca información para reducir la ansiedad.
- 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.

Intervención (NIC): apoyo emocional (5270). (Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión).

Actividades:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad , ira o tristeza
- .
- Animar al paciente a que exprese estos sentimientos.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento.
- Favorecer la expresión de sentimientos y pensamientos problemáticos, reforzando los comportamientos de cambio adaptativo y mostrando las actitudes terapéuticas propias de la relación enfermera- paciente

Intervención (NIC) : aumentar el afrontamiento(5230). (Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana).

Actividades:

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.

3. DdE Limpieza ineficaz de las vías aéreas. R/C aumento en la producción de secreciones, intubación traqueal, inhalaciones de gases. (Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías respiratorias permeables).

Resultado esperado (NOC) Estado respiratorio : permeabilidad de las vías respiratorias (0410). (Grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables).

Escala: extremadamente comprometido a no comprometido.

Indicadores :

- 041002 Ausencia de ansiedad.
- 041006 Movilización del esputo hacia el exterior de las vías respiratorias.
- 041004 Frecuencia respiratoria ERE.
- 041007 Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.

Resultado esperado : estado respiratorio : Ventilación (0403). (Movimiento de entrada y salida de aire en los pulmones).

Escala: extremadamente comprometido a no comprometido.

Indicadores:

- 040301 Frecuencia respiratoria ERE.
- 040302 Ritmo respiratorio ERE.
- 040303 Profundidad de la respiración.
- 040304 Expansión torácica simétrica
- 040305 Facilidad de la respiración.
- 040310 Ausencia de ruidos respiratorios patológicos.

Intervención (NIC). Aspiración de las vías aéreas (3160). (Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente).

Actividades:

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de las aspiraciones.
- Informar al paciente y familia sobre la aspiración.
- Proporcionar sedación, si procede.

-Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o del ambú.

-Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal .

-Dejar al paciente conectado al respirador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado o un adaptador de dispositivos de insuflar oxígeno.

Intervención (NIC) : manejo de las vías aéreas (3140). (Asegurar la permeabilidad de la vía aérea).

Actividades:

- Ingesta de bastantes líquidos, sobre todo agua, entre 1,5 y 2 litros al día. La hidratación fluidifica la mucosidad y facilita su eliminación.

-Enseñar técnicas de tos productiva. Técnica de doble tos. Fomento de la tos.

-Emplear técnica de percusión y vibración torácica, y de drenaje postural, a fin de facilitar la eliminación de secreciones .

-Fisioterapia torácica: ayuda al paciente para que mueva las secreciones desde las vías aéreas periféricas a las vías aéreas centrales para su expectoración y/o aspiración.

-Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.

-Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea, si procede.

-Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios .

Intervención (NIC): monitorización respiratoria(3350). (Reunión y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gas adecuado).

Actividades:

-Valorar frecuencia y patrón respiratorio.

-Observar la expansión torácica y el uso de músculos accesorios.

-Auscultación de sonidos respiratorios.

-Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne- Stokes.

-Palpar para ver si la expansión pulmonar es igual.

-Auscultar los sonidos respiratorios después del tratamiento y anotar los cambios.

-Anotar la aparición, características y duración de la tos.

4. DdE Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad en la cama. (Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada).

Resultado esperado (NOC) : integridad tisular: piel y membrana mucosa (1101). (Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas).

Escala: extremadamente comprometido a no comprometido.

Indicadores:

-110101 Temperatura tisular ERE

-110102 Sensibilidad ERE

-110104 Hidratación ERE

-110111 Perfusión tisular.

Intervención (NIC): vigilancia de la piel (3590). (Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y membranas mucosas).

Actividades :

-Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.

-Observar si hay enrojecimiento , calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.

-Observar si hay fuentes de presión y fricción.

-Observar si hay erupciones y abrasiones de la piel.

-Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.

Intervención (NIC): prevención de las úlceras por presión (3540). (Prevención de la formación de úlceras por presión un paciente con riesgo elevado de desarrollarlas).

Actividades:

-Utilizar una escala de valoración de riesgo

-Registrar periódicamente la valoración (estado de la piel y otros factores de riesgo)

-Eliminar el exceso de humedad de la piel

-Cambiar de posición al paciente cada 2 horas

-Mantener la ropa de cama limpia y seca.

-Utilizar una superficie de alivio de la presión (colchón especial)

5. PI Dolor agudo R/C las quemaduras en la piel . (Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con final anticipado o previsible y una duración menor a seis meses)

6.PI Riesgo de infección R/C técnicas invasivas. (Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos).

Resultado esperado (NOC) : control del riesgo (1902). (Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables).

Escala : nunca demostrado hasta siempre demostrado.

Indicadores:

- 190201 Reconoce factores de riesgo
- 190202 Supervisa los factores de riesgo medioambientales
- 190203 Supervisa los factores de riesgo de la conducta personal.
- 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas

Resultado esperado (NOC): severidad de la infección (0703). (Gravedad de infección y síntomas asociados).

Escala : grave hasta ninguno

Indicadores :

- 070303 Supuración fétida
- 070304 Espudo purulento
- 070305 Supuración purulenta
- 070307 Fiebre

Intervención (NIC) : control de infecciones (6540). (Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos).

Actividades :

- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según protocolos del centro
 - Aislar a las personas expuestas a enfermedades transmisibles.
 - Enseñar el lavado de manos mejorando al personal de cuidados.
 - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas del lavado de manos.
 - Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.
- Intervención (NIC) : cuidado de las heridas (3660). (Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas).

Actividades :

- Despegar los apósitos y limpiar los restos de la herida
- Anotar las características de la herida.
- Sacar el material incrustado (astilla, cristales), según sea necesario.
- Administrar cuidados en la úlcera dérmica, si procede.
- Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice un cambio de vendaje
- Comprobar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.

6 Bibliografía

- L.J.Carpentino. Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica,
- Luis Rodrigo, M.T.Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª ed.Barcelona:Ed.Masson.
- McCloskey Dorchterman. J, Bulechek, G. Clasificación de Intervenciones de enfermería. (NIC). Quinta Ed. Elsevier-Mosby. Madrid 2009.
- McCloskey Dorchterman. J,Bulechek, G. Clasificación de Intervenciones de enfermería.(NIC). Sexta Ed. Elsevier-Mosby. Madrid 2013.
- Moorhead, S., Johnson, M. y Mass M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Quinta Ed. Elsevier-Mosby. Madrid 2013.
- Moorhead, S., Johnson,M. y Mass M. Proyecto de resultados de Iowa. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Cuarta Ed. Elsevier-Mosby. Madrid.

Capítulo 109

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE VÍAS AÉREAS. OROFARÍNGEA Y NASOFARÍNGEA

SANDRA DÍAZ ARAÚJO

1 Introducción

La aspiración de secreciones es un procedimiento encaminado a extraer secreciones del árbol bronquial por medio de la aplicación de presión negativa, cuando el paciente no puede expulsarlas de forma eficaz por sí mismo, ya sea a través de una sonda de aspiración orofaríngea o un catéter de aspiración, con el fin de:

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Prevenir las infecciones, atelectasias e hipoxia producidas por el acumulo de secreciones.
- Obtener muestras de secreciones respiratorias para análisis microbiológico o citológico.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste y cual es la técnica para realizar la aspiración de secreciones en vías áreas.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La realización de un protocolo de actuación para aspiración de secreciones, tiene como objetivo instruir al personal de enfermería en la ejecución, para así asegurar la permeabilidad de la vía aérea, facilitando la respiración del paciente, teniendo en cuenta que:

- La aspiración debe realizarse en función de la evaluación de la presencia de secreciones y no debe ser realizada de forma rutinaria.
- La necesidad de aspiración puede estar indicado clínicamente por los siguientes signos:
 - +Secreciones visibles o audibles (como esputo, sangre o gorgoteo)
 - +Desaturación.
 - +Aumento de la presión inspiratoria máxima.
 - +Disminución del volumen.
 - +Aumento de la frecuencia respiratoria.
 - +Aumento del trabajo respiratorio.
 - +Presencia de sonidos respiratorios durante la auscultación.
 - +Aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial.

El material necesario para llevar a cabo la técnica de una forma adecuada, sería el siguiente:

- Sistema de vacío
- Tubo de Guedel
- Gasas
- Lubricante hidrosoluble
- Sabanilla
- Sondas de aspiración de tamaño adecuado
- Guantes desechables
- Guantes estériles
- Suero fisiológico
- Fuente de oxígeno
- Sistema de administración de oxigenoterapia

El personal de enfermería deberá seguir los siguientes pasos:

- Aislar al paciente por medio de biombo o cortina si no se encuentra en una habitación individual
- Informarle del procedimiento que vamos a realizar
- Colocarlo en una posición que facilite la expulsión de secreciones
- Proteger la ropa con una sabanilla
- Preparar el sistema de vacío y ajustarlo a la presión negativa deseada
- Colocarse los guantes estériles
- Conectar la sonda al sistema de vacío y lubricar
- Introducir la sonda, siempre de punta roma, suavemente, iniciando la succión, tapando el mecanismo de control de forma intermitente y por espacios no superiores a 5 segundos, ladeando la cabeza primero hacia un lado y después hacia el lado contrario para facilitar la aspiración
- Retirar la sonda con movimientos rotatorios
- Si la aspiración se hace a través de las fosas nasales y se encuentra con alguna obstrucción, no forzar e intentarlo en el otro orificio
- Si la aspiración se realiza a través de la boca, puede ser de utilidad colocar un tubo de Guedel
- Utilizar una sonda nueva para cada aspiración
- Desechar el material fungible al finalizar
- Limpiar el sistema de aspiración introduciéndolo en el suero fisiológico con el vacío en marcha
- Cerrar el vacío
- Dejar protegida la salida del tubo del sistema de aspiración
- Cambiar el sistema de aspiración cada 24 horas

La eficacia de la técnica debe evaluarse después de aspiración, y debe reflejarse en los siguientes aspectos:

- Mejora de los ruidos respiratorios
- Eliminación de las secreciones
- Mejora de los datos de gases en sangre o saturación de oxígeno
- Disminución del trabajo respiratorio (disminución de la frecuencia respiratoria o disnea)

5 Discusión-Conclusión

Durante la aspiración se debe observar la aparición de: signos de hipoxia, broncoespasmo, hemorragia, arritmias, dificultad en la progresión de la sonda . No

forzar nunca la sonda si se encuentra una obstrucción. Tras realizar la técnica debemos:

- Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.
- Realizar higiene bucal si es necesario.
- Mantener un aporte hídrico adecuado para conservar las secreciones fluidas siempre que no haya contraindicación.
- Vigilar signos y síntomas de aparición de infección.

6 Bibliografía

- Nottingham City Hospital/Queen's Medical Centre/Rushcliffe PTC. Nursing Practice Guidelines. Nasal and oral tracheal suction. Diciembre de 2004.
- Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. editor. Promoción de la calidad. Guía de buenas prácticas. Prevención y control de la infección nosocomial. Madrid: B.O.C.M; 2008.
- Zafra Pires M, Barrot Cortés E editors. Manuales de Procedimientos SEPAR: Terapias respiratorias y cuidados del paciente neuromuscular con afectación respiratoria. Madrid: Editorial Respira; 2012.

Capítulo 110

EL SÍNDROME DE GUILLAIN- BARRÉ : ENFERMEDAD AUTOINMUNE.

RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ

1 Introducción

El Síndrome de Guillain- Barré, es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda de origen autoinmune, desencadenada por una infección vírica o bacteriana, que sólo afecta al sistema nervioso periférico. La incidencia de esta enfermedad se va incrementando con la edad y con el predominio del género masculino, siendo un trastorno que puede aparecer en el curso de varias horas, varios días o hasta 3 o 4 semanas.

Aproximadamente el 80% de los pacientes se recupera completamente en un periodo de unos pocos meses a un año, aunque la arreflexia pueda persistir.

2 Objetivos

- Conocer la sintomatología para poder hacer un diagnóstico precoz, y el tratamiento para una recuperación precoz.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Los síntomas consisten en la aparición de una parálisis motora flácida de carácter simétrico, que normalmente suele aparecer en las extremidades inferiores y continúa con dirección ascendente hasta afectar al tórax, las extremidades superiores y la cara; además se junta con una disfunción del sistema nervioso autónomo provocando alteraciones en la tensión arterial y arritmias cardíacas.
- El tratamiento consiste en la administración de Inmunoglobulina intravenosa o realizar un recambio del plasma mediante la técnica de plasmaféresis, además del soporte hemodinámico y respiratorio que pudiera necesitar hasta su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

En el Síndrome de Guillian- Barré, se desconoce su causa exacta, aunque los estudios marcan que parece estar relacionada con diversos cuadros infecciosos, ya que la mayoría de los enfermos de este síndrome han pasado en las semanas previas a la aparición de la enfermedad un proceso infeccioso agudo, generalmente respiratorio o gastrointestinal. Estos cuadros infecciosos pueden producir una sensibilización de los linfocitos, que atacan a su propio sistema nervioso; también han aparecido casos después de vacunarse de ciertas vacunas como la de la gripe, y aparecer este síndrome en los días posteriores, produciendo una sintomatología muy amplia.

La amplitud de la sintomatología es consecuencia de la afectación tanto de nervios craneales como raquídeos o espinales, apareciendo también disfunción del sistema nervioso autónomo.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque también suele manifestarse un enlentecimiento en la velocidad de transmisión del impulso nervioso en las pruebas electrofisiológicas. Es muy importante conocer la sintomatología para un diagnóstico precoz, esto permitirá paliar los efectos adversos, ya que la rapidez en la instauración del mismo, influye en el pronóstico posterior. Una vez diagnosticado el síndrome, el tratamiento consiste en la administración de In-

munoglobulina intravenosa o realizar un recambio del plasma mediante la técnica de plasmaféresis. La recuperación se produce por regeneración de la vaina de mielina de los nervios periféricos y las funciones se recuperan en sentido contrario al que se perdieron.

La mayoría de los pacientes consiguen la recuperación funcional completa en un tiempo variable, desde varias semanas a más de un año.

La mortalidad es baja, y cuando se produce, se debe a complicaciones respiratorias.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov> <https://www.msmanuals.com>
- Bases de datos de PubMed, Scielo, IME, Elsevier.

Capítulo 111

LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE: ENFERMEDAD NEUROLÓGICA AUTOINMUNE.

RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es la enfermedad desmielinizante degenerativa del Sistema Nervioso Central (SNC) de origen autoinmune más frecuente. Suele aparecer entre los 20 y 40 años de edad, es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo la segunda causa de discapacidad entre los jóvenes y no tiene cura.

La etiología sigue siendo desconocida hoy en día. La hipótesis más aceptada, considera que esta enfermedad tiene origen autoinmune y que surge de la conjunción de una predisposición genética con uno o varios factores ambientales, como virus, falta de vitamina D y la baja exposición a la luz solar. Esto desencadena el ataque a la vaina de mielina de las neuronas del SNC, afectando al cerebro y la médula espinal, pudiendo manifestarse con síntomas como entumecimiento, hormigueo, debilidad o incapacidad para mover un lado del cuerpo, ya sea en parte o en su totalidad (parálisis), oscurecimiento de la visión, visión borrosa, visión doble o pérdida de la visión en un ojo o en ambos.

2 Objetivos

-Describir la importancia de la detección precoz de la enfermedad, de nuevos tratamientos y estilos de vida saludables para sobrellevar la enfermedad y dar visión a la sociedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

La presentación de la enfermedad de la esclerosis múltiple puede ser muy diversa, apareciendo de forma repentina o insidiosa, con síntomas acentuados o insignificantes.

Habitualmente la enfermedad tiene un curso cónico con remisiones y recaídas durante años, presenta unos síntomas comunes a muchas personas, pudiendo variar en severidad y duración e incluso en la misma persona.

Dependiendo del lugar del SNC en el que se encuentren las lesiones pueden abarcar diferentes síntomas, ya sean sensitivos y/o motores, dependiendo de si afecta a la primera y/o segunda motoneurona, con ello puede afectar al sistema cognitivo, intelectual y producir alteraciones psiquiátricas.

Las alteraciones sensitivas, son los síntomas iniciales más frecuentes, pueden afectar a cualquier parte del cuerpo y son muy variadas, apareciendo disestesias, hipoestesias, parestesias y anestesias.

Un signo precoz de la enfermedad es la neuritis óptica, que es la inflamación del nervio óptico, se manifiesta por una disminución del campo visual, pérdida de la agudeza de carácter unilateral y dolor retroocular con los movimientos del ojo.

Los síntomas motores suelen ser síntomas más tardíos, aparecen con debilidad en las extremidades inferiores que posteriormente se extienden a las superiores, percibiendo pérdida de la potencia o de la destreza, fatiga, alteraciones de la marcha, pérdida de equilibrio y coordinación, dolor muscular junto con espasmos musculares dolorosos.

Otras alteraciones que manifiestan la enfermedad son alteraciones urinarias, afectación de la esfera sexual, alteraciones psiquiátricas con síntomas depresivos, demencia o crisis epilépticas.

Existen distintas modalidades definidas de presentación y evolución de la esclerosis múltiple:

-Esclerosis Múltiple recurrente- remitente (EMRR), en esta modalidad se producen periodos de recaídas (brotos) seguidos de etapas de estabilización de duración variable.

- Esclerosis Múltiple progresiva secundaria (EMPS) , en la que se desarrolla posteriormente una incapacidad progresiva en el curso de la enfermedad.

- Esclerosis Múltiple progresiva primaria (EMPP), se caracteriza por ausencia de brotes definidos, con un comienzo lento y empeoramiento de los síntomas y de la discapacidad.

- Esclerosis Múltiple progresiva recidivante (EMPR), es la menos común caracterizándose por una progresión constante y sin remisiones desde el comienzo de los brotes.

En cuanto al tratamiento requerido para esta enfermedad, va a depender de los síntomas que presente el paciente:

-Tratamientos sintomáticos: para la fatiga (Amantadina), espasticidad (Gabapentina), capacidad de la marcha (Aminopiridinas / Dalfampidina) , dolor neuropático (Gabapentina, Pregabalina) déficit cognitivo (Memantina) disfunción vesical (Oxibutinina) .

-Tratamiento del brote, como los corticoesteroides, plasmaféresis, e Inmunoglobulinas G intravenosas.

-Tratamientos rehabilitadores se prestan la fisioterapia, psicología, neuropsicología, terapia ocupacional, logopedia, trabajo social y la enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El curso de la esclerosis múltiple no se puede pronosticar. Algunas personas se ven mínimamente afectadas por la enfermedad y en otras avanza rápidamente hacia la incapacidad total.

Existen tratamientos modificadores de la enfermedad que tienen carácter preventivo, retrasando la frecuencia y la intensidad de los brotes, reduciendo las discapacidades adquiridas, como el fármaco: Alemtuzumab.

6 Bibliografía

-<https://fundaciongaem.org>

-<https://medlineplus.gov>

-<https://esclerosismultiple.com>

Capítulo 112

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD -"A PROPOSITO DE UN CASO"

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

SANTIAGO PIEDRA VELASCO

LUCIA ALVAREZ RODIL

1 Introducción

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección aguda que afecta al parénquima pulmonar de origen infeccioso. Se presenta en pacientes no hospitalizados en los últimos siete días o aquellos que se presentan en las primeras 48 horas del ingreso, siendo un problema de salud importante, de aquí que se publiquen de forma periódica guías clínicas para su manejo y tratamiento.

Epidemiológicamente es una enfermedad más frecuente en los varones, en periodos de invierno y presenta unos factores de riesgo relevantes como son: consumo de alcohol, edad avanzada, malnutrición, tabaco (más de 20 cigarrillos al día), y enfermedades crónicas (cardiopatías, enfermedad renal, diabetes, EPOC, neoplasia, etc.) Su etiología más frecuente es el *streptococcus pneumoniae* (neumococo) y el que conlleva mayor mortalidad, le sigue el *micoplasma pneumoniae* y *chlamydia pneumoniae*.

Clínicamente el paciente presenta fiebre, sintomatología respiratoria como tos, ruidos respiratorios y alteraciones radiológicas en las pruebas diagnósticas.

2 Objetivos

- Exposición de un caso clínico Neumonía adquirida en la comunidad (NAC), identificando factores asociados Neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

3 Caso clínico

Varón de 80 años de edad acude al Servicio de Urgencias por aumento de la disnea, malestar general y tos desde hace 5 días, acudió a su centro de salud donde el médico de atención primaria le pautó: acetilcisteína, ambroxol jarabe y paracetamol codeína, a pesar del mismo aumento de disnea hasta hacerse de mínimos, tos empeora por la noche con accesos disneizantes.

Como antecedentes: no alergias conocidas (AMC), hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 con tratamiento con antidiabéticos orales y asma bronquial.

A la exploración: febril de 38°C, normotenso (155/78 mmHg), frecuencia cardiaca 90 lpm, saturación de 90% sin oxígeno terapia, no edemas, no ingurgitación yugular y a la auscultación roncus disperso con crepitantes en base derecha.

Se realizan pruebas completarias con hemograma que se observa algún linfocito activado, proteína C reactiva aumentada y en la Rx de Tórax (proyección lateral) se observa una consolidación en los segmentos posteriores de los lóbulos inferiores.

Se recoge para microbiología, exudado faringeo y orina para legionella. Se extraen hemocultivos.

Finalmente se le pauta oxígeno terapia, antitérmicos y antibioticoterapia empírica con ceftriaxona y azitromicina presentando buena evolución.

4 Resultados

La impresión diagnóstica: neumonía adquirida comunidad (NAC) y se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso cubriendo muy bien todos los posibles gérmenes de forma empírica con ceftriaxona y azitromicina. Además se pautaron medidas de soporte básico como oxígeno terapia y con controles radiológicos de forma periódica. Tras esto, el paciente presentó buena evolución desde el punto de vista clínico.

5 Discusión-Conclusión

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) , es un problema de salud importante con una etiología conocida cuyo germen mas frecuente es el *Streptococcus pneumoniae* o neumococo y el tratamiento de elección inicial es empírico. Esta patología constituye un grave problema de salud por los que se recomienda la inmunización a través de vacunas y abandonar el hábito tabáquico.

6 Bibliografía

- Guías clínicas -Fernando Lamelo Alfonsin(médico especialista en medicina familiar y comunitaria)
- Neumosur.net J.J. Martin , A. Padilla.
- Medicinabuenosaires.com
- Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad Gonzalo Valdivia C.
- WWW.medigraphic.com Neumonía adquirida en la comunidad
- Carlos Gustavo Ballesteros-Flores,* Felipe De Jesús-Montelongo, Tania Espinosa-Sierra, Israel López Ramírez,Héctor Eduardo Sánchez Aparicio

Capítulo 113

EL TRABAJO A TURNOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD, LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD.

SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ

MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO

MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trabajo a turnos es definido como “toda forma de organización del trabajo en equipo, según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”.

Muchos trabajadores por turnos tienen calendarios que rotan, lo que supone cambios de las horas de trabajo de la mañana a la tarde o del día a la noche. Otros pueden trabajar un turno permanente y trabajar siempre de mañana, o de tarde, o de noche. La sociedad que nos toca vivir está en funcionamiento permanente las 24 horas del día y requiere que se proporcionen los servicios fundamentales todo el tiempo, servicios que incluyen seguridad pública, policía y bomberos, defensa militar, asistencia médica, transporte y empresas de servicios públicos, como la electricidad y el agua.

El ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. Por la noche se produce una disminución de las capacidades físicas y mentales, la memoria a largo plazo disminuye mejorando progresivamente a lo largo del día. El tono muscular, la temperatura corporal, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, etc., experimentan variaciones a lo largo del día. Nuestro organismo está biológicamente programado para la actividad diurna y el descanso nocturno, por lo que el trabajo nocturno debe ser considerado como antinatural. Las personas que trabajan a turnos aumentan. Aunque se sabe que este sistema de trabajo es negativo para la salud, los intereses económicos prevalecen. Así, el sistema de turnos se extiende a muchos sectores. El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además de colocar a los trabajadores fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca una alteración entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.

2 Objetivos

- Analizar cómo el trabajo a turnos afecta tanto a la salud como a las relaciones familiares, sociales y al desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos en revistas científicas en bases de datos electrónicas, PubMed, Elsevier, Scielo, la Biblioteca Crochane Plus y libros y manuales relacionados con el tema a tratar.

Las palabras clave que se han utilizado para ello son: trabajo por turnos, trabajo nocturno, sueño, calidad de vida, salud, rotación de turnos. Seleccionando los estudios disponibles sobre el tema desde el año 2017. Todos los artículos se basaban en el estudio de personal que trabajaba a turnos en diversas ocupaciones y puestos, pero sobre todo el personal de enfermería.

4 Resultados

Según los diversos estudios, los principales efectos del trabajo a turnos se relacionan con la calidad del sueño, el cansancio y la sensación de malestar que se expresa con una innumerable cantidad de síntomas

- Calidad del sueño: Las alteraciones del sueño constituyen el principal problema asociado a los trabajadores por turnos. Sin embargo, resulta difícil establecer una tasa de prevalencia aproximada sobre la frecuencia de las mismas en este tipo de trabajadores. El grado de ajuste al trabajo por turnos depende de un gran número de variables; duración del turno, número de turnos de noche en cada rotación, etc. La alteración del sueño conlleva la aparición de fatiga, la cual puede desencadenar dolor de cabeza, irritabilidad, estrés, puede producir sueño diurno e insomnio nocturno.

En los estudios realizados, la dificultad para dormir fue más alta, el sueño más corto y el estado de alerta y el rendimiento más bajo en los turnos nocturnos. Para recuperarse de la fatiga diaria es necesario dormir, con variaciones individuales, alrededor de siete horas durante la noche, de manera que puedan darse todas las fases del sueño y se facilite la recuperación física durante las primeras horas de sueño, y la recuperación psíquica en las horas siguientes. En el trabajo a turnos, sin embargo, esto no es posible, ya que el sueño se ve alterado, no produciéndose nunca una adaptación al cambio horario.

- Trastornos gastrointestinales: gastritis, úlceras de estómago, estreñimiento, pérdida de apetito... Las personas necesitan al menos tres comidas diarias, algunas de ellas calientes, con un cierto aporte calórico y tomadas a una hora más o menos regular. El horario de trabajo afecta a la cantidad, calidad y ritmo de las comidas.

Las alteraciones digestivas manifestadas a menudo por las personas que trabajan a turnos se ven favorecidas por la alteración de los hábitos alimentarios: la calidad de la comida no es la misma, se suelen tomar comidas rápidas y en un tiempo corto e inhabitual. Desde el punto de vista nutricional, los alimentos están mal repartidos a lo largo de la jornada y suelen tener un alto contenido calórico, con abuso de ingesta de grasas. En el turno de noche, además, suele haber un aumento en el consumo de café, tabaco y excitantes, factores que pueden ayudar a la aparición de dispepsias. La calidad de los alimentos se ve alterada (aumento de grasas, comidas rápidas, alcohol, etc.), así como el aporte equilibrado de elementos (exceso de lípidos y falta de glúcidos/hidratos de carbono), cuando el ritmo metabólico es más bajo.

Los ritmos alimenticios responden a la necesidad del organismo de reponerse. El trabajo a turnos supone, a menudo, aplazar una comida o incluso saltársela (generalmente el desayuno después de un turno de noche), la mayoría de las veces se buscan alimentos listos para comer y que se caracterizan por un bajo

valor nutricional a un valor energético relativamente alto.

Las alteraciones debidas a la desincronización de los ciclos circadianos digestivos pueden verse agravadas por el hecho de que los trabajadores suelen comer a disgusto por comer fuera de hora, sin la familia.

- Síndrome metabólico, algunos estudios indicaron que el trabajo a ritmos ininterrumpidos puede estar asociado con un mayor riesgo de síndrome metabólico (MetS). Se encuentra una diferencia significativa entre los grupos de estudio en la prevalencia de MetS. Entre los componentes de MetS, se observó un riesgo significativamente mayor en triglicéridos y HDL colesterol.

El trabajo a turnos nocturnos puede tener un efecto sobre la presión arterial no controlada en trabajadores que toman medicamentos antihipertensivos. Por lo tanto, se necesitan esfuerzos adicionales para el control de la enfermedad para los trabajadores de turno nocturno con hipertensión. En los sujetos tratados por hipertensión, los trabajadores nocturnos tuvieron una tasa de control de hipertensión más baja.

Estos trabajadores se asociaron con un riesgo más elevado de obesidad abdominal. Algunos estudios sugieren un pequeño exceso de sobrepeso estas personas.

- Trastornos músculo esqueléticos, sobre todo presencia de lumbago en trabajadores a turnos. Comparando los trabajadores en un horario rotativo de tres turnos, los turnos nocturnos aumentaron el riesgo de dolor en varias regiones, pero solo el dolor en las extremidades inferiores y el abdomen se relacionó con la reducción de la duración del sueño.

- Trastornos reproductivos, infertilidad, abortos, partos prematuros, e incluso un inicio menopaúsico moderadamente acelerado. Algunos estudios encontraron un alto riesgo de abortos espontáneos en trabajadoras a turnos en comparación con las que sólo trabajaban de día. Los ciclos menstruales son más irregulares en los trabajos a turnos. Y la espera para el embarazo son más largos en las trabajadoras a turnos. Concluyendo este estudio que, aunque la evidencia era ambigua se considera el trabajo a turnos como un riesgo potencial para la reproducción.

- Problemas de salud mental, desde una perspectiva psicológica destacan los trastornos del sueño, el síndrome de fatiga crónica, el estrés laboral, alteraciones nerviosas como depresión ansiedad, dificultad para la concentración... y diversos problemas familiares y sociales.

De lo que no se encuentra evidencia en ninguno de los artículos es, que de la

exposición a la falta de sueño relacionada con el trabajo a turnos, aparezca un deterioro cognitivo o síntomas tempranos de demencia.

- Efectos en la vida social y familiar, al tener menos tiempo y distintos horarios se pierden amigos y hay menos tiempo para las relaciones sociales. El contacto con la familia se reduce, llegando a tener que cambiar incluso el estilo de vida para la conciliación. Generando todo esto problemas de ocio y esparcimiento y de las actividades de la vida diaria en general, ya que mientras la familia y los amigos desarrollan sus actividades laborales y de esparcimiento, el trabajador dedica ese tiempo a dormir.

- Efectos sobre el rendimiento, accidentes de trabajo ya que aumentan el número de equivocaciones. Los ritmos circadianos provocan una disminución de la relación entre el estímulo y la intensidad en que este es percibido durante la noche que, junto con las deficiencias de sueño y los fuertes sentimientos de fatiga, disminuyen la eficiencia en el trabajo y aumentan la posibilidad de errores y de accidentes. Sin embargo, los estudios acerca de los accidentes laborales entre los trabajadores a turnos son muy controvertidos, sin que exista una conclusión clara de la relación entre ambas variables.

5 Discusión-Conclusión

Los artículos revisados muestran un impacto negativo del trabajo a turnos en todas las áreas de la vida, tanto en la salud como en las relaciones familiares, sociales y en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, provocando problemas en todos ellos, siendo un factor de riesgo que favorece la aparición de estos problemas que puede modificarse con cambios en la organización del trabajo (sistema de rotación rápido en sentido horario, turnos flexibles y rotaciones de tres turnos), medidas higiénico dietéticas y actividad física regular.

Como estrategias de intervención se recomienda principalmente la reorganización de los sistemas de trabajo y proveer de mejores condiciones en el ambiente de trabajo, sería ideal facilitar espacios para el acercamiento con el trabajador y la familia, y aumentar los descansos.

Las vulnerabilidades adicionales para el turno nocturno podrían mitigarse mediante la adopción de una siesta a mitad o después del turno nocturno y proporcionando mejoras salariales.

6 Bibliografía

- Kim HJ, Choi S, Kim K, Park H, Kim KH, Park SM. Association between misalignment of circadian rhythm and obesity in Korean men: Sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Chronobiol Int.* 2019 Nov 25:1-9.
- Khosravipour M, Shahmohammadi M, Athar HV. The effects of rotating and extended night shift work on the prevalence of metabolic syndrome and its components. *Diabetes Metab Syndr.* 2019 Nov 14;13(6):3085-3089.
- Harrison EM, Walbeek TJ, Maggio DG, Herring AA, Gorman MR. Circadian Profile of an Emergency Medicine Department: Scheduling Practices and Their Effects on Sleep and Performance. *J Emerg Med.* 2019 Nov 21. pii: S0736-4679(19)30839-X.
- Juha Park, Sang-Yeop Shin, Yangwon Kang, and Jeongbae Rhie. Effect of night shift work on the control of hypertension and diabetes in workers taking medication. *Ann Occup Environ Med.* 2019; 31: e27.
- Wolska A, Sznabel D, Stachowska E. Shift work as a factor increasing the risk of civilization diseases - what's new in the old issue?. *Pol Merkur Lekarski.* 2019 Oct 29;47(280):157-161.
- Chang WP, Li HB. Differences in workday sleep fragmentation, rest-activity cycle, sleep quality, and activity level among nurses working different shifts. *Chronobiol Int.* 2019 Dec;36(12):1761-1771.
- Akerstedt T. Shift Work - Sleepiness and Sleep in Transport. *Sleep Med Clin.* 2019 Dec;14(4):413-421.
- Sun X, Gustat J, Bertisch SM, Redline S, Bazzano L. The association between sleep chronotype and obesity among black and white participants of the Bogalusa Heart Study. *Chronobiol Int.* 2019 Nov 20:1-12.
- Thomas J, Overeem S, Claassen JAHR. Long-Term Occupational Sleep Loss and Post-Retirement Cognitive Decline or Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2019 Nov 14:1-8
- McDowall K, Murphy E, Anderson K. The impact of shift work on sleep quality among nurses. *Occup Med (Lond).* 2017 Dec 2;67(8):621-625.
- Nabe-Nielsen K, Hansen AM, Ishtiak-Ahmed K Grynderup MB, Gyntelberg F, Islamoska S, Mortensen EL, Phung TKT, Rod NH, Waldemar G, Westendorp RGJ, Garde AH. Night shift work, long working hours and dementia: a longitudinal study of the Danish Work Environment Cohort Study. *BMJ Open.* 2019 May 24;9(5):e027027.
- Kacem I, Maoua M, Hasni Y, Kalboussi H, Hafsia M, Souguir S, Ouerdani S, Maaroufi A, El Maalel O, Mrizak N. Evaluation of the risk of metabolic syndrome

among shift workers in Tunisia. *East Mediterr Health J.* 2019 Nov 4;25(10):677-685.

- Nikpour M, Tirgar A, Hajiahmadi M, Hosseini A, Heidari B, Ghaffari F, Ebadi A, Nasiri F, Firouzbakht M. Shift work and metabolic syndrome: A multi-center cross-sectional study on females of reproductive age. *Biomed Rep.* 2019 May;10(5):311-317.

- Stock D, Knight JA, Raboud J, Cotterchio M, Strohmaier S, Willett W, Eliassen AH, Rosner B, Hankinson SE, Schernhammer E. Rotating night shift work and menopausal age. *Hum Reprod.* 2019 Mar 1;34(3):539-548.

- Katsifaraki M, Nilsen KB, Christensen JO, Wærsted M, Knardahl S, Bjorvatn B, Härmä M, Matre D. Sleep duration mediates abdominal and lower-extremity pain after night work in nurses. *Int Arch Occup Environ Health.* 2019 Apr;92(3):415-422.

- Yan P, Li F, Zhang L, Yang Y, Huang A, Wang Y, Yao H. Prevalence of Work-Related Musculoskeletal Disorders in the Nurses Working in Hospitals of Xinjiang Uygur Autonomous Region. *Pain Res Manag.* 2017;2017:5757108.

Virtanen, M., Jokela, M., Lallukka, T. et al. Long working hours and change in body weight: analysis of individual-participant data from 19 cohort studies. *Int J Obes* (2019) doi:10.1038/s41366-019-0480-3.

- Bae SA, Fang MZ, Rustgi V, Zarbl H, Androulakis IP. At the Interface of Lifestyle, Behavior, and Circadian Rhythms: Metabolic Implications. *Front Nutr.* 2019 Aug 28;6:132.

- Sun M, Feng W, Wang F, Li P, Li Z, Li M, Tse G, Vlaanderen J, Vermeulen R, Tse LA. Meta-analysis on shift work and risks of specific obesity types. *Obes Rev.* 2018 Jan;19(1):28-40.

Capítulo 114

CUIDADOS ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PROSTATECTOMIZADO

ANDREA LOPEZ GARCIA

ANA MARTÍN ÁLVAREZ

1 Introducción

La prostatectomía es una intervención muy común en nuestro entorno. Se utiliza para el tratamiento de dos enfermedades con gran prevalencia en la población masculina: el cáncer de próstata y la hipertrofia benigna de próstata.

Se trata de un procedimiento quirúrgico seguro y bien tolerado, que consiste en la extirpación de glándula prostática. La cirugía puede ser de varios tipos:

- Simple: extracción únicamente de la próstata. La técnica actualmente empleada es la resección transuretral, utilizada para tratar los síntomas de HBP cuando estos no responden a tratamiento farmacológico.
- Radical: extirpación de la próstata junto con la cápsula prostática, el manguito en el cuello vesical, las vesículas seminales y los ganglios linfáticos regionales. Se trata del tratamiento de elección en los casos de CP localizado. Hay varios tipos de intervención: prostatectomía radical abierta, prostatectomía radical laparoscópica y prostatectomía radical asistida por robot.

A pesar de que con este tipo de cirugías consiguen menores tasas de complicaciones que los tratamientos antiguos, tras la operación, se pueden presentar daños como espasmos dolorosos de vejiga, infección del tracto urinario o de la herida quirúrgica, formación de coágulos que pueden bloquear el catéter urinario, dolor y estreñimiento.

La prostatectomía es pues, una intervención que genera una necesidad de cuidados físicos, psicológicos y educacionales. Las enfermeras deben ser capaces de brindar una atención adecuada, con prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible, con el objetivo de minimizar las complicaciones y conseguir la pronta recuperación funcional. Además, enfermería juega un papel esencial como guía en el postoperatorio, ofreciendo enseñanza sobre los cuidados y realizando el seguimiento de la evolución. Este punto es de absoluta importancia ya que está demostrado que la falta de conocimientos, sobre cómo será la recuperación, las complicaciones que pueden surgir o los cuidados a realizar, se relaciona con una menor capacidad de afrontamiento del paciente y con un aumento de la morbilidad psicológica.

Dado el creciente número de pacientes que se someten a cirugías prostáticas y las necesidad de atención individualizada e integral que dichas cirugías requieren, se ha visto conveniente la realización de una revisión bibliográfica que recoja cuales son los cuidados que una enfermera debe aportar al paciente prostatectomizado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar las actividades de enfermería en la asistencia postoperatoria del paciente prostatectomizado.

Objetivos secundarios:

- Describir las principales complicaciones y secuelas que pueden surgir tras la cirugía prostática.
- Conocer las medidas educativas e higiénico-dietéticas recomendadas al alta de pacientes prostatectomizados.

3 Metodología

Para la realización de presente trabajo se se llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud, páginas web de organismos oficiales y libros.

En la búsqueda de los artículos se han utilizado los Descriptores en ciencias de la Salud (DeCS): prostatectomy, nursing care, postoperative care complications, en combinación con lenguaje libre. En la base de datos PubMed se utilizó el thesaurus desarrollado por la National Library of Medicine (NLM), llamado Medical

Subject Headings (MeSH): prostatectomy, nursing care, postoperative care complications.

Para encontrar referencias bibliográficas que se adaptaran de forma precisa a los objetivos planteados, se combinaron las palabras clave con los booleanos “AND” y “OR” en la búsqueda. Así mismo, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión trasversales para todas las bases de datos consultadas.

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en los últimos 10 años (2009-2019).
- Documentos que proporcionen información relevante sobre el papel de enfermería en la atención al paciente prostatectomizado.

Criterios de exclusión

- Artículos que no proporcionen información útil para los objetivos planteados.
- Artículos orientados a otros profesionales que no sea enfermería.
- Casos clínicos.
- Artículos de mas de 10 años de antigüedad.

4 Resultados

- Asistencia postoperatoria: cuidados de enfermería. En los artículos revisados se enumeran un total de 10 intervenciones de enfermería. En esta revisión se han agrupado en 7 categorías recogiendo las intervenciones comunes en las tres publicaciones:

A). Asesoramiento psicológico: Información y comunicación: la orientación en el periodo postoperatorio es esencial para garantizar la recuperación funcional y el bienestar del paciente. Las enfermeras deben proporcionar información sobre el tiempo de recuperación, como será la evolución, las posibles complicaciones que pueden surgir y qué hacer ante estas. También deben enseñar al paciente medidas educativas, de las que se hablará más adelante, como el manejo del catéter urinario, los cuidados de la herida quirúrgica o los consejos higiénico-dietéticos recomendados tras el alta.

Las actividades de asesoramiento descritas en las publicaciones revisadas son: identificar las necesidades psicológicas del paciente, ofreciendo apoyo emocional e información, impulsar la participación del paciente en grupos de apoyo y apoyar la derivación a un especialista cuando sea conveniente.

B). Manejo del dolor: como en cualquier tipo de cirugía, el manejo del dolor postoperatorio es una intervención destacada en todas las publicaciones. Las medidas

descritas para el control del dolor van desde la administración de fármacos prescritos, a la utilización de métodos no farmacológicos como son las técnicas de relajación, de distracción o de imaginación. También pueden ser útiles otras medidas no farmacológicas como baños calientes o la aplicación de calor local. Uno de los dolores más comunes y característicos en el postoperatorio de la prostatectomía son los espasmos vesicales, producidos por la permanencia del catéter vesical. El espasmo vesical se define como “una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga, que tiene lugar de manera intermitente e impredecible y que cursa con calambres abdominales, pérdida de orina por perisonda, urgencia de vaciar la vejiga y dolor”.

Para combatir estos dolores además de la administración de fármacos anticolinérgicos, pueden aplicarse otras medidas como hacer lavados vesicales manuales, cambios posturales o masajear la zona abdominal. Sin embargo, en muchas ocasiones estas medidas no son suficientes para disminuir el dolor. En estos casos, es necesario buscar otros recursos y herramientas que ayuden a la disminución de estas molestias, como es el caso de las técnicas de relajación. La relajación hace que los pacientes adquieran un mayor control de la situación, disminuyendo los niveles de ansiedad y dolor. Un estudio publicado por la Asociación Española de Enfermería en Urología demostró como esta clase de técnicas constituye una buena medida para el manejo de los espasmos vesicales, reduciendo las demandas de analgesia y la puntuación reportada en la escala analógica del dolor (EVA).

Además de todo esto, es importante tener presente dos causas que contribuyen a la aparición de espasmos en la vejiga, fáciles de resolver, pero que en muchas ocasiones son pasadas por alto: el estreñimiento y el inflado excesivo del globo vesical. El estreñimiento crónico es una de las causas más comunes que se asocian a la aparición de espasmos vesicales. Se debe insistir en su prevención, recomendando el aumento del consumo de fibra en la dieta y una ingesta hídrica abundante. En caso de aparición de espasmos asociados a estreñimiento, puede ser útil el uso de laxantes o reblandecedores de heces. Otra de las posibles causas son globos de tamaño excesivamente grandes. Es importante no exceder los mililitros recomendados de inflado y que los globos sean llenados con agua estéril y no con suero fisiológico u otros fluidos.

C). Cuidados del catéter urinario (CU): tanto en la RTU como en la PR, tras la intervención los pacientes serán portadores de un catéter vesical. Hay una diferencia significativa en función de qué tipo de intervención se haya realizado. En el caso de los pacientes intervenidos de una RTU, llevarán junto al catéter urinario

un sistema de irrigación intravesical para favorecer la eliminación de coágulos y fragmentos tisulares retenidos tras la cirugía. Los pacientes sometidos a una PR llevarán la sonda vesical traccionada al muslo, de manera que el globo vesical favorezca la hemostasia y cicatrización de la herida.

Aspectos a tener en cuenta en el manejo de sueroterapia intravesical:

- Comprobar el funcionamiento correcto de la irrigación intravesical.
- Revisar periódicamente el cambio de suero y vaciado de la bolsa para evitar obstrucciones de la sonda vesical.
- Valorar la necesidad de realizar un lavado vesical manual.
- Registrar las entradas y salidas para valorar el balance hídrico y así poder calcular la diuresis: mililitros de la bolsa de orina – mililitros del suero de lavado es igual a la diuresis del paciente.
- Vigilar hematuria y signos y síntomas de complicación.

Recomendaciones generales para el manejo de sondaje vesical:

- Extremar la higiene diaria del paciente, haciendo hincapié en las manos y en la zona genital. No deben usarse antisépticos o geles antibacterianos de forma rutinaria, ya que pueden conducir al desarrollo de bacterias resistentes en el meato, aumentando paradójicamente el riesgo de bacteriuria.
- Evitar al máximo desconexiones bolsa-sonda. Si las hubiera, impregnar ambos extremos con una gasa empapada en povidona yodada antes de la conexión.
- Mantener la bolsa por debajo de la vejiga, procurando que el tubo de drenaje no caiga por debajo de la bolsa. Si fuera necesario elevar la bolsa, pinzarla antes para evitar reflujo.
- Vaciar la bolsa regularmente para evitar traumatismos o rebosamientos de orina hacia la vejiga.
- Movilizar diariamente el CU para evitar adherencias que pueden ser causa de traumatismos en la vejiga o en el cuello de la uretra.
- Fijar el CU a la cara anterior del muslo o al abdomen bajo en el caso de hombres encamados.
- En caso de obstrucción por coágulos, moco o la succión de mucosa vesical se puede realizar un lavado vesical manual con una jeringa de 20-50 ml de suero fisiológico.
- Si es necesario recoger una muestra de orina, puede obtenerse a través del puerto de muestreo de la bolsa colectora o por punción directa del catéter en caso de no tener puerto de acceso.

D). Prevención de infecciones: al igual que pasa con el manejo del dolor, la prevención de infecciones es otro cuidado estándar tras una intervención quirúrgica. Las medidas descritas para la prevención de infecciones en el postoperatorio de

la prostatectomía se basan en la recogida de signos y síntomas de infección y en el aporte de unos cuidados apropiados en la herida quirúrgica y catéteres. Cabe destacar la prevención de las infecciones asociadas al CU, ya que más del 30% de todas las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son infecciones del tracto urinario (ITU).

E). Abordaje de la incontinencia urinaria y disfunción eréctil: los problemas de continencia urinaria y función eréctil son una de las secuelas más comunes tras la cirugía prostática. Estas disfunciones afectan no solo de forma física, sino también emocional y socialmente.

. Incontinencia urinaria (IU): la recuperación del control vesical es un proceso lento y gradual, por ello tras la retirada de la sonda vesical, más de un 80% de los pacientes presentarán IU postoperatoria. El tratamiento de la IU puede clasificarse en tres tipos de tratamiento: tratamiento conservador, tratamiento intervencionista y tratamiento paliativo. El generalmente utilizado es el conservador, el cual engloba una serie de tratamientos que no supongan intervenciones farmacológicas ni quirúrgicas.

Dentro del tratamiento conservador destacan especialmente dos intervenciones: la terapia conductual con modificaciones del estilo de vida y consejos higiénico-dietéticos y el fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico, con los ejercicios de Kegel. En cuanto al tratamiento intervencionista este estará indicado cuando trascorra un periodo de tratamiento conservador de 6-12 meses que no logre los resultados esperados. El tratamiento paliativo debe estar presente durante el tratamiento de recuperación de la continencia urinaria para preservar la higiene y comodidad del paciente. Este tratamiento será perpetuo en aquellos hombres que no consigan resultados positivos con el tratamiento y que ya sea por sus características fisiológicas o por su propia preferencia, no sean candidatos para recibir tratamiento intervencionista.

. Disfunción eréctil (DE): la otra secuela más frecuente es la DE, esta se define como “la incapacidad persistente de alcanzar y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio”. Las tasas de DE tras prostatectomía rondan el 25-75%, aunque esto depende de si la cirugía es o no con conservación nerviosa. La recuperación de la función eréctil dependerá del grado de conservación de estas estructuras, en especial de los nervios cavernosos. Si estos están conservados, es posible la recuperación de la función eréctil tras la intervención.

Para su tratamiento existen 3 líneas de intervención.

- 1ª línea: farmacoterapia oral y dispositivos de contricción por vacío.
- 2ª línea: inyecciones intracavernosas o intrauretrales.
- 3ª línea: prótesis de pene.

Estas líneas de tratamiento deberán ir unidas a un acompañamiento terapéutico, donde se atienda la esfera biopsicosociales del paciente ofreciendo educación, apoyo emocional, y un seguimiento adecuado ya que si solos los resultados son muy poco satisfactorios.

F). Tratamiento hiponatremia: Control del balance hídrico.

La hiponatremia es una de las complicaciones que pueden ocurrir en el periodo postoperatorio. Es importante que las enfermeras conozcan la fisiopatología, así como los signos y síntomas de esta complicación.

Uno de los cuidados de enfermería más relacionados con la prevención de la hiponatremia es el control del balance hídrico. Al contabilizar las entradas y salidas de líquidos, además de obtener la diuresis del paciente, se podrá observar si el balance es negativo (señal de alarma).

Esta caída del sodio, aunque poco frecuente en todos los casos, es característica en la cirugía de RTU. Durante la cirugía es inevitable abrir las venas prostáticas comprimidas. La abertura de estas venas hace que sea posible que los líquidos hipotónicos, utilizados para la irrigación vesical, se absorban al compartimento intravascular. Su absorción durante la intervención y el postoperatorio es lo que desencadena la hiponatremia. Esta complicación se conoce como síndrome de resección transuretral.

El síndrome de resección transuretral está caracterizado, por tanto, por una disminución de la natremia (concentraciones de sodio inferiores a 125 mmol/l), la cual desencadena una serie de manifestaciones neurológicas y cardiovasculares que pueden poner en peligro la vida del paciente.

La prevención, el diagnóstico y tratamiento del síndrome de resección transuretral son difíciles. Para su prevención, además del control del balance hídrico, la literatura sugiere remplazar la solución de irrigación del catéter por una solución salina normal tan pronto como sea posible.

- Medidas educativas adoptadas en el periodo postoperatorio:

Las enfermeras tienen un papel fundamental en la promoción y educación de la salud. Deben proporcionar información que permita a los pacientes afrontar un postoperatorio con buena evolución, capacitándolos a la vez, para enfrentarse a las posibles complicaciones que pueden surgir tras la cirugía.

En una revisión integradora publicada en la revista de Enfermagen, se mostró como la enseñanza postoperatoria es una medida clave para potenciar la recu-

peración de los pacientes prostatectomizados. La revisión recoge una serie de acciones educativas útiles para asegurar la correcta evolución postoperatoria y aumentar la responsabilidad del paciente en el cuidado de su propia salud.

Entre las medidas educativas destacan el abordaje de la experiencia de los pacientes sobre los cambios derivados del cáncer de próstata y el desarrollo de capacidades de afrontamiento. Ambos temas estaban presentes en todas las publicaciones seleccionadas en la revisión. Otros temas repetidos en varias de las publicaciones fueron: como hacer frente a los síntomas relacionados con el tratamiento y a los efectos colaterales del mismo, el abordaje de los antecedentes de la prostatectomía pre y postoperatoria y la educación de pacientes y sus familiares sobre el autocuidado. También en algunos de los artículos se estableció como tema a abordar la sexualidad, aunque fueron pocas las publicaciones que trataron este tema.

El asesoramiento debe comenzarse desde que el paciente ingresa en el hospital para ser intervenido. Algunos estudios apuntan que incluso sería conveniente una educación preoperatoria más extensa en las consultas de enfermería.

El conocimiento previo ayuda a afrontar mejor las secuelas, disminuyendo la ansiedad postoperatoria y mejorando la respuesta del paciente ante las disfunciones que pueden generarse. Además, este conocimiento previo de los cambios y secuelas que pueden aparecer tras la intervención permite que el paciente se anticipe a estos, consiguiendo una adhesión más fuerte al programa de rehabilitación.

En cuanto a los métodos educativos, la mayoría de las publicaciones recogen como forma educativa el aporte de información verbal combinada con la entrega de material escrito). Otras, incorporan también la educación por medio de material audiovisual en DVD, formación de grupos de apoyo con pacientes que ya han pasado por ello, o combinaciones de intervenciones individuales con grupales, para así estimular el debate y la reflexión.

Otra medida a destacar, por los beneficios que consigue en proporción calidad-coste, es el asesoramiento telefónico. El asesoramiento telefónico es una intervención enfermera recogida en la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (CIPE), cuyo objetivo es asegurar la continuidad de los cuidados en el postoperatorio contribuyendo a una mejora de las medidas educativas. Se trata de una intervención de bajo coste, con la que los pacientes reportan un alto grado de satisfacción y que resulta efectiva al reducir los niveles de ansiedad y estrés, mejorar la adherencia al tratamiento y evitar ciertas complicaciones.

- Pautas educativas para el autocuidado:

I. Cuidados del catéter urinario.

- Dar información sobre la necesidad y utilidad del catéter vesical. Comprender qué es y por qué se utiliza ayudará a aceptar mejor su uso.
- Enseñar cómo vaciar la bolsa, cómo limpiar la parte exterior de la bolsa y tubos y cómo fijarla al cuerpo.
- Dar información sobre la retirada del CU (dónde, cuándo, con quién).
- Recalcar la importancia de no dar tirones, de evitar que la bolsa esté demasiado llena y que esta se mantenga siempre por debajo de la vejiga.
- Enseñar el uso de bolsas de pierna, cómo fijarlas al gemelo y cómo realizar el cambio de bolsa para recoger la orina por la noche.
- Explicar qué puede presentar pequeños escapes de orina fuera de la bolsa.
- Dar información acerca de los espasmos vesicales, explicando que su aparición no quiere indicar que la sonda esté mal colocada o defectuosa, sino que son debidos a que el organismo reconoce el catéter como un cuerpo extraño. Ofrecer consejos para su alivio y control: cambios posturales, medidas de relajación, masaje abdominal, analgésicos.
- Enseñar los signos y síntomas de ITU.

Cuidados de nutrición e hidratación:

- Proporcionar información sobre el volumen de líquidos se deben tomar, recalcando la importancia de que beba mucha agua (en torno a 2 litros al día) especialmente cuando la orina sea sanguinolenta.
- Durante la permanencia del CU recomendar tomar cítricos (zumo de pomelo, naranja, kiwi...) para acidificar la orina y prevenir infecciones.
- En casos de IU marcada aconsejar la reducción del consumo de cafés, té y la abstención de bebidas alcohólicas, pues estas bebidas acentúan la incontinencia.
- Recomendar una alimentación variada en la que se aumente el consumo de fibra para prevenir el estreñimiento y los esfuerzos defecatorios. Si existe tendencia al estreñimiento, puede estar indicado el uso de laxante o ablandador de heces durante las dos primeras semanas de recuperación.
- En caso de sobrepeso es aconsejable comenzar una dieta pues la obesidad acentúa complicaciones como la IU o DE. En el caso de que el paciente quiera, pueden facilitarse menús personalizados.
- Aconsejar una restricción de ejercicio vigoroso aproximadamente durante el primer mes tras el alta. Recomendar no coger pesos pesados, conducir o actividades que requieran mucho esfuerzo.

II. Cuidados higiene:

- Recomendar un baño diario, preferiblemente que sea una ducha.
- Explicar que la piel alrededor del catéter también hay que lavarla bien con agua y jabón retirando el prepucio hacia atrás. Al terminar secar bien la zona y colocar

el prepucio en posición normal para evitar parafimosis.

- En las prostatectomías perianales recomendar baños de asiento una vez al día o en cada evacuación.
- La herida quirúrgica también deberá ser lavada con agua y jabón. Recalcar la importancia de secarla bien y evitar su exposición al sol.

III. Información sobre posibles signos y síntomas esperados en el postoperatorio:

- Informar que pueden aparecer síntomas irritativos o sangrado tras la retirada de la sonda vesical. También puede que presente un aumento de la frecuencia miccional en el primer mes tras la retirada de la sonda.
- Explicar que existe una alta probabilidad de presentar IU y DE, recalcando que son procesos en la mayor parte de los casos temporales y que existen hoy en día muchos tratamientos para combatirlos.
- Explicar qué es y por qué sucederá la eyaculación retrograda a partir de ahora.
- Información sobre los signos y síntomas de complicaciones y qué hacer ante ellas, instruir al paciente en que contacte de forma inmediata ante cualquiera de estas complicaciones:
 - Obstrucción de la sonda vesical, orina con sangrado excesivo o muchos coágulos.
 - Dolor que no cede con los medicamentos prescritos.
 - Hinchazón testicular.
 - Fiebre.
 - Incapacidad de orinar más de 4 horas (retención).
 - Aumento de ardor en la micción.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados en el postoperatorio inmediato más característicos de la cirugía prostática son los cuidados del CU, la prevención de la hiponatremia postoperatoria y el manejo de los espasmos vesicales. Los espasmos vesicales son una complicación muy frecuente tras la intervención, que genera gran dolor en el paciente y que en ocasiones no se aborda de manera adecuada.

En esta revisión se han descrito dos posibles causas de su aparición: el estreñimiento y el inflado excesivo del globo vesical. Ambos desencadenantes poseen soluciones sencillas y rápidas, sin embargo, durante mi práctica clínica no han sido atendidas, probablemente por falta de conocimiento profesional. Además, se ha observado cierta carencia sobre las medidas para paliar el dolor que provoca el espasmo vesical, no evidenciando durante mi práctica ninguna

de las opciones para su alivio, como pueden ser los lavados vesicales manuales, cambios posturales, baños tibios o técnicas de relajación.

6 Bibliografía

- 1. Cuidados de enfermería en un paciente intervenido de prostatectomía radical asistida por robot. *Enfuro*. 2010; 113: 9-14.
- 2. Florentino dos Santos DR, Araújo Florêncio de Lima C, De Araújo Saldanha E, Dias Fernandes MIC, De Almeida Medeiros AB, Carvalho Lira ALB et al. Atividades de enfermagem ao paciente prostatectomizado. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2015. [acceso 23 de marzo de 2019]; 23(4): 513-19. Disponible en: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4218/14243>
- 3. De Araújo Saldanha E, De Almeida Medeiros AB, De Queiroz Frazão CMF, Da Silva VM, De Oliveira Lopes MV, Brandão de Carvalho Lira AL. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a prostatectomia: identificação da significância dos seus componentes. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(3): 430-7.
- 4. Alves Napoleón AM, Grazielle Caldato V, Petrilli Filho JF. Diagnósticos de enfermagem para homens que planejam alta prostatectomia: um estudo preliminar. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009. [acceso 8 de marzo de 2018]; 11(2): 286-94. Disponible en: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a08.htm>
- 5. Dos Santos DRF, Lima e Silva FB, Da Araújo Saldanha E, Brandão de Carvalho Lira AL, Fortes Vitor A. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [acceso 24 de marzo de 2019]; 14(3): 690-701. Disponible en: <http://revistas.ufg.br>
- 6. Ferreira da Mata LR, Alves Napoleão AA. Intervenções de enfermagem para alta de paciente prostatectomizado: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4): 574-9.
- 7. Ferreira Musinho Rêgo B, Araújo Florêncio de Lima C, Da Conceição Dias Fernandes MI, De Araújo Saldanha E, Brandão de Carvalho Lira AL, Fortes Vitor A. Medidas educativas adotadas no período pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet] 2014. [acceso 29 de marzo de 2018]; 8(3): 4122-30. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br>
- 8. Kim K, Kim JS. Intervention for patient reported urinary symptoms in prostate cancer survivors: Systematic review. *J Cancer Surviv*. 2017; 11(5): 643-54.
- 9. Derogar M, Dahlstrand H, Carlsson S, Bjartell A, Hugosson J, Axén E, et al. Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostate-

ctomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO. *Acta Oncol.* 2016; 55(12): 1467-76.

- 10. Dos Santos Cardozo A, Ferreira Santana R, Morales da Rocha IC, Mara Casiano K, Delphino Mello T, García Melo U. Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem na recuperação cirúrgica de idosos prostatectomizados. *Rev Enferm UFPE On Line [Internet]*. 2017. [acceso 20 de febrero de 2019]; 11(6): 3005-12. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br>
- 11. Jiménez Mendía MD, Ahedo Vaquero MA, García González E, Hilera Ruiz R, Ros Asiaín ML, HUA Txagorritxu VG. Cuidados enfermeros al alta tras prostatectomía radical robótica (PRR) mediante una hoja de recomendaciones al alta (HRA) y utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Enfuro.* 2011; 120: 10-4.
- 12. Peig Martí MT, Moreno Gallego J, Escoda Pellisa MT, Mora López G, Anento Nolla S, Marsà Fadurno C et al. Entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes sometidos a cirugía urológica. *Enfuro.* 2011; 117: 16-8.
- 13. Menéndez González L, González Sánchez GM. Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria.* 2016; 4(1): 28-45.
- 14. Sánchez Ormeño FJ. Síndrome de reabsorción post- RTU prostática. *Enf ciudadreal.* [Internet] 2019. [acceso 27 de marzo de 2019]; 64. Disponible en: <https://www.enfermeriadeciudadreal.com>
- 15. Nakahira J, Sawai T, Fujiwara A, Minami T. Transurethral resection syndrome in elderly patients: a retrospective observational study. *BMC Anesthesiol [Internet]* 2014. [acceso 3 de abril de 2018]; 14(30). Disponible en: <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com>
- 16. Ferreira Musinho Rêgo B, Araújo Florêncio de Lima C, Da Conceição Dias Fernandes MI, De Araújo Saldanha E, Brandão de Carvalho Lira AL, Fortes Vitor A. Medidas educativas adotadas no período pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE On Line [Internet]* 2014. [acceso 29 de marzo de 2018]; 8(3): 4122-30. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br>
- 17. Kim K, Kim JS. Intervention for patient reported urinary symptoms in prostate cancer survivors: Systematic review. *J Cancer Surviv.* 2017; 11(5): 643-54.
- 18. Derogar M, Dahlstrand H, Carlsson S, Bjartell A, Hugosson J, Axén E, et al. Preparedness for side effects and bother in symptomatic men after radical prostatectomy in a prospective, non-randomized trial, LAPPRO. *Acta Oncol.* 2016; 55(12): 1467-76.
- 19. Dos Santos Cardozo A, Ferreira Santana R, Morales da Rocha IC, Mara Cas-

siano K, Delphino Mello T, García Melo U. Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem na recuperação cirúrgica de idosos prostatectomizados. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2017. [acceso 20 de febrero de 2019]; 11(6): 3005-12. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br>

- 20. Jiménez Mendía MD, Ahedo Vaquero MA, García González E, Hilera Ruiz R, Ros Asiaín ML, HUA Txagorritxu VG. Cuidados enfermeros al alta tras prostatectomía radical robótica (PRR) mediante una hoja de recomendaciones al alta (HRA) y utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Enfuro. 2011; 120: 10-4.

Capítulo 115

BIOPSIA RENAL: CASO CLÍNICO

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

VANESA TELLA RIOS

ELENA GONZALEZ GONZALEZ

LAURA Riestra Blanco

1 Introducción

La biopsia renal es uno de los procedimientos que más han contribuido al conocimiento de las enfermedades renales.

Su importancia tanto en la ayuda al diagnóstico, pronóstico de la patología y tratamiento posterior de la misma, ha quedado ampliamente demostrado.

La biopsia renal es una técnica invasiva, no exenta de riesgos, por lo que es necesario agotar todos los procedimientos no invasivos que estén a nuestro alcance para el diagnóstico de las enfermedades renales antes de llevarlo a cabo.

Existen tres tipos de biopsia renal, según el método empleado:

- Biopsia renal abierta: Intervención quirúrgica mayor en la que se lleva a cabo el acceso al riñón de forma directa, a través de una incisión lumbar. Requiere anestesia general.
- Biopsia renal transvascular: se llega al riñón a través de la vena femoral o yugular, mediante un catéter dotado de sistemas de pinzas o agujas con el que se puede

obtener una muestra de tejido.

-Biopsia renal percutánea: método de primera elección. Tras anestesia local, se introduce una aguja a través de la musculatura lumbar ecoguiada. Se utiliza un dispositivo “de pistola” automática o semiautomática. Con calibres que van desde 14 a 18G. Esta es la técnica en la que se basa nuestro caso clínico.

Esta técnica nos da la posibilidad de hacer un análisis histológico del tejido renal, a través del cual podemos llegar a un diagnóstico etiológico, orientar un tratamiento y emitir un pronóstico de gran parte de las afecciones parenquimatosas del riñón (en órganos nativos y trasplantados).

Las indicaciones para realizar esta prueba son las nefropatías de origen incierto, la proteinuria y la nefropatía de origen glomerular, las enfermedades intersticiales, las anomalías en el sedimento urinario y la patología de los pacientes sometidos a trasplante renal. No obstante, la realización de esta prueba debe valorarse de forma individualizada dependiendo del cuadro clínico del paciente y siempre teniendo en cuenta el balance de riesgo-beneficio en cada caso.

Los requisitos mínimos previos a la realización de esta prueba para así poder garantizar la seguridad del paciente son:

-Estudio de coagulación reciente: se procederá a la suspensión de antiagregantes plaquetarios y AINEs, por lo menos una semana antes de realizar la biopsia y no se reiniciará dicho tratamiento hasta una semana después, según juicio clínico.

-Si el paciente está anticoagulado con acenocumarol(Sintrom), se deberá de programar su cambio a heparina subcutánea días antes del procedimiento.

-Cultivo de orina negativo actual.

-Valores de tensión arterial menores de 140/90 mmHg.

-Constancia ecográfica de la presencia y características de ambo riñones.

Si bien es cierto que se trata de una técnica con beneficios probados, no está exenta de contraindicaciones absolutas, entre las que se encuentra:

-Padece hipertensión arterial no controlada

-Trastornos de la hemostasia

-Aneurisma en la arteria renal

-Obesidad mórbida

-Disponer de un único riñón, exceptuando trasplante renal

-Falta de colaboración por parte del paciente para los casos percutáneos

A pesar de las medidas de precaución en la realización de esta técnica, no está libre de riesgos y posibles complicaciones:

-Mareo, de baja intensidad y corta duración, que se suele resolver espontáneamente.

-Dolor en la zona de punción

-Microhematuria (muy frecuente)

-Hemorragia (complicación más grave). En determinadas ocasiones puede llegar a producirse un sangrado del riñón biopsiado por lo que será necesario la administración de fluidoterapia y/o transfusión de sangre. A pesar de estas medidas adoptadas y en caso de sangrado continuado puede ser necesaria una intervención quirúrgica o taponamiento del vaso afectado.

La preparación del paciente en día previo a la prueba:

-Ingreso hospitalario programado

-Ayunas el día de la prueba

-Consentimiento informado firmado.

-Punción de vía periférica.

-Premedicación o sueroterapia según orden médica.

El desarrollo del procedimiento en la sala de técnicas sería:

-Identificación del paciente a través de la pulsera identificativa y su correspondencia con la historia clínica

-Tras comprobar la permeabilidad de la vía venosa, se coloca al paciente en decúbito prono con una almohada debajo del abdomen para elevar la fosa renal.

-Se administra atropina subcutánea antes del procedimiento y desmopresina (Minurín©) en caso de insuficiencia renal, antecedentes de hipertensión arterial o edad avanzada.

-Monitorización de FC y TA.

-El nefrólogo mediante una sonda ecográfica identifica exactamente la zona de punción y procede a su marcado.

-Se desinfecta el área de punción y se aplica anestésico subcutáneo (mepivacaína) a nivel local. Como norma general, se realizará la biopsia sobre el riñón izquierdo, ya que es el que más se aleja de órganos vitales; y dentro de este riñón, la zona de elección será el polo inferior.

- Mediante técnica estéril, se localiza la zona a biopsiar con el ecógrafo. Una vez situada la aguja semiautomática de 14G en la posición correcta, se procede a tomar la muestra que se conservará en contenedor estéril con suero salino y que se identificará con pegatina del paciente.

-La muestra recogida se trasladará junto con el volante de solicitud al laboratorio de anatomía patológica de forma inmediata.

- Al finalizar el procedimiento y tras la retirada de la aguja, se hará compresión directa en la zona de punción durante 15 minutos, colocándose posteriormente un apósito compresivo.

Respecto a los cuidados posteriores podemos destacar:

- Reposo absoluto 24 horas, acostándose sobre el lado de la punción.
- Mantener en ayunas un mínimo de 1 o 2 horas, según criterio clínico.
- Control de TA y FC cada 15 minutos la primera hora y cada 30 minutos la segunda y tercera hora, posteriormente al menos una vez por turno el día de la prueba. Si las cifras de TA son inferiores a 100/50 o mayores a 160/100 mmHg, se debe avisar al nefrólogo al cargo, siempre teniendo en cuenta las cifras de las que se partía.
- Control de signos y síntomas: vigilancia de sangrado a través del apósito, dolor, sudoración, mareo, palidez...
- Presencia de hematuria: se deben tomar muestras de diuresis de tres micciones consecutivas, considerándose normal una ligera microhematuria.
- Al alta se puede hacer vida normal, evitando esfuerzos físicos durante una semana. Si presentan fiebre, dolor en la zona de punción o presencia macroscópica de sangre en orina, deben acudir al hospital.

2 Objetivos

- Explicar en qué consiste la biopsia renal
- Comprender las indicaciones para realizarla y conocer las posibles complicaciones a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 47 años de edad, sin alergias conocidas, remitida desde reumatología a consulta externa de nefrología con diagnóstico de LES (lupus eritematoso sistémico) con afectación renal. Es valorada en consulta, a destacar presencia de banda monoclonal en sangre. Se cursa ingreso para biopsia renal.

La paciente presenta febrícula, artritis en dedos de las manos y en rodillas. Rigidez matutina, no intolerancia al sol y caída de pelo sin alopecia. No aftas orales ni genitales. Tuvo un episodio de odinofagia hace un mes, autolimitado. Dolor en cintura lumbar casi a diario. Síndrome de Raynaud. Pérdida ponderal de 5 kg en 6

meses aproximadamente. Astenia, anorexia, ocasionalmente náuseas y vómitos. Tiene una hija de 18 meses, previamente al embarazo ya tenía esta clínica. Aproximadamente lleva con ello un par de años. Orina sin dificultad, orinas espumosas, no hematuria macroscópica. No ITU de repetición, no cólicos nefríticos. Como analgesia tiene pautado naproxeno que no toma.

Dentro de las pruebas complementarias:

19/7/2018: Hemoglobina 12,4, hematocrito 39.3%, Cr 0.49, U22, FG 117, Prot 87, GGT25, PG tenue banda monoclonal IgG kappa, C3 0.72, C4 0.09, EyS PU+, pro/cre 0.83 mg/g, antiDNA nativo 6.1, sd AFL B2gp 18.

20/6/2018: EyS PU++, pro/cre 1.63 mg/g.

11/6/2018: CAPILAROSCOPIA: Patrón en banco de peces. Plexo venoso visible. Tortuosidades simples. Dilatación leve distal en algún capilar (no megacapilares). Patrón inespecífico.

24/5/2018: Hemograma normal, VSG 85, glucosa 68, creatinina 0.55, GGT 32, pruebas de función hepática normales, Proteinograma: tenue banda monoclonal IgG kappa, C3 0.52, C4 0.08, ANAS 1/2560 patrón moteado, antiDNA nativo 7.8, Anti Sm, RNP, SS-A y SS-B positivos, EyS proteínas ++.

14/8/2018: Hemoglobina 12,2, leucos y plaquetas normales, glucosa 84, urea 19, creatinina 0.58, FG 111, Na 137, K 3.8, proteínas 84, albúmina 28, calcio y fósforo normales, colesterol 133, HDL 37, LDL 85, urato 4.6, PFH normales, ferropenia, vitamina B12 y folato normales, factor reumatoide normal, PTH y VitD normal. IgG elevada, IgM normal, C3-0.5, C4 0.07. EyS proteínas ++, 1-7 I/c, 1-5 h/c. Proteinuria 24 horas: 0.5 g.

El 14/8/2018 se le realiza una biopsia renal sin complicaciones, con micciones normales y hemodinámicamente estable, con cifras de PA bajas, similares a las de su domicilio.

Al día siguiente, se le realiza hemograma de control, donde se objetiva una anemia de 2 puntos, por lo que se solicita ecografía en la que se observa colección perirrenal. Se realiza posteriormente angioTAC urgente, donde se describe la presencia de un hematoma de 4.3x6.6x11cm (diámetros anteroposterior, transversal y craneocaudal respectivamente). No se visualiza extravasación de contraste ni cambios de la densidad del mismo en las diferentes fases realizadas que sugieran sangrado activo. Se observa una lesión hipodensa, cortical periférica, de morfología en cuña, en el polo inferior del riñón izquierdo, de aproximadamente 1 cm sugestiva de laceración/rotura cortical probablemente en el lugar que se realizó la toma de biopsia. Riñón derecho sin alteraciones. Aorta abdominal y ramas viscerales principales permeables.

Se realiza un nuevo hemograma a las 48 horas tras la biopsia, manteniendo los niveles del día anterior, por lo que es alta al domicilio. Se le recomienda ingesta abundante de agua, hierro oral durante 3 meses, evitar toma de antiinflamatorios si dolor pudiendo tomar paracetamol o tramadol en su lugar. Evitar esfuerzos en los siguientes 15 días al alta.

A las 48 horas del alta, la paciente acude a urgencias por fiebre de hasta 39,5°C, con sospecha de hematoma sobreinfectado (urocultivo y placa de tórax negativo). Se inicia tratamiento con amoxiclavulámico oral con buena evolución.

En revisión ambulatoria, se valora el resultado de la biopsia, con diagnóstico de nefropatía lúpida membranosa (nefropatía lúpida clase V, clasificación INS/RPS). Muy discreta afectación túbulointersticial. Se inicia tratamiento con tacrolimus a dosis 0.1 mg/kg/día y corticoides orales 1 mg/kg/día. Como prevención de efectos secundarios, se inicia gastroprotección con omeprazol y prevención ósea con Ídeos Unidía.

En revisión ecográfica posterior, se objetiva una formación hipocogénica y de morfología semilunar, compatible con el hematoma perirrenal ya conocido, en evolución.

En revisiones posteriores, se aprecia normalización del complemento y mejoría progresiva de la proteinuria siendo en la última analítica menor de 1 g (6.59 g en diciembre del 2018 y de 0.7 g en noviembre de 2019).

4 Resultados

Gracias a esta prueba y a pesar de las complicaciones que surgieron tras el procedimiento se llegó a un diagnóstico certero, que posibilitó un tratamiento individualizado consiguiendo una mejora de los valores analíticos en sangre de la paciente en posteriores revisiones y un aumento en su calidad de vida.

La paciente en la actualidad continúa con revisiones ambulatorias periódicas a cargo del servicio de nefrología.

5 Discusión-Conclusión

Este caso pone de manifiesto los posibles riesgos que pueden surgir tras llevar a cabo esta prueba diagnóstica. Fue necesaria la realización de más pruebas di-

agnósticas y una estancia en el hospital mayor de la planeada inicialmente, así como tratamiento farmacológico por las complicaciones ocurridas.

6 Bibliografía

1. Peces R, de Sousa E, Peces C. La biopsia renal en situaciones especiales. *Nefrología* [Internet]. 2011 [cited 23 December 2019];31:627. Available from: <https://www.revistanefrologia.com>
2. Rivera Hernández F. Biopsia renal. *NefroPlus* [Internet]. 2009 [cited 23 December 2019];2:1-8. Available from: <https://www.revistanefrologia.com>
3. Rivera Gorrin M. Biopsia renal ecodirigida. *Nefrología* [Internet]. 2010 [cited 23 December 2019];30:490. Available from: <https://www.revistanefrologia.com/es-biopsia-renal-ecodirigida-articulo-X021169951005074X>
4. Biopsia renal | Fundació Puigvert [Internet]. *Fundacio-puigvert.es*. [cited 23 December 2019]. Available from: <https://www.fundacio-puigvert.es/es/node/846>
5. Biopsia renal [Internet]. Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. [cited 23 December 2019]. Available from: <https://hospital.vallhebron.com>
6. Pablos Pablos, M. and García Damorín, M. (2016). *Protocolo biopsia renal*. Gijón: SESPA.

Capítulo 116

LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE EL CÁNCER DE MAMA

AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ

BEATRIZ EGIDO GORDO

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

ALBA LINDE FERNANDEZ

ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ

1 Introducción

Se puede definir el cáncer como un conjunto de enfermedades caracterizadas por un crecimiento descontrolado de células que tienen la capacidad de multiplicarse y diseminarse por todo el organismo sin control. El cuerpo humano está formado por miles de millones de células que durante los primeros años de vida crecen, se dividen y mueren de forma rápida. Ya en la edad adulta cesa este crecimiento y la mayoría y la mayoría de las células únicamente se dividen para reemplazar aquellas que envejecen, o se dañan o mueren. Pero a veces no ocurre así y cuando se presenta un cáncer, estas células en vez de morir continúan su crecimiento descontrolado y se forman nuevas células anormales, llamadas células cancerosas. Dichas células tienen la capacidad de invadir otros órganos y tejidos y diseminarse por todo el organismo.

El cáncer de mama es una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control. Cuando el cáncer de mama se extiende a otras partes del

cuerpo, se dice que ha hecho metástasis.

2 Objetivos

- Determinar las principales medidas para una detección precoz del cáncer de mama así como las formas más efectivas de prevención del mismo.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre el cáncer de mama en bases de datos: Medline, Elsevier, Pubmed. Se han utilizado las palabras clave cáncer, tratamiento, diagnóstico.

4 Resultados

La posibilidad de curación de un cáncer de mama detectado en su etapa inicial es prácticamente del 100 por cien. Esto es gracias a la realización de campañas de diagnóstico precoz de cáncer de mama, con lo que la mortalidad por esta enfermedad ha disminuido de una forma significativa. La mamografía es una prueba de gran ayuda. Su efectividad radica en que tiene más de 70 % de cobertura en las mujeres de edad de riesgo (50-64 años), en un riguroso control de la calidad.

Otro método complementario a la mamografía es el autoexamen mamario.. Esta autoexploración se recomienda a partir de los 20 años de edad y entre el quinto y el séptimo día posterior al ciclo menstrual que es cuando los senos se presentan mas blandos. Las mujeres que ya no presentan su menstruación, habrán de realizarlo un día específico de cada mes, esto es para crear hábito e intentar mejorar la técnica de detección.

La técnica consta de los siguientes pasos:

- Inspección: consiste en observar el aspecto externo de los pechos, examinarlos atentamente y comparar uno con otro frente a un espejo observando su tamaño y mirando si son simétricos. Hay que vigilar cualquier cambio que se produzca en la textura de la piel como huecos, pliegues, eczemas, retracción del pezón, salida de secreciones, etc.
- Palpación: permite descubrir posibles bultos anormales o nódulos en el pecho. También es importante el examen clínico de las mamas una vez al año realizada por su médico.

- Campañas de screening: En la actualidad se llevan a cabo programas de screening de cáncer de mama dirigidos a las mujeres de mayor riesgo, cuya edad está comprendida entre los 50 y los 65 años según la evidencia, mediante la realización de mamografías cada 1-2 años.

Si se sospecha de un cáncer de mama hay que realizar una biopsia. La biopsia es la extracción de una muestra del tejido de la zona sospechosa para analizarlo en el microscopio y poder determinar las características benignas o malignas del mismo, así como el tipo de células tumorales, el grado de agresividad, etc.

- Tratamiento.

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de la enfermedad y se han realizado las pruebas necesarias para conocer en qué fase se encuentra la misma, se debe determinar cuál es el tratamiento para el cáncer de mama más adecuado para cada mujer.

En función de la presencia de receptores hormonales en la célula tumoral, así como de la presencia o no de la proteína HER2, se pueden considerar los siguientes grupos o tipos de cáncer de mama:

- Los Hormonales: son los tumores de mejor pronóstico.
- Los HER2 positivos: la célula tumoral tiene la proteína HER2 sobreexpresada y no contiene receptores para las hormonas (estrógenos o progesterona). Su incidencia estimada es del 25% de los tumores. Gracias a fármacos dirigidos contra la proteína HER2, como el Trastuzumab (Herceptin) y el Lapatanib, se ha podido mejorar mucho el pronóstico de estas pacientes.
- Los triple negativos: la célula tumoral tiene los receptores negativos para hormonas (estrógenos o progesterona) y también negativo para HER2. Su incidencia es mucho más reducida: suponen el 15% aproximadamente de todos los cánceres de mama. La única opción terapéutica, conocida hasta ahora, es la quimioterapia.
- Los triple positivos: la célula tumoral tiene los receptores positivos para hormonas (estrógenos y/o progesterona) y también positivo para HER2. Se estima que suponen un 12% de los cánceres de mama.

La cirugía a nivel de la mama puede ser de distintos tipos:

- Cirugía conservadora:

Este tipo de intervención consiste en la extirpación del tumor con un margen de tejido mamario sano, más o menos amplio, manteniendo intacto el resto de la mama. Esta cirugía conservadora es cada vez más utilizada.

- Mastectomía: consiste en la extirpación de toda la mama. Puede ser de dos tipos:

- Cirugía axilar. Puede consistir en una biopsia selectiva del ganglio centinela o

una linfadenectomía.

- Linfadenectomía. El paquete ganglionar axilar es grande. Dependiendo de la accesibilidad se suelen extirpar entre 10 y 40 ganglios linfáticos.

En la actualidad se realiza la linfadenectomía solo cuando hay una sospecha clínica fundada o también cuando se ha confirmado mediante una punción de los ganglios axilares una infiltración tumoral de los mismos. e. Ganglio centinela su objetivo es identificar el ganglio axilar sobre el que, en primer lugar, drena la mama. Si está afectado se hará una linfadenectomía. De esta manera, en los casos en que no se realice vaciamiento axilar, el riesgo de efectos secundarios derivados de la extracción de ganglios linfáticos es mínimo.

La base de esta exploración es la siguiente:

- Si el Ganglio Centinela es negativo (sin invasión tumoral) el resto de la cadena también lo será, con las implicaciones pronósticas y terapéuticas que ello conlleva.
- Si el Ganglio Centinela es positivo, se debe realizar una linfadenectomía de la zona y las demás actuaciones que sean necesarias..

La radioterapia es la utilización de radiaciones ionizantes para el tratamiento, empleando rayos X de alta energía. Su objetivo es destruir las células tumorales, minimizando el daño a los tejidos sanos que rodean a dicho tumor. La duración de este tratamiento va entre las 5 y las 7 semanas.

En cuanto a la quimioterapia, su objetivo es destruir, las células tumorales por medio de fármacos con el fin de lograr la reducción o desaparición de la enfermedad. Estos fármacos ejercen su acción sobre las células cancerosas pero como son fármacos muy fuertes pueden dañar también a las células sanas.

En cuanto a la hormonoterapia consiste en la administración de fármacos que actúan por un lado reduciendo la concentración de estrógenos en el cuerpo y por otro lado impidiendo la acción de los estrógenos en las células del cáncer de mama, para conseguir que disminuya el tumor o que desaparezca.

En cuanto a la terapia biológica podemos decir que las células tumorales malignas pueden producir proteínas que son muy diferentes a las que producen las células normales. Esto es debido a una alteración de los genes o a cambios en la expresión de los mismos.

Una de estas sustancias es la proteína HER2, que se relaciona con una mayor agresividad del tumor, con tener mas riesgo de recaídas y con tener una supervivencia más corta. Y los tratamientos biológicos son anticuerpos monoclonales

que actúan específicamente contra el receptor HER2 Ejemplos: trastuzumab, pertuzumab y TDM1.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los avances que han tenido lugar en los últimos años el cáncer de mama sigue siendo un problema de salud a nivel mundial. Se trata de un campo de estudio en constante evolución, donde los laboratorios invierten un gran esfuerzo en la investigación molecular, la identificación de nuevos biomarcadores y dianas farmacológicas para el desarrollo de nuevos fármacos que solos, o en terapias combinadas, presenten potencial terapéutico y la capacidad de enfrentarse al reto de las resistencias a tratamientos.

Por otro lado, el cáncer de mama conlleva una serie de cambios en la vida de la mujer que pueden hacer que las personas experimenten diferentes procesos de adaptación psicológica y social. Diversos estudios avalan la eficacia del personal de enfermería en dichos procesos.

6 Bibliografía

- National cancer Institute (Internet). Disponible en: <http://www.cancer.gov/>
- AECC. Asociación Española Contra el Cancer (Internet). Disponible en: <http://www.aecc.es>
- BreasCancer.org (Internet). Disponible en: <https://www.breastcancer.org>
- Sardiñas Ponce R. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2009
- Sociedad Española de oncología médica (internet). Disponible en: <https://seom.org/>
- Fernando Moreno Servicio de Oncología Hospital Clínico San Carlos. Estadios iniciales. Tratamiento sistémico del cáncer de mama. 2015
- Cancer.org. [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society; 2015. Disponible en: <https://www.cancer.org>

Capítulo 117

LA ESCUCHA ACTIVA Y LA EMPATÍA EN EL ÁMBITO SANITARIO

CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS

BEATRIZ EGIDO GORDO

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS

1 Introducción

La escucha activa es una técnica para que se pueda comunicar mejor la aceptación y la empatía, no es una técnica para manipular al usuario

En la escucha activa, el profesional permite al usuario expresarse a su propio ritmo y como desee, incluso que no hable porque el silencio también se puede evaluar.

2 Objetivos

Determinar las principales actitudes del profesional sanitario para llevar a cabo una correcta escucha activa y actuar con empatía ante los pacientes y usuarios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para llevar a cabo la escucha activa debemos tener en cuenta una serie de actitudes verbales y no verbales.

Dentro de las actitudes no verbales, hay que tener en cuenta:

El contexto físico:

- El lugar donde se trabaja o se recibe al usuario debe tener un cierto grado de confort, con una decoración no demasiado recargada para no distraer ni al usuario ni al profesional.
- Debe haber una buena ventilación y temperatura.
- El mobiliario y los demás objetos deben tener un cierto orden. Solo con la disposición de los muebles podemos dar idea de interés y atención.
- Una distancia demasiado corta entre ambos puede dar sensación de invasión de la intimidad y por el contrario, una distancia demasiado larga puede dar a entender falta de interés.
- El aspecto físico es muy importante para tener una impresión agradable en el primer encuentro, ya que una percepción negativa puede condicionar el resto de la entrevista.

Hay que tener cuidado con los movimientos corporales:

- Las actitudes rígidas indican distanciamiento, mientras que los movimientos corporales moderados pueden ser interpretados como expresiones de proximidad e igualdad.
- Ligeros movimientos de cabeza pueden mostrar interés y escucha.
- Los movimientos de las piernas y sobre todo de los pies indican ansiedad, malestar y prisa, por eso deben evitarse.

La postura también es muy importante. En la relación de ayuda, debemos estar frente al usuario de manera que nuestros hombros estén inclinados hacia él, esto es una señal de atención.

El rostro es la parte de nuestro cuerpo más expresiva y la que el paciente observa con más atención, por eso debemos procurar siempre ser conscientes de la postura corporal y la gesticulación facial.

Por lo tanto, escuchar activamente significa que estamos prestando una atención física a la otra persona y una atención psicológica al contenido del mensaje que nos está expresando: “Escuchar y oír no son la misma cosa”.

La escucha empieza siendo fisiológica (oír a través del conducto auditivo) y termina convirtiéndose en psicológica (entender lo que hemos oído).

5 Discusión-Conclusión

La empatía con el usuario y la escucha activa del mismo pueden suponer la diferencia entre el éxito y el fracaso de la asistencia sanitaria.

Conseguir que el paciente se abra y se encuentre cómodo es el primer paso para llegar al fondo de los problemas y conseguir un diagnóstico, tratamiento y cuidados más eficaces.

Los requisitos que debemos tener en cuenta a la hora de escuchar:

- No debemos realizar ningún tipo de juicio así como tampoco tener ningún prejuicio (juicios previos no razonados) sobre la persona que nos está hablando.
- Debemos respetar y aceptar incondicionalmente a la persona.
- Debemos adoptar una actitud empática.

6 Bibliografía

- Subiela Garcia, J.A., Abellón Ruiz, J., Celdrán Baños, A.I., Manzanares Lazaro, J.A. y Satorres Ramis, B. 2014. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.178261>.
- Alferez Maldonado AD. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Rev Esp Comun Salud.* 2012;3(2): 147-157 <http://www.aecs.es>. *Revista Española de Comunicación en Salud.* ISSN: 1989-9882.
- Landeta Belda L. La comunicación pieza clave en enfermería. *Enfermería Dermatológica*, ISSN-e 2386-4818, ISSN 1888-3109, año 6, N°. 16 (mayo-agosto), 2012, págs. 16-19.

Capítulo 118

ENFERMERÍA EN LAS INFECCIONES DE QUEMADURAS

CARMEN MARIA NAVARRO BEARDO

1 Introducción

La piel es un constituyente esencial de inmunidad y protege al huésped de los posibles patógenos provenientes del medio. La rotura de dicha barrera protectora representa una faceta de inmunodeficiencia que predispone a la persona a las infecciones.

Las quemaduras pueden originar desintegración masiva del tegumento y además perturbaciones de la inmunidad de tipos humoral y celular y, con ello, consentir el desarrollo de una infección causada por oportunistas del entorno y componentes de la flora cutánea del paciente

2 Objetivos

El objetivo fundamental es mejorar la calidad de atención y con ello la calidad de vida de los pacientes afectados por infección de quemaduras. Reduciendo la variabilidad debida por la incertidumbre presente en la práctica clínica en el tema de las quemaduras; usando para ello este trabajo como resumen guía de la práctica a seguir recomendada para el paciente quemado con infección.

3 Metodología

Con el fin de obtener la información necesaria para realizar este trabajo se efectuó una revisión de la literatura disponible, tanto estudios de observación de casos como series de casos de infección en pacientes quemados procedentes de diferentes bases de datos: preevid, dialnet, medline y google académico. En la revisión hemos desechado todos los artículos y fuentes de información no veraces, solo hemos optado por basarnos en los estudios con base científica contrastada, citados posteriormente en la bibliografía. Solo se han usado artículos de publicación inferior a una década atrás.

4 Resultados

El objetivo fundamental de realizar y exponer esta revisión bibliográfica es mejorar la calidad de atención y con ello la calidad de vida de los pacientes afectados por quemaduras. Reduciendo la variabilidad debida por la incertidumbre presente en la práctica clínica en el tema de las quemaduras; usando para ello este trabajo como resumen guía de la práctica a seguir recomendada para el paciente quemado.

El fin del cuidado de las quemaduras es su cicatrización. La eliminación quirúrgica inmediata del tejido quemado, con desbridamiento extenso del tejido necrótico y la colocación de injertos de piel, ha disminuido en gran medida las tasas de mortalidad propias de las quemaduras graves. A su vez, el empleo de los cuatro antibióticos tópicos más usados como son las cremas de sulfadiazina argéntica, de acetato de mafenida, nitrato de plata y los vendajes de plata nanocristalinos, ha disminuido impresionantemente la carga o número de bacterias en las quemaduras y también la probabilidad de infección en ellas; los cuatro fármacos mencionados se aplican sistemáticamente a las quemaduras de espesor parcial o incluso total.

Las propiedades bactericidas de la plata dependen de su efecto en las enzimas respiratorias en la pared de las bacterias; si se usan de forma indiscriminada los compuestos argénticos, su interacción con las proteínas estructurales puede hacer que los efectos tóxicos en queratinocitos y fibroblastos retrasen la cicatrización de las heridas. Los cuatro fármacos mencionados son activos, generalmente, contra muchas bacterias y algunos hongos y son útiles antes de que se confirme la colonización bacteriana. A menudo se utiliza en el principio la sulfadiazina argéntica, pero su utilidad puede bajar por intervención de factores como la resistencia

bacteriana, poca penetración en la quemadura, o efectos tóxicos (leucopenia).

El acetato de mafenida tiene actividad más amplia contra bacterias gramnegativas. La crema penetra en las escaras y con ello evita o combate la infección que está debajo de ellas; su uso sin apósitos permite la exploración constante de la zona lesionada. Las desventajas más considerables del acetato de mafenida incluyen la inhibición de la anhidrasa carbónica, lo que provoca acidosis metabólica, y el hecho de que el compuesto desencadena reacciones de hipersensibilidad hasta en 7% de los pacientes.

El fármaco mencionado se utiliza más a menudo cuando la quemadura es invadida por bacterias gramnegativas y si es poco eficaz la sulfadiazina argéntica. Es escasa la actividad del acetato de mafenida contra bacterias grampositivas. Los apósitos de plata nanocristalina proporcionan una protección más amplia contra microbios, en comparación con la que brinda cualquier otro preparado tópico y la plata es activa contra *S. aureus* resistente a metilina (MRSA, metilina-resistente *S. aureus*) y enterococos resistentes a vancomicina; tiene capacidad para penetrar en las escaras y toxicidad más bien escasa. Asimismo, los apósitos permiten la liberación controlada y duradera de plata nanocristalina en la quemadura y con esto aminora el número de cambios de apósitos y también el riesgo de infecciones nosocomiales y el costo del tratamiento. La mupirocina, un antibiótico tópico empleado para erradicar la colonización de las vías nasales por dichos estafilococos, se ha utilizado con recurrencia cada vez mayor en unidades de quemados en las que prevalece el MRSA. Su eficacia para bajar el número de bacterias de la quemadura e impedir infecciones sistémicas es similar a la de la sulfadiazina argéntica.

En años recientes, ha aumentado la cifra de infecciones por hongos en quemados. En caso de las micosis superficiales se puede mezclar la nistatina con sulfadiazina argéntica o acetato de mafenida como tratamiento tópico. En un estudio se observó que la nistatina en polvo (6 millones de unidades/g) era eficaz para tratar las infecciones superficiales y profundas de quemaduras, causadas por especies de *Aspergillus* o *Fusarium*. Además de los productos en cuestión, pomadas con retención de humedad que poseen propiedades antibióticas pueden estimular la autólisis rápida, el desbridamiento y la curación húmeda de quemaduras de espesor parcial.

Cuando se diagnostica una infección invasiva en una quemadura habrá que cambiar el fármaco tópico a acetato de mafenida. Un complemento útil de la terapia quirúrgica y con antibióticos sistémicos es la clisis por debajo de la escara (in-

stilación directa de piperacilina, en los tejidos debajo de la escara). Hay que empezar la administración sistémica de antibióticos activos contra los patógenos presentados en la quemadura. De no contar con datos de cultivo, el tratamiento tiene que incluir fármacos de amplio espectro que protejan de microorganismos que con gran frecuencia se identifican en la unidad particular de quemados. Esta protección se logra con antibióticos activos contra microorganismos patógenos grampositivos (p. ej., oxacilina, 2 g IV c/4 h) y con un fármaco activo contra *P. aeruginosa* y otros bacilos gramnegativos (p. ej., mezlocilina, 3 g IV c/4 h; gentamicina, 5 mg/kg IV c/24 h). En caso de alergia contra la penicilina, la vancomicina (1 g IV c/12 h) se sustituye con oxacilina (que es muy efectiva contra MRSA) y la ciprofloxacina (400 mg IV c/12 h) se cambia con mezlocilina. Los antibióticos basados en oxazolidinona como la linezolida han sido efectivos para reducir el crecimiento bacteriano y la concentración de toxina 1 del síndrome de choque tóxico en modelos de infecciones de quemaduras por MRSA.

Una gran parte de los quemados exhiben alteraciones del metabolismo y de los mecanismos de eliminación renal que obligan a vigilar la concentración sérica del antibiótico. La concentración lograda con las dosis tradicionales a menudo es subterapéutica.

El tratamiento de infecciones causadas por patógenos resistentes, de aparición temprana, sigue siendo muy complicada en el cuidado de quemados. Microorganismos como MRSA, enterococos resistentes, bacilos gramnegativos resistentes a varios fármacos y enterobacterias que generan lactamasas beta de espectro amplio, han producido infecciones en quemaduras, y se han localizado en brotes en unidades de atención a quemados. Formas importantes para disminuir las cifras de infección por microorganismos resistentes siguen siendo las prácticas de erradicación estrictas (incluyendo vigilancia microbiológica en las unidades de cuidado de quemados) y la administración de antibióticos apropiados.

En general, los antibióticos de acción sistémica usados con fin son inútiles en el tratamiento de las quemaduras, y de hecho tienen la probabilidad de inducir colonización por microorganismos resistentes. En unos estudios, la profilaxia con antibióticos se ha vinculado con un número mayor de infecciones secundarias de las zonas alta y baja de las vías respiratorias y las urinarias, y a su vez con hospitalización prolongada. La excepción serían los pacientes que necesitan de manipulación de las quemaduras. Métodos como el desbridamiento, la supresión y la colocación de injertos a menudo causan bacteriemia, razón por la cual se administran antibióticos de acción sistémica con finalidad profiláctica en el mo-

mento de la manipulación de la quemadura; los fármacos específicos utilizados se seleccionarán basándose en los datos obtenidos en el cultivo del material de la quemadura o los de la flora residente del hospital.

El empleo de antibióticos orales para la descontaminación selectiva del tubo digestivo (SDD, selective digestive decontamination), para intentar disminuir la colonización por bacterias y el peligro de infección en la quemadura, es un tema controvertido que no ha logrado consenso amplio. En un estudio con asignación al azar, doble ciego, los grupos testigo, que eran sujetos con quemaduras que abarcaban >20% de la superficie total del cuerpo, recibieron placebo; la SDD se acompañó de baja de las cifras de mortalidad en la unidad de cuidados intensivos de quemados y en el hospital, y también de una menor incidencia de neumonía. Antes de emprender tal estrategia hay que tomar en consideración los efectos de SDD en la flora anaerobia normal de los intestinos.

Las estrategias con finalidad de reducir o limitar la diseminación generalizada de las infecciones de las heridas, fundamentalmente hacia el pulmón, constituyen métodos complementarios útiles para el tratamiento. La finalidad de varias de estas estrategias es atenuar la inflamación neutrofilica en el sitio de la lesión, que acelera la formación de la biopelícula, principalmente por *P. aeruginosa*. Como ejemplo, en los modelos animales de quemaduras cutáneas donde se inocula *P. aeruginosa* en la herida, una sola dosis de azitromicina administrada de forma anticipada disminuye la frecuencia de las infecciones por *Pseudomonas* y su diseminación generalizada a pulmón y bazo y al parecer tiene efectos parecidos a los de otros antibióticos contra *Pseudomonas* como tobramicina. Todavía no se sabe bien qué tan pronto se puede administrar azitromicina en los seres humanos para evitar la diseminación.

Se aplicarán vacunas antitetánicas de refuerzo a todos los pacientes quemados que tengan completa la serie de vacunas primarias pero que no hayan recibido dosis de recuerdo en los últimos cinco años. Los individuos que no se vacunaron para tétanos deben recibir gammaglobulina antitetánica y vacunación primaria.

5 Discusión-Conclusión

Las quemaduras son lesiones que afectan a la integridad de la piel consistentes en pérdida de integridad tisular producidas por distintos agentes (frío, calor, productos químicos, electricidad y/o radiaciones) que ocasionan un desequilibrio químico, edema y pérdida del volumen del líquido extravascular debido a un au-

mento de la permeabilidad vascular. El grado de la lesión es el resultado de la intensidad del efecto del agente causal y la duración de la exposición y puede variar de una lesión relativamente menor y superficial hasta la pérdida extensa y severa de piel.

Las quemaduras más comunes son las térmicas siendo en adultos un 40-45% ocasionadas por fuego y en niños la mayoría son por escaldaduras con líquidos calientes. Las quemaduras, sobre todo si son graves, a menudo se pueden acompañar de afección de otros aparatos, bien por alteración directa o bien consecuencia de la deshidratación. A menudo los síntomas respiratorios que acompañan a las quemaduras térmicas se deben a la inhalación de productos resultantes de la combustión, los cuales son potentes irritantes químicos de la mucosa respiratoria. Aunque su pronóstico depende de la extensión y profundidad de la lesión, hay ciertas zonas como manos, pies, cara y perineo, que por si solas producen importantes incapacidades. La evaluación del paciente quemado depende de la fuente de calor, el tiempo de actuación y su intensidad, el tipo de paciente (edad y patologías previas) y de la calidad del tratamiento que se preste en la etapa aguda.

Una correcta actuación enfermera ante una infección en una paciente quemado puede ser crucial para mejorar su recuperación y bienestar del paciente.

6 Bibliografía

1. Madoff Pereyra F. Complicaciones infecciosas de las quemaduras Encontrado en <http://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717&ionid=1717> diciembre 01, 2019.
2. Instituto Nacional de Estadística . España; 2015 Datos de defunciones por causa, sexo y edad Disponible en <http://www.ine.es>
3. Santos Jiménez, Sanchez-Gabriel , Martinez Arroyo . Quemaduras: su importancia como accidente domestico. Medicina Preventiva. 2014
4. Aghacier, BM. Atención del paciente quemado. México; Ed. Manual moderno, 2013.
5. Bendlin A, Linares y Benaim F. Tratado de Quemaduras. Ed. Interamericana-McGrawHill. 2007.
6. De Los Santos González C.E. Clasificaciones. En: De Los Santos González C.E. Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado [en línea]. 2ª edición. Electrónica. España. Ed.Libros-electrónicos.net. 2014. Capítulo 4. Disponible en:<http://www.indexer.net>

7. Pérez Boluda, MT, Lara Montenegro J, Ibáñez J, Cagigal L, León CM. Guía de Actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Dirección de Enfermería. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. 2016
8. Dominguez Roldán J.M., Gómez Cía T., Martín Bermúdez R. El paciente quemado grave. Capítulo 9. 8. En: Gil Cebrián. Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. Disponible en:<http://tratado.uninet.edu/c0908i.html>
9. Lorente J. Esteban A. Cuidados intensivos del paciente Quemado, Barcelona; Springer. 2018.
10. Sancho M, Ayestaran J, Meléndez J, Gabilondo J. Tema 91. Manejo y tratamiento en fase aguda de las quemaduras en áreas especiales. En Manual de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. [En línea]. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética. Disponible en <http://www.secpre.org>
11. De Los Santos González C. E. Guía básica para el tratamiento del paciente quemado. 2014. en:<http://maedio.uninet.edu/c0908i.html>

Capítulo 119

ATENCIÓN ENFERMERA HOSPITALARIA ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA

CARMEN MARIA NAVARRO BEARDO

1 Introducción

La hemorragia digestiva se refiere a cualquier sangrado que se origine en el tubo digestivo. Según su origen, se clasifican en hemorragia digestiva alta o baja.

Denominamos hemorragia digestiva baja (HDB) como “todo sangrado originado por lesiones en el tubo digestivo en forma distal al ligamento de Treitz, es decir entre el intestino delgado y el ano, resultando en síntomas de anemia o inestabilidad hemodinámica de acuerdo a la pérdida sanguínea.”

Es una de las causas gastroenterológicas más frecuentes de admisión hospitalaria, con una incidencia anual de 20-30/100000 habitantes. Su prevalencia aumenta significativamente desde los 20 a los 80 años, asociado con un aumento paralelo de las causas asociadas a HDB (diverticulosis, angiodisplasias).

La edad media de presentación es alrededor de los 65 años. Tasa de mortalidad entre el 2 al 4 %. Hasta un 80 % de los casos cesa en forma espontánea. Entre el 2 y el 15 % de los pacientes con presunta HDB presenta causas de HDA.

Denominamos hemorragia digestiva alta (HDA) “aquella que tiene su origen en una lesión situada por encima del ángulo de Treitz”. Es la urgencia gastroenterológica más importante, representando un 7-8% del total de urgencias atendidas. Estas suponen un 90% de los casos de hemorragia en el aparato digestivo.

La técnica diagnóstico terapéutica de la HDA es la esofagoduodenoscopia, más comúnmente conocida como gastroscopia. El mundo de la endoscopia ha evolucionado mucho, comenzando ya desde el S.I cuando los romanos fueron los primeros conocedores del espéculo. A. I. Desormeaux, se convierte en el inventor de la endoscopia en 1865. A partir de ahí se desarrolla la endoscopia digestiva en tres periodos: rígida (1868-1932), semiflexible (1932-1956) y flexible (1956-hasta nuestros días). Es en 1868, cuando aparece el gastroscopio rígido de Adolph Kussmaul, quien logró observar por primera vez el estómago de una persona. Y en 1930, cuando surge y adquiere un papel muy importante la enfermería endoscopista, al mando de Gabriel Schindler, mujer de Rudolph Schindler, quien introdujo el gastroscopio semiflexible. Es por estos años, en 1969 cuando aparece la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. Más tarde, hacia los años 80, se introduce la videocámara, perfeccionándose estos métodos hasta la actualidad.

2 Objetivos

- Conocer cuál es el papel del personal de enfermería ante una HDA aguda en personas adultas.
- Conocer la etiología, factores de riesgo y sintomatología de las hemorragias digestivas altas.
- Conocer la actuación de la enfermería en las emergencias extrahospitalarias relacionadas con la HDA.
- Conocer el tratamiento establecido ante esta urgencia y las técnicas diagnósticas relacionadas con la HDA.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica por vía electrónica en las diferentes bases de datos como son: Medline, Dialnet, Dialnet Plus, Scielo, Cuiden, Medes, Elsevier; y en el motor de búsqueda Google Académico y la página web Fisterra utilizando palabras clave como: hemorragia digestiva, actuación de enfermería, emergencias extrahospitalarias.

Se han empleado también artículos de investigación, guías asistenciales sanitarias, protocolos y libros científicos que hablen sobre la hemorragia digestiva.

4 Resultados

Anatomía

El aparato digestivo es un conjunto de órganos encargados de realizar la digestión. Las funciones que realiza este son, la ingesta de alimentos y transporte, la secreción de los jugos digestivos, la digestión, la absorción de los nutrientes y la excreción de desechos de la materia orgánica. Anatómicamente está formado por la boca, gran parte de la faringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, vesícula biliar, bazo, intestino delgado e intestino grueso. El sangrado digestivo alto se puede producir en cualquier punto situado por encima de la unión del duodeno con el yeyuno (ligamento de Treitz).

Etiología y factores de riesgo

Las hemorragias digestivas altas podemos dividir las en dos grupos, las varicosas y las no varicosas, dependiendo de la causa que las origine, ya que su manejo y mortalidad son diferentes. Las causas más frecuentes y por ello más estudiadas son:

- La úlcera péptica, es una lesión que se localiza en la mucosa del estómago (úlcera gástrica) o del duodeno (úlcera duodenal), siendo esta última más frecuente. Es la causa más frecuente y con una incidencia del 40-50% de todas las hemorragias digestivas altas. Generalmente son causadas por el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antiagregantes, la bacteria *Helicobacter Pylori*, el alcohol y el tabaco.
- La segunda causa de HDA es la rotura de varices esofágicas (VE) o esofagogástricas, que son debidas a la existencia de hipertensión portal.
- Las lesiones agudas de la mucosa gástrica, son unas heridas superficiales y agudas del estómago que suelen provocar hemorragias. También pueden verse en la porción duodenal y esofágica, generalmente provocada por vómitos. Puede ser secundaria al estrés, al consumo de alcohol y/o AINES.
- El Síndrome de Mallory-Weiss son desgarros producidos en la unión esofagogástrica que aparecen en pacientes con vómitos. Aproximadamente con una mortalidad del 5%.
- Los tumores, situados en las partes superiores del aparato digestivo, tanto benignos como malignos.
- Existen otras muchas causas menos frecuentes que las ya mencionadas, y no por ello menos importantes, son las esofagitis por reflujo, malformaciones vasculares (enfermedad de Dieulafoy), fístula aortoentérica, hemobilia, secundarias a procedimientos endoscópicos, etc.

Los AINES son uno de los grupos farmacológicos más consumidos en España, aumentando progresivamente sus cifras en los últimos años, y en cualquier parte del mundo. Los efectos secundarios de mayor importancia que tienen se dan a nivel gastrointestinal, por ello se recomienda el uso de gastroprotectores cuando éstos se consumen con mucha frecuencia.

Unido a este hay más factores considerados de riesgo por su capacidad de producir complicaciones gastrointestinales como las hemorragias digestivas altas, como son: el ácido acetilsalicílico (AAS), la patología de base asociada que presente el individuo, el sexo masculino (índice el doble que en mujeres), la edad (14-35% de mortalidad en > de 60 años y 4-9% en < de 60 años) y antecedentes de sangrado anterior. El café y el alcohol son productos que tienen un efecto hipersecretor en el estómago, considerándolos como factores que posiblemente desencadenan HDA. El tabaco también, porque es una agente que favorece la presencia de úlceras, retrasa la curación y aumenta las complicaciones.

Clínica

Los signos y síntomas que se presentan en la HDA son la base de que una enfermedad tiene que ser diagnosticada y tratada. Clínicamente se presenta de diferente forma dependiendo de la cantidad, la rapidez de sangrado y la localización de la lesión:

- Hematemesis: son vómitos con sangre. Existe la hematemesis franca, de color rojo brillante (indicativa de un sangrado en curso de cuantiosa intensidad) o bien los vómitos en “posos de café” (restos de sangre alterada por la secreción gástrica que adquiere un color negro).
- Melenas: son deposiciones de heces negras y brillantes, malolientes y pegajosas, de una consistencia pastosa. Para que se produzca, la sangre ha de haber permanecido en el tubo digestivo ocho horas y al menos requiere de 60-100ml de sangre en el estómago.
- Hematoquecia: emisión de sangre roja fresca por el ano, sola o mezclada con deposiciones. Suele indicar hemorragia digestiva baja, aunque a veces HDA masiva si el tránsito es rápido y las pérdidas importantes (más de 1L en menos de una hora).
- Rectorragia: expulsión de sangre roja por el ano. Suele indicar hemorragia digestiva en recto y tramos distales del colon. En menor frecuencia indica HDA, cuando el sangrado es muy intenso y el tránsito muy rápido.

La Organización Mundial de Gastroenterología acepta como criterio diagnóstico de HDA la referencia por parte del paciente de vómitos con sangre fresca o con

coágulos. Cuando el propio enfermo o sus familiares refieren vómitos oscuros o en “posos de café” y/o melenas, exige su comprobación por parte del personal sanitario cualificado.

Para cerciorarnos de que las manifestaciones anteriormente nombradas son diagnóstico de HDA, hay que descartar otra sintomatología que nos puede llevar a confusión. Son, por ejemplo: las hemorragias del territorio nasofaríngeo y pulmonar (epistaxis, hemoptisis y gingivorragia), los pacientes pueden tragar sangre procedente de otros orígenes simulando melenas y/o hematemesis; expulsar sangre roja espumosa con la tos es significado de hemoptisis.

También la pseudohematemesis, se debe a la ingesta reciente de determinados alimentos (vino tinto, bebidas de cola, café, tomates, cerezas) que simulan vómitos con posos de café. Las pseudomelenas, se deben a la ingestión de ciertos alimentos o fármacos (Fe o Bi, tinta de calamar, sangre cocinada, espinacas, regaliz) que pueden teñir las heces de negro simulando melenas. A esto es a lo que se llamaría diagnóstico diferencial.

Con los signos y síntomas se puede valorar la gravedad de la HDA, siendo igual de importante la cantidad de sangre perdida como la velocidad a la que se ha producido.

Diagnóstico y pronóstico

El mejor método de exploración de elección para el diagnóstico de la HDA es la gastroscopia, con ella se puede informar del pronóstico y aplicar tratamiento terapéutico. La endoscopia digestiva alta identifica la lesión causante de la hemorragia y debe realizarse una vez el paciente esté estable.

La endoscopia ha de realizarse tan pronto como sea posible, en las primeras 24 horas de ingreso hospitalario. Se aconseja en las primeras 8 horas de inicio de la hemorragia, para que su eficacia diagnóstica sea mayor y se considera como ideal la endoscopia precoz realizada dentro de las 6 horas tras el ingreso. Cuanto menor sea el tiempo en el que se realiza, más posibles beneficios pueden obtenerse: la reducción del tiempo y los costes de hospitalización, disminuye la recidiva, la cirugía y la mortalidad en pacientes de alto riesgo al aplicar tratamiento hemostático.

Utilizamos la clasificación de Forrest (en úlceras pépticas) para pronosticar el riesgo de sangrado o recidiva hemorrágica, este se correlaciona con las diferentes características de las lesiones endoscópicas observadas, y permite así seleccionar

a los pacientes candidatos para el tratamiento endoscópico. En el caso de la HDA por varices esófago-gástricas la endoscopia ha de realizarse sin haber superado las 12 horas de inicio de la hemorragia.

Otros métodos diagnósticos empleados cuando la gastroscopia no puede realizarse son, la arteriografía del tronco celíaco (se puede observar extravasaciones de contraste que localizan el punto sangrante cuando la hemorragia está activa en el momento de la exploración) y la cirugía, si el paciente está hemodinámicamente inestable. También la tomografía axial computerizada o TAC y la ecografía abdominal sirven para descartar posibles lesiones pancreáticas.

La endoscopia está contraindicada en: infarto agudo de miocardio, inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria grave, coma (hasta la protección de la vía aérea), postoperatorio reciente (< 7 días) del tracto digestivo superior, perforación de víscera hueca, pacientes que no colaboren.

Si se da una hemorragia masiva o shock se valora la cirugía urgente con endoscopia preoperatoria y si hay una perforación u obstrucción intestinal hay que realizar radiografías de tórax o abdomen previo a la endoscopia.

Los datos del laboratorio de una analítica nos dan información para confirmar la HDA: los parámetros de la serie roja (hematocrito, hemoglobina y recuento de hematíes) disminuyen ante una pérdida aguda de sangre, causando una anemia normocrómica normocítica. Estos valores carecen de valor hasta pasadas 6-24 horas del comienzo de la hemorragia. El riesgo de sufrirla aumenta cuando el número de plaquetas es inferior a 10.000/ μ l y es necesario valorar con la coagulación el riesgo de hepatopatía crónica. Los índices de urea plasmática aumentados en dos o tres veces su normalidad acompañados de valores normales de creatinina son indicativos de HDA, suelen aparecer a las dos horas de la hemorragia y se normalizan cuando cesa (48-72 horas). El cociente de urea/creatinina nos permite diferenciar la HDA de una baja, sus valores normales oscilan en 15-30:1, cuando superan los 100:1 indican en un 90% origen alto. Para valorar la existencia de una hepatopatía crónica se realizan las pruebas de función hepática, la elevación de las transaminasas orienta a una relación directa o indirecta con la causa del sangrado.

Es necesario realizar una valoración pronóstica antes y después de las gastroscopias, separamos así a los pacientes en riesgo bajo, intermedio o alto, y se valora a su vez la duración del ingreso. Para ello se utilizan diferentes escalas como son el índice de Rockall que evalúa el riesgo de recidiva y la mortalidad, se real-

iza tras la gastroscopia e incluye cinco variables endoscópicas (edad del paciente, estado hemodinámico, la causa de la hemorragia, signos de hemorragia reciente y la presencia de enfermedades graves asociadas), y el índice de Blatchford que se realiza antes de la gastroscopia e incluye datos clínicos y de laboratorio.

Tratamiento:

- Tratamiento farmacológico o médico. Como ya comentamos al principio, las hemorragias digestivas altas se clasifican en dos grandes grupos: las no varicosas y las varicosas. Su manejo farmacológico, endoscópico y quirúrgico son diferentes, por lo que las separaremos. La elección del tratamiento dependerá del pronóstico establecido por las diferentes variables como la edad, el estado circulatorio, las enfermedades asociadas, el diagnóstico endoscópico y los signos de hemorragia reciente.

- Tratamiento endoscópico. Para poder realizar la endoscopia es imprescindible disponer de un lugar adecuado y de personal autorizado y entrenado para ello, médicos y enfermeros experimentados para la preparación y asistencia en la endoscopia terapéutica.

Tratamiento preendoscópico: Usar procinéticos (eritromicina y metoclopramida) por vía EV en pacientes seleccionados, ya que mejora el tránsito intestinal aumentando la velocidad del vaciado gástrico, la función de los esfínteres y puede aumentar el rendimiento diagnóstico de la gastroscopia.

- Tratamiento quirúrgico. Hemorragias digestivas altas no varicosas: está indicada la cirugía en hemorragias masivas, en hemorragias arteriales activas que no se controlan con tratamiento endoscópico y en aquellas que se acompañan de una perforación u obstrucción.

Cuando el tratamiento endoscópico fracasa se valora la necesidad de cirugía. La embolización arterial percutánea es una alternativa al tratamiento endoscópico en pacientes de alto riesgo quirúrgico. Hemorragias digestivas altas varicosas: si los tratamientos endoscópicos no son efectivos se realiza una derivación portosistémica percutánea intrahepática o TIPSS, mediante la colocación de stent por vía transyugular, en la cual se comunica la vena porta con la suprahepática para que disminuya la presión portal y las varices se desinflen.

Actuación enfermera

La actuación que debe llevar a cabo una enfermera y el equipo sanitario de urgencias y emergencias en esta serie de complicaciones va a depender de la gravedad del paciente.

La enfermera junto con el médico es la encargada de confirmar la presencia de la

HDA, valorar la repercusión hemodinámica en el paciente y si coexisten factores agravantes. Para ello se realiza:

- Anamnesis o historia clínica: La forma de presentación de la HDA (hematemesis, melena o hematoquecia), el tiempo de sangrado que nos sugiere la gravedad, los síntomas previos que ha podido presentar (epistaxis, dispepsia, pirosis, dolor abdominal, vómitos, náuseas, tos, ictericia, etc.), los antecedentes personales (edad, enfermedades previas y antecedentes de HDA), los hábitos tóxicos (alcohol, tabaco u otras drogas) y la ingesta de fármacos (en especial de aquellos que favorezcan el sangrado, como los AINES y antiagregantes). En ningún caso la historia clínica sola del paciente nos va a determinar cuál es el origen de la hemorragia.

•- Exploración física: Los valores tras la toma de las constantes como la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC), nos indican la gravedad hemodinámica del paciente. Seguidamente se comprueba si hay un cambio significativo de estas dos con la prueba del ortostatismo o “tilt test” (cambio de decúbito a sedestación o bipedestación), si una disminución de la PA es superior a 10 mmHg o un aumento de la FC es superior a 20 lat/min indica una pérdida sanguínea importante (>20%). Al explorar al paciente se puede observar palidez de la piel y mucosas, sudoración, alteración del nivel de conciencia, estigmas de hepatopatía crónica (arañas vasculares, eritema palmar, circulación venosa colateral, ascitis, hepatoesplenomegalia), equimosis o petequias que nos indicarían enfermedad hematológica de base. La exploración abdominal es importante porque detecta las zonas dolorosas, masas abdominales, oleada ascítica, aumento del peristaltismo intestinal. Realizar un tacto rectal, para confirmar la presencia de melenas y valorar el estado hemodinámico del paciente al inicio y cada cierto tiempo, ya que puede cambiar. El objetivo de la colocación de una sonda nasogástrica (SNG) es confirmar la hemorragia digestiva y puede facilitar el diagnóstico endoscópico al disminuir la cantidad de sangre en el estómago. El uso debe ser individualizado en cada paciente, ya que un aspirado normal no excluye del diagnóstico y puede causar traumatismos al ponerla. Los enemas son eficaces para valorar la última porción del intestino y confirmar la HDA, sobre todo en casos en los que la ampolla rectal está vacía o aún no ha dado tiempo a que las heces aparezcan en forma de melena.

La actuación prioritaria en el caso de una HDA grave, donde la vida del paciente está comprometida, es aplicar un tratamiento de urgencia. Este consiste en estabilizar hemodinámicamente al paciente mediante: la protección de la vía aérea y administración de O₂, la monitorización del paciente, la realización de técnicas enfermeras como el sondaje nasogástrico, la canalización de dos vías periféricas

y posterior extracción de sangre, el sondaje vesical, la reposición de la volemia y administración del tratamiento farmacológico. Más tarde, cuando el paciente ya no corra peligro se completa la exploración física y la historia clínica.

Las maniobras de reanimación se hacen en la Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), si bien el paciente demanda ayuda llamando al 112, o por el contrario en urgencias hospitalarias si este acude allí directamente. Una vez estabilizado el paciente, se traslada la UME hacia el hospital. El papel del enfermero en los traslados es complejo, por el control exhaustivo de los pacientes en estado crítico que hay que llevar, por la monitorización y el aparataje electrónico, por los parámetros a tener en cuenta y la vigilancia de las incidencias que puedan surgir durante el transcurso del viaje. Más tarde, se procederá a realizar ya en el hospital la gastroscopia, donde la enfermera adquiere un papel fundamental colaborando con el médico, para completar así el diagnóstico.

Los tres pilares fundamentales tras la estabilización hemodinámica son el tratamiento médico-farmacológico, endoscópico y quirúrgico. Es importante que una vez terminado el trabajo y el paciente no corra peligro, la enfermera registre todas las actuaciones y técnicas realizadas en la historia de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

- La hemorragia digestiva alta es la complicación gastroenterológica más grave y requiere de una actuación de urgencia.
- En este grupo de hemorragias, la etiología que con mayor frecuencia suele darse es la de origen ulceroso, y la de mayor gravedad por comprometer el estado hemodinámico del paciente es la HDA por rotura de VE. Por lo tanto, una correcta y rápida valoración inicial del paciente permite identificar la HDA, y aplicar así un tratamiento terapéutico adecuado a su situación. Los cuidados de enfermería aplicados se determinan por el estado en el que se encuentra el paciente.
- Factores de riesgo como el consumo de AINES, AAS, alcohol, café y tabaco, contribuyen a la formación de úlceras pépticas. Por lo que, llevar una vida evitando los hábitos tóxicos y protegiendo el estómago con IBP es lo ideal para evitar complicaciones de HDA.
- El método diagnóstico-terapéutico de elección es la endoscopia digestiva alta. Las complicaciones que pueden presentarse en las gastroscopias hacen necesaria la presencia de personal de enfermería cualificado.
- El personal sanitario de emergencias extrahospitalarias se centrará en la estabilización hemodinámica del paciente, en función de su gravedad. Es más impor-

tante que diagnosticar el tipo de hemorragia.

- La enfermera en su actuación tiene que ser organizada, aséptica y registrar cada acto llevado a cabo. Al igual que informar al paciente de cada técnica a realizar.

6 Bibliografía

- Gómez M, Llach J. Papel de la enfermera en la endoscopia digestiva. *Gastroenterol y Hepatol*. 2009 Enero; 32(1): 44-47.
- Hernández E, Campo R. Actuación de la enfermería en la endoscopia digestiva alta y terapéutica endoscópica de la hemorragia digestiva alta no varicosa. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología [acceso 6 de mayo de 2015].
- Netter FH. Atlas de anatomía humana. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2011.
- Saperas E. Capítulo 27: Hemorragia gastrointestinal. In Rozman C. *Medicina Interna (FarrerasRozman)*. 17th ed. Barcelona: Elsevier España, S. L; 2012. p. 225-232.
- Jiménez L, Montero FJ. *MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS*. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010.
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. *Vías Clínicas en Urgencias: Hemorragia digestiva*. Madrid: Edicomplet; 2008.
- Hervás J, Escalera EJ. Historia de la endoscopia digestiva. *Enferm Integral*. 2006; (73): 10-14.
- Asociación Española de Gastroenterología (AEG). *Manual de Emergencias en Gastroenterología y Hepatología*. Madrid: JARPYO EDITORES, S. A; 2010.
- Rego J, Leyva C, Pérez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto: Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. *Rev Cubana Farm*. 2007; 41.
- Luna MD, Delgado C. Cuidados de enfermería en pacientes con hemorragia digestiva alta por varices esofágicas en SCCU. *Revista científica de la SEEUE*. 2009; (8).
- Villa LF. *MEDIMECUM: guía de terapia farmacológica*. 17ª ed. España: Adis; 2012.
- Ballesteros S, Rodríguez A. Efectos de la posición de Trendelenburg sobre el estado hemodinámico: una revisión sistemática. *Emergencias*. 2012; 24: 143-150.

Capítulo 120

EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

MARIA NISIDA LÓPEZ IGLESIAS

LAURA ESPINA FERNÁNDEZ

PRISCILA RODRIGUEZ CASTILLO

LAURA GARCIA RODRIGUEZ

SOFIA GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.

También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas.

Algunas de las causas de producción de daño renal son las siguientes:

- Enfermedades propias del riñón: Poliquistosis renal, glomerulonefritis, lesiones o traumatismos renales, cálculos renales e infecciones.
- Trastornos autoinmunitarios: lupus eritematoso
- Tumores
- Problemas vasculares
- Edad avanzada
- Sustancias nefrotóxicas
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus

Estas dos últimas son las causas más comunes que hoy en día producen daño renal.

El término insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se ha utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento renal sustitutivo dado que en esta etapa los riñones no tienen capacidad para desempeñar sus funciones. Un paciente entra en diálisis cuando su función renal es inferior al 10-15%.

Existen dos alternativas de tratamiento renal sustitutivo:

- Diálisis
- Trasplante renal

Diálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal consiste en la depuración a través del recubrimiento del abdomen (peritoneo) en contacto con una solución conocida como dializado. El dializado absorbe los desechos y líquidos de la sangre usando el peritoneo como filtro.

El líquido (dializado) se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter y se extrae pasado un tiempo, en el que se ha producido el intercambio de solutos.

DPCA. Diálisis peritoneal continua ambulatoria. Técnica manual que utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal, transcurrido un tiempo, se drena impregnada de toxinas urémicas.

DPA Diálisis peritoneal automatizada. Se utiliza una cicladora para la infusión del dializante y posterior drenaje. Se suele utilizar durante la noche.

Ambas técnicas son realizadas en el domicilio del paciente en un lugar adaptado para este fin y donde deben seguirse unas estrictas normas de higiene, asepsia y antisepsia.

Hemodialis

La hemodiálisis consiste en un tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fistula arteriovenosa) con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso al organismo del paciente. Este tipo de tratamiento debe ser realizado en un centro hospitalario en al menos tres sesiones a la semana con una duración aproximada de 3 a 4 horas, dependiendo de las características individuales de cada paciente.

El trasplante renal constituye un tratamiento alternativo para la IRCT. Los resultados en torno a la supervivencia hacen que sea la terapia de elección para la mayoría de las causas de IRCT dadas las mejoras que produce para la calidad de vida de estos pacientes.

En los últimos años se han mejorado mucho los resultados de supervivencia debido a factores como la meticulosidad en la selección de los pacientes, los cuidados perioperatorios y la utilización de fármacos inmunosupresores más seguros y eficaces.

Las personas con enfermedad renal requieren de importantes cuidados para mantener un buen estado de salud entre los que se encuentra un buen cuidado del acceso vascular, un buen cumplimiento del régimen terapéutico y lo aún más importante una buena alimentación.

2 Objetivos

Dado la importancia del papel de la enfermería en el tratamiento y alimentación de los pacientes en hemodiálisis, dar a conocer las recomendaciones necesarias para una buena alimentación en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Realizar una revisión bibliográfica en publicaciones relacionadas con la alimentación en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis.

La búsqueda se ha realizado en diferentes bases de datos Scielo, Medline, Cuiden utilizando las palabras clave: Insuficiencia renal terminal, hemodiálisis, enfermería, alimentación. Se han consultado también diferentes guías de alimentación publicadas a este respecto.

4 Resultados

Una adecuada alimentación es fundamental para mantener un buen estado de salud y poder realizar las actividades de nuestra vida cotidiana. El cumplimiento de una dieta apropiada para el paciente en hemodiálisis contribuye en gran medida al bienestar y la disminución del riesgo de comorbilidades y mortalidad de este tipo de pacientes.

La dieta para pacientes en hemodiálisis es compleja, restrictiva, conlleva privaciones alimentarias y le influyen las diferentes formas de preparación de los alimentos. Aún así ha de ser variada, nutricionalmente equilibrada y que asegure un aporte calórico adecuado.

Las recomendaciones dietéticas según los grupos de alimentos son las siguientes:

Pan, legumbres, féculas y derivados. Este grupo representa la base de la alimentación, aporta el 50-60% de energía diaria. Pueden tomar 5-6 raciones (*) al día, excepto de legumbres que pueden tomar solo 1 o 2 veces a la semana y preparándolas adecuadamente con remojo y doble cocción para eliminar el potasio.

- Aconsejados: arroz, pasta, sémola, harina de trigo, pan.

- Desaconsejados: todo tipo de productos integrales y cereales de desayuno, avena, muesli, galletas saladas, snacks, soja y sus derivados.

(*)Una ración equivale a: 1-2 rebanadas grandes de pan = 6 tostadas de pan = 3 rebanadas de pan de molde = 8 galletas tipo "María" = 3 cucharadas soperas de arroz, pasta, harina o legumbres

Proteínas (carne, pescado, huevos)

Se debe aportar de 1 a 1,2 g/kg de peso/al día. Es muy importante un buen aporte de proteínas, sobre todo de proteínas de alto valor biológico, para evitar la malnutrición que pueden sufrir estos pacientes.

La cantidad recomendada son 2 raciones (*) al día.

Aconsejados: carne magra de ternera, pollo, conejo, pavo, lomo de cerdo, huevo, solomillo de cualquier tipo, pescados blancos en general y jamón serrano.

Desaconsejados: embutidos y pates, vísceras y mollejas, pescado ahumado y salazones, conservas en lata, bacalao salado, mariscos, crustáceos y moluscos. Proteínas (carne, pescado, huevos).

(*)Una ración equivale a: 1 filete mediano de carne (120 gr.) = 1 porción mediana de pescado (160 gr.) = 1 huevo + 1 clara = 4 lonchas finas de jamón dulce/ serrano/ pavo/ pollo (120 gr)

Verduras

La cantidad recomendada es 1 ración (*) al día. El problema de las verduras es su contenido en potasio por eso siempre deben de prepararse adecuadamente a remojo y cuando no se comen crudas con la correspondiente doble cocción.

Aconsejadas: berenjena, pepino, lechuga, pimiento verde, pimiento rojo, espárragos frescos.

Limitadas: calabaza, brócoli, coliflor, zanahoria, tomate fresco, puerro, rábanos, repollo, nabos, judías verdes, coles.

Desaconsejadas: alcachofa, coles de bruselas, calabacín, acelgas, setas/champiñón, espinacas, tomate frito

(*)Una ración equivale a: 1 plato mediano de verdura (200 gr.) = 1 bol de ensalada variada

Frutas

La cantidad recomendada es 1 ración (*) al día. Deberemos de tener cuidado con las frutas que tienen un alto contenido en potasio.

Aconsejadas: manzana, pera, sandía, limón, melocotón en almíbar, piña en almíbar, pera en almíbar, compota de manzana/pera, arándanos, zumo de naranja.

Limitadas: cerezas, ciruela, fresa, frambuesa, mandarina, mango, melocotón, melón, piña, naranja, uva blanca, nectarina, mora, pomelo.

Desaconsejadas: plátano, kiwi, uva negra, coco, dátiles, aguacate, zumos comerciales, frutos secos (ciruelas, pasas), aceitunas verdes y negras.

(*) Una ración equivale a: 1 pieza mediana de fruta de 200-250 gr. = 1 vaso pequeño de zumo (100-125 ml)

Lácteos

La cantidad recomendada es $\frac{1}{2}$ ración (*) al día. Los lácteos es recomendable tomarlos enteros o semidesnatados, ya que los desnatados tienen mayor cantidad de fósforo.

Aconsejados: leche; yogur y alguna vez a la semana natillas, arroz con leche, flan.

Desaconsejados: lácteos desnatados; batidos chocolateados, leches enriquecidas en minerales; quesos cremosos, semicurados y curados.

(*) Una ración equivale a: 1 taza de leche (240 ml) = 2 yogures (250 ml) = 1 postre lácteo (natillas, flan, arroz con leche) = 1 porción de queso magro (fresco o tipo burgos 60-80 gr.)

Grasas y aceites

Aportan el 30 % de energía de nuestra dieta. La cantidad recomendada son 7 raciones (*) al día.

Aconsejados: aceite de oliva virgen extra; aceite refinado de oliva, girasol, semillas; mayonesa casera; de vez en cuando pueden tomar mantequilla o margarina.

Desaconsejados: frutos secos y similares; salsas mayonesas comerciales; manteca y tocino de cerdo.

(*)Una ración equivale a: 1 cucharada sopera de aceite (10 gr) = 1 cucharada sopera de mayonesa casera (15 gr) = 2 cucharillas de postre de mantequilla/margarina (10 gr) = 1 puñado de frutos secos (10-15 gr)

Azúcares y dulces

Se recomienda 4 raciones (*) al día. Si el paciente es diabético se debería de omitir este grupo.

Aconsejados: azúcar de mesa, miel y mermelada.

Desaconsejados: pastelería, bollería y chocolates.

(*)Una ración equivale a: 2 cucharillas de postre de azúcar (10 gr.) = 1 cucharada de miel (15gr.) = mermelada (15 gr)

Líquidos

La cantidad de líquido recomendada al día es: el volumen de orina + 500ml, de tal forma que si ya no orina nada solo podrá beber 500ml.

Aconsejados: agua natural; té, café, infusiones suaves; vaso pequeño de vino.

Desaconsejados: bebidas alcohólicas, cafés muy fuertes, caldos espesos de verduras, caldos comerciales, bebidas para deportistas.

A rasgos generales estas son las recomendaciones que debería de seguir un paciente sometido a hemodiálisis, siempre individualizadas en cada caso. Es muy importante que tenga claro la cantidad que puede comer de cada grupo alimenticio así como que alimentos debe de comer y cuáles no.

Tienen que tener especial cuidado con los alimentos que tienen grandes cantidades de potasio, fósforo y sodio ya que sus riñones no son capaces de eliminarlos y cantidades elevadas de estos elementos en sangre son muy perjudiciales para el organismo.

En definitiva con una buena alimentación se pretende:

- Reducir las complicaciones de la enfermedad como pueden ser desnutrición, alteraciones cardiacas, anemia, desequilibrios hidroelectrolíticos etc.
- Mantener los parámetros bioquímicos alterados por la ERC dentro de los valores normales. Porque ya sabemos que estos pacientes son tendentes a las hiper-

potasemias e hiperfosforemias si no controlan el consumo de potasio y fosforo debido a que sus riñones son incapaces de eliminarlos.

- Asegurar una adecuada ingesta proteica. Durante la sesión de hemodiálisis también se pierden proteínas aunque esta pérdida es mayor en los pacientes con diálisis peritoneal.
- Controlar la ingesta de líquidos. Es importante para evitar excesivas ganancias de peso entre una diálisis y otra. Pueden beber 500ml más de lo que orinan de tal forma que si no orinan nada solo podrán beber 500ml.

5 Discusión-Conclusión

La complejidad de este tipo de dieta suele causar confusión al paciente , lo que puede causarle un estrés que a menudo influye en el incumplimiento de la dieta. La unidad de hemodiálisis es un lugar donde estos pacientes pasan muchas horas rodeados de personal de enfermería que les atiende. Por ello podemos concluir que es el personal de enfermería quien debe tener una buena formación en esta materia para poder aportar a sus pacientes una educación sanitaria de calidad.

Una buena educación a los pacientes y ser el apoyo que ellos necesitan ayuda a una mayor adherencia por parte de los pacientes tanto a su tratamiento como a su dieta.

6 Bibliografía

1. Steiber AL, Kalantar-Zadeh K, Secker D, McCarthy M, Sehgal A, McCann L. Subjective Global Assessment in chronic kidney disease: a review. *J Ren Nutr* 2004 [acceso 11 de abril de 2013];14:191-200. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Kalantar-Zadeh K, Ikizler TA, Block G, Avram MM, Kopple JD. Malnutrition-inflammation complex syndrome in dialysis patients: causes and consequences. *Am J Kidney Dis* 2003 [acceso 11 de abril de 2013];42:864-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. De Lorenzo A, Barra PFA, Sasso GF. Body impedance measurements during dialysis. *Eur J Clin Nutr* 1991 [acceso 11 de abril de 2013];45:321-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1915206?dopt=Abstract>
4. Oliveira CM, Kubrusly M, Mota RS, Silva CA, Choukroun G, Oliveira VN. The phase angle and mass body cell as markers of nutritional status in hemodialysis

- patients. *J Ren Nutr* 2010 [acceso 11 de abril de 2013];20:314-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20303790?dopt=Abstract>
5. Yuste C, Abad S, Vega A, Barraca D, Bucalo L, Pérez A, López-Gómez J. Valoración del estado nutricional en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología [Revista on-line]* 2013 [acceso 10 de abril de 2013];33(2):243-249. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com>
 6. Ramírez T. Estado nutricional de pacientes en hemodiálisis. *Portales Medicos [revista on-line]* 2006. [acceso de 22 de marzo de 2013]; 262(5). Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/262/3/Estado-nutricional-de-los-pacientes-en-un-centro-de-hemodialisis>
 7. Palomares M. Impacto del tiempo en hemodiálisis sobre el estado nutricional de los pacientes: Índices de diagnóstico y seguimiento [tesis doctoral]. Granada: Editorial Universidad de Granada; 2005.
 8. Vallejos L. Valoración nutricional en los pacientes tratados con hemodiálisis en el centro "Diaverum" de la ciudad de Posadas [Internet]. Madrid: Fundación Héctor A. Barceló; 2011 [acceso de 22 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.barcelo.edu.ar>
 9. Manzano Angua JM, Nieto Granados MD, Sánchez Cornejo MC. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. [Internet] 2004 [acceso 22 de marzo de 2013] Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
 10. Rodríguez L, Martínez L, Llorente F, García S, López E, Martín J. Evaluación del estado nutricional de pacientes en hemodiálisis: comparación entre pacientes diabéticos y no diabéticos. En: libro de Comunicaciones: XXXIII Congreso Nacional SEDEN. San Sebastián; 2008 [acceso 23 de marzo de 2013]. Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/2055_15\[2\].pdf](http://www.revistaseden.org/files/2055_15[2].pdf)
 11. Alonso I, García A, Jiménez C, Belmonte N, Lorenzo M, García M, et al. Evaluación del estado nutricional de los pacientes en hemodiálisis y valoración de la utilidad de un programa de educación para la salud. *Enferm. Nefrol.* 2010 [acceso 23 de marzo de 2013]: [161-162] Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/2731_19%20%201606.pdf
 12. García M, Arranz I, Roldán M, Velázquez C, Millán M, Bernal P. Valoración del estado nutricional de los pacientes en nuestra unidad de hemodiálisis. Prevalencia de malnutrición. *Enferm. Nefrol.* 1999 [acceso 22 de marzo de 2013]; 2 (1): 27-30. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/art260_1.pdf
 13. Palomares M, Oliveras M, Osuna A, Asensio C, Quesada J, López H, et al. Evolución de parámetros bioquímicos nutricionales en pacientes de hemodiálisis durante un año de seguimiento. *Nutr. Hosp.* 2008 [acceso 14 de abril de 2013]; 23(2). Disponible en: <http://scielo.isciii.es>

14. López J, Tomás M, Pujol S, Conocimientos del enfermo renal en diálisis. En: Libro de Comunicaciones: XXXV Congreso Nacional SEDEN. Granada; 2010 [acceso 10 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.revistaseden.org/files/2706_8%20%201669.pdf
15. Griñán M, Rodríguez M, Andrés V, Guirao M, Vicente R. Evaluación de los conocimientos sobre alimentación adecuada y su repercusión en pacientes en hemodiálisis. En: Libro de Comunicaciones: XXVIII Congreso Nacional SEDEN. Palma de Mallorca; 2003 [acceso 10 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.seden.org>
16. Orzáez M, Rodríguez A, Morales E, Martínez C. Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética. Nutr. Hosp. 2006 v.21 n.2. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>

Capítulo 121

FLEBITIS EN CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

El empleo de catéteres venosos periféricos por parte de personal de enfermería es una de las técnicas más empleadas en el ámbito hospitalario, ya que permite mantener las necesidades de líquidos, nutrientes o electrolitos. También se utilizan para la administración de medicamentos o para monitorizar hemodinámicamente a los pacientes.

A pesar de los avances en este ámbito, tales como la aparición de materiales menos lesivos y más asépticos, esta técnica implica riesgos y efectos adversos, destacando la extravasación y la flebitis como dos de los más comunes. En la presente revisión nos centraremos en esta última. Se define el término flebitis como la inflamación de una vena. Fisiológicamente, su aparición se debe a la alteración del endotelio vascular debido a múltiples causas, lo que provoca una vasodilatación y edema mediados por sustancias de nuestro organismo, tales como histamina y serotonina. Finalmente, se produce un aumento de la agregación plaquetaria a nivel local formándose un cordón trombótico a lo largo de la vena afectada.

Por último, existen múltiples signos y síntomas característicos de esta afección, tales como: eritema, edema, dolor, calor local, exudado en el punto de punción e incluso fiebre. En la presente revisión se pretende actualizar la información

acerca de la flebitis, concretando cuál es su prevalencia, sus principales causas y las recomendaciones actuales acerca de como abordarla.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar las principales causas y factores de riesgo de flebitis en el manejo de catéteres venosos periféricos.

Objetivos secundarios:

- Indicar las actuaciones a realizar en caso de su aparición.
- Hallar la prevalencia de flebitis en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier, Scielo y Dialnet. Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Flebitis (Phlebitis), Catéteres (Catheters), Infecciones relacionadas con catéteres (Catheter related Infections), Etiología (Etiology) y Tratamiento (Treatment). Las fórmulas de búsqueda fueron “Phlebitis AND Catéteres”, “Phlebitis AND Catheter related Infections”, “Phlebitis AND Treatment” y “Phlebitis AND Etiology”.

Se incluyeron aquellos artículos tanto en inglés como en español de libre acceso que contaran con algunas de las palabras claves en su título, teniendo en cuenta solo aquellos que fueran publicados a partir del año 2000. Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos se encontraron un total de 20 artículos, siendo útiles tras aplicar los criterios de inclusión un total de 11 artículos.

4 Resultados

Los resultados hallados en los artículos seleccionados muestran múltiples clasificaciones de las causas y factores de riesgo de flebitis, por lo que a continuación se muestran algunas de ellas:

- En primer lugar, podemos diferenciar causas químicas (por las características de la medicación administrada), causas mecánicas (por la propia canalización, fijación y manipulación del catéter) y causas infecciosas (por la colonización de diferentes microorganismos).

- Haciendo referencia a factores de riesgo podemos observar: factores de riesgo asociados al paciente (edad, sexo y patología de base), factores de riesgo del propio catéter (material, inserción y manipulación, localización, etc.) y factores de riesgo asociados a su finalidad (medicamentos a infundir, duración y velocidad de infusión, etc.)

Respecto a la incidencia de la flebitis, se trata de una variable de difícil medición, pues depende de múltiples factores y varía de un centro a otro. Surgen por lo tanto unos porcentajes muy amplios (desde el 15 al 80% de incidencia), aunque todos los artículos coinciden en que se trata de un efecto adverso frecuente que precisa de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Como medidas de actuación surge la interrupción de la infusión y la retirada del catéter como principales actividades. Asimismo, parece ser útil la aplicación de compresas húmedas a nivel local.

Se puede asociar este tratamiento con analgesia, destacando los antiinflamatorios como el diclofenaco tópico como uno de los fármacos más empleados. Destaca el uso de aloe vera, también a nivel tópico, como una medida natural y efectiva para el tratamiento de la flebitis. Se encuentra menos evidencia en el uso de corticoides, heparina o nitroglicerina tópica, aunque esta última parece asociarse a una mejoría acelerada de los síntomas de flebitis. Sin embargo, es necesario ampliar en líneas futuras de investigación la eficacia de su uso.

5 Discusión-Conclusión

La flebitis surge como un problema frecuente para el paciente hospitalizado, provocando dolor, incomodidad, infección, etc. Además, en ocasiones puede acarrear el empleo de técnicas de canalización venosa más invasivas, como el los dispositivos de acceso central. Otras complicaciones derivadas de la flebitis pueden ser la tromboflebitis, septicemia o endocarditis. Debido a las múltiples causas de su aparición, es fundamental elaborar adecuadas guías asistenciales acerca del uso de los catéteres venosos periféricos, así como pautas de actuación para resolver la situación en el menor tiempo y con las menores complicaciones posibles.

Surge el tratamiento tópico, tanto con compresas húmedas como antiinflamatorios locales y aloe vera como las principales medidas de actuación, interrumpiendo la perfusión y retirando el catéter previamente. Todo ello indica la necesidad de adoptar medidas preventivas en su aparición, siendo los principales respon-

sables el personal de enfermería, pues se encargan de su aplicación y mantenimiento.

6 Bibliografía

- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A de SS, Parreira PMSD. Revista de enfermagem referênciã. [Internet]. Vol. serIII, Revista de Enfermagem Referênciã. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2010 [cited 2019 Dec 28]. 137-147 p. Available from: <http://www.scielo.mec.pt>
- Chang WP, Peng YX. Occurrence of Phlebitis. Nurs Res [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 28];67(3):252–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega M del C, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. Enfermería Clínica [Internet]. 2017 Mar [cited 2019 Dec 28];27(2):79–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27640931>
- Comparcini D, Simonetti V, Blot S, Tomietto M, Cicolini G. Relationship between peripheral insertion site and catheter-related phlebitis in adult hospitalized patients: a systematic review. Prof Infirm [Internet]. [cited 2019 Dec 28];70(1):51–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Urbanetto J de S, Peixoto CG, May TA. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 28];24(0). Available from: <http://www.scielo.br>
- <http://doi.wiley.com/10.1111/jan.12403>
- Braga LM, Parreira PM, Oliveira A de SS, Mónico L dos SM, Arreguy-Sena C, Henriques MA. Phlebitis and infiltration: vascular trauma associated with the peripheral venous catheter.
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- <http://linkinghub.elsevier.com>
- Arrazola Saniger M, Lerma García D, Ramírez Arrazola A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. Enfermería Clínica [Internet]. Elsevier Doyma; 2002 Jan 1 [cited 2019 Dec 28];12(2):80–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com>
- Ferrete-Morales C, Vázquez-Pérez MÁ, Sánchez-Berna M, Gilabert-Cerro I, Corzo-Delgado JE, Pineda-Vergara JA, et al. Incidencia de flebitis secundaria por catéter venoso de acceso periférico e impacto de un protocolo de manejo. Enfermería Clínica [Internet]. Elsevier Doyma; 2010 Jan 1 [cited 2019 Dec 28];20(1):3–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 122

ANESTESIA EPIDURAL EN PACIENTES CON TATUAJES EN LA ZONA LUMBAR

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

1 Introducción

Los tatuajes son una moda que, si bien ahora es popular, no es nueva. Durante siglos, los tatuajes han sido una constante en algunas culturas, como es el caso de los maoríes. Aunque no hay suficientes estudios que puedan demostrar qué efectos tienen los tatuajes sobre la salud a largo plazo todavía, sí hay evidencias de que algunos de los rumores más extendidos no son ciertos. Lo que sí podemos afirmar es que conviene realizar una investigación antes de elegir dónde tatuarse y quién lo hará, así como los cuidados y posibles efectos adversos que pueda tener dicho tatuaje.

Un tatuaje en la parte baja de la espalda no necesariamente impedirá que te coloquen una epidural, un tipo común de anestesia, durante el trabajo de parto. La excepción sería si el tatuaje:

- Está elevado y es escamoso.

- Está colorado, hinchado o supura líquido (parece infectado).
- Es reciente y la piel afectada aún está cicatrizando.

2 Objetivos

Dar a conocer el tratamiento de la anestesia en pacientes con tatuajes en la zona lumbar.

3 Metodología

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

4 Resultados

La investigación sobre tatuajes y epidurales es limitada. Las preocupaciones teóricas, como el desarrollo de cáncer de piel en la zona afectada años después, siguen siendo controvertidas. Los informes reales de problemas relacionados con epidurales y tatuajes en la parte baja de la espalda son inusuales. Si tienes un tatuaje en la parte baja de la espalda y decides que te coloquen una epidural durante el trabajo de parto, el médico que te administra la epidural (anestesista) probablemente tratará de insertar la aguja a través de la piel que no está tatuada, como un área abierta en el diseño del tatuaje. Si es posible, el anestesista puede elegir un espacio diferente a lo largo de la parte baja de la espalda. Si eso no es posible, el anestesista podría hacerte una incisión en la piel antes de insertar la aguja. Esto reduce cualquier riesgo posible relacionado con atrapar el pigmento del tatuaje dentro de la aguja o depositar el pigmento en tejidos más profundos.

Ten en cuenta que colocar una aguja a través del tatuaje puede generar una pequeña cicatriz que podría alterar la apariencia del tatuaje. Si te preocupan las incógnitas relacionadas con los tatuajes y las epidurales, puedes preguntar sobre otras opciones para aliviar el dolor durante el trabajo de parto, como ejercicios de relajación, técnicas de respiración, óxido nitroso o medicamentos orales o inyectables.

En la actualidad, la mayoría de pigmentos empleados son azoicos, es decir, colorantes sintéticos, que pueden liberar aminas aromáticas (compuestos derivados del amoniaco) que, en algunos casos, se relacionan con algunos tipos de cáncer y productos químicos peligrosos como hidrocarburos aromáticos y metales pesados. Si bien, algunos compuestos químicos de las tintas podrían afectar a la salud, no hay ningún dogma al respecto. A nivel teórico, se puede estudiar qué implicaciones pueden tener estos pigmentos y colorantes cuando llegan a los ganglios linfáticos, no hay estudios que verifiquen dichas hipótesis, por lo que el desconocimiento de los efectos reales de los tatuajes sobre la salud han dado lugar a una abundante cantidad de mitos. Uno de ellos es la imposibilidad de aplicar la epidural cuando hay un tatuaje en la zona lumbar. Esto afecta especialmente a las embarazadas que, ante la incertidumbre, pueden eliminar esta opción durante el parto a pesar de los dolores.

¿Qué es la epidural y cómo funciona?

La anestesia epidural o anestesia peridural es la introducción de anestésico local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Por lo tanto, su distribución será metamérica, es decir, se anestesiara la zona del cuerpo que corresponde a los nervios que han sido alcanzados por el anestésico local inyectado. Se considera lenguaje coloquial abreviar la expresión como epidural. Su uso más común es para bloquear el dolor durante el parto, pero también se utiliza en intervenciones quirúrgicas tales como operaciones de la pierna, pelvis o genitales.

Técnica

La técnica de punción epidural se realiza con el paciente sentado o en posición de decúbito lateral y se punciona el espacio entre las dos apófisis espinosas de la vértebra. El nivel de punción está en función de la zona que se desea anestesiara. La punción lumbar, que es la más frecuente, se realiza en los espacios vertebrales entre dos vértebras lumbares y se anestesia la zona abdominal.

La anestesia peridural se realiza mediante diversas técnicas. Todas ellas consisten en la búsqueda del espacio epidural. Este es un espacio virtual que se encuentra por fuera de la duramadre. Mediante anestesia de la piel en el lugar de punción, se introduce una aguja conectada a una jeringa con poca resistencia llena de aire o agua.

Se va introduciendo la aguja y se va apretando el émbolo de la jeringa. Mientras se atraviesa músculo o ligamentos se produce una resistencia al apretar el émbolo. Al llegar al espacio epidural esta resistencia desaparece y permite vaciar el aire

o agua. Esto es el signo de que se ha llegado al espacio epidural. En este lugar se introduce el fármaco que se va a administrar y el catéter si procede.

La anestesia epidural está indicada para realizar aquellas intervenciones en abdomen, sobre todo a nivel infraumbilical, como son hernias inguinales, intervenciones en testículos, vejiga o partos.

La apendicitis que corresponde a esta zona no es una buena indicación puesto que, aunque la piel si corresponde a la zona, el apéndice y el intestino adyacente están inervados por nervios de niveles superiores a la zona anestesiada y, al hacer tracción el intestino, puede producir dolor.

Una modificación de esta técnica consiste en introducir un catéter en el espacio epidural por el que se pueden reinyectar fármacos, o bien instaurar una perfusión para producir una anestesia continua y prolongada, útil para intervenciones largas o para analgesia postoperatoria. Los fármacos que se inyectan al espacio epidural son variados, pero principalmente son los anestésicos locales. Éstos producen un efecto en función de la dosis administrada. A pequeñas dosis bloquean las fibras que transmiten el dolor. A más altas dosis producen bloqueo de la actividad muscular y una parálisis. Y a mayores dosis un bloqueo sensitivo. Otros fármacos utilizados son diferentes derivados morfícos.

En la actualidad se han publicado diversos trabajos sobre la inyección de diferentes fármacos por vía peridural como la clonidina o la ketamina, fármacos de utilización endovenosa pero que se ha visto que también actúan a nivel de la fibra nerviosa. La asociación por vía epidural de dos fármacos potencia la acción de ambos minimizando sus efectos secundarios al permitir reducir la dosis. En los últimos años se está utilizando mucho la anestesia peridural torácica que consiste en la misma técnica pero, a nivel de las vértebras torácicas. De esta manera se produce la analgesia de zonas superiores a las alcanzadas con la peridural lumbar y se utiliza sobre todo para analgesia postoperatoria de cirugía abdominal alta o cirugía torácica.

5 Discusión-Conclusión

La zona lumbar es uno de los lugares de preferencia entre las mujeres a la hora de realizarse un tatuaje. Existe una cierta controversia acerca de la realización de punciones lumbares y de la administración de la anestesia epidural en pacientes portadores de un tatuaje a nivel de la línea media de la zona lumbar baja. Por un lado, hay artículos que describen casos de personas que han sufrido dolor o

sensación de quemazón en la zona lumbar tatuada tras la administración de la anestesia epidural debido a que los pigmentos del tatuaje pueden ser introducidos hasta el canal de la médula durante el proceso.

Estos artículos mantienen que la presencia de pigmento en los espacios peridurales puede provocar aracnoiditis química, neuropatía inflamatoria e incluso con el tiempo un tumor epidermoide. La presencia de un tatuaje en la zona lumbar es, en los protocolos de anestesia epidural de muchos hospitales, una contraindicación para la realización de esta técnica. Para prevenir los posibles riesgos se aconseja evitar la parte tatuada para administrar la anestesia.

Por otro lado, una “revisión bibliográfica sobre las complicaciones por anestesia epidural en parturientas con tatuajes lumbares” mantiene que no existe riesgo de sufrir complicaciones graves. Tan solo admite que tras la administración de anestesia epidural, la paciente puede referir dolor en el lugar de la punción si el periostio ha sido lesionado, algo que puede ocurrir aunque no sea portadora de un tatuaje en esta zona.

Según su autora, la presencia de tumores epidermoides del SNC se asociaba en los años sesenta a personas a las que se les administraban inyecciones intradurales repetidas como tratamiento contra la tuberculosis meníngea. Con el paso del tiempo este riesgo se extrapoló a la anestesia epidural durante el proceso del parto en mujeres con tatuajes en la zona lumbar baja sin que existiese una evidencia clara de ello. Incluso cita textualmente de un artículo de anestesia “en la actualidad la anestesia epidural no puede negarse a pacientes con tatuajes lumbares”. Por consiguiente, la autora no solo no desaconseja la utilización de esta práctica si no que anima a su uso siempre y cuando se le ofrezca a la paciente toda la información sobre los riesgos y previa firma del consentimiento informado.

6 Bibliografía

1. Welliver D, et al. Lumbar epidural catheter placement in the presence of low back tattoos: A review of the safety concerns. *AANA Journal*. 2010;78:197.
2. Pomeranz MK. Maternal adaptations to pregnancy: Skin, hair, nails and mucous membranes. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed June 13, 2018.
3. Narváez Traverso A, Pérez Martín B. Revisión bibliográfica de las complicaciones por anestesia epidural en parturientas con tatuajes lumbares. *Matronas profesión*. 2011; 12(4).

Capítulo 123

ULCERAS POR PRESIÓN EN ANCIANOS.

MELANY CABO JIMENEZ

1 Introducción

La UPP son el resultado de un conjunto de factores: encamamiento prolongado, movilidad reducida, malnutrición, alteraciones fisiológicas, incontinencia, etc. Siendo un problema que repercute negativamente en la calidad de vida del anciano, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad de la población .

La importancia de una buena clasificación de las UPP es la clave para unos buenos cuidados. Por ello se diferencian 4 grados o categorías:

- Grado I: eritematosa no blanqueable.
- Grado II: escoriativa , úlceras de espesor parcial.
- Grado III: necrótica , pérdida total del grosor de la piel.
- Grado IV: pérdida total del espesor de los tejidos.

Los cambios posturales suponen la principal medida de prevención, para ello debemos valorar el estado de movilidad del paciente, las características físicas y el grado de participación. Es la mejor medida preventiva para eliminar la presión sobre los puntos de apoyo principales: sacro, talones, y tuberosidad isquiática, para ello se utilizarán: almohadas, cojines, taloneras para ir alternando cada 2-3 horas la posición a los pacientes encamados.

2 Objetivos

Analizar los factores que inciden en la aparición de UPP.

Explorar las ayudas y estrategias de mejora para la implementación de cuidados de UPP.

3 Metodología

Se consultó la siguiente base bibliográfica: PubMed, y la base de datos nacional CUIDEN-plus. Se utilizaron los descriptores: úlcera por presión, ancianos, cuidados. El idioma seleccionado ha sido el español.

4 Resultados

Tras la revisión de bibliografía las aportaciones y contribuciones evidencian que las mejores directrices en el cuidado de los pacientes con UPP, podríamos considerar tres elementos: un conocimiento adecuado de las recomendaciones, suficiente motivación para aplicarlas y disponibilidad de los instrumentos y recursos materiales necesarios.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento de la población ha generado un significativo aumento de las UPP. La poca movilidad, es considerada como uno de los factores más importantes para la aparición de Upp. La alteración en la percepción sensorial debido a uso de medicamentos de uso continuado, como los neurolépticos/psicotrónicos y las enfermedades urinarias, que provocan compromiso de la humedad y apareamiento de la fricción y deformaciones, son características confirmadas en una población altamente vulnerable para el desarrollo de lesiones crónicas.

Por ello, los cuidados deben ser constantemente orientados sobre la importancia y medidas para el alivio de presión, revisando e implementando procedimientos simples como el cambio de posición, uso correcto de la sábana, la posición en las sillas y en cama, prevención de la fricción durante los movimientos, control de la humedad así como la facilidad y estímulo en la alimentación e hidratación, fundamentales entre los ancianos en especial en aquellos que viven en asilos.

6 Bibliografía

- Pancorbo PL, García FP, Rodríguez MC, Torres M, López IM. Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. *Gerokomos* 2007; 18 (4): 188-96.
- Ramos R, Verdú J, López P. Conocimientos del equipo de enfermería sobre los aspectos relacionados con las úlceras por presión en un centro sociosanitario. En: V Simposio Nacional sobre úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Oviedo, 11-13 noviembre 2004. Oviedo: GNEAUPP; 2004. p. 199.
- Sancho M, Pezuela M, Fernández M. Servicios sociales para personas mayores en España. Enero 2006. En: Sancho M (Coord.). Informe 2006. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales e IMSERSO, 2006; pp. 367-437. [Consultado 04/12/2019].
- <http://www.imsersomayores.csic.es>

Capítulo 124

PRINCIPALES PROBLEMAS EN UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS. LOS CALAMBRES

MELANY CABO JIMENEZ

1 Introducción

Los calambres musculares (contracción muscular involuntaria asociada con dolor intenso) es una afectación importante de los pacientes en diálisis. Los calambres musculares se producen principalmente en las piernas, en zona del empeine del pie y en la zona de los gemelos, pero también puede implicar brazos y manos.

Se estima que entre el 33% y el 86% de los pacientes que reciben diálisis han experimentado calambres.

2 Objetivos

Determinar los principales complicaciones en una sesión de diálisis

3 Caso clínico

Paciente varón de 82 años, portador de un catéter venoso central en yugular derecha, que acude a la sala de hemodiálisis (HD) de crónicos 3 veces por semana (lunes, miércoles y viernes) para realizar la sesión de HD. Su peso seco es de 55 kg.

El paciente lleva 3 meses en tratamiento con HD. A su llegada presenta un peso pre -diálisis de 56,9kg. La duración de la sesión es de 3 horas. El flujo se programa a 260 ml/min. Inicia HD sin incidencias a las 08:30h. Tras una hora de sesión, el paciente comienza a referir calambres musculares en ambos miembros inferiores, en la zona de los gemelos.

Se coloca una garrafa de superficie dura a los pies del paciente y se le solicita que ejerza fuerza contra la misma con ambos pies para estirar los músculos contraídos. Se le realiza una medición de presión arterial, la cual está dentro de los límites de normalidad (118/63 mmHg)... A continuación, se interrumpe momentáneamente la ultrafiltración (UF). Además se administra un bolo de 10 cc de cloruro sódico (NaCl) al 20 % por la línea venosa. Tras estas acciones, el paciente verbaliza una gran mejoría al cabo de un breve periodo de tiempo desde la administración de NaCl.

4 Resultados

Los calambres musculares son una contracción muscular involuntaria que implica dolor intenso. Durante la HD, están relacionados con una disminución en el volumen de líquido corporal, así como con cambios en el balance de electrolitos, principalmente, con una disminución importante del ión sodio (Na⁺)

5 Discusión-Conclusión

Los calambres constituyen una experiencia dolorosa y desagradable para los pacientes. Por ellos, conociendo la causa, debe procurarse una eliminación progresiva del líquido y de los solutos evitando los cambios bruscos y sus consecuentes efectos indeseados en el paciente. Para ellos es fundamental tener bien ajustado el peso seco o ideal del paciente.

6 Bibliografía

Llach F y Valderrábanos F, eds. Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante renal. Madrid: Ediciones Norma, 1997; 831-82.

Capítulo 125

CONOCIMIENTO Y SENSACIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE UNA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO

LYDIA LEÓN BENÍTEZ

GERMÁN TORNERO TENDERO

MARÍA DE LAS NIEVES LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico, es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Es la primera causa de muerte o incapacidad en la población menor de 45 años en los países desarrollados y la tercera causa de muerte a cualquier edad. Además supone un grave problema para la salud pública, debido a su incidencia, prevalencia, a la prolongación de los daños (secuelas), a la repercusión individual, familiar y a los enormes costes socioeconómicos.(1,2)

El TCE se define como cualquier lesión física o deterioro funcional del contenido craneal causado por un intercambio brusco de energía mecánica o fuerza externa. Puede producir una alteración en el estado del nivel de conciencia, resultando así un deterioro en el funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas. Para evaluar el nivel de conciencia, existe una escala llamada Escala de Coma de Glasgow (GCS) que nos permite clasificar el grado de un TCE.(3)

Se ha determinado de manera internacional como indicadores pronóstico en el manejo del TCE los siguientes: escala de coma de Glasgow, edad del paciente, diámetro pupilar, reflejo fotomotor, hipotensión, hipoxia y el tipo de lesiones que se muestren en la tomografía axial computada (TAC).(4)

En la actualidad, no existe ningún tratamiento específico y 100% eficaz para poder detener los daños cerebrales sufridos por un traumatismo craneoencefálico, pero el pronóstico de éstos pacientes si que puede mejorar gracias principalmente a las medidas iniciales de estabilización hemodinámica, control de la vía aérea y las medidas de control de la presión arterial y la presión intracraneal. Todas ellas favorecen a la limitación de las lesiones cerebrales.(5)

Sin embargo, en ocasiones llega el límite, la naturaleza puede con la tecnología y la ciencia ¿qué opciones se nos dan en ese momento?

Llegados a este momento, este proyecto pretende identificar las sensaciones y emociones que presenta el personal de enfermería a la hora de abordar una limitación del esfuerzo terapéutico. Para ello, entregaremos una encuesta anónima, de preguntas abiertas, comparando después la información recogida y realizando un análisis léxico-gráfico de las palabras más usadas por el personal de enfermería analizadas por el programa wordle.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Obtener las sensaciones y emociones del personal de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Identificar las necesidades del personal de enfermería en el momento de realizar un LET.
- Establecer normas de comunicación con el cuidador principal en el momento de realizar el LET.
- Valorar si precisa apoyo psicológico el personal de enfermería tras realizar un LET.

3 Metodología

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico narrativo, de tipo lexicográfico, se realizara sobre una muestra de enfermeros y enfermeras con mas de 5 años de experiencia enn un servicio de cuidados intesivos. Para realizarlo se empleará un

análisis de texto a partir de la pregunta abierta ¿cómo es/ha sido tu experiencia a la hora de participar en una LET? La respuesta requiere un relato escrito reflexivo, por parte de los participantes.

- **Ámbito:**

Unidad de Reanimación del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

- **Población y muestra:**

Personal de Enfermería (Graduados/Diplomados de enfermería) de la UCIR con más de 5 años de experiencia.

- **Criterios de inclusión:**

Pacientes y familiares con una estancia mínima en la unidad de 10 días.

Profesionales con más de cinco años de trabajo en esta unidad.

- **Criterios de exclusión:**

Personal de enfermería que no deseen formar parte del estudio.

Personal de enfermería con menos de 5 años de experiencia.

- **Consideraciones éticas:**

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada.

El estudio se llevará a cabo con el consentimiento informado de todos los participantes. Los datos recogidos serán confidenciales en virtud Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. El proyecto se presentará ante el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).

- **Procedimiento:**

* Fase primaria. Comprende los primeros 4 meses del inicio del estudio. Durante esta fase, se administrará el consentimiento informado (anexo I) a aquellos participantes que deseen formar parte del estudio, explicándoles previamente el objetivo del mismo y la importancia de su desarrollo.

Se administrará el cuaderno de recogida de datos (anexo II), se les explicara que deberán rellenarlo una vez que estén en casa. Se les proporcionara un sobre y sello para su devolución a la unidad. El cuadernillo de respuesta, lleva una pequeña guía sobre los temas a tratar, donde se les explica que pueden usarla, pero que no es necesario seguir. Con la guía pretendemos evitar que los relatos sean meras cartas de agradecimiento

* Fase secundaria. Esta fase se combina con la primera fase sin fecha de termino.

En esta fase se recogerán los relatos y se hará el análisis por wordle, hasta que los datos con cada relato adicional no aparezcan otros términos nuevos.

* Fase terciaria. En ella se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante la novena y décima semana.

- Análisis de texto:

El uso de Wordle permite ver qué palabras adquieren una mayor relevancia con respecto al resto de contenido del texto en redacción; de esa forma tan sencilla podemos elegir, que palabra clave es la de mayor densidad.

De este modo crearemos una nube de palabras clave, pudiendo comparar cuáles son las prioridades del personal de enfermería. El estudio pretende describir y entender experiencias desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.

4 Bibliografía

- 1. Alted López E, Bermejo Aznárez S, Chico Fernández M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave [Internet]. Scielo.isciii.es. 2009 [acceso 10 de Enero de 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
- 2. Alberdi Odriozola F, Iriarte Ibararán M, Mendía Gorostidi Á, Murgialdai A, Marco Garde P. Pronóstico de las secuelas tras la lesión cerebral [Internet]. 2009 [acceso 9 de Febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
- 3. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave | Ciudad de México; Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; 01/03/2013. 45 p. tab.(Guías de Práctica Clínica de Enfermería). (IMSS-604-13). | BDENF | Portal Regional de la BVS [Internet]. Pesquisa.bvsalud.org. 2019 [acceso 9 de Febrero de 2019]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org>
- 4. Fernández U. B, Trevigno B. A, Luna G. F, Fernández B. F. Relación entre mortalidad hospitalaria y edad en pacientes con trauma encéfalo craneano moderado y grave [Internet]. Pesquisa.bvsalud.org. 2012 [acceso 10 de Abril de 2019]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org>
- 5. Prieto R, Gutiérrez-González R, Barcia J, Pascual J, Roda J, Cerdán S et al. Modelos experimentales de traumatismo craneoencefálico [Internet]. 2009 [acceso 7 de Mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 126

LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES DE DIALISIS

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SANDRA SOTURA CARRERA

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

1 Introducción

La enfermedad renal crónica consiste en la pérdida de la función renal de forma progresiva e irreversible. Uno de los factores que más afecta en la evolución y progreso de la enfermedad es la alimentación.

Conseguir una buena alimentación es indispensable en estos pacientes; por tanto es muy importante asesorar a los pacientes al entrar en diálisis en la alimentación que deben de llevar a cabo a partir de este momento. Los cuidados dietéticos son considerados fundamentales en la enfermedad renal crónica (ERC), como medida protectora de los riñones en la etapa prediálisis, como para prevenir enfermedades, sobrepeso y desnutrición en todos los estadios, especialmente en la última etapa, en que los pacientes están sometidos a hemodiálisis.

2 Objetivos

- Identificar y proporcionar de manera oportuna y segura la alimentación adecuada para los pacientes sometidos a la diálisis.
- Establecer consejos dietéticos sobre los alimentos permitidos y prohibidos, asegurando guías dietéticas o dietas individualizadas.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Los alimentos recomendables para una buena alimentación así como las recomendaciones a tener en cuenta en enfermos renales son:
 - . Los pacientes deben tener un especial cuidado con el potasio que es un mineral, que los riñones no lo podrán eliminar, y será acumulado en la sangre produciendo alteraciones cardíacas importantes.
 - . Evitar comer alimentos con alto contenido en potasio como aguacates, plátanos, kiwis y frutas deshidratadas.
 - . Limitar el consumo de fósforo que una concentración elevada podría provocar una descalcificación del hueso. La leche, el queso, los guisantes, la mantequilla de cacahuete y las nueces son alimentos ricos en fósforo, se deben evitar.
 - . Restringir los líquidos y la sal.
 - . Los hidratos de carbono deben de ser la base de la alimentación, extremando precaución si la persona padece diabetes.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con enfermedad renal crónica que sus riñones, no funcionan o funcionan mal y están sometidas a este tratamiento, es la propia hemodiálisis quien elimina los desechos de la sangre. Pero entre las sesiones de diálisis, estos desechos pueden acumularse en el cuerpo y crear problemas en el organismo.

Es muy importante que las personas sometidas a este procedimiento lleven una alimentación equilibrada, ya que mejora la calidad de vida, permitiendo un mejor resultado en la hemodiálisis, y en caso de ser candidato a trasplante, que el organismo se encuentre preparado. Es por tanto, de gran relevancia la labor del personal de enfermería en el cuidado de estos tipos de pacientes y en su educación sanitaria con respecto a la alimentación a seguir.

6 Bibliografía

- Revistas científicas como revista Nefrología, revista Seden, Elsevier...
- Páginas Web: www.nefrosan.com www.nefro.cl
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 127

MOVILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE , CONSIDERACIONES

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

1 Introducción

Actualmente nos encontramos con un amplio abanico de enfermedades hematológicas que se manifiestan por un crecimiento anormal de las células de la sangre, ganglios linfáticos o médula ósea , este crecimiento desplaza a las células normales que de manera natural se encuentran en dichos órganos .

Es necesario la utilización de quimioterapias o agentes inmunobiologicos para destruir dichas células anormales y lograr la remisión o ausencia a poder ser total de signos de enfermedad.

Una vez lograda la remisión es cuando se objetiva la necesidad o no de la realización de un autotrasplante de células madre (trasplante de médula ósea) , dichas células son obtenidas de la sangre periférica circulante a través de un proceso de Aféresis que consiste en la extracción de sangre de una persona, separación de los componentes celulares y devolución de las partes restantes al donante.

Normalmente las células madre que se puedan encontrar circulando de manera libre por sangre periférica son muy escasa en cantidad , por lo que para aumentar su numero se utilizan medicamentos por un periodo de entre 5 a 7 días ,llamados

citoquinas estos actúan estimulando la liberación de las células madres (progenitores) de la médula ósea , en otras palabras forzar la salida de estas células al torrente sanguíneo (movilización).

2 Objetivos

Conocer las reacciones adversas frecuentes asociadas con los agentes utilizados en la movilización de las células madre, así como las complicaciones comunes de la Aferesis.

3 Metodología

Búsqueda en portales de Internet de artículos académicos así como bibliografía específica de temática relacionada

4 Resultados

La quimioterapia y las citocinas actúan de manera sinérgica para movilizar las células madre Ejemplos de estas son el Filgrastim y el Lenograstim , se administran en inyecciones subcutáneas

La quimioterapia mas utilizada para la movilización son dosis elevadas de Ciclofosfamida y de Etopósido El filgrastim se utiliza como socio.

Complicaciones al uso de estas quimioterapias :

- Malestar general (debilidad).
- Esterilidad.
- Síntomas GI (diarrea, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, malestar estomacal o dolor).
- Efectos cutáneos y de las mucosas (exantema, cambio de textura de las uñas, alopecia, mucositis).
- Mielodepresión (trombocitopenia, leucopenia).
- Efectos secundarios relacionados con la infusión (hipotensión, sofocos, dolor torácico, fiebre, diaforesis, cianosis, urticaria, angioedema y broncoespasmo).
- Reacción alérgica.
- Signos de infección, como escalofríos o fiebre.
- Sangre en la orina (puede ser un signo de lesión de la vejiga).
- Sangre en heces.

Reacciones al uso de las citocinas (Filgastrim , Lenogastrin, Plerixafor):

- Dolor músculo esquelético
- Dolor óseo y de espalda
- Leucocitosis y trombocitopenia
- Aumentos transitorios en las pruebas de función hepática
- LDH elevada
- Cefalea y astenia
- Diarrea y náuseas
- Reacciones en el sitio de la inyección

Complicaciones en la Aferesis:

- Toxicidad del citrato (anticoagulante que se administra durante la Aferesis)
- Trombocitopenia (Las plaquetas se adhieren a la superficie interna de la máquina de aféresis)
- Hipovolemia
- Mal funcionamiento del cateter
- Infección

5 Discusión-Conclusión

Existen una serie de puntos fundamentales que deben ser conocidos por el personal de Enfermería para brindar información que demandara el paciente durante el proceso de movilización y aferesis dichos puntos son :

- Qué medicinas deberá tomar o no un paciente durante la movilización
- Cómo y cuándo administrar los agentes utilizados en el proceso de movilización
- Que quimioterapia se utilizara en el proceso de movilización
- Efectos adversos y tratamiento para los agentes utilizados en la movilización
- Explicación del procedimiento de aféresis
- Efectos adversos del procedimiento de aféresis
- Cuidados con el catéter utilizado para la aféresis
- Concentración de células madre extraídas necesarias
- Importancia del control analítico y cómo tratar los desequilibrios electrónicos
- Opciones para los pacientes con escasa o nula movilización

El personal de enfermería mantendrá un contacto estrecho con los pacientes y sus familiares, se les dará información sobre los procedimientos de aféresis, las cifras CD34+ totales después de la aféresis así como la fase siguiente del plan de tratamiento. Se explicara los efectos adversos antes de comenzar la aféresis, así

como el cuidado y mantenimiento del catéter venoso central. Es importante reconocer a los pacientes con mayor riesgo de escasa movilización para así tener en cuenta las estrategias de removilización y cómo proceder con el tratamiento , por lo que es muy necesario que el personal de enfermería debe poseer conocimientos básicos en la materia y, más aún, si el trasplante será una acción de tratamiento.

El personal de enfermería mantendrá siempre la confidencialidad , escucha activa y tendrá como propósito favorecer la confianza a paciente y familiares , reduciendo así los miedos y los factores de estrés añadidos.

6 Bibliografía

- Fu S, Liesveld J . Mobilization of hematopoietic stem cells . Blood Rev .2000;14(4):205-218 .
- Nervi B, Link DC, DiPersio JF . Cytokines and hematopoietic stem cell mobilization . J Cell Biochem . 2006;99(3):690-705 .
- Bensinger W, DiPersio JF, McCarty JM . Improving stem cell mobilization strategies: future directions . Bone Marrow Transplant .2009;43(3):181-195 .
- Neupogen(filgrastim) resumen de las características del producto. Cambridge, United Kingdom: Amgen Ltd; 2009 . Consulte el resumen de las características del producto nacional pertinente .

Capítulo 128

LA MEJOR SALUD HOSPITALARIA, UNA BUENA PREVENCIÓN DEL RIESGO BIOLÓGICO.

MIRIAM MIRAMON PLANILLO

MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA

MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ

MARTA NAVARRO CILLERO

1 Introducción

En el medio sanitario, el riesgo biológico es el que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos, el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas y el personal que trabaja con animales o con derivados de éstos.

En la actualidad, de entre las enfermedades infecciosas a las que están expuestos los profesionales sanitarios, destacan aquellas de etiología vírica como la Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis Delta y el SIDA, sin olvidar otros virus y enfermedades producidas por otros microorganismos (tétanos, TBC, legionelosis, fiebre Q, rubéola...).

Las actividades con mayor riesgo de accidente son la administración de medicación IM/IV, la recogida de material usado, la manipulación de sangre, suturar,

las agujas abandonadas y la recogida de basura. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los accidentes de este tipo no se notifican a los Servicios de Prevención o de Medicina Preventiva.

2 Objetivos

- Cumplir las estrategias de prevención 1ª y 2ª del riesgo biológico
- Notificar a Medicina Preventiva, cada uno de los accidentes que se produzcan

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado investigación consistente en una revisión bibliográfica del riesgo biológico. Se ha realizado una búsqueda sistemática de fuentes documentales, guías, protocolos, artículos de organizaciones y libros de interés científico.

4 Resultados

Prevención primaria

- VÍA DE ENTRADA :RESPIRATORIA: por gotas y/o aerosoles: contacto estrecho con el paciente, habitaciones cerradas/poco ventiladas Microorganismos :gripe, meningitis, tosferina, TBC...Protección: mascarillas FFP2/FFP3, ventilación adecuada, lavado de manos y guantes
- VÍA DE ENTRADA: PARENTERAL: las muestras biológicas se consideran potencialmente infectadas. Vacunación específica. Cubrir con apósitos impermeables heridas y cortes. Uso de material de bioseguridad. Eliminar el material cortante-punzante en contenedores rígidos homologados. Utilizar EPI´s apropiados
- VÍA DE ENTRADA: POR CONTACTO: a través de manos, material sanitario, objetos. Microorganismos: virus zoster,varicela,hepatitis A, infecciones entérica, cutáneas... Protección: lavado de manos, guantes, bata, mascarilla, gafas(si salpicaduras)
- LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS: estrategia importante de prevención 1ª. Objetivo: eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos. Material: jabón líquido ordinario, en dispensador desechable, con dosificador, toalla de

papel desechable. Técnica: humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada. Aplicar jabón líquido con dosificador. Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas. El lavado debe durar entre 15-20 segundos. Aclarar con abundante agua corriente. Secar las manos con toallas de papel. Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

- LAVADO ESPECIAL O ANTISÉPTICO. Objetivo: eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual. Material: jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%), en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable. Técnica: igual que en el lavado higiénico. Sólo cambia el tipo de jabón.

PREVENCIÓN 2ª: En caso de accidente

Actuación inmediata .

1) Actuación ante salpicaduras o vertidos de sangre o fluidos sobre superficies u objetos:

- Verter lejía diluida al 10% sobre la superficie contaminada.
- Limpiar la superficie con toallas desechables.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Colocarse guantes resistentes

2) Actuación antes exposiciones accidentales a sangre :

- Accidentes percutáneos(cortes, pinchazos...) :Retirar el objeto con el que se ha producido el accidente; Limpiar la herida con agua corriente, sin restregar, dejando fluir la sangre durante 2-3 minutos, induciendo el sangrado si es preciso; Desinfectar la herida con povidona yodada u otro desinfectante, y aclararla bien; Cubrir la herida con apósito impermeable.
- Salpicaduras de sangre o fluidos a piel: Lavado con jabón y agua
- Salpicaduras de sangre o fluidos a mucosas: Lavado inmediato con agua abundante

5 Discusión-Conclusión

El vehículo más importante de transmisión ocupacional es la sangre y sus derivados. La mejor estrategia preventiva que tenemos a nuestro alcance es el adecuado

cumplimiento por parte del empresario del Real Decreto 664/ de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Otro pilar fundamental, lo constituye el cumplimiento por parte del profesional de las precauciones universales y la adecuada difusión de los protocolos preventivos.

El profesional con mayor riesgo es aquél que está expuesto a un accidente con aguja hueca. Debemos tener en cuenta que el mayor número de accidentes laborales con material biológico se producen en el colectivo de Enfermería y más concretamente en las áreas quirúrgicas y médicas, seguido de los laboratorios y servicios de extracciones. El 89% de las exposiciones accidentales son inoculaciones percutáneas de las cuales el 87% son pinchazos.

6 Bibliografía

- 1 Geosalud. Tudela (9 enero de 2017).
2. Servicio Navarro de Salud Osasunbidea. Tudela (9 enero de 2017).
3. Junta de Castilla y León. CC.OO <http://www.sanidad.ccoo.es>.
4. Alvares Francisco. Riesgo biológico y bioseguridad. Eco Ediciones. 2010. ISBN 9789586486750.

Capítulo 129

MEDICINA NUCLEAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE PET/TAC Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ADULTOS Y NIÑOS.

CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ

ANGELA LÓPEZ SUÁREZ

RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

RAQUEL PEREZ PEREZ

JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS

1 Introducción

La OMS define la Medicina Nuclear como especialidad médica de diagnóstico por imágenes que utiliza fuentes radioactivas no encapsuladas como fin de investigación o asistencial. Hoy en día la Medicina Nuclear constituye una herramienta de diagnóstico, de importante utilidad prácticamente en todas las especialidades médicas, como la Cardiología, Oncología, Radiología, Neurocirugía, Pediatría, Cirugía, Endocrinología, Reumatología, Medicina Interna o Traumatología, entre otras.(1,2), y Medicina Nuclear se ha convertido en una de las especialidades médicas de mayor crecimiento.

La diferencia con otras pruebas diagnósticas de radiología es principalmente el uso de pequeñas cantidades de material radioactivo (radiotrazadores o radioisótopos). La obtención de isótopos radioactivos (emisores de radiación) para su uso en medicina, se realiza por diferentes métodos, y entre los más comunes por: un Generador, un Ciclotrón y por un Reactor de fisión nuclear. Y por lo general, el isótopo más usado en Medicina Nuclear es el Tecnecio 99 metaestable, entre un 85%-95%. (1,3,4)

Estos radiotrazadores deben cumplir las normas de seguridad aprobadas por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) para el uso clínico. Se requiere que tengan una vida media corta (no más de dos días de vida) y que sea de baja energía. Es mas, la Comisión Internacional de Protección Radiológica (CIPR) recomienda limitar la exposición de radiación a 1mSv por año a la población general y de 20mSv por año a la población ocupacionalmente expuesta. Por tanto, en una prueba de imagen nuclear sí que existe una exposición a radiación, pero controlada en función de cada paciente y del tipo de isotopo.(2)

Los isótopos también se pueden unir a moléculas que sigan una vía metabólica definida, denominándose radio-fármacos, que según el tipo de examen a realizar, pueden administrarse de forma intravenosa, ingerida o inhalada en materia de gas.

Dentro de la Medicina Nuclear existen una amplitud de pruebas radiológicas de imagen, y entre ellas se encuentra la Tomografía por emisión de positrones (PET). El inicio en la historia de la Tomografía por emisión de positrones se remonta al año 1950 por su precursor el Dr. Wrent. Actualmente el PET consiste en una máquina grande con un agujero redondo en el medio, con forma de rosquilla, similar a un tomógrafo común, y es una exploración no invasiva de diagnóstico por imagen que es capaz de medir la actividad metabólica del cuerpo humano. Utiliza una serie de cristales, unos 18.000, conectados a fototubos los cuales se agrupan hasta en 64 anillos.

La imagen del PET se obtiene gracias a que los tomógrafos son capaces de detectar los fotones gamma (radiaciones naturales producidas por el radiotrazador) emitidos por el paciente, es decir, que detectan la distribución anatómica de ese radiotrazador y obtienen una imagen de cuerpo entero. Existen varios radio-fármacos emisores de positrones de utilidad médica. El más importante de ellos es el radiotrazador llamado Fluorodesoxiglucosa 18 o FDG (una molécula similar a la glucosa), ya que es de gran utilidad en los procesos neoplásicos.(1,3)

Así el PET permite estimar aquellos focos de crecimiento celular anormal en todo el organismo, en un solo estudio de cuerpo entero y por tanto nos permitirá conocer la extensión de la enfermedad. Sirve además para evaluar la respuesta al tratamiento, al comparar el comportamiento del metabolismo en las zonas de interés entre dos estudios.(2,4)

Hoy en día, casi todas las exploraciones por PET se hacen con los exploradores combinados PET/TAC (PET + Tomografía Axial Computarizada) o PET/RMN (PET + Resonancia Magnética). Estas exploraciones combinadas ayudan a identificar actividad metabólica anormal y pueden proporcionar unos diagnósticos más precisos que cuando se realizan las dos exploraciones en forma separadas.

2 Objetivos

- Diferenciar las pruebas de imagen TAC-PET/TAC y su uso médico.
- Conocer el tipo de contrastes usados en radiología.
- Averiguar el tipo de cuidados de enfermería en los procedimientos de Medicina Nuclear.

3 Metodología

Para conseguir los objetivos descritos se llevó a cabo una revisión bibliográfica que actualmente existe sobre el tema. Realizamos una búsqueda bibliográfica en diferentes buscadores científicos, Pubmed, Medline, y Google académico, y filtraremos los resultados atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

Tras seleccionar los artículos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, haremos un resumen de la información obtenida. Los criterios de inclusión son:

- . Artículos en los que tengamos acceso al texto completo.
- . Artículos relacionados con medicina nuclear y el PET/TAC.
- . Artículos realizados en humanos.
- . Artículos que por su resumen coincidían con los criterios de inclusión.

4 Resultados

- El PET/TAC es un tipo de procedimiento de medicina nuclear que toma dos tipos de imágenes, la tomografía PET y la Tomografía TAC. Esta técnica de imagen es una buena arma para la detección precoz de tumores. Además, posibilita que

se planifique el tratamiento más adecuado desde el principio, aumentando las posibilidades de éxito. (1,2)

Los objetivos de esta prueba fundamentalmente son:

- . Hacer un diagnóstico inicial
- . Observar la extensión inicial de la enfermedad
- . Objetivar la respuesta a los tratamientos
- . Afinar más en los campos de tratamiento de radioterapia
- . Detectar sospechas de recaída de enfermedad

Las imágenes por tomografía axial computarizada (TAC) utilizan un equipo especial y en la mayoría un material de contraste.

El contraste es una sustancia o combinación de sustancias, que introducidas en el organismo por vía intravenosa, rectal u oral, permiten resaltar y opacar estructuras anatómicas (órganos o vasos) y patológicas (tumores).(7) La dosis del contraste dependerá de la edad, peso y función renal del paciente, del tipo de estudio a realizar y de la composición/concentración del contraste en sí.

Se pueden clasificar de varios métodos, entre los que se encuentra, según la imagen y según la vía de administración:(7)

I. Contrastes según el tipo de imagen:

- . Positivos (se ven radiopacos-blancos): Bario/Yodo/Gadolinio+.
- . Neutros (se utilizan para distender):Agua/Manitol.
- . Negativos (se ven radiolúcidos-negros):Aire+CO₂.

II. Contrastes según la vía de administración:

. Orales: Gastografin (se administra tanto en adultos como en niños, y su principio activo es el Amidotrizoato), Visipaque (se administra en adultos y niños y su principio activo es el Iodixanol), Omnipaque (se administra en niños y adultos y su principio activo es Iohexol).

. Rectales: Omnipaque y Visipaque (sólo en niños), Gastografin , Agua o Co₂.

. Intravenosa: Optiray Ultraject (sólo se usa en adultos y su principio activo es Ioversol), Omnipaque, Visipaque, Xenetix (se usa en niños y adultos y su principio activo es Iobitridol), Plenigraf (se usa en adultos y niños y su principio activo es Amidotrizoato), Gadovist (uso en niños y adultos y su principio activo es Gadobutrol), Dotaren (Gadotérico es su principio activo y se usa en adultos y niños), Primovist (solo se usa en adultos, y el principio activo es Gadoxetato).

- Cuidados de enfermería: la enfermería juega un papel importante en el uso de estos contrastes, tanto a la hora de su administración como por la actuación ante posibles reacciones adversas a ellos.

. Para el paciente la prueba del PET/TAC no es dolorosa ni molesta, salvo por la

canalización de la vía venosa para la administración del contraste o de los radio-fármacos.

. El personal de enfermería en medicina nuclear es el responsable de los cuidados de los pacientes mientras se encuentre en la unidad, atendiendo todas sus necesidades. También se encarga de preparar y administrar los radio-fármacos, que pueden ser puestos por diversas vías excepto por vía intramuscular y cutánea. En la mayoría se usa la vía intravenosa.

. En algunas ocasiones se puede reutilizar la vía venosa que trae el paciente, aunque en otras según el radio-fármaco a administrar, por seguridad, se debe de canalizar una vía venosa con un catéter de al menos, el número 20 con una llave de tres vías y en la vena antecubital derecha.

También el personal sanitario se encargará de esclarecer todo lo referente a su preparación:

. Ayuno de 4-6 horas previo a la administración del radio-fármaco.

. Recomendable ingerir 0,5-1 litro de agua las 2 horas previas. Esto facilita una correcta eliminación del radio-fármaco por vía urinaria y disminuir su retención en uréteres y sistema excretores de ambos riñones.

. No es necesario suspender ninguna medicación.

. En el paciente diabético el objetivo final es conseguir un nivel de glucemia inferior a 140 mg/dl antes de la administración del radiotrazador.

. Retirada de cualquier objeto metálico.

. Consultar si hay posibilidad de estar embarazada

Tras la administración del fármaco el paciente debe de quedarse en reposo hasta que finalice la prueba, que suele tener una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Al acabar el PET/TAC el paciente deberá ingerir de 2 a 3 litros de agua ese mismo día para eliminar el isótopo, y extremará las medidas de higiene después de ir al servicio así como tirar varias veces de la cadena del inodoro. Esto es importante ya que el radio-fármaco se elimina mayoritariamente por la orina.

En cuanto a las relaciones con los demás no es necesario ninguna precaución extrema, salvo evitar contacto muy directo con niños o embarazadas en las primeras horas post-prueba. Eso sí, las mujeres evitarán el embarazo hasta la siguiente menstruación para evitar posibles malformaciones en el feto.(5,6,7)

5 Discusión-Conclusión

Una tomografía por emisión de positrones (PET/TAC) es una fusión de imágenes (co-registro), al unificar la tomografía computarizada y la tomografía por emisión

de positrones. Esta fusión consigue una información más precisa y unos diagnósticos más exactos.(1)

Permite evaluar el metabolismo del cuerpo y saber cómo es el funcionamiento de órganos y tejidos, siendo muy utilizada en múltiples patologías y especialidades (Neurología, Cardiología, Neuropsiquiatría, Terapia génica...), y más concretamente para la detección precoz de algunos tumores. (4)

En oncología, a parte para la detección precoz, el PET/TAC se utiliza para observar más detenidamente la extensión de la enfermedad y la respuesta a los tratamientos, afinar en el tratamiento de radioterapia y detectar las sospechas de recaídas.

En resumen el PET/TAC posibilita que se planifique el tratamiento más adecuado desde el principio, aumentando las posibilidades de éxito, y esto es debido en parte, al uso de radio-fármacos.(1)

Los radio-fármacos pueden administrarse de forma inhalada, oral e intravenosa. Esta última forma lo realiza el personal de enfermería, insertando un catéter venoso de calibre número 20, por el que administrará el fármaco a tratar. (1,2)

Tras la administración del fármaco se iniciará la exploración PET, acompañado mayoritariamente por una exploración TAC con administración de algún contraste intravenoso. Todo ello tiene una duración aproximada de 30 minutos.

La pequeña cantidad de radio-fármaco en el cuerpo perderá su radioactividad a través del proceso natural de decaimiento radioactivo. También podría salir del cuerpo mediante la orina o las heces durante las primeras pocas horas o días posteriores al procedimiento, por lo que es importante beber abundante agua tras el procedimiento.

En conclusión, el PET/TAC tiene muchos beneficios, al permitir un diagnóstico médico más preciso unificando dos pruebas de imagen en una, por un lado la tomografía axial y por otro la tomografía de emisión de positrones.

6 Bibliografía

- 1. J.R. García Garzón, A. Rodríguez y A. Cabrera. Tomografía por emisión de positrones de cuerpo completo (PET/TAC) con F-fluorodesoxiglucosa. Rev Esp Med Nucl.2009; 28(2):85-89 [Google Scholar]
- 2. Martí-Climent JM, García Velloso MJ, Serra P, et al. Tomografía por emisión de positrones con un equipo PET/TC. Rev Esp Med Nucl. 2005; 24(1):60-79 [Google Scholar]

- 3. J.Fernández Sánchez. PET-TAC: estructura y calidad del informe.Rev Esp Med Nucl.2011; 30(3):191-196 [Pubmed]
- 4. Meyer PT, Rijintjes M, Hellwig S, Kloppel S, Weiller C. Functional neuroimaging: functional magnetic resonance imaging, positron emission tomography, and single-photon emission computed tomography. Bradley's Neurology in Clinical Practice. Philadelphia.2016; 7:40-41. [Pubmed]
- 5. R. Méndez, L. Graña, R. Rodríguez. Reacciones adversas a los medios de contraste. Medios de Contraste en Radiología Madrid.2007; 5(1):115-127 [Google Scholar]
- 6. García Ramírez U, Velásquez Avalos C, Azuara Trujillo H, Xaxalpa Salinas A. Reacciones adversas a medios de contraste yodados. Rev Oftalmol 2006.
- 7. C.Ramírez Ribelles M.A. Sánchez FusterJ. Pamies Guilabert. Contrastes yodados de utilización en radiología. Rev Elsevier 2014.

Capítulo 130

ADMINISTRACIÓN CORRECTA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN FORMA DE BOLUS CON JERINGA.

MARIA MORA ORTEGA

1 Introducción

La nutrición enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante una sonda. Es una de las disciplinas más desarrolladas en la medicina moderna. Los avances tecnológicos, el mejor conocimiento de la fisiopatología de la desnutrición, y su participación en la evolución de diferentes entidades clínicas han hecho posible mejorar el cuidado nutricional de nuestros pacientes.

Este tipo de alimentación se utiliza en pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición que tienen un intestino mínimamente funcionante o que no son capaces de cubrir con la alimentación natural o suplementos. La nutrición artificial domiciliar y ambulatoria es una técnica regulada administrativamente y muy extendida en nuestro país que permite reducir el coste de muchos procesos.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento a llevar a cabo en la administración enteral.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de libros y de artículos de distintas bases de datos como : Medline, Scielo o Pubmed usando palabras clave como: nutrición artificial, alimentación asistida, nutrición enteral, desnutrición.

4 Resultados

La administración de una Nutrición Enteral, (NE) en forma de bolus siempre será a través de una sonda en cavidad gástrica. Consiste en administrar el preparado de NE repartido en varias tomas al día, mediante una jeringa.

* Mantener al paciente sentado o incorporado en la cama con el cabecero elevado a 45° o en decúbito lateral durante la toma. Se mantendrá en esta posición hasta 30-60 minutos después de terminar para evitar el riesgo de broncoaspiración.

* Lavado de manos.

* Tener la fórmula líquida preparada a temperatura ambiente.

* Comprobar la posición de la sonda.

* Observar si el paciente presenta distensión abdominal.

* Cargar el preparado en la jeringa.

* Retirar el tapón de la sonda.

* Conectar la jeringa a la sonda, protegiendo con una gasa.

* Despinzar la sonda, si dispone de pinza.

* Presionar lentamente el émbolo para administrar el preparado despacio, a una velocidad inferior a 20 ml / minuto.

* Pinzar o colocar tapón en la sonda para evitar que salga contenido gástrico mientras recargamos la jeringa con más preparado.

* Lavar el interior de la sonda con agua (50 – 100 ml).

* Pinzar y/o colocar el tapón de nuevo en la sonda.

* Limpiar con agua el tapón y el orificio de entrada de la sonda para retirar restos del preparado.

* Lavar la jeringa con agua y jabón, aclarar y reservarla bien protegida para la próxima toma.

* Lavado de manos.

El volumen total de cada toma, entre preparado , agua y medicación (si precisa) no debe ser superior a 400 ml.

Las tomas suelen realizarse cada 3 o 4 horas con un mínimo de 3 horas entre toma y toma y respetando el descanso nocturno.

Siempre se vigilarán posibles regurgitaciones, vómitos o signos de broncoaspiración.

5 Discusión-Conclusión

Conocer la correcta administración de una nutrición enteral en forma de bolus es importante para poder lograr un soporte nutricional adecuado a las necesidades de los pacientes, mantener con ello su correcta función intestinal y evitar las posibles complicaciones derivadas de dicho proceso.

La educación sanitaria, tanto a pacientes como a sus familiares, debe ir desde la preparación de la fórmula, es decir, su correcta temperatura y conservación, hasta la administración de la misma, pasando por conocer la mejor posición del paciente. Esta enseñanza es muy importante para poder garantizar una correcta nutrición del paciente así como para poder resolver o evitar las distintas complicaciones posibles.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/nutritionalsupport.html>.
- <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/>.

Capítulo 131

PACIENTE CON FRACTURA DE TOBILLO TRAS CAIDA CASUAL

JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ

VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ

CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ

1 Introducción

La osteoporosis es una enfermedad del esqueleto caracterizada por la pérdida de cantidad (densidad mineral) y calidad del hueso. La disminución de resistencia favorece que se rompa con traumatismos mínimos. Afecta fundamentalmente a mujeres posmenopáusicas. Si bien la zona con más prevalencia de fractura son las vértebras no exime que pueda haber otras zonas afectadas.

Algunas fracturas de tobillo pueden requerir cirugía cuando:

- Los extremos de los huesos están desalineados entre sí (desplazados).
- La fractura se extiende hasta la articulación del tobillo (fractura intra-articular).

2 Objetivos

- Describir la patología en una mujer postmenopáusica tras una caída casual.
- Conocer el tratamiento de un tipo de fractura de tobillo.

3 Caso clínico

Mujer de 77 años de edad, que tras caída accidental es llevada al centro de salud y derivada al servicio de urgencias por presentar dolor e inflamación en tobillo derecho. Como antecedentes presenta obesidad, hipertensión, exfumadora. Sin alergias medicamentosas conocidas.

4 Resultados

Exploración y pruebas complementarias:

TA: 161/94; FC 86lpm; Sat O2 basal 97%.

Presenta deformidad grosera de la zona afectada y dolor.

Analítica complementaria:

Bioquímica: Glucosa 99; urea 36; creatinina 0.83; sodio 136.

Coagulación: fibrinógeno 406; tasa de protrombina 97; INR 1.02; APTT 29.2; APTT ratio 0.97; tiempo de protrombina 13.2

Hemograma: hematocrito 35.7; leucocitos 10.24; neutrófilos 5.24; monocitos 0.71; hematíes 4.2; hemoglobina 12.

Diagnóstico diferencial:

Tras la administración de analgesia (metamizol IV y 1/2 ampolla de fentanilo IV) y control del dolor, se realiza radiografía.

Juicio clínico:

Tras radiografía de zona afectada se diagnostica: luxación de peroné y fractura trimaleolar de tobillo derecho.

5 Discusión-Conclusión

Se comenta el caso con el servicio de traumatología, quién recomienda intervención quirúrgica. Tras interconsulta con servicio de anestesia se procede a ingresar a la paciente y posterior intervención bajo raquianestesia. Se realiza reducción de fractura de peroné con placa de neutralización de 6 orificios de localización posterior.

Reducción y osteosíntesis de maleolo interno con tornillo canulado de 4.0mm, reducción de maleolo posterior con 2 tornillos canulados de 4.0mm de rosca parcial y arandela. Se procede a inmovilización con férula de yeso.

Tras 3 días ingresada en planta es dada de alta. Se dan pautas para administrar heparina subcutánea 1 vez al día durante 1 mes, y uso de muletas durante 5-6 semanas sin carga de miembro intervenido hasta próxima revisión.

6 Bibliografía

- 1) Guía de Práctica Clínica sobre Osteoporosis y Prevención de Fracturas por Fragilidad. Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2010.
- 2) Rose NGW, Green TJ. Ankle and foot. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 51.

Capítulo 132

PULSERA IDENTIFICATIVA EN EL AREA QUIRURGICA

JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ

VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ

CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ

1 Introducción

Todos los pacientes de los hospitales deben estar correctamente identificados para garantizar al máximo su propia seguridad. Cuando un paciente llega al área quirúrgica, el personal de enfermería (encargado de recibir al paciente) debe realizar el correcto 'check in' del paciente, en el cual, nos aseguramos en primer lugar de que el paciente recibido es el que corresponde y que esté correctamente identificado.

2 Objetivos

- Valorar que los pacientes acudan correctamente identificados al área quirúrgica.
- Valorar el correcto uso de la pulsera identificativa en los pacientes del área quirúrgica que acuden para someterse a una cirugía programada.
- Valorar la correcta colocación de la pulsera en relación a la intervención a la que se van a someter.

3 Metodología

Estudio descriptivo de un total de 100 pacientes que han pasado por el área quirúrgica, independientemente de la especialidad quirúrgica de la que fueran tratados.

El estudio ha sido realizado durante los meses de Mayo y Junio de 2017. En él se valoraba la correcta colocación la pulsera identificativa de los pacientes, así como el buen estado y legibilidad de la misma.

4 Resultados

De un total de 100 pacientes evaluados: 46 pertenecían al servicio de traumatología; 31 a cirugía general; 14 a urología y 9 a ginecología.

Del total de 100 pacientes, 89 presentaban una correcta colocación de la pulsera y 11 no.

Así mismo, en 95 pacientes la pulsera estaba en perfecto estado y la legibilidad era óptima, tan solo en 5 no se podían apreciar la totalidad de los datos.

5 Discusión-Conclusión

La utilización de la pulsera en el área quirúrgica para cirugía programada es correcta, ya que la totalidad de pacientes la llevaba puesta.

Los 11 pacientes que no presentaban la pulsera colocada de forma correcta correspondían al servicio de traumatología, debido a que portaban la pulsera en la extremidad a intervenir, por lo que hubo que retirarla.

Las 5 pulseras en las que los datos no eran legibles se debía a que previamente habían sido cortadas en la planta por estar demasiado apretadas, o bien por dificultar la canalización de una vía venosa periférica.

6 Bibliografía

- 1) Comité operativo para la seguridad del paciente. Consejería de salud. Estrategia para la seguridad del paciente SSPA. Dic.2009.
- 2) Moris de la Tassa J., Fernández de la Mota E., Aibar Remón C., Castan Cameo S., Ferrer Tarrés JM. Identificación inequívocade pacientes ingresados en hospitales

del Sistema Nacional de Salud. Med Clin
Monogr (Barc). 2008; 131 (Supl 3):72-8

Capítulo 133

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES

LUCIA ALVAREZ PRENDES

XIOMARA EDROSA LÒPEZ

CELIA CANELLADA RIESTRA

GEMA FERNANDEZ NOVO

1 Introducción

El cáncer infantil es una realidad dolorosa, afectando a 1000 casos al año en España. La investigación y las nuevas tecnologías, han hecho que la supervivencia del cáncer infantil aumente hasta llegar a nuestros días. Hay muchos tipos, siendo los más frecuentes en la infancia las enfermedades hematológicas y los tumores sólidos. El papel de la enfermería es muy importante en el abordaje.

2 Objetivos

Explicar las funciones y papel de la enfermería en el paciente oncológico pediátrico.

3 Caso clínico

Paciente de 3 años, que el 10 Septiembre del 2018 acude a urgencias por fiebre de días de duración. Presenta adenopatías cervicales bilaterales .Se diagnostica , de Leucemia Aguda Linfoblástica. Se inicia tratamiento según esquema SE-HOP/PETHEMA RIESGO INTERMEDIO, presentando: Buena respuesta en día +8. Se implata catéter tipo reservorio el 13 de Septiembre del 2018.

Se realizan exámenes físicos y complementarios incluyendo la realización de pruebas como Aspirado de Médula, Biopsia y así como la administración de tratamiento Intratecal. Presentando repetidas fiebres a lo largo del ingreso , debido a su enfermedad.

4 Resultados

Nunca debe de faltar:

- Apoyar a las familias y estar con ellas en el momento de recibir la primera información médica sobre la enfermedad de su hijo.
- Informar la necesidad de una higiene muy meticulosa y cuidadosa, para prevenir todo tipo de infecciones.
- Favorecer una ingesta adecuada a cada tipo de paciente, fomentando los alimento hiperprotéicos e hipercalóricos y evitar comidas fuertes, muy calientes y olorosas. Evitar la ingesta de sus platos favoritos después del a la administración de Citostáticos para evitar su rechazo.
- Proporcionarles el contacto con otras familias cuyos hijos estén o hayan estado es su misma situación, así como ofrecerles información sobre las diferentes asociaciones.

Es fundamental:

- Apoyo por parte de la enfermería hacia las familias ante la noticia de que su hijo tiene cáncer.
- Valorar la actitud de la familia respecto al problema y ayudarles a evitar actitudes negativas como sobreprotección o sentimientos de culpa.
- Cuidar y fomentar las necesidades del paciente, así como los cuidados y manejo del catéter.
- Cuidando las necesidades psicológicas del niño y el manejo del dolor.
- Mantener un sueño adecuado por la noche.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer infantil debe de ser considerado y tratado como una enfermedad familiar. Para realizar un tratamiento óptimo es preciso disponer de un equipo multidisciplinar. Este equipo debe de tener una especial visión de la información, los cuidados y el dolor. Tanto el paciente como la familia, necesita la presencia de la enfermera, en todo momento (ayuda, cuidados, apoyo psicológico)

6 Bibliografía

- 1) Dres. Marta Barrios (AEPap) y Tomás Acha (SEHOP) traducción y adaptación de (NICE Guidance).
- 2) Mijares C, Joshua. Integración del niño y del adolescente oncológicos en Libro de Ponencias de 10 Jornadas Internacionales de Atención Multidisciplinar al Niño con Cáncer. Valencia.
- 3) Experience in palliative care for children with leukemia. Ciencia & saude coletiva 18 (9) 2721 2017

Capítulo 134

NEUROBLASTOMA EN PEDIATRÍA. ABORDAJE Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

VERONICA ALONSO PONTÓN

1 Introducción

El neuroblastoma es un tumor formado por células anormales del tejido nervioso. Es el principal tumor pediátrico del sistema nervioso simpático y un serio desafío sanitario por ser la neoplasia más frecuente de las primeras épocas de vida debido a su enigmático comportamiento biológico y al desconocimiento de los factores de riesgo implicados en su etiopatogenia. La edad es uno de los factores pronósticos más importantes, los lactantes menores de un año son los que tienen mejor pronóstico

2 Objetivos

Conocer signos y síntomas iniciales del neuroblastoma, así como el diagnóstico y tratamiento y los cuidados de enfermería en el niño oncológico.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Medline, Embase, Cuiden, Cinalth.

Descriptores: pediatric nursing , children, chemotherapy , neuroblastoma, oncología pediátrica, tumor.

4 Resultados

Los síntomas iniciales del neuroblastoma son vagos e incluyen fatiga y pérdida de apetito. Puede producir distintos tipos dependiendo de la localización del tumor. Los signos más frecuentes están provocados por la presión que ejerce el tumor sobre los tejidos circundantes conforme va creciendo o por la propagación a otras partes del cuerpo. En el diagnóstico es muy importante el estadio. Se debe realizar además de una historia clínica y una exploración física; una serie de exámenes como aspirado de médula y biopsia, análisis de sangre, orina de 24 horas, tac, resonancia magnética entre otros. El tratamiento se basa en la categoría de riesgo y puede ser quimioterapia, radioterapia, resección quirúrgica e inmunoterapia. Los cuidados generales de enfermería son aliviar el dolor y proporcionar cuidados físicos y apoyo emocional.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico del neuroblastoma sigue siendo incierto. Este tumor maligno tan común en niños es un enigma debido a la gran variabilidad de su conducta. La enfermería oncológica pediátrica exige un enorme reto en el abordaje, la atención y los cuidados.

6 Bibliografía

- <https://www.cancer.gov>.
- <https://www.fneuroblastoma.org>.
- <https://kidshealth.org>.
- Asociación-nen.org.
- <https://www.aedep.es>.

Capítulo 135

USO DE ANTIPSICÓTICOS EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA

RAFAEL SANCHEZ IBAÑEZ

NATALIA GARCÍA CARBAJAL

ABILIO ALVAREZ GONZALEZ

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

1 Introducción

El síndrome confusional agudo (SCA) también llamado delirium, es una alteración en el estado mental aguda y reversible. Un trastorno global transitorio de la cognición (memoria, orientación, razonamiento) y la atención. Puede acompañarse de cambios emocionales (ansiedad, agresividad), cambios autonómicos (sudoración, frialdad), todo ello de instauración más o menos aguda (horas o días). Es un síndrome y como tal puede estar formado por varios signos y síntomas, siendo muchas las formas de presentación, lo que dificulta el diagnóstico. Más que una enfermedad en sí suele representar la complicación de otra subyacente que a veces, pasa desapercibida y es la que marca el pronóstico por lo que ha de ser descubierta y tratada.

Es una urgencia clínica, por un lado por su considerable morbimortalidad y por su elevada incidencia en pacientes hospitalizados. Cursa con una incapacidad del cerebro para responder eficazmente a las demandas que se le efectúan

con mecanismos complejos que no se conocen aún en su totalidad. Para que se produzca, se necesita de factores precipitantes: demencia, enfermedad grave tal como cáncer, edad, factores vasculares, alteraciones metabólicas, déficit nutricional, alcoholismo, depresión... y por otro, un individuo susceptible.

El 40 % de los pacientes con demencia presenta SCA al ingreso. Puede ser indicador de demencia subyacente y a la inversa. Es un factor de riesgo para su desarrollo. Es poco frecuente en gente joven pero puede aparecer en relación a enfermedades graves tales como malaria, neumía tifoidea. En el anciano el umbral de confusión es mucho menor que en el joven y suele ser en relación a una patología aguda muchas veces infecciosa (ITU, Enf. respiratoria...).

El SCA es plurietiológico y sobre todo en el anciano hay que considerarlo signo de alarma aun sin un claro factor desencadenante y ningún "grave" o "llamativo" agente implicado. La instauración de los síntomas suele ser rápida y si es brusca debe suponerse etiología vascular cerebral. Son frecuentes las fluctuaciones a lo largo de un mismo día. Esta combinación de comienzo agudo y curso fluctuante junto con un nivel de conciencia alterado facilita su distinción de otras entidades como la demencia.

El síntoma claro es un trastorno de la atención: paciente que se distrae con facilidad con respuestas verbales incoherentes y alteraciones del juicio crítico y del razonamiento. Orientación defectuosa y confusión. Con frecuentes trastornos perceptivos y en los casos más graves, alucinaciones; con una disrupción constante del ritmo sueño- vigilia: por el día es habitual la somnolencia y por la noche insomnio, confusión, agitación. En principio es un trastorno transitorio, si se corrige la causa primaria puede evolucionar hasta la remisión en días o semanas. Si existía un deterioro cognitivo previo, la recuperación no suele ser completa y el paciente suele evolucionar a demencia establecida.

El diagnóstico se establecerá por los profesionales responsables (médicos y enfermeras), en función de la etiología primaria sospechada. El reconocimiento precoz mejora el pronóstico. El tratamiento de base ha de dirigirse al control de la enfermedad que lo ha producido; aunque las alteraciones conductuales propias del delirio pueden tratarse farmacológicamente. El tratamiento farmacológico será sintomático.

2 Objetivos

Revisar la información de la que se dispone en la actualidad en relación al SCA para conocer la evidencia sobre eficacia y seguridad de los antipsicóticos en la prevención y el tratamiento del delirium.

3 Metodología

Se recopila información científica sobre el tema de estudio a través de una revisión sistemática y bibliográfica existente durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2019. Se han consultado bases de datos importantes en el campo de Ciencias de la Salud, tales como Scielo, Pubmed, Medline y se ha utilizado el buscador de palabras clave DECS (Descriptor de Ciencias de la Salud), utilizando las siguientes palabras: síndrome confusional agudo, delirium, tratamiento farmacológico, antipsicóticos. Se han utilizado textos completos tanto en español como en Inglés y se han descartado artículos sin autor o sin título o artículos sin evidencia científica.

4 Resultados

El objetivo del tratamiento del SCA es conocer y tratar la causa desencadenante, siendo el tratamiento farmacológico sintomático. Además existen diferentes intervenciones no farmacológicas seguras y de bajo costo que han demostrado eficacia en la prevención. Algunas intervenciones incluyen evitar inmovilidad con fisioterapia precoz, evitar déficits visuales y auditivos (gafas, audífonos), reorientación con familiares, identificar pacientes ancianos de alto riesgo, limitar el número de fármacos, en especial sedantes, hipnóticos y narcóticos, tratamiento etiológico de la patología que motiva el ingreso y problemas médicos asociados, corregir factores ambientales, uso de calendarios, relojes, iluminación adecuada, sujeciones, barras sobre todo en riesgo de autolesiones y/o caídas. En caso de deshidratación del paciente, temprano reconocimiento y adecuada repleción por v. o si fuera posible. En caso de privación del sueño procurar manejo no farmacológico: bebida caliente a la hora del sueño, relajación muscular con masajes en la espalda y estrategias de reducción de ruido y ajuste de horarios por ejemplo en las medicaciones.

En cuanto al tto. farmacológico se utiliza únicamente durante el episodio para revertir signos y síntomas psicóticos, tratar la ansiedad y agitación cuando las

anteriores medidas han sido insuficientes y usando siempre la mínima dosis durante el menor tiempo posible.

Los Neurolépticos son los fármacos de elección si se presentan síntomas psicóticos. Tienen pocos efectos sedantes y no hipotensores pero tienen más efectos extrapiramidales:

1. NEUROLÉPTICOS DE ALTA POTENCIA:

1.1 Haloperidol: Se recomienda una dosis inicial de 0,5 mg v. o o I.M pudiéndose repetir o doblar la dosis a intervalos de 30 min. hasta controlar la agitación.

1.2 Risperidona (Risperdal): Al contrario que el haloperidol con bajos efectos extrapiramidales pero de uso limitado por sólo disponer de la vía oral para su administración.

No existen pruebas de que el Haloperidol en dosificación baja tenga muy distinta eficacia en comparación a la Risperidona o que tenga una frecuencia mayor de efectos adversos. A dosis altas, sí se asoció con una incidencia mayor de efectos secundarios especialmente parkinsonismo.

2. NEUROLÉPTICOS DE BAJA POTENCIA: Tienen menos efectos extrapiramidales pero más efectos sedantes y anticolinérgicos (lo cuál puede agravar el delirium) y cardiovasculares (hipotensión). Tioridacina (Meleril), Levomepromacina (Sinogan), Clorpromacina (Largactil).

- Benzodiazepinas : Su uso controla de inmediato la agitación, ansiedad y aseguran el sueño. Son útiles como adyuvantes de los neurolépticos. De elección las de vida media corta tipo Orfidal.

- Clometiazol (Distraneurine) Se utiliza en delirium por privación de alcohol y también tiene efecto hipnótico.

- Otros : De uso más limitado y puntual: Trazodona, Fisostigmina, Carbamacepina (agresión o hiperactividad), Narcóticos (betabloqueantes, sin claro efecto beneficioso), Tiamina (en privación etilica para prevenir Sd. Korsakoff).

5 Discusión-Conclusión

Lo primero es tratar la causa de base, controlando simultáneamente los síntomas. Las drogas usadas para tal fin se reservan para pacientes con delirium severo. No existe una droga ideal en el manejo del delirium, pero cualquiera se la escogida debe darse a bajas dosis y por el menor tiempo posible. La elección del medicamento se basa en el estado del paciente, la vía elegida de admon. y el perfil de

los efectos secundarios. Los neurolépticos son los preferidos, siendo el Haloperidol el más utilizado. La meta debe ser un paciente manejable pero despierto. En pacientes que no respondan con haloperidol o que tengan contraindicaciones para su uso pueden usarse neurolépticos atípicos. Las benzodiacepinas no son consideradas de primera línea de tratamiento debido a que producen marcada sedación y exacerbación del estado confusional. Son de elección en síndromes de supresión de alcohol y sedantes.

6 Bibliografía

- Carrasco, M., & Zalaquett, M:(2017). Delirium: una epidemia desde el servicio de urgencias a la unidad del paciente crítico. Revista Medica Clínica La Condes, 28(2), 301- 310. Recuperado el 10 de Octubre de 2017 de BINASSS Base de Datos.
- Bulbena A, Corrons C, Amorós G, Martín-Santos R, Anguiano B. Escalas de delirium y orientación. Adaptación castellana del Delirium Rating Scale y de la Orientation Scale. Rev. Gerontología 1996; 6: 245-254. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos>.
- American Psychiatric Association. DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, 2002.
- González Tuges M.. Delirium: adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado. Tesis Doctoral. Universitat de Barcelona 2003.
- [www .chospab.es.area médica](http://www.chospab.es.area_médica).
- <https://www.murciasalud.es/preevid/18199>.

Capítulo 136

PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA MEDIANTE FUNDAS DE COMPRESION SECUENCIAL

SONIA DE VES MARTINEZ

ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ

NEREA TRINIDAD VILLAR

NATIVIDAD GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Colocación de fundas de compresión secuencial CDS EXPRESS inmediatamente después de una cirugía mayor o en periodos de encamamiento prolongados donde disminuye el retorno venoso para evitar la aparición de trombosis venosa profunda (TVP) y embolias pulmonares. Es por tanto fundamental el trabajo del personal de enfermería en su prevención y en la colocación de medias compresivas y otras medidas que eviten las complicaciones vasculares post-quirúrgicas.

2 Objetivos

- Homogeneizar las actividades de enfermería para conseguir resultados óptimos poniendo en marcha medidas de prevención de la trombosis venosa profunda (TVP).

3 Metodología

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

4 Resultados

La TEV constituye un problema sanitario de dimensiones considerables por su impacto en términos de morbimortalidad, coste y consumo de recursos.

- Las funciones de enfermería en la prevención de TVP y colocación de fundas de compresión secuencial CDS EXPRESS son:

- . Identificar al paciente e informarle de los efectos beneficiosos.
- . Determinar el tamaño de la funda según longitud de pierna y muslo
- . Colocar las piernas con los tubos de conexión hacia afuera y hacia abajo, dejando libre la rodilla y el hueco poplíteo
- . Los tubos de conexión son reutilizables, en cambio, las fundas son exclusivas para cada paciente -Ajustar las fundas mediante los tres velcros, ceñidas, sin apretar. A continuación conectar al SCD EXPRESS
- . Colgar la máquina en la parte trasera o lateral de la cama, poner en marcha y esperar a que los dispositivos luminosos A (pierna) y B (muslo) se pongan en verde.
- . El funcionamiento debe ser las 24 horas del día con opción de respetar sueño.
- . Registraremos: inicio, tolerancia, adaptación y retirada.
- . La suspensión definitiva será cuando el paciente desarrolle la adecuada movilidad

5 Discusión-Conclusión

Consiste en una técnica sencilla, efectiva y preventiva ya que no aumenta el riesgo de hemorragia. Además se mejora la validez de actuación de enfermería pues permite estandarizar los cuidados en la profilaxis de TVP y el embolismo pulmonar.

6 Bibliografía

- Guía rápida de uso del sistema de compresion de SCD EXPRESS
- Sistema de prevención TVP DVT 2600
- Manual de cuidados de enfermeria.Procedimiento en colocacion de fundas de compresion secuencial. Complejo asistencial león 2016

Capítulo 137

ENFERMERIA GERIATRICA. FRACTURAS DE CADERA.

SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ

MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ

YAIZA FUENTE VÁZQUEZ

SARA ALVAREZ MENENDEZ

1 Introducción

La población de adultos mayores sigue en aumento, el envejecimiento, durante los últimos años. Cabe destacar que a esto se le relaciona un aumento también de las fracturas de cadera (Palomino L., Ramírez R. et Tirse R., 2016).

Acorde con Alarcón T. y González J.I. Su incidencia aumenta a partir de los 60 años. La incidencia de caídas aumenta de una manera exponencial con la edad. Cabe mencionar que la frecuencia es elevada, elevada morbilidad, la reducción de la esperanza de vida lo que conlleva a una mayor mortalidad y supone un elevado riesgo y un elevado coste al Sistema de Salud. Normalmente estos pacientes acuden al Servicio de Urgencias tras haber sufrido una caída convirtiéndose en la causa más común de hospitalización en los Servicios Ortopédicos. Durante la examinación se encuentra que estos pacientes presentan incapacidad de caminar, un acortamiento y rotación de la extremidad afectada (Muñoz S. et al, 2008). La segunda causa más frecuente después de las caídas es la osteoporosis.

El manejo de pacientes que padece estas fracturas será tratado por un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales; los Traumatólogos, Geriatras, Anestesiólogos, el Equipo de Enfermería, Terapeutas y en algunos casos Trabajadores Sociales (Negrete-Corona J., Alvarado-Soriano JC., Reyes-Santiago LA. 2014). Según Bhandari M. y Swiontkowsky M. (2017) anatómicamente las fracturas de caderas se clasifican principalmente en No Desplazadas y Desplazadas. Las No Desplazadas presentan una menor separación en el sitio de fractura mientras que en las Desplazadas existe una mayor separación.

El dolor agudo es un el principal síntoma hasta que ésta se estabiliza llevándose a cabo el tratamiento quirúrgico. En ancianos con demencia a veces la intensidad del dolor puede subestimarse. La intervención quirúrgica se considera el tratamiento óptimo, debiendo aplicarse lo más pronto posible en no más de 36 y 48 horas. Para el tratamiento quirúrgico se necesitan dispositivos metálicos de fijación. Los objetivos de la cirugía van a ser reducir ésta y prevenir la necrosis avascular. El tratamiento conservador u ortopédico conlleva a una mayor estancia hospitalaria y un aumento de los riesgos.

La prevalencia de deficiencia de Vitamina D. en el anciano es elevada lo que conlleva a un aumento del riesgo de fracturas. En aquellos pacientes con fractura de cadera el déficit o insuficiencia de esta vitamina es mayor (Del Campo Balsa MT, 2004).

2 Objetivos

- Estabilizar el foco del fractura rápido.
- Fomentar la recuperación.
- Prevenir nuevas fracturas.
- Conocer las principales causas de fractura de cadera en ancianos en nuestro país así como la importancia de prevenir éstas.
- Entender la importancia de un buen control de la analgesia para controlar el dolor agudo.
- Llevar a cabo una buena organización y trabajo en equipo para una intervención quirúrgica y atención precoz.
- Intentar devolver al paciente a su estado inicial anterior a la caída, la capacidad para realizar funciones de la vida diaria.
- Conocer la importancia de la vitamina D en estos pacientes.
- Asegurar un buen control del dolor.

3 Caso clínico

Paciente de 87 años que ingresa trasladado del Servicio de Urgencias por una fractura trocantérea en miembro inferior izquierdo, tras una caída casual, quedando con dolor e impotencia funcional, se encontraba en el baño y se resbaló sobre la cadera afecta. No presentaba traumatismos a otro nivel. Puesta tracción.

Alérgico a las sulfamidas. Presentaba antecedentes y enfermedades previas como artritis reumatoide, asma, hipertensión arterial, sección del nervio peroneo por dolor crónico, enfermedad renal crónica entre otros. Medicación domiciliaria: Apixaban, Esomeprazol, Foster nexthaler, Permixon y Sonnovit acorde con el paciente.

No presentaba deterioro cognitivo, previamente dependiente leve para ABVD. Caminaba con bastón y tercera persona. Incontinencia urinaria de urgencia. Vive con ayuda privada 24 horas. Escala Barthel: 20.

Dentro de las pruebas complementarias al ingreso se le realiza una radiografía de pelvis. Diagnóstico principal es una fractura de cadera izquierda. Procedimientos: Se le realiza una Osteosíntesis con clavo PFNA de cadera izquierda bajo anestesia raquídea. Pasa unas horas en REA hasta su estabilización y se envía a planta. Portador de sonda vesical y administración de sueroterapia para llevar a cabo control de líquidos y diuresis y asegurar la correcta hidratación y perfusión tisular y anatómica del paciente. Administrada analgesia vía intravenosa para controlar el dolor agudo. Buena tolerancia de líquidos vía oral y correcta progresión en la dieta. Movilización gradual, sedestación y comienzo con la deambulación y la Rehabilitación en la habitación. Realizadas curas de la Herida quirúrgica que progresa adecuadamente.

Analítica prealta: Bioquímica: Glucosa: 113 mg/dl., Urea 80 mg/dl., Creatinina, 148 mg/dl., Ion Sodio: 138 mmol/L, Ion Potasio: 4,7 mmol/L.; Hemograma: Leucocitos; $5,81 \times 10^9$; Hemoglobina: 10,4 g/dl.; Hematocrito 32,4%, Volumen Corpuscular Medio: 85,7, Neutrófilos: 59,9%, Plaquetas $316,00 \times 10^9$

Acorde con el equipo de traumatología, buena evolución intraoperatoria y alta. Las recomendaciones fueron Paracetamol en función del dolor, Heparina de Bajo Peso Molecular SC cada 24 horas y la deambulación con andador bajo supervisión y acudir a Consulta externa de Traumatología.

Acorde con el equipo de geriatría, la función renal se recuperó con la fluidoterapia. Las recomendaciones fueron estimular ABVD, tomar el sol en cara y brazos

al menos 15 minutos al día, Dieta rica en fibra para evitar el estreñimiento, estimular la ingesta de líquidos y la toma de suplementos nutricionales. Control por el médico de cabecera que modificará el tratamiento según vea oportuno. En cuanto a farmacología: tardyferon, duphalac y Mastical D.

4 Resultados

Con una detección y un tratamiento precoz y apropiado a las necesidades del paciente puede ayudar a minimizar la morbilidad y la mortalidad, previniendo el deterioro de la calidad de vida. Algunos factores pueden retrasar el tratamiento como enfermedades médicas que no estén compensadas, infecciones anteriores al ingreso o nosocomiales. Cabe mencionar también que a veces el retraso se debe a factores relacionados con la organización del hospital. Así mencionar que un retraso de más 48 horas está relacionado con una mayor mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento es un trabajo multidisciplinar con el objetivo de estabilizar al paciente, tratar enfermedades previas y asociadas y evitar complicaciones. Un tratamiento precoz, mejora el dolor postoperatorio, las posibles complicaciones y la duración del ingreso. Fomenta la recuperación funcional.

El control del dolor es fundamental ayudando a no retrasar la movilidad, así como la vitamina D posee un importante papel en la formación del hueso de mejor calidad. Después del alta son los Médicos de familia y Enfermería los que van a facilitar la atención que estos pacientes necesitan.

6 Bibliografía

- 1) Palomino M., Ramírez R., Vejarano J. & Ticse R. Fractura de cadera en el adulto mayor: La epidemia ignorada en el Perú. *Alta Med. Perú.* 2016, 33(1): 15-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v33n1/a04v33n1.pdf>
- 2) Alarcon T. & González- Montalvo JI. Fractura de cadera en el paciente mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010, 45 (3): 167 - 170.
- 3) Negrete-Corona J., Alvarado-Soriano JC. & Reyes-Santiago LA. Fractura de cadera como factor de riesgo en la mortalidad en pacientes mayores de 65 años. *Acta ortopédica mexicana* 2014; 28 (6): Nov - Dic: 352 - 362.

- 4) Pareja-Ríos PA. Fractura de Cadera en el anciano. A propósito de un caso. Ene. Vol.8 no1 Santa Cruz de La Palma may. 2014.
- 5) Sebastián Muñoz G., Jorge Lavanderos F., Loreto Vilches A., Miguel Delgado M., Karina Cárcamo H., Stephania Passalacqua H. & Mauricio Guarda M. Fractura de Cadera. Cuad. Cir. 2008; 22: 73-8.
- 6) Bhandari M. & Swiontkowski M. Tratamiento de la fractura de cadera. N. Engl J Med 2017; 377: 2053-62.
- 7) Del Campo Balsa MT. Deficiencia de vitamina D y su Relación con la fractura de cadera del Anciano y la densidad mineral osea de la mujer posmenopáusica. REEMO 2005; 14 (1): 18-9.

Capítulo 138

OXIGENACIÓN

MARINA EGUIBAR VILLAMANDOS

1 Introducción

El oxígeno es imprescindible y vital para el hombre. La falta de oxígeno en unos 4-5 minutos puede provocar lesiones graves, pudiendo llegar a la muerte si se supera ese tiempo. Valorar un signo a vital como es la respiración es fundamental, esto se realiza midiendo la frecuencia respiratoria (número de respiraciones por minuto), midiendo la saturación de oxígeno (porcentaje de oxígeno en sangre) y una medida invasiva como son los gases arteriales. La oxigenación es la administración de forma terapéutica de oxígeno al organismo.

2 Objetivos

- Conocer los materiales necesarios para la oxigenoterapia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay que conocer los materiales de oxigenación:

- Fuente de oxígeno como botellas o balas de oxígeno, equipos de pared y compresores.
- Manómetro.
- Manorreductor o caudalímetro.
- Humidificadores.
- Nebulizadores.
- Cánulas o gafas nasales.
- Mascarilla facial simple.
- Mascarilla con reservorio.
- Sistema venturi.
- Mascarilla de traqueotomía.
- Sistemas de aerosolterapia.

Esto es algo importante, pues usar el material apropiado a cada patología y los litros a los que se tiene que poner cada dispositivo es una tarea fundamental para las necesidades de oxigenación en centros de salud y hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

El personal de enfermería tiene que conocer las medidas de oxigenación apropiadamente para su correcto uso, para poder administrar de la forma correcta para el paciente según sus necesidades.

6 Bibliografía

- <https://fapap.es>.
- <https://www.msmanuals.com>.
- <https://www.elsevier.es>.

Capítulo 139

COLONOSCOPIA VIRTUAL.

MARINA EGUIBAR VILLAMANDOS

1 Introducción

La colonoscopia por TAC, también llamada colonoscopia virtual, es un examen radiológico de abdomen que se centra en el estudio del colon. Se utiliza como prueba alternativa o complementaria a la colonoscopia.

2 Objetivos

- Conocer las ventajas y desventajas de la colonoscopia virtual.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre la colonoscopia publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Como ventajas:

- Es menos costosa.
- Es rápida.
- Es fiable.
- Es segura.
- Es completa.

- Las imágenes son en 3D.

Como desventajas:

- Si se detecta un pólipo este no podría ser extirpado para su análisis consecuente.

5 Discusión-Conclusión

Con esta técnica se reduce el riesgo de perforación, es una gran alternativa para pacientes que no pueden realizar una colonoscopia normal, también cuando hay una obstrucción intestinal y además nos proporciona imágenes en 3D mucho más precisas.

6 Bibliografía

- <https://www.saludigestivo.es>.

- <https://www.cun.es>.

- <https://www.cmed.es>.

Capítulo 140

EL PAPEL DE LA ENFERMERA ANTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: REVISION BIBLIOGRÁFICA

NATIVIDAD GARCIA FERNANDEZ

SONIA DE VES MARTINEZ

ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ

NEREA TRINIDAD VILLAR

1 Introducción

Las Úlceras por Presión (UPP) son por desgracia, una complicación muy frecuente en los pacientes hospitalizados por estancias largas y/o patologías graves, siendo en España aproximadamente 90 mil personas las que padecen al día algún tipo de úlcera por presión. (Hibbs, 1998) Los pacientes de las unidades de cuidados intensivos (UCI), debido a una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de las mismas (gravedad, deterioro de la conciencia, estado hemodinámico inestable, uso de drogas vasoactivas, inmovilidad) tienen un mayor riesgo de padecerlas (Bautista, Esparza, y Ortega, 2004).

Su incidencia varía entre un 20 y un 56%, pero según varios autores, sería prevenible en un 95%. La prevalencia en una UCI se eleva, alcanzando casi un 18% (Pancorbo, García, Torra, Verdú, y Soldevilla, 2013). Una UPP normalmente tiene un origen isquémico, en las prominencias óseas (tobillos, talones o caderas), localizada en la piel y/o tejidos subyacentes, y fruto de la combinación de la fricción,

la presión y/o el cizallamiento (Tizón y Marcos, 2014). El riesgo es mayor si se está inmovilizado en una cama, se utiliza una silla de ruedas o no se puede cambiar de posición. Su aparición puede ocasionar dolor, depresión, pérdida de la independencia, infección y aumento de la estancia y costes hospitalarios.

La frecuencia e intensidad de las UPP se debe muchas veces a factores predisponentes del individuo a desarrollarlas; factores intrínsecos, cuando dependen directamente de una afectación que sufre el paciente como un déficit neurológico, o extrínsecos, cuando dependen del ambiente en el que el paciente se encuentre como la humedad. Una vez producida la lesión, se clasifica en cuatro grados según los tejidos afectados (NPUAP, 2016).

Son un gran problema sanitario, económico y social (Bergstrom et al., 2013). A nivel económico, el coste de tratamiento se cifra en aproximadamente 600 millones de euros al año. Según el Grupo Nacional que estudia y asesora en las UPP y heridas crónicas, el coste de prevención de cada úlcera no costaría más de 1,7 euros/día. Curarlas ya se eleva a 46 euros/día (GNEAUPP, 2003).

A nivel hospitalario se calcula que afecta a 9 de cada 10 pacientes ingresados independientemente de su edad. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro (Lyder y Ayello, 2009).

A nivel social, producen un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes además de un gran impacto físico, social, psicológico y económico provocando una reducción de la esperanza de vida del paciente. Además, también se ve afectada la familia por la carga de trabajo que genera a los cuidadores. Incluso generan un gran impacto en los sistemas sanitarios, ya que su tratamiento supone un elevado coste.

Su prevención es el mejor mecanismo de control, dado que se evita el sufrimiento del paciente y se reduce el coste en el sistema sanitario. Algunos estudios evidencian que aplicar un protocolo de medidas de prevención ayuda a disminuir dicha incidencia (Chou et al., 2013). El problema tiene una trascendencia socioeconómica importante, un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y sus familiares, pero también, son una sobrecarga asistencial.

La identificación de los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas sobre las causas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo. Esto es responsabilidad del personal de enfermería, tanto llevándola a cabo en los lugares donde se trabaja, como educando a los familiares y cuidadores a cómo realizar una correcta prevención de las lesiones. Para ello,

los profesionales deben estar continuamente al tanto de las medidas que se están utilizando en la actualidad.

Existen recomendaciones sobre la prevención, pero es necesario revisar la literatura reciente para identificar las mejores medidas relacionadas con cambios posturales, complementos nutricionales, uso de aceite de oliva y/o ácidos grasos hiperoxigenados y uso profiláctico de apósitos (Parra, Camargo-Figuera, y Rey, 2012).

2 Objetivos

- Identificar los diferentes artículos/estudios que se realizan en la actualidad sobre el problema de las UPP.
- Corroborar las medidas que se realizan en la prevención de las UPP y su efectividad. Contrastando entre las mismas medidas diferentes resultados y/o opiniones.

3 Metodología

Se realizó una revisión de la literatura publicada entre los años 2015 y 2016. Como primer paso, se formuló la pregunta de investigación. En este caso se utilizó una pregunta tipo PIO (Población – Intervención – Resultados). La pregunta formulada fue: ¿Cuáles son las medidas para la prevención de las UPP en el paciente encamado?. La población a estudio fueron personas que presentaban algún tipo de UPP incluyendo paciente de hospitales, centros de asistencia de la tercera edad y atención domiciliaria.

Se incluyeron en la revisión intervenciones como:

- Comparación del uso de colchones antiescaras y cambios posturales.
- Aplicación de apósitos u otras fórmulas de barrera e hidratación (aceites o ácidos grasos) de forma profiláctica.
- Uso de complementos nutricionales.

Los resultados esperados fueron reducir tanto la incidencia como la prevalencia de las UPP cuando se realiza el estudio.

A partir de la pregunta se establecieron los descriptores (MeSh) para realizar la búsqueda en Pubmed, Scielo y/o Chocrane fueron: “pressure ulcer”, “ulcer”, “bed sore”, “bedsore”, “decubit ulcer”, “paciente inmovilizado”, “immovilitation”, “prevención”, “prevention”, “incidencia”, “incidence”, “prevalencia” y “prevalence”.

Los criterios de selección de la búsqueda fueron:

- Artículo en español o inglés.
- Fecha de publicación entre los años 2015 y 2016.
- Pacientes encamados tanto a nivel hospitalario, sociosanitario o domiciliario.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que no se centraran en la prevención de las UPP.
- Artículos que no pudieran recuperarse a completamente su texto.

Se encontraron 416 artículos, y 320 fueron excluidos en un principio. Los principales motivos de exclusión fueron tratar como tema principal la prevención de otras patologías y no centrarse en su prevención.

4 Resultados

- El objetivo de este trabajo fue encontrar los mejores cuidados de enfermería y medidas de prevención frente a las UPP.

Por ejemplo, en la revisión sistemática de Demarré et al. (2015), se valoran los costes de la prevención y del tratamiento siendo muy diferentes, ya que el tratamiento varía entre 1,71 y 470,79€ por día, mientras que la prevención varia entra 2,68€ a 87,57€ por día. Con estos datos parece mucho más eficaz económicamente la prevención frente al tratamiento.

En la revisión bibliográfica de Vélez et al. (2016), se obtienen una serie de recomendaciones generales sobre la prevención de UPP. Entre estas recomendaciones se encuentran el uso de dispositivos que alternen la presión y dispositivos que disminuyan la presión en pacientes en riesgo de UPP. También hablan del uso de complementos alimentarios añadidos en la dieta normal, pero como una recomendación de evidencia débil. Otra de las recomendaciones es la realización de cambios posturales en una frecuencia de 4 horas y afirman que el uso de escalas no es mejor que el juicio clínico.

Respecto al uso de aceite de oliva frente a los AGHO, López, Chiquero, y Garrido (2016), en su revisión sistemática concluyen que los ácidos grasos son una herramienta muy importante, pero con la misma eficacia que los AGHO. Este autor como otros defiende que deberían formar parte de las guías y protocolos de actuación como una herramienta muy efectiva en la prevención de úlceras por presión. Sin embargo, otros estudios como el de Lupiañez et al. (2015) concluyen que el aceite de oliva es igual de eficaz que los AGHO pero que los costes por paciente durante el proceso de 16 semanas de los AGHO fueron de 19,75€ y en del aceite de oliva de 9,65€, concluyendo que este segundo es una alternativa mucho más económica para la prevención de la UPP.

Al respecto del uso de complementos nutricionales en la prevención de UPP, concluyen en una revisión sistemática que actualmente no existe una evidencia clara sobre que las intervenciones nutricionales reduzcan el desarrollo de úlceras por presión o que ayuden en su tratamiento, por lo que no es que no tengan ninguna función sobre las UPP, sino que el nivel de evidencia que existe es muy bajo y apoyan el desarrollo de nuevas investigaciones en este ámbito. Autores como Banks, Gaves, Bauer, y Ash (2015), afirman que la inversión en el soporte nutricional supondrá un ahorro para el sistema sanitario y mejorará los resultados en la prevención del paciente con UPP.

Todos los artículos seleccionados sobre superficies de alivio de presión coinciden en que el uso de colchones que disminuyen la presión es una buena medida de prevención para las personas en riesgo de UPP, por lo que deben formar parte del plan integral de prevención de UPP del paciente en riesgo. Pero por ejemplo, en la revisión sistemática de McInnes et al. (2015), se afirma que es más coste-efectivo el uso del colchón de aire alterno, que disminuye la presión que los cubre-colchones de aire alterno. Este ensayo consistió, en saber qué tipo de superficie disminuye la incidencia de UPP y comparar en un ensayo clínico el uso de tres colchones de aire alterno para disminuir la presión. Un tipo de superficie es APAM (Alternating Pressure Air Mattresses) que es un sobre-colchón que se coloca sobre el colchón y se regula manualmente según el peso del paciente; las otras dos superficies son denominadas ALPAM (Alternating Low-Pressure Air Mattresses) y son un colchón completo. La diferencia entre ellas es que la One-stage se regula también manualmente según el peso del paciente, mientras que la Multi-stage tiene un sensor que regula continuamente según la presión. El estudio concluye que existe una evidencia débil sobre que las superficies ALPAM Multi-stage son más efectivas en la prevención de UPP.

De nuevo, se plantea la evaluación económica de tecnologías sanitarias como la herramienta más adecuada para decidir sobre la implantación de una determinada intervención en la prevención de úlceras por presión.

Según los artículos que tratan el tema de los cambios de posición, la revisión sistemática de Bradford (2016) dice que los cambios de posición son fundamentales para la prevención de UPP en los pacientes de riesgo. Así la posición del paciente encamado y la frecuencia idónea de los cambios de posición. Pero por ejemplo, Groah, Schladen, Pineda, y Hsieh (2015) en su revisión corroboran la falta de evidencia para saber cuál es la mejor posición del paciente encamado y cuál es la mejor frecuencia de los cambios de posición, limitándose a personas con lesión espinal y sin lesión, pero sin evidenciar el resto de limitaciones físicas

o intelectuales.

El grupo de artículos recuperados sobre apósitos para la prevención es más amplio, coinciden en sus conclusiones en que algunos materiales, como los apósitos hidrocoloides, el film de poliuretano o al ácido hialurónico, juegan un papel importante en la disminución de las fuerzas de fricción, por lo que el uso profiláctico de apósitos de estos materiales previene la aparición de UPP, aunque actualmente sea necesaria más investigación sobre esta cuestión.

Se han recuperado tres evaluaciones económicas parciales que comparan estos dos tipos de apósitos, y estas coinciden en que el apósito de film de poliuretano es más coste-eficaz que el apósito hidrocoloide, aunque en los tres estudios únicamente tienen en cuenta el coste del producto sin valorar el efecto, de modo que esta conclusión debe ser tomada con cautela. Tanto Huang et al. (2015) como otros autores afirman que los apósitos de hidrocoloides y los de poliuretano transparente son eficaces para la prevención de UPP, aunque no existe la suficiente evidencia para decir que uno es mejor que el otro. El estudio de cohortes de Dutra et al. (2015) lo corrobora, y concluye que el grupo que recibió el apósito de poliuretano presentó una menor incidencia de UPP, pero los resultados de este estudio podrían estar sesgados ya que las características de los participantes de cada grupo son diferentes.

Por otro lado, se estudia el uso de apósitos con Safetac en la prevención de UPP y se concluye con que este componente es beneficioso en la prevención de UPP, pero existe una duda sobre la financiación del estudio que podría un conflicto de intereses.

Beniamino, Vadalà, y Carmen (2016) evalúan la efectividad del ácido hialurónico como apósito que resulta ser seguro y presentar buena tolerancia en la prevención de UPP. Sin embargo, en el estudio, el ácido hialurónico siempre se inyecta una vez aparece el eritema, de modo que podría considerarse tratamiento y no prevención.

Respecto al uso de un nuevo tipo de apósitos de silicona, Santamaría et al. (2015) en un estudio de cohortes afirman que son eficaces para la prevención de UPP, pero no se tiene en cuenta que los pacientes de los 2 grupos que se comparan son diferentes. Inoue y Matsuda (2015) analizaron los film transparente, corroborando que es más costo-efectivo que el apósito hidrocoloide.

- En conclusión sobre los apósitos está aún pendiente de evidenciar más sobre su costo-efectividad, quizás porque las comerciales de cada producto son las que de forma poco “sutil” crean resultados no siempre corroborados por personal

sanitario en contacto con las UPP.

Cabe decir que esta revisión no está exenta de limitaciones. Por una parte, se podría haber ampliado la búsqueda en otras bases de datos como JBI Connect o ProQuest Nursing & Allied Health Source. Además, se podría haber incluido alguna otra medida de prevención como las movilizaciones pasivas y haber incluido escalas.

Otra posible limitación se vincula a la selección de las palabras clave, ya que se eliminaron una gran cantidad de artículos tras la lectura de título y resumen. A pesar de estas limitaciones, la revisión realizada ha permitido identificar nuevas evidencias en la prevención de UPP y futuras líneas de investigación.

5 Discusión-Conclusión

Límites de la investigación

- La falta de registros por parte del personal sobre la aplicabilidad de protocolos y/o resultados de los diferentes métodos o medidas de cuidados.
- Los intereses comerciales de las empresas que venden los diferentes productos y que son muchas veces los que subvencionan artículos, pueden dar a controversia en el cuidado de las UPP.

Evidencia de los resultados

- La necesidad de más investigaciones que determinen la efectividad de los complementos nutricionales en la prevención de UPP.
- Confirmar que los colchones antiescaras disminuyen la presión de forma similar a como los cambios de posición del paciente, de forma protocolizada eso sí, con más evidencia sobre los tipos de materiales y los tiempos.
- Continuar contrastando la eficacia del aceite de oliva frente a los ácidos grasos hiperoxigenados; o el uso de apósitos de manera profiláctica, ante una mayor efectividad en el caso de los hidrocoloides que de los transparentes de poliuretano.
- Todos los artículos que existen en la actualidad en la literatura consultada reflejan posibles medidas o cuidados a aplicar a los pacientes con riesgo de sufrir una UPP.

6 Bibliografía

- Hibbs, P. (1998). The economics of pressure ulcer prevention. *Decubitus*, 1(3), 32-38.

- Bautista, L., Esparza, M., y Ortega, J. (2004). Las úlceras por presión en pacientes sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos e intermedios del INER. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.*, 17(2), 91-99.
- Pancorbo, P.L., García, F.P., Torra, J., Verdú, J., y Soldevilla, J. (2013). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.o Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162-170.
- Tizón, E., y Marcos, M.P. (2004). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas. *Gerokomos*, 25(1), 53-54.
- Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (2003). Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión.
- Banks, M., Gaves, N., Bauer, J., y Ash, S. (2015). Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcers in hospital. *European Journal of Clinical Nutrition*, 67, 42-46.
- Beniamino, P., Vadalà, M., y Carmen, L. (2016). Cross-linked hyaluronic acid in pressure ulcer prevention. *Journal of Wound Care*, 25(7), 400-405
- Bergstrom, N., Horn, S.D., Rapp, M.P., Stem, A., Barrett, R., y Watkiss, M., (2013). Turning for ulcer reduction: a multisite randomized clinical trial in nursing homes. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 61(10), 1706- 1713.
- Bradford, N. (2016). Repositioning for pressure ulcer prevention in adults: a Cochrane review. *International Journal of Nursing Practice*, 22, 108-109.
- Chou, R., Dana, T., Bougatsos, C., Blazina, I., Starmer, A., y Reitel, K. (2013). Pressure ulcer risk assessment and prevention: comparative effectiveness. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality. Comparative Effectiveness Review, 87. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143493/>
- Demarré, L., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Gryphonk, M., y Lemey, J. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. *Internacional Journal of Nursing*, 52, 1754-1774.
- Dutra, R., Salomé, G., Alves, J., Pereira, V., Miranda, F., y Vallim, V. (2015). Using transparent polyurethane film and hydrocolloid dressing to prevent pressure ulcers. *Journal of Wound Care*, 24(6), 268-275.
- Groah, S., Schladen, M., Pineda, C., y Hsieh, C.H. (2015). Prevention of pressure ulcers academy of physical medicine and rehabilitation. *Archives of Clinical Medicine and Rehabilitation*, 7, 613-636.
- Huang, L., Woo, K., Liu, L., Wen, R., Hu, A., y Shi C. (2015). Dressing for preventing pressure ulcers: a meta- analysis. *Advance in Skin and Wound Care*, 28(6),

267- 273.

- Inoue, K.C., y Matsuda, L.M. (2015). Avaliação de custo-efetividade de dois tipos de curativos para prevenção de úlcera por pressão. *Acta Paul Enferm.*, 28(5), 415-419.
- López, M.D., Chiquero, S., y Garrido, J.M. (2016). Eficacia del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión: revisión sistemática con metaanálisis. *Gerokomos*, 27(3), 117-122.
- Lupiañez, I., Kaknani, S., Morilla, J.C., Martin, F.J., Cuvas, M., y Navarro, F.J. (2015). Topical Olive Oil Is Not Inferior to Hyperoxygenated Fatty Aids to Prevent Pressure Ulcers in High-Risk Immobilised Patients in Home Care. Results of a Multicentre Randomised Triple-Blind Controlled Non-Inferiority Trial. *Plos One*, 10(4), 1-14.
- Lyder, C.H., y Ayello, E.A. (2009). Annual checkup: The CMS Pressure ulcer present-on-admission indicator. *Adv Skin Wound Care*, 22(10), 476-484.
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S.E.M., Dumville, J.C., Middleton, V., y Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 208-215.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2016). NPUAP Pressure Injury Stages. GNEAUPP. Grupo Parra, D.I., Camargo-Figuera, F.A., y Rey, R. (2012). Eventos adversos derivados del cuidado de Enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm. Glob.*, 11(28), 159-169.
- Santamaría, N., Gerdtz, M., Liu, W., Rakis, S., Sage, A., Ng, H., y Liew, D. (2015). Clinical effectiveness of silicone foam dressing for the prevention of heel pressure ulcers in critically ill patients: Border II trial. *Journal of Wound Care*, 24(8), 340-345.
- Vélez, M., Lozano, I., Correa, A., Abraha, I., Cherubini, A., y Souza, R.L. (2016). No-pharmacological interventions to prevent or treat pressure ulcers in older patients: Clinical practice recommendations. Elsevier, *European Geriatric Medicine*, 7, 142-148.

Capítulo 141

EL DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

NATIVIDAD GARCIA FERNANDEZ

SONIA DE VES MARTINEZ

ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ

NEREA TRINIDAD VILLAR

1 Introducción

Se estima que el 10 al 60% de la población puede estar expuesta en algún momento de padecer un delirio en un ingreso hospitalario. En el contexto de Cuidados Intensivos esta probabilidad aumenta exponencialmente al 60-80%, siendo cerca del 32 al 66% de las situaciones, no identificadas por los profesionales de salud (Pandharipande, Jackson y Ely, 2005).

El delirio es un síndrome, que no una enfermedad, y es multifactorial. Cursa de forma repentina con un trastorno de la atención, donde la percepción y la cognición se ven mermados con menor capacidad de dirigir, concentrar, mantener y desplazar la atención y menor orientación hacia el ambiente (American Psychiatric Association, 1999).

En el paciente adulto hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos (UCI), Los cuadros de delirio son frecuentes en los pacientes en estado crítico que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se puede asociar a factores predisponentes (edad >65 años, abuso de alcohol, fármacos, trastornos cognitivos,

deshidratación,...) y/o a factores desencadenantes (deprivación, dolor, estrés emocional,...) (Young y Inouye, 2007).

Puede afectar profundamente tanto al paciente como a la familia, porque se asocia con mayor mortalidad, duración más prolongada de la ventilación mecánica, estancia hospitalaria y en la UCI más prolongada y deterioro cognitivo a largo plazo.

El paciente con delirio es todo un reto para el personal sanitario y en concreto para el de enfermería. Es uno de los síndromes neuropsiquiátricos más frecuentes en el contexto hospitalario, preferencialmente en el paciente mayor y debilitado, siendo un importante “predictor” de la gravedad y duración del cuadro clínico. Se encuentra asociada a este, la posibilidad de un mal pronóstico, pues puede evolucionar para condiciones críticas (estupor, coma) y consecuentemente para la muerte si la causa subyacente permanece sin tratamiento (Lobo, Silva, Lima, Ferriolli y Moriguti, 2010)

Las primeras referencias documentadas sobre el delirio se remontan a más de 2500 años. Pero no es hasta los últimos treinta años, cuando no se consigue definir y/o diagnosticar y tratar (Inouye, Westendorp, Saczynski, 2014).

Se comprende así la urgencia en investigar, y encontramos en la literatura estudios sobre este síndrome, donde se busca identificar los posibles agentes causales o los mecanismos que podríamos utilizar para su prevención, o nos dan a los profesionales de salud unas directrices de contenido práctico (Faustino, Pedreira, Freitas, Silva, Amaral, 2016).

Con la intención de optimizar la identificación de este problema mayor, el papel del enfermero es importante en la vigilancia neurológica del paciente, para ello fueron elaborados diversos instrumentos, como el Confusión Assessment Method (Inouye, Alessi, Balkin, Siegal y Horwitz, 1990), la Intensive Care Delirium Screening Scale Checklist (ICDSSC)(Bounds, Kram, Speroni, Brice, Luschnski y Harte, 2016) y otra muy usada en las unidades de cuidados intensivos; la UCI-CAM (Ely, Margolin, Francis, May, Truman, y Dittus, 2001), que permite su rápido diagnóstico (3–5min) por parte de personal médico o de enfermera de las unidades de cuidados intensivos.

La dificultad en comprender y controlar el delirio puede estar relacionada con la falta de conocimientos ante el tema, dada su naturaleza multifactorial, o por la dificultad en identificar las estrategias de prevención / tratamiento a adoptar (Baker, Taggart, Nivens y Tillman, 2015).

Nos planteamos que ocurría en nuestros servicios de UCI, cuando los pacientes independientemente de su patología entraban en estados de delirio.

Así, con el fin de contribuir a un mayor conocimiento nos planteamos como cuestión inicial: “En el control del delirio en la UCI, ¿que intervenciones de enfermería para control del delirio en una UCI, se contemplan en la evidencia científica en la actualidad?”

Y esta cuestión nos llevo a otras más específicas como: “¿Qué intervenciones influyen en el delirio y en que medida podríamos evitarlas?”

2 Objetivos

Identificar las intervenciones de enfermería, dirigidas al adulto / anciano hospitalizado, para el control del delirio.

3 Metodología

Las bases de datos utilizadas fueron algunas como PUBMED, Medline, Chorghane, etc. basándonos en la pregunta de investigación y siguiendo el esquema de referencia PICO - Población, Intervención, Comparación y Outcome o resultado.

La población, constituida por personas hospitalizadas en UCI con delirio o en riesgo de padecerlo.

La intervención, que reúne las intervenciones de enfermería.

La comparación que decidimos no incluirla ya que no se aplica.

El outcome o resultados, que identificar las intervenciones de enfermería adoptadas para el control del delirium.

Los criterios de inclusión, nos orientaron en la investigación, seleccionando los que respondían a la hipótesis formulada. Los incluidos cumplían lo siguiente:

- Artículos publicados en español, inglés y portugués.
- Publicados entre enero de 2014 y junio de 2019.
- Con una población ≥ 19 años.
- Mostrando o no demencia, u otra alteración mental, ya que buscamos identificar intervenciones farmacológicas además de las no farmacológicas.
- Estudios que analizaran programas/intervenciones de enfermería aplicados al paciente con o en riesgo de delirio y que estuviesen destinados a prevenir y disminuir la incidencia del delirio.

Las dudas en la inclusión o exclusión se discutieron y se establecieron consensos. Así no incluimos:

- Artículos no originales.
- Artículos publicados que no implicaban intervenciones enfermeras.
- Artículos anteriores a los últimos 5 años.

4 Resultados

En esta revisión bibliográfica ante el delirio, se exponen 6 estudios/artículos que presentan estrategias dinámicas, de carácter preventivo, farmacológicas y no farmacológicas, de pacientes mayores de 18 años ingresados en unidades de cuidados intensivos.

Se evidencia el papel del enfermero en el desempeñar acciones de prevención dirigidas a entre otros mantener el equilibrio sensorial, gestionar el ambiente, controlar el patrón nutricional/eliminación adecuadas, monitorización del dolor, cuidando el patrón del sueño y fomentando la movilidad precoz.

Se necesitan estudios adicionales para validar aún más estas herramientas en pacientes en estado crítico con trastornos neurológicos y aquellos en varios niveles de sedación o conciencia.

Autor, Año, País	Tipo de Estudio/Población/Objetivos	Intervenciones	Resultados/Conclusiones
Tovar, Suarez, Muñoz (2016) (Colombia)	Estudio cuantitativo, pre-experimental y prospectivo. 23 años, 49 pacientes. Determinar la eficacia de los cuidados prestados de acuerdo con el Modelo de Betty Neuman.	Controlar factores ambientales (ruido y luz artificial). Eliminar las causas ambientales que alteren la percepción sensorio- perceptual (informar al paciente sobre rutinas)	Prevención del delirio en 94% de los pacientes a pesar de sus antecedentes de factores de riesgo. Reducción del insomnio en 24,43%.
Smith, C.D. y Grami, P (2016) (EEUU)	Estudio de coorte/ 2 UCIs semejantes de médico-quirúrgica/ 447 Pacientes. Evaluar la eficacia del Delirio Prevention Bundle (DPB)	No administrar fármacos después de las 2h, reducir el ruido a < 30 decibelios y las luces artificiales. Movilización precoz. Registro del dolor para controlarlo. Permitir el uso de reloj, audífono, TV, y/o musicoterapia.	La incidencia del delirio disminuyó en el 78% tras el uso del DPB.
Danielson, S.J., Rappoport, C.A., Lohr, M. K., y Geklbach, B. K. (2013) (USA)	Estudio prospectivo. En 1 año se mide la luz ambiental de 24 horas (luz, 672 horas) y los niveles de presión sonora de las habitaciones de los pacientes. Identificar las alteraciones profundas de la rítmica circadiana y lo que lleva lugar al delirio	Las intervenciones conductuales para promover el entrenamiento deben estar respaldadas por mediciones objetivas de la luz y el sonido. Definir horarios de descanso apagando luces y reduciendo el sonido. Encuestar a los pacientes y familias.	Los niveles medios de ruido eran invariablemente excesivos (noche 47.9 [45.0, 51.3] dBA). Los pacientes y las familias no identificaron los niveles bajos de luz diurna como problemáticos.
Fontela P.C, Fogliarini L.A.y Friedman G. (2013) (Brasil)	Estudio transversal en 6 UCIs de 2 hospitales. Escala Likert. Tasa de respuesta del 19%. Investigar el conocimiento de los miembros del personal multiprofesional sobre la movilización temprana en una UCI.	La movilización temprana debe realizarse de forma rutinaria a través de protocolos de enfermería y fisioterapia. La disposición a cambiar los parámetros de ventilación mecánica y reducir la sedación para facilitar la movilización temprana de los pacientes.	El personal sanitario reconocía los beneficios de la movilización precoz. La falta de profesionales y tiempo, sedación excesiva, delirio, riesgo de autolesiones y el estrés en el trabajo resultaron ser los inconvenientes.
An YS, Jiu Y, Jiu T, Hur EY, Lee SM (2019)(Corea)	Análisis y estudio de casos, 17 variables/130 pacientes. Identificar los factores operativos y anestésicos que influyen en el delirio de los pacientes postquirúrgicos en una UCI.	Aplicar la clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists. Anotar una puntuación menor de 7 puntos, regresara de nuevo a la sala de Reanimación.	Evaluó al paciente en el mismo momento del ingreso en la UCI, incluso si el paciente está consciente, consiguiendo prevenir el delirio.
GéRnas, C, Bérbé, M, Chevrier, A., Pan, B. T., Ely, E. W., Strobik, F., y Barr, J. (2013)(USA)	Búsqueda en bases de datos, de 36 estudios. Los criterios de inclusión: en inglés, 30 o más pacientes, y pacientes > 18 años en estado crítico. Analizar las propiedades psicométricas y el desarrollo de las herramientas de evaluación del delirio.	5 herramientas de evaluación del delirio (Método de evaluación de la confusión para la Unidad de Cuidados Intensivos (CAM-ICU), Prueba cognitiva para el delirio, Puntuación de detección del delirio, Lista de verificación de detección de delirio de cuidados intensivos (ICDSC), y la Escala de Detección del Delirio de Enfermería).	Los resultados indican que el CAM-ICU y el ICDSC son las herramientas de evaluación de delirio más válidas y confiables para adultos en estado crítico. Se necesitan estudios adicionales para validar aún más estas herramientas en pacientes en estado crítico con trastornos neurológicos y aquellos en varios niveles de sedación o conciencia.

5 Discusión-Conclusión

La presente revisión nos dio a conocer la evidencia científica en lo que concierne a las intervenciones de enfermería, y cuya estrategia más costo-efectiva, es la prevención primaria del delirio implementando protocolos estandarizados, interdisciplinados y multifactoriales, que logran crear además conciencia crítica entre los profesionales.

El equipo de enfermería es el que pasa 24 horas en una posición privilegiada al lado del paciente, para predecir, identificar y actuar ante las primeras manifestaciones del delirio. Pero se observa poca participación o implicación aún en el estudio del mismo y sus posibles agentes causales.

Respecto al manejo farmacológico, la evidencia es aún escasa. Se debe optimizar la sedación/ analgesia según protocolos y escalas estandarizadas, dando formación al personal sobre las mismas. Debe diferenciarse en pacientes con demencia previa y los pacientes muy agitados, usando antipsicóticos con una pauta protocolizada y seguimiento posterior de los posibles efectos adversos.

Primordiales dentro de las medidas no farmacológicas, las medidas relacionadas con el mantenimiento del equilibrio sensorial, con estímulos cognitivos, orientando a la persona en espacio y tiempo. Identificación las causas potenciales para el déficit sensorial-perceptual, gestión del medio creándolo familiar, promocionando el sueño, movilizándolo precozmente al paciente y control del dolor y patrones como el nutricional. La presencia de los familiares es una temática importante como esta demostrado.

En resumen, es un síndrome que da buen ejemplo de la importancia de como la medicina y mas en concreto el colectivo enfermero, debe adaptarse a los nuevos usuarios del sistema de salud que requieren un manejo interdisciplinario y cuidados específicos en paralelo a la patología principal a tratar.

6 Bibliografía

- Acevedo-Nuevo, M., y González-Gil, M. (2017). Creando un ambiente de empoderamiento en las unidades de cuidados intensivos: de la contención a la movilización. *Enfermería Intensiva*, 28(4), 141-143.
- Achury Saldaña, D., Delgado Reyes, A., y Ruiz Berrío, M. (2013). El ruido y las actividades de enfermería: factores perturbadores del sueño. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15 (1), 51-63.
- Aljuaid, M.H., Deeb, A.M., Dbsawy, M., Alsayegh, D., Alotaibi, M., y Arabi, Y.M. (2018). Psychometric properties of the Arabic version of the confusion assess-

- ment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *BMC Psychiatry*, 18(1).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- An, Y., Jin, Y., Jin, T., Hur, E. Y., y Lee, S. (2019). Operative and Anesthetic Factors Influencing on Delirium in the Intensive Care Unit: An Analysis of Electronic Health Records. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8), 1033-1036.
 - Baker N., Taggart H., Nivens A. y Tillman P. (2015). Delirium: Why Are Nurses Confused?. *Medsurg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses*. 24(1),15-22.
 - Bounds M., Kram S., Speroni K., Brice kim, Luschinski M. y Harte S.(2016) Effect of ABCDE Bundle Implementation on Prevalence of Delirium in Intensive Care Unit Patients. *Am Assoc Crit-Care*, 6(25), 535-544.
 - Danielson, S.J., Rappaport, C.A., Loher, M. K., y Gehlbach, B. K. (2018). Looking for light in the din: An examination of the circadian-disrupting properties of a medical intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 57-63.
 - Ely E.W., Margolin R., Francis J., May L., Truman B. y Dittus R.(2001). Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM- ICU). *Crit Care Med*, 29,1370–1379.
 - Faustino T., Pedreira L., Freitas Y., Silva R. y Amaral J. (2016). Prevention and monitoring of delirium in older adults: an educational intervention. *Rev Bras Enferm*, 69(4), 725-32.
 - Fontela, P. C., Forgiarini Júnior, L. A., y Friedman, G. (2018). Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(2), 187-194.
 - Fraser, V., Cossette, S., Mailhot, T., Brisebois, A., y Dubé, V. (2017). Evaluation of an Intervention With Nurses for Delirium Detection After Cardiac Surgery. *Evidence - Based Nursing*, 15(1), 38–44.
 - Gélinas, C., Bérubé, M., Chevrier, A., Pun, B. T., Ely, E. W., Skrobik, Y., y Barr, J. (2018). Delirium Assessment Tools for Use in Critically Ill Adults: A Psychometric Analysis and Systematic Review. *Critical Care Nurse*, 38(1), 38-49.
 - Goeren, D., John, S., Meskill, K., Iacono, L., Wahl, S., y Scanlon, K. (2018). Quiet Time: A Noise Reduction Initiative in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 38(4), 38-44.
 - Gómez Tovar, Luz Omaira, Díaz Suarez, Leticia, y Cortés Muñoz, Fabián. (2016). Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*,15(41), 49-63.
 - Holly, C., Porter, S., Echevarria, M., Dreker, M., y Ruzehaji, S. (2018). CE. *AJN, American Journal of Nursing*, 118(4), 24–36.

- Inouye S.K., Van Dyck C.H., Alessi C.A., Balkin S., Siegel A.P. y Horwitz R.I. (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 113(12), 941-948.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G., y Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet (London, England)*, 383(9920), 911-922.
- Lobo R., Silva Filho S., Lima N., Ferriolli E. y Moriguti J. (2010) Delirium. *Med Ribeirão Preto*, 43(3), 249-57.
- Martín Delgado, M., y García de Lorenzo y Mateos, A. (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Medicina Intensiva*, 41(8), 451-453.
- Martínez, F., Donoso, A. M., Marquez, C., y Labarca, E. (2017). Implementing a Multicomponent Intervention to Prevent Delirium Among Critically Ill Patients. *Critical Care Nurse*, 37(6), 36-46.
- McLaughlin, D. C., Hartjes, T. M., y Freeman, W. D. (2018). Sleep Deprivation in Neurointensive Care Unit Patients From Serial Neurological Checks. *Journal of Neuroscience Nursing*, 1.
- Oosterhouse K, Vincent C, Foreman M, Gruss V, Corte C y Berger B.(2016). Intensive Care Unit Nurses' Beliefs About Delirium Assessment and Management. *AACN Adv Crit Care*. 27(4), 379-93.
- Pan, Y., Jiang, Z., Yuan, C., Wang, L., Zhang, J., Zhou, J., y Wu, Q. (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: Anested case-control study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 1950-1957.
- Pandharipande P., Jackson J. y Ely E.W. (2005). Delirium: acute cognitive dysfunction in the critically ill. *Curr Opin Crit Care*, 11(4), 360-368.
- Ramoo, V., Abu, H., Rai, V., Surat Singh, S. K., Baharudin, A. A., Danaee, M., y Thinagaran, R. R. R. (2018). Educational intervention on delirium assessment using confusion assessment method-ICU (CAM-ICU) in a general intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4028-4039.
- Selim, A., Kandeel, N., Elokl, M., Khater, M. S., Saleh, A. N., Bustami, R., y Ely, E. W. (2018). The validity and reliability of the Arabic version of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU): A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 83-89.
- Smith, C.D., y Grami, P. (2016). Feasibility and Effectiveness of a Delirium Prevention Bundle in Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 26 (1), 19-27.
- Smithburger, P. L., Korenoski, A. S., Alexander, S. A., y Kane-Gill, S. L. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. *Critical Care Nurse*, 37(6),

1–9.

- Staveski, S. L., Pickler, R. H., Lin, L., Shaw, R. J., Meinzen-Derr, J., Redington, A., y Curley, M. A. Q. (2018). Management of Pediatric Delirium in Pediatric Cardiac Intensive Care Patients. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(6), 538-543.
- Steinseth, E. B., Høye, S., y Hov, R. (2018). Use of the CAM-ICU during daily sedation stops in mechanically ventilated patients as assessed and experienced by intensive care nurses – A mixed-methods study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 23-29.
- Stollendorf, D.P., Dietrich, M.S., Chidume, T., McIntosh, M., y Maxwell, C. A. (2018). Nurse-Initiated Mobilization Practices in 2 Community Intensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 37(6), 318-323.
- Winkelman, C., Sattar, A., Momotaz, H., Johnson, K.D., Morris, P, Rowbottom, J. R., y Levine, A. (2018). Dose of Early Therapeutic Mobility: Does Frequency or Intensity Matter? *Biological Research For Nursing*, 20(5), 522-530.
- Young, J., y Inouye, S. K. (2007). Delirium in older people. *BMJ*, 334(7598), 842-846.
- Öztürk Birge, A., y Bedük, T. (2018). The relationship of delirium and risk factors for cardiology intensive care unit patients with the nursing workload. *Journal of Clinical Nursing*, 27(9-10), 2109-2119.

Capítulo 142

LAPAROSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

ALBA GARCÍA BAS

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

1 Introducción

En la parte inferior derecha del abdomen hay una pequeña estructura ciega al final del tubo intestinal llamada apéndice. A la inflamación del apéndice se le llama apendicitis y generalmente su aparición es aguda. La apendicitis es más frecuente en niños y adultos jóvenes. La mayoría de los casos requiere cirugía de urgencia para evitar la rotura del apéndice en el abdomen. Durante la operación, llamada apendicectomía, el apéndice inflamado se extrae quirúrgicamente. El abordaje quirúrgico tradicional incluye una incisión pequeña (cerca de 5 cm o 2 pulgadas) en la pared abdominal inferior derecha. Alternativamente, es posible realizar la operación por laparoscopia, y esta operación, llamada apendicectomía laparoscópica, requiere de tres incisiones muy pequeñas (cada una de cerca de 1

cm o 0,5 pulgadas). El cirujano introduce entonces una cámara y algunos instrumentos en el abdomen y extrae el apéndice como en la operación convencional.

En resumen, la cirugía laparoscópica en pacientes con sospecha de apendicitis presenta ventajas diagnósticas y terapéuticas en comparación con la cirugía convencional. Sin embargo, la apendicectomía convencional no se debe considerar "incorrecta" debido a que las diferencias entre las dos técnicas son bastante pequeñas y dependen firmemente de las características de los pacientes y la pericia de los cirujanos.

2 Objetivos

- Demostrar la ventaja del uso de laparoscopia frente a una cirugía abierta para el tratamiento de la apendicitis aguda.
- Analizar los resultados de la cirugía video-laparoscópica en el tratamiento de la apendicitis aguda basándonos en un caso clínico.

3 Caso clínico

MOTIVO DE INGRESO: Dolor abdominal

ANTECEDENTES

Alergias: Sin alergia medicamentosa conocida

Antecedentes familiares: Abuela y hermano con psoriasis

Antecedentes personales: Sin interés para el proceso actual

Medicación previa y/o tratamiento crónico: No

HISTORIA ACTUAL

Varón de 22 años que acude a urgencias por dolor abdominal de unas 18 horas de evolución, difuso, no cólico, que parece focalizarse con el paso de las horas en fosa iliaca derecha. No fiebre, ni náuseas, ni vómitos, ni clínica urinaria. Apetito conservado.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Buen estado general, afebril, eupneico en reposo

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, con defensa involuntaria a ese nivel. Sin otros hallazgos patológicos.

RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Ecografía abdominal: Hígado, vesícula, vía biliar, páncreas, bazo y riñones sin alteraciones. Próstata vejiga normales. Engrosamiento apendicular, con edema de pared, y con un diámetro transversal mayor de 12,2 mm y una longitud de 3,5 cm. Hallazgos ecográficos compatibles con apendicitis aguda.

- Analítica sanguínea: Hb 15, plaquetas 152000, leucocitos 10100, con fórmula normal. Na 140, K 3,8, glucosa 91, creatinina 0,71, bilirrubina total 1,2, GOT 13, GPT 19, PCR 0,92. Sistemático de orina sin hallazgos patológicos, salvo 5-10 leucocitos/campo y 1-2 hematíes/campo en sedimento.

- ANATOMÍA PATOLÓGICA POSTQUIRÚRGICA : Se recibe una pieza de apendicectomía que mide 5,5x1 cm. En su superficie externa y a nivel distal, se encuentra una serosa cubierta por material de aspecto fibrinoide. Se dan cortes y se incluyen muestras en un bloque. Pieza de apendicectomía: Apendicitis aguda con periapendicitis.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

Con analgesia general se realiza apendicectomía laparoscópica con postoperatorio favorable. Es dado de alta el paciente en un estado afebril, tolerando por vía oral, deambulando, en buena situación clínica.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: apendicitis aguda

TRATAMIENTO AL ALTA

- Recomendaciones

Dieta ligera los primeros días y después progresar hasta la normalidad

Evitar la realización de esfuerzos durante el primer mes tras la intervención

Mantener las heridas limpias y secas

Lavarlas con agua y jabón

Quitar grapas en su Centro de Salud dentro de 10 días

- Fármacos

Paracetamol 1 gramo cada 8 horas vía oral si tiene dolor

Metamizol 575 mg cada 8 horas vía oral, alternando cada 4 horas con el Paracetamol, si tiene más dolor

Clexane 40 mg cada 24 horas vía subcutánea durante 10 días

Tras un mes de la cirugía y la retirada de grapas, las heridas se encuentran cicatrizadas, sin eventración en los lugares de inserción de trócares. Alta de la consulta de cirugía posteriormente.

4 Resultados

Los pacientes adultos mayores constituyen un grupo de alto riesgo, debido a la perforación del apéndice. Las tasas de perforación aumentan en forma directamente proporcional con la edad. Con la perforación del apéndice, el rango de complicaciones se incrementa de un 15% a un 65%. Las complicaciones específicas relacionadas a la severidad de la apendicitis incluyen: absceso periapendicular, peritonitis difusa, y obstrucción intestinal. En pacientes menores de 65 años de edad, la tasa de mortalidad es de 0.2%, en tanto que para los mayores de 65 años la tasa de mortalidad global es de 4.6%. Esto básicamente obedece a tres factores: la pobre reserva fisiológica en el adulto mayor, presentación concomitante con enfermedades médicas asociadas, alta incidencia de perforación apendicular al momento de la cirugía.

En la apendicectomía abierta, se usa la incisión de McBurney (oblicua), la técnica de Rocky- Davis (transversa) o la incisión mediana infraumbilical. La apendicectomía laparoscópica generalmente requiere el uso de tres puertos; se coloca un trocar en el ombligo (10 mm) para la cámara y los otros varían en cuadrante inferior izquierdo o hipogastrio a elección del cirujano; el apéndice se extrae de la cavidad a través de un trocar o mediante una bolsa recuperable.

El procedimiento para apendicectomía laparoscópica está indicado en pacientes con sospecha de apendicitis aguda, en fases iniciales o complicadas y como diagnóstico diferencial, e, incluso, puede realizarse con seguridad en pacientes embarazadas. Sin embargo, la técnica laparoscópica no cuenta con la aceptación total como en el caso de la colecistectomía.

En la actualidad se han realizado estudios que coinciden que el abordaje laparoscópico presenta efectividad sobre la técnica quirúrgica convencional, en términos de disminución del dolor, menor tiempo operatorio, menor estancia hospitalaria, menos complicaciones intra y postoperatorias, mejor resultado estético, por lo que podemos decir que los resultados son muy alentadores con respecto a la posibilidad de que la cirugía laparoscópica podrá ser aceptada en un tiempo no muy lejano como técnica de elección para el tratamiento de la apendicitis aguda. La controversia hoy es cuáles pacientes, complicados o no complicados, se benefician realmente de la apendicectomía laparoscópica, con mejores resultados en tiempo operatorio, tipo de analgesia, dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, complicaciones intra y postoperatorias, incapacidad y mortalidad hospitalaria. En el paciente geriátrico se han publicado estudios prospectivos, aleatorizados,

de metaanálisis y revisiones sistemáticas acerca del tema, arrojando como consenso que la heterogeneidad de las variables revisadas y metodologías utilizadas no permite emitir conclusiones o generalizaciones definitivas. En el presente trabajo se analizará y compararán los abordajes

5 Discusión-Conclusión

- La apendicectomía laparoscópica se asocia significativamente a menor riesgo de infección de sitio operatorio respecto a la apendicectomía convencional en pacientes adultos mayores.
- No existieron diferencias significativas en las frecuencias de complicaciones intraoperatorias en el grupo expuesto a apendicectomía laparoscópica respecto a la apendicectomía convencional en pacientes adultos mayores.
- La apendicectomía laparoscópica se asocia significativamente a menor promedio de estancia hospitalaria en días respecto a la apendicectomía convencional en pacientes adultos mayores.

6 Bibliografía

1. Fitz, R. H. (1886). Perforating inflammation of the vermiform appendix: With special reference to its early diagnosis and treatment. *Trans Assoc Am Phys*, 1, 107–143.
2. Rutkow, I. M. (1998). Appendicitis: The quintessential American surgical disease. *Arch Surg*, 133-1024.
- 3.-Sheu BF, Chiu TF, Chen JC, Tung MS, Chang MW, Young YR: Risk factors associated with perforated appendicitis in elderly patients presenting with signs and symptoms of acute appendicitis. *ANZ J Surg* 2007, 77:662–666.
- 4.-Wray CJ, Kao LS, Millas SG, Tsao K, Ko TC: Acute appendicitis: controversies in diagnosis and management. *CurrProblSurg* 2013, 50:54–86.

Capítulo 143

”HABLEMOS GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA -CUIDADOS ENFERMEROS”

ANA BELÉN DELGADO SIERRA

SANTIAGO PIEDRA VELASCO

1 Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), es una sonda flexible de alimentación que se inserta quirúrgicamente en el estómago a través de la pared abdominal. Puede ser definitiva o temporal. Fue introducida en la práctica clínica en 1980 por Ganderer y Ponsky.

2 Objetivos

- Enumerar las indicaciones de la PEG, contraindicaciones y sus ventajas.
- Analizar los cuidados de la sonda y del estoma por parte del personal de enfermería.
- Detallar las complicaciones que se puedan derivar de la PEG.
- Describir los diagnósticos NANDA que pueden surgir de la PEG.

3 Metodología

Para la realización de dicho artículo se realiza una revisión bibliográfica con evidencia científica en las bases de datos de Scielo, Medline Plus y buscadores

en Google académico. Se utiliza palabras claves: estoma, gastrostomía, cuidados, sonda, PEG, nutrición.

4 Resultados

- Indicaciones: sistema digestivo intacto; enfermedades neurológicas que supongan problemas para la deglución; traumatismos faciales con imposibilidad para la vía oral y dificultad para deglutir.
- Contraindicaciones: estenosis pilórica y duodenal; infección activa en la pared abdominal; neoplasia en la pared abdominal; alteración de la coagulación.
- Ventajas: permanencia de la PEG (Aprox 6 meses); fácil manejo paciente / familia; procedimiento seguro, bajo coste, menos complicaciones.
- Cuidados de la sonda: limpiar diariamente la parte externa de la sonda con agua tibia y jabón; dejar la sonda tapada después de su utilización; girar la sonda diariamente para evitar adherencias; mantener permeable la sonda mediante lavados 30-50 ml de agua; cambiar diariamente el esparadrapo que sujeta la piel.
- Cuidados del estoma: se debe limpiar la zona con agua y jabón desde adentro hacia afuera secando bien; comprobar la piel del estoma todos los días, vigilar si hay irritación cutánea, inflamación, secreción gástrica alrededor del estoma; los cuidados deben hacerse a diario.
- Otras recomendaciones: mantener manos y superficie de trabajo limpiar; cuidar la higiene bucal del paciente con dentrífico al menos dos veces al día; evitar mezclar varios medicamentos en la misma jeringa; se aconseja infundir 20-30 ml de agua después de cada medicamento; en caso de obstrucción de la sonda irrigar con agua tibia y aspirar suavemente; comprobar el contenido del agua del balón de la sonda al menos 1 vez al mes.
- Complicaciones: la complicación más frecuente es la infección del estoma (el germen más frecuente es la Pseudomona y Estafilococos presente en la faringe del paciente; la complicación más grave es neumonía por aspiración, puede deberse durante la colocación de la PEG o cuando se inicia la alimentación.

Los diagnóstico de enfermería NANDA.

- 00004 Riesgo de Infección.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- 00118 Trastorno de la imagen corporal.

5 Discusión-Conclusión

La gastrostomía percutánea endoscópica su finalidad es mantener una nutrición enteral en pacientes con un sistema digestivo indemne que por diferentes causas hay imposibilidad para la alimentación oral. Suele ser una técnica segura con pocas complicaciones. Debemos implicar al paciente y la familia en los cuidados y señales de alarma.

6 Bibliografía

- www.asge.org www.scielo.isciii.es www.drugs.com.
- www.rchsd.org www.murciasalud.es <https://www.nutricia.es/productos/>.
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/>.

Capítulo 144

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

NOELIA PÉREZ LAMUÑO

BEATRIZ TERENCE NEVADO

SARA LÓPEZ GARCÍA

ALBA MARTÍNEZ ALONSO

CLAUDIA BLANCO MARTINEZ

1 Introducción

El cáncer constituye un importante problema de salud pública, debido a su alta morbilidad y mortalidad. Este proceso se origina a partir de cualquier tipo de célula que se multiplica en desorden desde los diferentes tejidos del organismo. El pronóstico de esta enfermedad depende de factores relacionados con el huésped, la localización del tumor y el momento en que se realice el diagnóstico. El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres de todo el mundo, después del de mama. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años (1,2).

Cerca del 83% de los casos se producen en países en vías de desarrollo, en España se produce una mortalidad de aproximadamente 700 casos al año. Cada

año se diagnostican en el mundo unos 530000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y más de 275000 fallecimientos a causa de la enfermedad. Las regiones de África, Asia Central y del Sur, Sudeste Asiático, Latinoamérica y el Caribe poseen mayores tasas de incidencia, observándose las tasas más bajas en Europa, Norteamérica y Japón. En España el carcinoma invasor de cuello uterino tiene una incidencia relativamente baja, con unas tasas de entre 3,4 y 12,2 casos por 100000 mujeres-años. La baja incidencia en países desarrollados se debe a la efectividad de los programas de cribado basados en la citología cérvicovaginal (prueba del Papanicolaou), que tiene como objetivo detectar lesiones precursoras en el epitelio cervical que serían el antecedente del cáncer invasor. El tipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas, que representa el 80% de todos los carcinomas invasivos de cérvix (1-4).

Los factores de riesgo son: la infección por el virus del papiloma humano (VPH) es reconocida por la Organización Mundial de la Salud en el año 1992 como la causa más importante del cáncer cervicouterino. El cáncer de cuello uterino es una enfermedad multifactorial: el uso prolongado de anticonceptivos orales puede resultar un factor que favorece la persistencia de infección por VPH y de la progresión de ésta a lesión neoplásica. Además, se ha visto en varios estudios una exacerbación de las infecciones benignas del VPH durante el embarazo, lo que supone una modulación de la infección vírica por el ambiente hormonal. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) está relacionado con una mayor persistencia o reactivación alta del VPH y con una mayor agresividad del tumor. Otros factores de riesgo incluyen la alta paridad, el nivel socioeconómico bajo, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el elevado número de compañeros sexuales y las relaciones sexuales de alto riesgo como el caso de la prostitución (1,2,5).

En cuanto a la histología del cuello uterino, se distinguen dos tipos de epitelio: uno cilíndrico monoestratificado que reviste el canal endocervical y otro pavimentoso poliestratificado en el exocérvix. La zona límite entre ambos epitelios se denomina unión escamocilíndrica o escamocolumnar y es donde se realiza la transformación de un epitelio en otro (metaplasia), por lo tanto, es el asiento más frecuente de las lesiones neoplásicas. Existen cuatro fases fundamentales en el desarrollo del cáncer de cuello uterino: la infección por el VPH del epitelio metaplásico en la zona de transformación, la persistencia viral del VPH, la progresión clonal del epitelio persistentemente infectado a lesiones precancerosas y la invasión a través de la membrana basal del epitelio (1,5).

La desorganización de este epitelio y la aparición de atipias en las células es lo que se agrupa bajo la denominación de neoplasia intraepitelial del cuello uterino (CIN).

Según la extensión de la lesión dentro del epitelio, el CIN se clasifica en tres grados:

- CIN grado 1 o displasia leve: las alteraciones afectan al tercio inferior del grosor total del epitelio.
- CIN grado 2 o displasia moderada: las alteraciones afectan entre uno y dos tercios del grosor total del epitelio.
- CIN grado 3 o displasia grave (carcinoma in situ): las alteraciones se extienden a todo el grosor del epitelio (5).

En 1989 se introdujo la clasificación mediante el Sistema Bethesda para describir las alteraciones citológicas, incluyendo nuevos conceptos. En este sistema se sustituye el término neoplasia intraepitelial por el de lesión escamosa intraepitelial (SIL), con dos categorías: bajo grado (LSIL) y alto grado (HSIL). Las LSIL corresponden a infecciones autolimitadas y que sólo excepcionalmente progresan a carcinoma, mientras que las HSIL equivalen a lesiones premalignas: displasia moderada, severa y carcinoma sin situ. Adicionalmente, esta terminología incluye un término nuevo: atypical squamous cells of unknown significance (ACUS), para clasificar aquellas alteraciones citológicas que no permiten descartar totalmente la presencia de una lesión intraepitelial, pero tampoco son suficientes para diagnosticarla (4).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el virus del papiloma humano y su relación con el cáncer de cuello uterino.

Objetivos secundarios:

- Determinar la prevención del virus del papiloma humano mediante la vacunación.
- Analizar cómo se lleva a cabo la detección precoz del cáncer cervicouterino, el diagnóstico y el tratamiento del mismo.

3 Metodología

Para la revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda exhaustiva durante los meses de Septiembre a Diciembre del 2019 en las siguientes bases de datos: Science Direct, Web of Knowledge y Pubmed. Además, se ha consultado la 4ª

Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología: Virus del papiloma humano y cáncer, epidemiología y prevención.

De todos estos medios se han seleccionado artículos científicos, revisiones bibliográficas y otros archivos de interés en formato electrónico y a texto completo. El rango de búsqueda se ha situado entre los años 2000 hasta la actualidad. La estrategia de búsqueda ha consistido en introducir las siguientes palabras clave en los buscadores: “papiloma”, “cáncer”, “útero”; y mediante la ayuda de los operadores booleanos “or” y “and” se han añadido las palabras clave “virus” y “cuello”.

Se han incluido en la búsqueda bibliográfica archivos a texto completo en castellano o en inglés que operativizasen la variable dependiente: virus del papiloma humano. Se excluyeron archivos referentes a otro tipo de cánceres relacionados con el virus del papiloma humano, en idiomas diferentes al castellano o al inglés y archivos incompleto o de poca validez científica.

4 Resultados

En cuánto al virus del papiloma humano y su relación con el cáncer de cuello uterino podemos decir que el VPH es una infección de transmisión sexual (ITS) responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos. El 70-80% de las mujeres sexualmente activas han estado expuestas al virus en algún momento de su vida. La prevalencia del VPH en la población femenina es inferior al 10% en países desarrollados y ligeramente superior al 15% en países en vías de desarrollo. Tanto la mujer como el hombre pueden ser portadores asintomáticos y vehículos de la infección genital por VPH, siendo la principal vía de transmisión el coito, incluyendo tanto el vaginal como el anal. Otras vías de transmisión menos comunes son el contacto digital-genital, oral-genital y mediante transmisión perinatal (1,2,4).

Los factores de riesgo para contraer el VPH incluyen el inicio de las relaciones sexuales a una edad temprana y un elevado número de parejas sexuales nuevas y recientes. Generalmente, la prevalencia de este virus es más alta en las edades inmediatas al inicio de las relaciones sexuales (1,3,4).

Los virus del papiloma humano son un grupo de virus de ADN de doble cadena que pertenecen a la familia Papovaviridae. No poseen envoltura y tienen un diámetro aproximado de 52-55 nm. El genoma viral del VPH es pequeño y consta de una doble cadena de ADN de 8000 pares de bases, y contiene un máximo de

8 genes, 2 de los cuales son los que codifican las proteínas estructurales o late-proteins L1 y L2. La partícula viral L1 se dispone en pentámeros, en cuyo centro se acopla L2. Los otros 6 genes codifican proteínas no estructurales o early-proteins E1-7. Cada nuevo tipo de VPH puede considerarse así si su secuencia en la región L1 del genoma difiere en más de un 10% de un tipo de VPH previamente descrito. Estudios realizados con técnicas de biología molecular de alta sensibilidad y con muestras biológicas, detectaron VPH de alto riesgo en prácticamente el 100% de los casos de carcinoma escamoso de cérvix. Para los casos de displasia moderada se detecta en el 70-90% de los casos y en el caso de las displasias leves en un 50-70% (2,6).

En el 80%-90% de los casos diagnosticados con cáncer cérvico-uterino se ha identificado el ADN transcrito y los productos proteicos del VPH y se estima que alrededor del 12% de las mujeres del mundo son portadoras de una infección por VPH detectable. En las mujeres infectadas se detectan con mayor frecuencia los tipos de VPH de alto riesgo, que incluyen los tipos VPH 16 y VPH 18. El tipo 16 es que se detecta fundamentalmente en los tumores invasivos y de alto grado de malignidad (1,3).

Se conocen más de 100 tipos de VPH y los ocho más comunes son el 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 y 35, y son responsables del 89% de los cánceres de cuello de útero. Los tipos VPH 6 y 11 están implicados en las verrugas genitales, también conocidas como verrugas anogenitales o condilomas. Estos tipos generalmente se asocian a lesiones benignas, siendo en muy raras ocasiones causantes de patologías malignas como los tumores de BuschkeLowenstein y, ocasionalmente, los carcinomas anales, de vulva y de pene (siendo responsable del 2,5-5% de estas lesiones (1,3,7).

El ciclo viral del VPH comienza cuando las partículas virales infecciosas alcanzan la capa basal del epitelio donde se unen y entran en las células a través de micro lesiones. El genoma viral se mantiene en la capa basal del epitelio. A medida que las células basales se diferencian, el ciclo de vida viral pasa por etapas sucesivas de amplificación del genoma, ensamblaje viral y liberación viral, con un cambio concomitante en los patrones de expresión de los genes tempranos y tardíos (1,8).

El tiempo que transcurre entre la infección y las primeras evidencias microscópicas de la existencia de lesiones precancerosas suele ser a menudo de 5 años (1). La duración media estimada de la infección para los tipos de alto riesgo es de 8 a 12 meses, aunque los tipos 16 y 18 tienden a persistir por periodos más prolongados, entre 16 y 24 meses (2).

La infección cervical persistente (definida como detección del virus más de una vez, en un intervalo igual o mayor a 6 meses), es producida por tipos virales de alto riesgo y es el factor de riesgo más importante para progresión a displasia de alto grado. Al contrario que los virus de bajo riesgo, los cuales permanecen en el núcleo de la célula infectada en situación episómica, los de alto riesgo ejercen su actividad oncogénica tras integrarse en el genoma celular mediante la síntesis de las proteínas virales E6 y E7. Estas proteínas se ligan a las proteínas producidas por los genes supresores de tumores p53 y Rb respectivamente, degradándolas e inutilizándolas funcionalmente. Esta interacción de células proliferativas, impide la correcta reparación del ADN, lo que se traduce en inestabilidad genómica y en un aumento de probabilidad de desarrollar mutaciones esenciales para la progresión a cáncer. Cuando existe esta infección cervical persistente puede dar lugar a la aparición de lesiones precancerosas e invasión. La displasia intraepitelial premaligna, lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado o neoplasias intraepiteliales cervicales de grados 2 y 3 son generalmente asintomáticas. La mayoría de las neoplasias intraepiteliales de grado 1 se asocia a infección por el VPH y tienen una alta tasa de regresión espontánea. Este tipo de lesiones pueden progresar a lesiones de grado 2 y 3 con una frecuencia del 15% en los dos años siguientes. (2,4,6,8)

El indicio más fiable del cáncer cervical invasivo es el carcinoma in situ o displasia grave (CIN 3) que abarca el espesor completo del epitelio. Este tipo de lesión es el auténtico precursor de las lesiones precancerosas, y si no se trata, progresa a cáncer cervical en una proporción de aproximadamente el 30% en los siguientes 20 años (1,6).

Aunque muchas mujeres contraen infecciones por estos virus, la mayoría no progresan a cáncer de cérvix, existiendo otros factores de riesgo que se involucran en el proceso patológico como son:

Factores medioambientales o exógenos.

– Anticonceptivos hormonales: cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo.

– Paridad: cuando se tienen más de 5 embarazos a término.

– Hábito tabáquico: se han aislado sustancias carcinogénicas presentes en el tabaco en el moco cervical, aunque no se conoce bien el mecanismo de interacción.

– Edad de la primera relación sexual: en las edades comprendidas entre los 15 y los 25 años, si se tienen compañeros sexuales distintos, existe una prevalencia

del 30-40%.

– Situación social: tienen más riesgo las personas con nivel socioeconómico bajo, las que provienen de países que no tienen sistemas de cribado.

Factores dependientes del virus.

- Tipo viral.
- Persistencia de la infección en exámenes repetidos.
- Carga viral por unidad celular.

Cofactores del huésped como son las hormonas endógenas, factores genéticos y otros factores relacionados con la respuesta inmunitaria.

Coinfecciones de transmisión sexual como el VIH, Chlamydia Trachomatis o el virus del herpes simplex tipo 2 (1,2,3).

La evidencia disponible no demuestra la asociación entre dieta, estado nutricional y carcinogénesis cervical por el VPH, aunque si está demostrado que los nutrientes antioxidantes podrían desempeñar un papel protector en la carcinogénesis cervical. El tratamiento de las lesiones verrugosas producidas por el VPH consiste en la extirpación de la lesión mediante diferentes métodos como son la criocirugía, la radio cirugía, la utilización de ácido tricloroacético y la utilización de inmunomoduladores inespecíficos. Dado que la mayoría de infecciones son transitorias, y no existe viremia, no es necesario el uso de antivirales sistémicos (3,9).

Prevención virus del papiloma humano:

La identificación del virus del papiloma humano como principal agente etiológico del cáncer cervicouterino ha permitido desarrollar diferentes medidas para su detección y prevención. La prevención debe contemplar líneas de acción dirigidas a la disminución de la incidencia, la morbilidad y la mortalidad, principalmente en grupos de mujeres de bajos recursos (10).

La OMS recomienda que los programas nacionales para la prevención y control del cáncer cervicouterino deben tener la siguiente organización:

- Desarrollo de políticas nacionales y establecimiento de una estructura.
- Planeación de un programa que incluya un sistema efectivo de referencia.
- Programa de implementación.
- Programa de monitorización y evaluación que incluya todos los niveles de atención (10).

Diferenciamos dentro de la prevención tres tipos: en primer lugar, la prevención primaria, que consiste en reducir la exposición de la población a factores de riesgo

de cáncer, con el objetivo de reducir la incidencia de la enfermedad, así como el uso de vacunas profilácticas. La prevención primaria debe consistir en educar y sensibilizar a la población para evitar una vida sexual precoz y en particular a la población adolescente sobre el adecuado uso del preservativo, así como evitar prácticas sexuales de riesgo. La prevención secundaria incluye un conjunto de acciones que promueven el diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento inmediato, aumentar la posibilidad de cura, mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad por cáncer. La prevención terciaria engloba las actividades para la rehabilitación y prevención de las complicaciones derivadas de la enfermedad, como por ejemplo la vigilancia de los efectos secundarios derivados de la terapia. En el caso de la histerectomía con doble anexectomía se debe valorar en función de la edad de la mujer, que se puede producir una menopausia precoz, para lo que se debe tratar con una terapia hormonal sustitutiva (1,5).

La educación para la salud se define como el intercambio de información con el propósito de aumentar la conciencia y el conocimiento acerca de cómo mantenerse sano y prevenir enfermedades, incluyendo información sobre los recursos de los que se puede disponer y los beneficios de los servicios de salud.

Las recomendaciones para incrementar el conocimiento sobre el cáncer cervicouterino incluyen:

- Informar a la población acerca del cáncer cervicouterino, sus causas e historia natural.
- Promover la vacuna contra el VPH en las niñas.
- Promover el escrutinio en las mujeres.
- Asegurar que las mujeres con resultados de VPH positivos reciban tratamiento cuanto antes.
- Aumentar el conocimiento acerca de los signos y síntomas del cáncer de cuello uterino y alentar a las mujeres a buscar atención sanitaria si experimentan alguno de ellos.
- Abordar la ignorancia, el miedo, la vergüenza y el estigma relacionados con el VPH (10).

Otra estrategia de prevención del cáncer de cuello uterino incluye las vacunas.

En junio de 2006, la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América autorizó una vacuna tetravalente y en el mismo año se autorizó en Europa la vacuna bivalente. Las vacunas profilácticas contra el virus del papiloma humano se componen de proteínas L1 específicas que se auto-ensamblan en VLPs (partículas similares al virus del papiloma humano) recombinantes no infecciosas. Existen dos tipos de vacunas: la primera que protege tanto contra

las lesiones precursoras del cáncer como contra las lesiones genitales externas causadas por los tipos 6, 11, 16 y 18; así como otra bivalente contra los 16 y 18. Ambas vacunas se administran a los 0, 1 o 2, y 6 meses mediante tres inyecciones intramusculares de 0,5 ml cada una. La vacuna bivalente: Cervarix® (contra los tipos 16 y 18) se fabrica mediante un sistema de células de insecto. Cada inyección incluye 20 microgramos de VLP VPH 16 y 20 microgramos de VLP VPH 18 con un adyuvante de 500 microgramos de hidróxido de aluminio con 50 microgramos de 3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A (AS04) (3,8).

La vacuna tetravalente (contra los tipos 6-11-16 y 18) o conocida comercialmente como Gardasil®, se elabora mediante un sistema de células de levadura. Cada inyección incluye 20 microgramos de VLP VPH 6, 40 microgramos de VLP 11, 40 microgramos de VLP VPH 16 y 20 microgramos de VLP de VPH 18 en un adyuvante de 225 microgramos de hidrofosfato sulfato de aluminio (3,8).

La tolerancia y la seguridad de las vacunas ha sido comprobada, siendo las reacciones adversas más comunes las reportadas en la zona de inyección de la vacuna: como dolor, enrojecimiento o hinchazón. Las reacciones adversas sistémicas reportadas incluyen cefalea, fatiga y síntomas gastrointestinales. Ambas vacunas son altamente inmunogénicas, lo que supone una seroconversión de más del 98% para todos los tipos de VPH incluidos en las mismas. El máximo título de anticuerpos se alcanza un mes tras la tercera dosis (3,8,9).

La OMS emite las siguientes recomendaciones en cuanto a la vacunación del VPH:

- Está indicada en niñas de 9 a 13 años. Las niñas que reciben una primera dosis de la vacuna contra el VPH antes de los 15 años pueden utilizar dos dosis.
- El intervalo entre las dos dosis debe ser de 6 meses. No existe un intervalo máximo entre ambas dosis; sin embargo, se sugiere que no sea mayor a 12-15 meses. Si el intervalo entre las dosis es inferior a cinco meses, se debe administrar una tercera dosis al menos 6 meses después de la primera dosis.
- Los individuos inmunocomprometidos, como los portadores del VIH, así como las mujeres de 15 años u mayores también deben recibir la vacuna y necesitan tres dosis para estar completamente protegidos. Las tres dosis se administrarían a los 0, 2 y 6 meses.
- La vacuna contra el VPH funciona mejor si se administra antes del inicio de la actividad sexual.
- Todas las niñas en el grupo de edad identificadas como población objetivo por el programa nacional deben recibir la vacuna contra el VPH.
- Las niñas que ya son sexualmente activas también pueden recibir la vacuna

contra el VPH, aunque tal vez su eficacia pueda ser menor.

– No se recomienda la administración de la vacuna en mujeres embarazadas. En caso de embarazo durante el periodo de administración de la vacuna, deberá suspenderse su aplicación hasta el fin del embarazo.

– En el caso de que la vacuna se administre a una mujer embarazada de manera inadvertida, no se requiere intervención alguna, debido a que no contiene virus vivos y no se han observado problemas de salud en otros casos (10).

Detección precoz y diagnóstico del cáncer de cuello uterino:

La prueba de elección es la citología o prueba del Papanicolaou, que se basa en el estudio morfológico de las células obtenidas por la exfoliación espontánea o inducida del epitelio cervical. El método tradicional consiste en la introducción de un espéculo para visualizar el cuello uterino; posteriormente se utiliza un hisopo (seco o húmedo) o un cepillo endocervical y se realiza la toma de la muestra que debe ser en ausencia de menstruación o de sangrado y sin utilizar lubricantes. Se le debe recomendar a la mujer no realizar tratamientos intravaginales desde una semana antes de la toma de la muestra, evitar lavados o duchas vaginales y el coito en las 24 horas anteriores. La toma endocervical se realiza en el canal endocervical mediante un movimiento circular. Para la toma exocervical se utiliza la espátula de Ayre de madera o plástico, que presenta un extremo lobulado para la muestra cervical y otro redondeado para la vagina. La toma exocervical se obtiene girando el borde de la espátula tras apoyarla sobre el exocérvix, tomando el material de esta zona y de la unión escamocilíndrica si es visible. Las muestras se extienden sobre una lámina de cristal, separadas y señalizadas. Tras la extensión debe fijarse rápidamente para evitar su desecación. Para considerar una muestra citológica como adecuada para su estudio es necesaria la presencia de células endocervicales y moco con células metaplásicas de la unión escamocilíndrica.

Esta prueba tiene una sensibilidad (proporción del total de mujeres con cáncer que la prueba es capaz de detectar) que oscila entre el 74% y el 97,6% y una especificidad (proporción de mujeres sanas confirmadas como tales por el valor negativo de la prueba) entre el 50 y el 91% (5). Actualmente se dispone de una nueva prueba del Papanicolaou líquida aprobada en 1996 como alternativa al frotis convencional tradicional, que redujo la proporción de muestras insatisfactorias del 1,1% al 0,3% y eliminó la fijación deficiente, la citólisis como causas de esos resultados insatisfactorios. Las muestras mediante este método se recogen de la misma manera que las pruebas convencionales, sin embargo, la muestra se coloca en una solución de conservante en lugar de una placa de vidrio. Un procesador automatizado prepara la muestra y hace una diapositiva uniforme para su revisión. La sangre es eliminada en el proceso (11).

Recomendaciones de citología:

- Realizar citología exfoliativa cervical a toda mujer entre los 18 y los 65 años que mantenga o haya mantenido relaciones sexuales, durante 2 años consecutivos (con el fin de detectar falsos negativos).

Si la prueba resulta normal, se repetirá la toma con la siguiente periodicidad:

- Cada 3 años hasta los 35 años.
- Cada 5 años de los 35 a los 65 años.
- Mujeres mayores de 65 años sin control en los 5 años anteriores deben ser controladas durante 2 años consecutivos. Si el resultado es normal se abandonará el control.
- Anual hasta los 35 años, en aquellas mujeres con tratamiento anticonceptivo hormonal y las que presenten factores de riesgo relacionados con la enfermedad.

No se recomienda la realización a mujeres que nunca hayan mantenido relaciones sexuales y aquellas a las que se ha practicado una histerectomía total. Otro método de diagnóstico es la colposcopia, que consiste en la visualización estereoscópica del cuello uterino, mediante un sistema óptico que permite una ampliación del campo entre 6 y 40 aumentos, lo que permite ver el endotelio y la angioarquitectura del cuello uterino. Se utiliza en combinación con la prueba de Schiller, que consiste en la tinción del cuello uterino con una solución yodoyodurada de lugol para marcar los límites de la lesión. También se puede aplicar para teñir los fondos de saco y paredes vaginales cuando se ha diagnosticado una CIN y se buscan lesiones multicéntricas. Se suele recoger una pequeña biopsia durante el control colposcópico para complementar la anterior. Empleando por orden estas técnicas (citología-colposcopia-biopsia) se pueden descubrir los falsos negativos de la citología (5).

Tratamiento del cáncer de cuello uterino:

- Las posibilidades de cura del cáncer de cuello uterino son directamente proporcionales a la precocidad del diagnóstico y el inicio del tratamiento (1).
- El tratamiento puede consistir en cirugía, radioterapia y quimioterapia, solos o en asociación, dependiendo del estadio clínico y de las condiciones de la paciente (5,11).
- En el caso del carcinoma in situ, el tratamiento consiste en la conización y vigilancia constante o en la histerectomía total. Se elige una técnica u otra en función de si la paciente desea mantener su capacidad reproductiva.
- Si se realiza una conización se debe repetir la citología cada tres meses para asegurarse que no hay recidiva (5).

En el caso del carcinoma invasor, el tratamiento consiste en:

- Radioterapia: se debe aplicar tanto en cuello como en los ganglios linfáticos de las paredes pelvianas laterales.
- Cirugía: el tratamiento primario se limita a las pacientes de las que se quiere conservar la función de los ovarios, cuando las lesiones presentan una diseminación local limitada y cuando la biopsia de los ganglios linfáticos paraaórticos es negativa. Los estadios más idóneos son IB y IIA.
- Quimioterapia: en la mayoría de los casos sólo proporciona un alivio temporal del dolor (5).

El pronóstico depende de la etapa de la enfermedad. En general las tasas de supervivencia a los 5 años son las siguientes:

- Etapa I: más del 90%.
- Etapa II: entre el 60 y el 80%
- Etapa III: aproximadamente el 50%
- Etapa IV: menos del 30% (11).

5 Discusión-Conclusión

Uno de los factores más importantes para desarrollar cáncer de cuello uterino es la infección por el virus del papiloma humano. Varios estudios refieren que alrededor del 80% de los cánceres de cuello uterino están causados por este virus, sobre todo por las cepas VPH 16 y VPH 18. Otros factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino incluyen tabaquismo, un sistema inmunitario debilitado, el sobrepeso y la multiparidad.

Es importante hacer hincapié en la prevención primaria mediante el uso de la vacuna profiláctica del virus del papiloma humano, así como la recomendación del uso de preservativo y de no mantener relaciones sexuales de riesgo para evitar el contagio. Además, se debe recomendar la realización de citologías frecuentes para detectar anomalías en las células del cuello uterino o lesiones precancerosas que pueden derivar en cáncer.

6 Bibliografía

- 1. Marañón Cardonne T, Mastrapa Cantillo K, Flores Barroso Y, Vaillanr Lora L, Landazuri Llagó S. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. 2017 [citado 2019 Nov 12]; 21(1):187-203.

- 2. Diestro Tejeda M.D, Serrano Velasco F, Gómez Pastrana N. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano. *Oncol.* 2007;30(2):42-59.
- 3. Martínez Galiano J.M. El virus del papiloma humano (VPH). Un problema importante para la salud pública en vías de solución. *Index Enferm.* 2007; 16(58): 42-4.
- 4. De Sanjosé Llongueras S, García García A.M. Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención. 4ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología.
- 5. Sánchez Seco Higuera P. Cáncer de cérvix uterino. *Semergen.* 2002;28(3):145-51.
- 6. Sanabria Negrín J.G. Virus del papiloma humano. *Rev Ciencias Médicas.* 2009;13.
- 7. León Cruz G, Faxas M.E. Cáncer de cuello uterino: aspectos inmunológicos y genéticos de mayor relevancia. *Rev Cubana Med.* 2004; 43(1):20-7.
- 8. Carretero Colomer M. Cáncer de cuello de útero, nuevas perspectivas en la prevención. *Offarm.* 2008;27(5).
- 9. Do Nascimento Sousa D.M, Araújo Chagas A.C, Moreira Vasconcelos C.T, Tetelbom Stein A, Batista Oriá M.O. Desarrollo de protocolo clínico para detección de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. *Rev Lat-Am. Enfermagem.* 2018;26:1-9.
- 10. Ochoa Carrillo F.J, Guarneros de Regil D.B, Velasco Jiménez M.T. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2015;14(3): 157-63.
- 11. Arévalo A.R, Arévalo Salazar D.E, Villarroel Subieta C.J. El cáncer de cuello uterino. *Rev Med La Paz.* 2017;23(2).

Capítulo 145

SARCOMA DE EWING, A PROPOSITO DE UN CASO

VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ

CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ

JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ

1 Introducción

El sarcoma de Ewing es un tumor óseo maligno que se forma en el hueso o en el tejido suave. Afecta principalmente a los adolescentes y adultos jóvenes.

El tumor puede originarse en cualquier parte del cuerpo. Generalmente empieza en los huesos largos de los brazos y las piernas, la pelvis o el tórax, al igual que en el cráneo o en los huesos planos del tronco. En raras ocasiones, el sarcoma de Ewing ocurre en adultos.

El tratamiento con frecuencia incluye una combinación de quimioterapia, radioterapia y extirpación quirúrgica del tumor primario.

2 Objetivos

- Describir el sarcoma de Ewing así como su tratamiento, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 48 años de edad con antecedentes de carcinoma de Ewing que acude a consulta por dolor en región costal. Trabajadora en activo, fumadora de 3-5 cigarrillos al día, no presenta alergias medicamentosas conocidas.

La paciente ha sufrido un carcinoma de Ewing (2005) en miembro inferior derecho (amputación tercer dedo) y una nueva recidiva a nivel vertebral dorsal en 2008, tratada con cirugía radical, radioterapia y quimioterapia.

Constantes vitales:

FC 67 lpm; TA: 126/69; SatO₂ 98%.

Exploración física: pared costal izquierda baja con lesión de 10 cm de diámetro, dolorosa a la palpación, auscultación pulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin edemas, no se palpan masas y/o megalias. No adenopatías axilares o supraventriculares.

Las pruebas complementarias son:

- TAC: se aprecia gran lesión lítica con masa de planos blandos e intensa reacción perióstica de aspecto maligno que depende de la octava costilla, compatible con metástasis dados los antecedentes de la paciente.
- Biopsia compatible con Sarcoma de Ewing.
- PET: lesión de características hipermetabólicas sugestiva de malignidad

Tras realizar una serie de pruebas complementarias, la paciente es diagnosticada de una recidiva de Sarcoma de Ewing en parrilla costal izquierda. Debido a los antecedentes de la paciente se decide iniciar un nuevo ciclo de quimioterapia y posterior valoración para intervención quirúrgica.

Finalmente se interviene a la paciente, se realiza resección de la lesión y se implanta una prótesis dinámica personalizada mediante impresión 3D, la cual consiste en 3 arcos costales para sustituir la 7^a, 8^a y parte anteromedial de la 9^a costilla. En el tercer día de postoperatorio se aprecia en zona dorsal una área de necrosis en fase de delimitación sin signos de infección, se realiza desbordamiento quirúrgico por medio de cirugía plástica y días después es dada de alta con antibioticoterapia.

4 Resultados

La paciente diagnosticada de sarcoma de Ewing es finalmente tratada con un ciclo de quimioterapia y posterior intervención quirúrgica, evolucionando bien

desde el punto de vista médico-quirúrgico y siendo dada de alta domiciliaria con antibioticoterapia y seguimiento posterior en la consulta de oncología médica.

5 Discusión-Conclusión

La paciente tras 10 días ingresada la paciente es dada de alta, continuará con antibioterapia oral durante otros 10 días. Se deberá realizar curas diarias y acudirá en 2 días a revisión para retirada de agrafes y puntos. Con posterior seguimiento del servicio de oncología.

Este tipo de tumor exige un tratamiento agresivo y un cuidado profesional para su manejo por el personal de enfermería, para conseguir un cuidado holístico del paciente.

6 Bibliografía

- 1. National Cancer Institute website. Ewing sarcoma treatment (PDQ) - health professional version. www.cancer.gov/types/bone/hp/ewing-treatment-pdq.
- 2.)National Comprehensive Cancer Network website. NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): Bone cancer. Version 1.2018. www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/bone.pdf.

Capítulo 146

CONTRASTES EMPLEADOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

VIRGINIA GARCÍA ÁLVAREZ

CRISTINA VALDEGRAMA GONZALEZ

JUAN RAFAEL CASTRO FERNANDEZ

1 Introducción

Los medios de contraste permiten mejorar fotografías del interior del cuerpo humano, ya sean obtenidas por TAC, RMN o radiografía. Permiten al radiólogo distinguir las condiciones normales de las anormales puesto que provocan un realce o contraste de las estructuras vasculares y de distintos órganos internos.

2 Objetivos

- Describir los contrastes empleados en el servicio de radiología.
- Conocer cuándo se deben emplear alternativas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los diferentes contrastes empleados en el servicio. Se ha realizado una búsqueda sistemática de

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

4 Resultados

Los principales contrastes empleados en el servicio (imagen).

Se deberán emplear alternativas en los siguientes casos:

- Alergia: en caso de alergia se considerará una prueba de alto riesgo (carro de paradas disponible), administrar tratamiento preventivo.
- Función renal: se debe valorar tanto el nivel de creatinina como la tasa de filtrado glomerular.
- Función tiroidea: no administrar en pacientes con hipotiroidismo ya que puede dar lugar a tiroxicosis.
- Embarazo: no hay estudios que confirmen que los contrastes afecten al feto. El riesgo se debe a la posible exposición del feto a radiaciones.

PRINCIPALES CONTRASTES EMPLEADOS EN EL SERVICIO

CONTRASTE	P.ACTIVO	ADMINISTRACIÓN	DOSIS MEDIA
<i>Gadovist</i>	Gadobutrol	Intravenosa	0,1ml/kg peso
<i>Dotarem</i>	Acido gadotérico	Intravenosa	0,2ml/kg peso
<i>Gastrografin</i>	Amidotriozato de sodio y meglumina	Oral / Rectal	Según edad, prueba y forma administración
<i>Primovist</i>	Gadoxetato de disodio	Intravenosa	0,1ml Kg/peso
<i>Omnipaque</i>	Iohexol	Intravenosa / Oral	Según prueba
<i>Plenigraf</i>	Amidotriozato de sodio, amidotriozato de meglumina y amidotriozato de calcio	Intravenosa	3-4ml/Kg peso

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que los contrastes disponibles en dicho servicio presentan cobertura para casi todo tipo de pacientes y circunstancias. Si bien siempre se

deberán tener una serie de precauciones en pacientes con antecedentes de alergia a contrastes yodados, paciente con alteración de la función renal y/o tiroidea y en mujeres ante la posibilidad de embarazo.

6 Bibliografía

- Materiales de contraste [sede web]. Radiological Society of North America [actualizada 21 febrero 2017; acceso 10 noviembre 2017]. ACR Manual in Contrast Media.
- Procedimiento general de uso de contrastes [sede web]. Area de Radiodiagnóstico, Empresa Publica Hospital Costal del Sol [actualizada 11 abril de 2012; acceso 10 noviembre 2017].

Capítulo 147

PACIENTES DON DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

ALBA GARCÍA BAS

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

1 Introducción

La demencia de cuerpos de Lewy Se describió por primera vez en 1983, y los criterios DE diagnóstico clínicos se publicaron entre comienzos y mediados de los años noventa. Se ha sugerido que la demencia de cuerpos de Lewy puede representar entre el 15% y el 25% de los casos de demencia en las personas de más de 65 años, aunque la autopsia sugiere tasas mucho menores. Los síntomas característicos son la demencia, la fluctuación marcada de la capacidad cognitiva, las alucinaciones visuales iniciales y persistentes, y los síntomas motores espontáneos del parkinsonismo. También son comunes las caídas, el síncope, los trastornos transitorios de la conciencia, la sensibilidad a los neurolépticos y otros modos de alucinación. Todo esto ocasiona una serie de trastornos que nos compete al personal de enfermería y al personal sanitario en general, dificulta mucho la atención y la relación con el paciente y familiares.

La presencia de cuerpos de Lewy ampliamente dispersos en el cerebro distingue los trastornos por cuerpos de Lewy del resto de las encefalopatías degenerativas. Su cantidad y distribución se correlaciona con la intensidad de la demencia.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de cuerpos de Lewy, su tratamiento y actuaciones frente a la enfermedad.

3 Metodología

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

La búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas de la salud se ha hecho eligiendo artículos en castellano e inglés, encontrados a través del uso de descriptores de la salud (DECS) como palabras clave.

4 Resultados

- Los trastornos conductuales en estos pacientes pueden resultar un problema terapéutico de difícil solución. Una de las características que sugieren el diagnóstico de la demencia de cuerpos de lewy con respecto a su tratamiento es la sensibilidad a los neurolépticos tanto típicos como atípicos. Han habido reportes de un síndrome caracterizado por sedación, rigidez, que puede llegar a la inmovilidad, inestabilidad postural con caídas, confusión y letargo, que teóricamente se piensa es inducido por las propiedades antidopaminérgicas y anticolinérgicas de los antipsicóticos en estos pacientes. El empeoramiento de los elementos de la serie parkinsoniana, con aumento de la rigidez muscular y de la rueda dentada, son efectos secundarios comunes de los antipsicóticos en esta patología, particularmente frente a la exposición a los neurolépticos convencionales.
- Actualmente sólo puede realizarse un tratamiento para controlar los síntomas de la enfermedad y no existe ningún fármaco aprobado específicamente para esta patología. En general se debe intentar evitar el abuso de fármacos que suele ser frecuente en estos pacientes cuando coexisten los síntomas motores extrapiramidales, los psiquiátricos, la demencia y las disfunciones autonómicas. El tratamiento de estos pacientes es complejo y obliga a considerar los aspectos motores, cognitivos y el manejo de la aparición de trastornos conductuales. El

tratamiento con L-DOPA es el pilar de la terapéutica de los trastornos motores en estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

No existe una cura para la enfermedad de la demencia con cuerpos de lewy. En nuestro día a día nos encontramos con muchos pacientes con esta patología y nuestra labor es hacer sentir al paciente confortable, también a su familia. Existen tratamientos para mitigar ciertos síntomas, aunque también producen otros muchos, por eso debemos ser conscientes de ello y proporcionar las medidas de confort necesarias para estos pacientes. La demencia con cuerpos de Lewy es una enfermedad progresiva. Esto significa que los síntomas comienzan lentamente y empeoran con el tiempo, con lo que el diagnóstico precoz es también importante.

La demencia con cuerpos de Lewy puede ser difícil de diagnosticar porque el mal de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer causan síntomas similares

6 Bibliografía

- Litvan, I, MacIntyre A, Goetz CG, Wenning GK, Jellinger K, Verny M, et al. Accuracy of the clinical diagnoses of Lewy body disease, parkinson disease, and dementia with Lewy Bodies: a clinicopathologic study. Arch Neurol 1998; 55(7): 969-78.
- Aarsland D, Litvan I, Salmon D, Galasko D, Wentzel-Larsen T, Larsen JP. Performance on the dementia rating scale in Parkinson's disease with dementia and dementia with Lewy bodies: comparison with progressive supranuclear palsy and Alzheimer's disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2003; 74: 1215-20.
- Robles A. Los complejos de las demencias degenerativas: una evolución de la enfermedad al espectro. Neurología. 2009;24(6):399-418. PubMed

Capítulo 148

EL PERSONAL SANITARIO ANTE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO

MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS

MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS

AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ

ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

1 Introducción

Se tiene una concepción errónea de que la depresión es un aspecto normal de la vejez. Lo más frecuente es que las personas mayores se sientan satisfechas con sus logros personales, tanto familiares como laborales. Cuando aparece la depresión en esta etapa de la vida, puede deberse a diferentes causas: efectos secundarios de medicamentos, muerte de un ser querido (especialmente si se trata de su pareja), enfermedad física incapacitante, soledad, incompreensión familiar, etc.

La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad va al médico, puede solo describir síntomas físicos, esto pasa por que el anciano puede ser reacio a hablar de su desesperanza y tristeza o puede no querer hablar de su

falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. No debemos olvidar tampoco la gran ayuda que supone el apoyo y afecto por parte de los familiares, especialmente en esta etapa de la vida, pues nuestros mayores se encuentran más necesitados de atención, si cabe, que nunca. El buscarles algún tipo de ocupación que les satisfaga es, quizás, una de las mejores estrategias en la prevención de un posible estado depresivo. Con ello no sólo ayudaremos al anciano, sino que probablemente nos estemos ayudando a nosotros mismos.

2 Objetivos

- Evaluar en concepto y contexto de la depresión en el anciano.
- Identificar precozmente a aquellos pacientes aquejados de depresión, así como su prevención.

3 Metodología

La metodología utilizada para la elaboración del presente capítulo ha sido una revisión bibliográfica utilizando la literatura científica existente. A través de búsqueda en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. A su vez, se han revisado diferentes publicaciones bibliográficas, de reconocido prestigio académico.

4 Resultados

- La depresión es un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y que aumenta la mortalidad en la población geriátrica. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo, el ánimo, y la manera de pensar, en resumen, altera la calidad de vida del que la sufre y es además, un problema social y de salud pública.

Afecta a la forma en que una persona come y duerme, afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien", sin tratamiento.

También hay que añadir que la depresión tiene importancia en el paciente geriátrico porque tiene una prevalencia muy alta, se considera que el 30% de los mayores de 65 años padece alguna de las diversas formas de depresión. Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

- Los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado. La depresión en el anciano tiene formas peculiares de presentación (depresión menor, depresión de inicio tardío y, a veces, pueden predominar síntomas físicos o cognitivos, e incluso lesiones orgánicas en el sustrato de la depresión (depresión vascular). Cuando hablamos de depresión tenemos que tener en cuenta que hablamos de una gran variedad de manifestaciones clínicas, que incluyen síntomas psíquicos (consistentes en una alteración del humor o del estado de ánimo, sería el denominado ánimo depresivo o tristeza vital) y corporales (alteraciones del sueño, pérdida de peso con falta de apetito, cansancio o falta de energía,...).

- Los síntomas a destacar:

Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.

Sentimientos de desesperanza y pesimismo.

Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.

Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.

Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."

Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.

Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.

Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.

Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.

Inquietud, irritabilidad.

Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

La persona enferma y deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación, así como la pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida también pueden precipitar un episodio depresivo.

La depresión senil tiene una serie de rasgos diferenciadores, entre los cuales cabe destacar:

- La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades que por otra parte son muy frecuentes en estas edades. A veces estos síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.
- En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria que obliga a los clínicos a diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia.
- Los ancianos con mucha frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la depresión en sí no es la enfermedad principal, sino un síntoma acompañante. Son las llamadas depresiones somatógenas que complican procesos como la enfermedad de Parkinson, el ICTUS, enfermedades del tiroides (como el hipertiroidismo o el hipotiroidismo), trastornos del metabolismo o algunos tipos de cáncer.
- Por el mismo motivo los ancianos consumen en ocasiones fármacos para tratar sus enfermedades pero que pueden inducir la aparición de depresión días o semanas después de su uso, entre estos están medicamentos como corticoides, antiparkinsonianos, algunos antihipertensivos, etc.
- Lo más importante que alguien puede hacer por la persona deprimida es ayudarle a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados, así como darle apoyo emocional, lo cual implica comprensión, paciencia, afecto y estímulo. Es importante buscar la forma de hablar con esa persona y que se de cuenta de que la escuchamos con atención, no se deben de minimizar los sentimientos que el paciente exprese pero si hay que señalarle la realidad y ofrecerle esperanza. En ocasiones puede requerir que el familiar o amigo haga una cita y acompañe a la persona deprimida al médico, incluso a veces es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento en casa de forma correcta, al

igual que deben de asegurarse de que está cumpliendo las órdenes médicas.

También es bueno invitarles a caminar, pasear, ir al cine y a otras actividades, que sean de su agrado, para que estén algo más entretenidas y se distraigan un poco. Es necesario persistir con delicadeza si la invitación es rechazada. Fomentar la participación del paciente en actividades que antes le daban placer, como pasatiempos, deportes, actividades religiosas o culturales, también es beneficioso, pero sin forzar a la persona deprimida a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. Estos pacientes, sobretodo los geriátricos, necesitan diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar su sentimientos de fracaso.

Tampoco se puede acusar de simular enfermedad o ser perezoso, ni se puede pretender que salga de esa situación de un día para el otro. Con tratamiento, la mayoría de las personas mejora, y es lo que hay que tener presente al igual que hay que hacerle tener presente al paciente que con tiempo y ayuda va a sentirse mejor.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante es la identificación e intervención precoces. En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Enfermedades tales como los accidentes cerebro-vasculares, los ataques del corazón, el cáncer, la enfermedad de Parkinson y los trastornos hormonales, pueden llevar a una enfermedad depresiva.

En líneas generales, el abordaje terapéutico es semejante al utilizado en el adulto joven, por lo que hablamos entonces de la utilización de técnicas de psicoterapia, técnicas psicosociales y fármacos antidepresivos.

6 Bibliografía

- <http://www.medicinageriatrica.com.ar/>.
- <http://www.psicologia2000.com/depresion-ancianos.htm>
- M.J. García Serrano, J. Tobías Ferrer, Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo, (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701788397>).

Capítulo 149

ULCERAS POR PRESIÓN, VIGILANCIA Y PREVENCIÓN.

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

ALBA GARCÍA BAS

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), también conocidas como escaras por presión, úlceras de decúbito y escaras por permanecer en la cama, son áreas de daño localizado en la piel y el tejido subyacente causadas por presión, roce o fricción. Los dispositivos para reducir la presión como las camas, los colchones, los soportes para el talón, las férulas y las almohadas se utilizan como parte del tratamiento para reducir o aliviar la presión sobre la úlcera.

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud, con conocidas repercusiones sanitarias y sociales (afecta al 10% de pacientes ingresados y supone costes muy considerables). En España, la media de prevalencia de UPP en hospitales es del 8,8%

2 Objetivos

- Definir las principales medidas por parte de enfermería a implementar en la prevención de la UPP y las recomendaciones a seguir.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Las principales medidas son:

- Valorar el riesgo de UPP mediante una escala.
- Valorar la ingesta de alimentos.
- Usar almohadas para disminuir la presión local.
- Movilizar mediante técnica adecuada para evitar fricción.
- Usar superficies de alivio de presión en pacientes con riesgo.
- Proteger con productos tópicos la piel enrojecida y mantener la piel limpia y seca.

Las recomendaciones a seguir:

- No poner almohadas bajo las rodillas, ya que esto ejerce presión sobre los talones.
- Nunca se arrastra al paciente para cambiar de posición o subirse o bajarse de la cama. Arrastrarse causará ruptura de la piel. Puede que sea necesaria ayuda si necesita trasladarse a la cama o subirse o bajarse de ella. Si lo traslada otra persona, debe alzarlo o usar una sábana de arrastre para pasarlo.
- Cambios de posición cada 1 a 2 horas para quitar la presión de cualquier punto.
- Las sábanas y la ropa deben estar secas y lisas, sin ninguna arruga.
- No elevar la cabecera de su cama a más de un ángulo de 30 grados. Estar en una posición más horizontal impide que su cuerpo se resbale hacia abajo y esto puede causar más daños.

5 Discusión-Conclusión

El grado de implementación de las directrices que aparecen en las guías de práctica clínica es más bajo que en la teoría de conocimientos. Podrían existir factores

que impidieran dicha implementación (escasez de plantillas, tiempos de enfermería ajustados, inadecuada prioridad a las UPP, déficit de medios).

La labor de enfermería y de los auxiliares de enfermería en el caso de la prevención y el tratamiento de UPP en el paciente con ciertos riesgos es muy importante. El mejor tratamiento para estos caso es la prevención. Y realizando las labores precisas con el cuidado adecuado se pueden prevenir en un alto porcentaje la aparición de UPP. Existen a nuestra disposición multitud de sistemas de prevención como por ejemplo los colchones antiescaras, los aceites hiperoxigenados...etc.

Una vez aparecidas estas úlceras el tratamiento recae con totalidad en la enfermería quien se encarga de cuidarlas, de impedir su avance y de incluso llegar a devolver a la piel su estado íntegro. En general, no existe un factor único que pueda explicar la aparición de las úlceras por presión, en su lugar existe una compleja interacción de factores que aumentan la probabilidad de desarrollarlas.

6 Bibliografía

- Avilés Martínez M, Sánchez LLorente M. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2012.
- Gorecki C, Brown JM, Nelson EA, Briggs M, Schoonhoven L, Dealey C, et al. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2009 Jul;57(7):1175-1183.
- Soldevilla J, Torra J, Verdú J, Martínez F, López P, Rueda J. 2o Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España. *Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos* 2006;17(3):154-72.

Capítulo 150

ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ

LORENA LAVANDERA GARCIA

MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN

ELENA MERCHÁN MARCOS

1 Introducción

El enfermo crítico es cualquier paciente con patología grave, con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representa una amenaza para la vida y que al mismo tiempo es susceptible de recuperación. El enfermo crítico –así entendido- cobra progresivamente carta de existencia como un tipo de paciente que requiere una actuación eficaz y rápida, con independencia de su diagnóstico. Requiere un manejo continuo de los pacientes incluyendo la monitorización, el diagnóstico y el soporte de las funciones vitales afectadas, así como el tratamiento de las enfermedades que provocan dicho fracaso, constituyendo el escalón más avanzado del esquema gradual de atención a los pacientes (1.)

Como en ningún tipo de paciente es esencial que la asistencia proporcionada sea de calidad desde un primer momento. En los últimos años se han establecido “cadenas” donde los eslabones de la asistencia tienen que estar establecidos,

siendo vital la rapidez y la adecuación de los cuidados que se proporcionan. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) son más vulnerables a la aparición de úlceras por presión (UPP), y es por ello que allí se registran los mayores índices de incidencia y prevalencia. Según datos del 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España las UPP alcanzan cifras de prevalencia del 21,05% en las UCI de hospitales generales, siendo la prevalencia media en las unidades de hospitalización del 8,91%.

Las razones que podrían explicar una mayor incidencia de UPP en las UCI residirían en las condiciones específicas del paciente crítico, tanto físicas como psíquicas, así como en los procedimientos terapéuticos a los que se ve sometido: sedación, ventilación mecánica, estado nutricional, fármacos vasoactivos o técnicas de depuración renal entre otras.

La piel es el órgano más grande del organismo y constituye el 15% del peso total de un adulto (Wysocki, 2012). Es una barrera protectora contra microorganismos patógenos y un órgano sensorial del dolor, la temperatura y el tacto. Además, se encarga de la síntesis de vitamina D. Una lesión en la piel supone un riesgo para la seguridad y desencadena una respuesta de cicatrización compleja. Una de las responsabilidades más importantes de la enfermería es la valoración y el seguimiento de la integridad de la piel, la identificación del problema y la planificación, implementación y evaluación de intervenciones para mantener dicha integridad.

La piel tiene dos capas: la epidermis y la dermis. Están separadas por una membrana, que con frecuencia recibe el nombre de unión dermis- epidermis. La epidermis, o capa externa, tiene a su vez varias capas. Las células se originan a partir de la capa epidérmica más interna, comúnmente denominada capa basal. Las células en la capa basal se dividen, proliferan y migran hacia la superficie epidérmica. Después de llegar al estrato córneo, se aplanan y mueren.

Este movimiento constante asegura la renovación de las células de la superficie desprendidas durante la descamación normal. El delgado estrato córneo protege a las células y los tejidos subyacentes de la deshidratación e impide la entrada de ciertos agentes químicos. Por otro lado, también permite la evaporación del agua de la piel y la absorción de ciertos medicamentos tópicos. La dermis, capa interna de la piel, proporciona resistencia a la tracción, soporte mecánico y protección a los músculos, los huesos y los órganos subyacentes. Entender la estructura de la piel nos ayuda a mantener la integridad de la piel y promover la cicatrización de las heridas. Una piel íntegra protege al paciente de una lesión mecánica o

química.

Úlcera por presión, úlceras por decúbito o escaras son términos utilizados para describir el deterioro de la integridad cutánea relacionado con la presión continuada. Una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel y otro tejido subyacente, por lo general, sobre una prominencia del cuerpo, como resultado de la presión o de la presión en combinación con el cizallamiento y/o la fricción.

Es necesario valorar las úlceras por presión a intervalos regulares, utilizando parámetros sistemáticos para evaluar la cicatrización de la herida, planificar intervenciones adecuadas y evaluar su progreso. La valoración incluye la profundidad de los tejidos afectados y el tipo y porcentaje aproximado de tejido en el lecho de la herida, las dimensiones de la herida, la descripción del exudado y el estado de la piel circundante. Un método para la valoración de una úlcera por presión es la utilización de un sistema de estadificación. Los sistemas de estadificación de las úlceras por presión se basan en la descripción de la profundidad del tejido destruido.

Con el estadiaje de las úlceras por presión se describe la profundidad de éstas en el momento de la valoración. Por tanto, una vez que se haya estadificado la úlcera por presión, este estadio perdura incluso a medida que cicatriza. Las úlceras por presión son lesiones localizadas en la piel y otros tejidos subyacentes, que por lo general, aparecen sobre una prominencia del cuerpo como resultado de la presión o de la presión en combinación con el cizallamiento y/o la fricción.

El EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) y NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) han establecido un sistema de estadificación de las úlceras por presión en función del tejido cutáneo comprometido:

- Estadio I: Piel integra con eritema no blanqueante. En este estadio la piel está integra, pero presenta eritema en un área localizada que no palidece a la presión, generalmente sobre una prominencia ósea. También puede presentarse decoloración de la piel, calor, edema, induración o dolor. En la piel del color oscuro no se puede visualizar la palidez. El área afectada puede ser dolorosa, firme, blanda y más caliente o fría que el tejido adyacente.
- Estadio II: Pérdida parcial del espesor de la piel o aparición de ampolla. La pérdida parcial del espesor de la dermis se presenta en forma de úlcera abierta poco profunda, con el lecho de la herida entre rosado y rojizo, sin esfacelos. También se puede presentar como una ampolla abierta o íntegra llena de suero o sangre. La úlcera por presión de estadio II es superficial, brillante o seca, sin esfacelos o

hematomas. Este estadio no debe ser utilizado para describir exudado de la piel, quemaduras, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoiación.

- III: Pérdida completa del espesor de la piel (grasa visible). En una úlcera de estadio III hay una pérdida completa del grosor del tejido y pueden encontrarse algunos esfacelos. La grasa subcutánea puede estar visible, pero no el hueso, los tendones o los músculos.

Pueden encontrarse algunos esfacelos. También pueden identificarse úlceras cavitadas y tunelizadas. La profundidad de una úlcera por presión en estadio III varía según la ubicación anatómica. Es el puente de la nariz, el oído, el occipital y el maléolo no hay tejido adiposo subcutáneo y las úlceras de estadio III pueden ser superficiales. Por el contrario, en las zonas de adiposidad significativa pueden desarrollarse úlceras en estadio III muy profundas. En estos casos, el hueso/tendón no es directamente visible o palpable.

- Estadio IV: Pérdida completa del espesor de los tejidos (músculo/hueso visible). En una úlcera en estadio IV se produce una pérdida completa del grosor del tejido con exposición del hueso, el tendón o el músculo. En una úlcera en estadio IV se produce una pérdida completa del grosor del tejido con exposición del hueso, el tendón o el músculo. Pueden existir esfacelos o escaras. Es frecuente la cavitación y tunelización. La profundidad de una úlcera por presión en estadio IV también varía según la ubicación anatómica. Las úlceras en estadio IV pueden llegar al músculo y/o las estructuras de soporte, y es probable que se produzca osteomielitis u osteítis. En esta ocasión, los huesos/músculos sí son visibles o palpables directamente.

- No estadificable/inclasificable: Pérdida total del espesor de la piel o los tejidos. Profundidad desconocida. Úlceras en las que no puede identificarse la profundidad de la lesión al no poder ser visualizado el lecho y los tejidos dañados. En una úlcera no estadificable hay una pérdida total del espesor del tejido y no puede identificarse la profundidad real de la úlcera porque está completamente oculta por esfacelos y/o escaras en el lecho de la herida. Hasta que no retiran los esfacelos y/o escaras para exponer el lecho de la herida, no se puede observar la profundidad verdadera; pero puede corresponder a un estadio II o IV.

La sospecha de lesión tisular profunda se produce cuando se observa un área localizada de color morado o marrón en la piel íntegra o una ampolla llena de sangre causada por una lesión en los tejidos blandos subyacentes debido a la presión y/o cizallamiento. El área puede estar precedida por un tejido doloroso, firme, blando, edematizado, más caliente o más frío que el tejido adyacente. La lesión tisular profunda puede ser difícil de detectar en las personas con tonos

de piel oscuros. La evaluación puede incluir una ampolla delgada sobre el lecho oscuro de la herida. La herida puede evolucionar y llegar a estar cubierta por una costra delgada. La evolución puede ser rápida, con la exposición de capas adicionales de tejido, incluso con el tratamiento (1).

En general, las úlceras por presión suelen ser consideradas un problema de personas ancianas, ya que el proceso normal de envejecimiento altera las características de la piel y hace que sea más vulnerable a los daños, sin embargo, cualquier persona expuesta a una presión prolongada, ya sea por inmovilidad o por dispositivos terapéuticos, como pueden ser los pacientes críticos, no está exenta de este tipo de úlceras.

Según los datos de un estudio de prevalencia realizado en 2013 en los hospitales españoles, la prevalencia de úlceras por presión en la UCI fue de aproximadamente un 22%, siendo las unidades donde hay un mayor riesgo de desarrollar úlceras por presión. Además, según los datos recogidos, un 65% de estas lesiones son nosocomiales. Aunque estas cifras pueden explicarse por el estado y las características de estos pacientes y por los dispositivos asociados al tratamiento de los mismos, también pueden tener un componente relacionado con unas prácticas preventivas poco eficaces. Por otro lado, este estudio afirmó que las localizaciones anatómicas más frecuentes en las que aparecen las UPP son sacro, talón, trocánter y maléolos, en este orden. El tratamiento de las úlceras por presión supone un importante porcentaje del gasto sanitario, un 5% del gasto sanitario de España, lo que supone cerca de 461 millones de euros (2,3).

2 Objetivos

- Conocer más acerca de las UPP.
- Estudiar las consecuencias socioeconómicas derivadas de las UPP.

3 Metodología

Para proceder a la elaboración del trabajo, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva en Pubmed. Además de la búsqueda en Pubmed, se consultaron y añadieron a la bibliografía artículos científicos procedentes de otros buscadores como Cochrane, Scielo, Dialnet y BDENF, así como el GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas).

Se establecieron como criterios de búsqueda revisiones y artículos científicos publicados en los últimos años en inglés y en español.

Las palabras clave utilizadas para las búsquedas fueron: pressure ulcer, critical patient, prevention, risk factor, predictive scale, úlceras por presión, nutrición, mattress, colchones. Se seleccionaron un total de 22 artículos relacionados con la prevención de úlceras por presión y se descartaron aquellos otros que no se centran en el tema principal de estudio.

Como fuentes de información para el estudio se emplearon dos libros de texto relacionados con la prevención de úlceras por presión en pacientes críticos: Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico y Fundamentos de Enfermería de Potter Perry y Stockert Hall. Se añadieron imágenes de la página Web de National Pressure Ulcer Advisory Panel.

4 Resultados

Las úlceras por presión son una causa importante de mortalidad, morbilidad y además suponen un elevado coste sanitario.

Con el objetivo de disminuir el coste asociado a las úlceras por presión, se realizó un estudio en Queensland, Australia donde se concluyó que el soporte nutricional a pacientes de alto riesgo es rentable en la prevención de las úlceras por presión (4).

Sin embargo, la relación causal exacta entre la nutrición y el desarrollo de las úlceras por presión en pacientes en cuidados intensivos sigue siendo en gran parte desconocido y poco estudiado.

La evidencia es escasa:

- Por un lado, un estudio concluye que en los pacientes que recibieron una fórmula enteral enriquecida con micronutrientes, ácido eicopentaenoico y ácido γ -linolénico hubo una menor incidencia de úlceras por presión que en los pacientes que recibieron una fórmula enteral control que carece de estos componentes nutricionales.
- Por otro lado, otro estudio sobre el impacto de la nutrición en la cicatrización de las úlceras por presión en pacientes críticos llega a la conclusión que la progresión de las úlceras fue significativamente menor en los pacientes que recibieron una fórmula de alimentación enriquecida con aceite de pescado que en los pacientes que recibieron una fórmula de control isocalórica (5).

La identificación de los pacientes que potencialmente pueden desarrollar úlceras por presión es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención. Esta identificación se lleva a cabo a través de la valoración de los factores de riesgo, empleando escalas como la de Braden o la de Norton. Se identificaron 16 escalas desarrolladas específicamente para el contexto de los cuidados intensivos, aunque solo tres tenían dos o más estudios de validación. A su vez, se identificaron cuatro escalas generalistas: Norton, Waterlow, Braden y Braden Mod que también han sido validadas en las UCIs. Como conclusión final se aconsejó utilizar la Escala de Braden para valorar el riesgo en pacientes con cuidados críticos. Otras escalas como Cubbin-Jackson, Jackson-Cubbin, Norton o BM por Song-Choi pueden ser útiles, pero necesitan más estudios de validación (6).

Un estudio publicado en 2013 evaluó la validez predictiva de la escala de Braden en los pacientes en unidades de cuidados intensivos y demostró que dicha escala tiene una validez predictiva insuficiente y poca precisión en la discriminación de los pacientes de cuidados intensivos, por lo que se necesitaría investigar factores de riesgo más específicos en dichas unidades (7).

Otro artículo basado en el estudio de predictores de úlceras por presión en pacientes críticos concluyó que la edad, la duración de la estancia, movilidad, fricción/cizalla, la infusión de noradrenalina y las enfermedades cardiovasculares deberían ser incluidas en la escala de Braden, ya que explicó la aparición de la mayor parte de las úlceras por presión (8).

Además de la escala de Braden y Norton existen otras herramientas para la identificación de los pacientes con elevado riesgo de aparición de úlceras por presión. Según otro estudio revisado se llegó a la conclusión de que la escala Cubbin y Jackson tienen una función ligeramente mejor que la escala de Braden para predecir el desarrollo de úlceras por presión (9).

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la efectividad de los métodos de disminución de la presión. De esta forma se concluyó que las úlceras por presión suelen desarrollarse alrededor de las tuberosidades óseas isquiotibiales, y que, además, ciertas técnicas encaminadas a aliviar la presión de estas prominencias óseas, paradójicamente, pueden llegar a aumentar el desarrollo de estas úlceras. Por tanto, se determina que son necesarias más investigaciones sobre los mecanismos para aliviar la presión (10).

En Turquía también se realizó un estudio sobre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la úlceras por presión, pero teniendo en cuenta factores difer-

entes a las consideradas en el primer artículo. De esta forma, se obtuvieron las variables demográficas, la escala Apache II, la albúmina sérica, la hemoglobina y los niveles de glucosa, y la piel de los pacientes se evaluó diariamente hasta el alta.

Teniendo en cuenta esta población, de los pacientes con enfermedad aguda, el nivel de glucosa en la sangre, los niveles de hemoglobina, y la severidad de la enfermedad no se encontraron como factores de riesgo independientes para el desarrollo de úlceras por presión. Sin embargo, las probabilidades de tener una úlcera por presión eran casi dos veces mayor en las mujeres que los hombres, y las úlceras por presión se desarrollaron en el 35% de los pacientes con niveles de albúmina sérica inferiores a 3,3 g/dl. Por lo tanto, se debe prestar especial atención a las pacientes y las personas que tienen niveles de albúmina sérica inferiores. Además, nuevas escalas de predicción de riesgo que incluyen estos factores predictores, deben ser desarrolladas y probadas (11).

Una vez analizados los principales factores de riesgo implicados en la aparición de úlceras por presión, se deben tener en cuenta los principales métodos para prevenir su aparición. Un ensayo clínico aleatorio cuya población a objeto de estudio fueron los pacientes inmovilizados dentro de la atención de enfermería, intenta probar la eficacia del aceite de oliva como método alternativo frente al uso de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión en pacientes inmovilizados. De ser confirmada esta hipótesis, debido al bajo coste del aceite de oliva, los centros sanitarios podrían considerar su uso reduciendo el gasto sanitario y farmacéutico, así como la carga asistencial, ya que la incidencia de las úlceras por presión sería menor. En el momento de publicación del artículo (octubre 2013) la investigación se encontraba en fase de seguimiento (12).

Con respecto a la inclinación de los cambios posturales en la prevención de úlceras por presión, hay controversia sobre cuál es más idóneo para reducir la incidencia de úlceras por presión. Según la literatura revisada, se aconsejan cambios posturales con inclinación de 30 grados mientras que, en un artículo seleccionado, se demuestra que no existen evidencias acerca de la efectividad de dicha inclinación con respecto a la de 90 grados en posición lateral y supina (13).

Según un ensayo aleatorio controlado se llegó a la conclusión que el único coste añadido respecto a una inclinación u otra es el tiempo de enfermería (14).

La utilización de cojines podría ser una propuesta al colchón de aire para prevenir las úlceras por presión. Tras un estudio realizado sobre la utilización de cojines con presión interfaz frente a cojines de espuma típica se valoraron los

datos de presión sobre la tuberosidad isquiática, donde quedó demostrado que los primeros, aunque con una mayor área de contacto, ejercen una mejor redistribución de la presión y promueven un mejor flujo de sangre (15).

Según otro estudio en relación con una buena circulación en las zonas de mayor presión del cuerpo, se concluyó que los masajes diarios con hidratación y antisépticos, así como otros cuidados corporales, ayudan significativamente a la prevención de úlceras por presión (16).

Además de los dispositivos convencionales de protección de puntos de apoyo (como por ejemplo las tobilleras), existe una nueva técnica preventiva aún no probada en humanos, denominada “impedancia espectroscópica”, que consiste en la colocación de electrodos sobre la piel, diseñados para dar pequeñas corrientes eléctricas con el fin de conocer si existe muerte celular, comenzando así la aparición de una nueva úlcera (17).

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión (UPP) constituyen hoy un fenómeno de gran importancia y de creciente interés para la investigación enfermera. Representan uno de los problemas más frecuentes con los que nos encontramos en la práctica diaria, cuyo cuidado es, además, concebido como parte de nuestra responsabilidad. Se podría afirmar que, a menudo, las UPP son consecuencia de las malas estrategias preventivas. Su prevención está basada en la minimización de los factores de riesgo susceptibles de intervención. Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) son más vulnerables a la aparición de UPP, y es por ello por lo que allí se registran los mayores índices de incidencia y prevalencia. Las razones que podrían explicar una mayor incidencia de UPP en las UCI residirían en las condiciones específicas del paciente crítico, tanto físicas como psíquicas, así como en los procedimientos terapéuticos a los que se ve sometido: sedación, ventilación mecánica, estado nutricional, fármacos vasoactivos o técnicas de depuración renal entre otras.

Pese a tratarse de un problema de salud de gran envergadura, existen pocos trabajos que cuantifiquen la asociación directa entre factores de riesgo (FR) y aparición de UPP, y algunos de los publicados se basan en presunciones de tipo general. Paradójicamente, la importancia de los diferentes aspectos implicados en la aparición de UPP en el paciente crítico es objeto de permanente controversia. Por ello, cobra una especial relevancia la necesidad de verificar la relación directa

entre los FR y la aparición de UPP en estos pacientes, para así poder determinar intervenciones específicas para cada uno de ellos: uso de superficies de apoyo adecuadas, nutrición óptima y precoz o aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados en prominencias óseas. Aunque habrá aspectos sobre los que no podremos incidir directamente o de forma eficaz, debemos tener en cuenta que en determinadas ocasiones la intervención sobre un único elemento puede modificar el resultado del resto de factores implicados.

6 Bibliografía

- 1. Griffin Perry A, Potter P, Stockert P, et al. Fundamentos de enfermería. 8ªed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- 2. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º estudio nacional de prevalencia. Gerokomos. 2014. 25(4)
- 3. Soldevilla Agreda J. Javier, Torra i Bou Joan-Enric, Posnett John, Verdú Soriano José, San Miguel Lorena, Mayan Santos José M. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. Gerokomos.
- 4. Tuffaha HW, Roberts S, Chaboyer W, Gordon LG, Scuffham PA. Cost-Effectiveness and Value of Information Analysis of Nutritional Support for Preventing Pressure Ulcers in High-risk Patients:Implement Now, Research Later. Appl Health Econ Health Policy. 2015 Feb 4.
- 5. Cox J, Rasmussen L. Enteral nutrition in the prevention and treatment of pressure ulcers in adult critical care patients. Crit Care Nurse. 2014 Dec;34(6):15-27; quiz 28.
- 6. García-Fernández FP, Pancorbo-Hidalgo PL, Rodríguez-Torres MC, Soldevilla-Agreda JJ. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en unidades de cuidados críticos: revisión sistemática con metaanálisis. Rincón científico. 2013; 24 (2): 82-89.
- 7. Hyun S, Vermillion B, Newton C, Fall M, Li X, Kaewprag P, Moffatt- Bruce S, Lenz ER. Predictive validity of the Braden scale for patients in intensive care units. Am J Crit Care. 2013 Nov;22(6):514-20.
- 8. Cox J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. Am J. Crit Care. 2011 Sep;20(5):364-75.
- 9. Kim E, Choi M, Lee J, Kim YA. Reusability of EMR Data for Applying Cubbin and Jackson Pressure Ulcer Risk Assessment Scale in Critical Care Patients.

- 10. Anguera-Saperas L, García-Grau N, Roca-Biosca A, Rubio-Rico L, Velasco-Guillén MC. Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo.
- 11. Ülker Efteli E, Yapucu Günes Ü. A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy Wound Manage.* 2013 Jul;59(7):22-7.
- 12. Lupiáñez-Pérez I, Morilla-Herrera JC, Ginel-Mendoza L, Martín-Santos FJ, Navarro-Moya FJ, Sepúlveda-Guerra RP, Vázquez-Cerdeiros R, Cuevas-Fernández-Gallego M, Benítez-Serrano IM, Lupiáñez-Pérez Y, Morales-Asencio JM. Effectiveness of olive oil for the prevention of pressure ulcers caused in immobilized patients within the scope of primary health care: study protocol for a randomized controlled trial.
- 13. Young T. The 30-degree tilt position vs the 90-degree lateral and supine positions in reducing the incidence of non-blanching erythema in a hospital inpatient population: a randomised controlled trial. *J Tissue Viability.* 2004 Jul;14(3).
- 14. Chaboyer W, Gillespie B, Kent B, McInnes E, Thalib L, Whitty J. Cambios de posición para la prevención de úlceras de decúbito en adultos. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014;2 (1).
- 15. Arias S, Cardiel E, Rogeli P, Mori T, Nakagami G, Noguchi H, Sanada H. An alternating pressure sequence proposal for an air-cell cushion for preventing pressure ulcers. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2014;
- 16. Figueiredo, Nélia Almeida M; William César A; Porto, Isaura Setenta. O toque no corpo e a prevenção de escaras / The touch in the body and preventy the eschars. *Artigo em Português | BDENF - enfermagem (Brasil) | ID: bde-9370. Rev. enferm.*
- 17. Khan Y, Leeflang EJ, Liao A, Lian MC, Pavinatto FJ, Swisher SL et al. Impedance sensing device enables early detection of pressure ulcers in vivo. *Nature communications.* 2015; 6 (6575).

Capítulo 151

SONDAJE NASOGÁSTRICO

ALBA GARCÍA BAS

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

1 Introducción

El sondaje nasogástrico es una técnica invasiva la cual consiste en introducir una sonda o tubo flexible desde un orificio nasal hasta el estómago.

- Indicaciones del sondaje nasogástrico:

Administración de alimentación enteral e hidratación, administración de medicación, toma de muestra de contenido gástrico, prevención de broncoaspiración en paciente con disminución del nivel de conciencia, vaciado del contenido gástrico lavado gástrico, medición del pH gástrico y evacuación del aire en caso de neumogastrio.

- Contraindicaciones del sondaje nasogástrico

Relativas (precisan valoración del caso clínico en concreto). Varices esofágicas, esofagitis o síndrome de Mallory Weis, disminución de nivel de conciencia e intubación endotraqueal.

Absolutas. Perforación esofágica, fractura de los huesos de la base del cráneo y /o huesos faciales, obstrucción nasofaríngea o esofágica, ingesta de sustancias ácidas, alcalinas, otros cáusticos o derivados del petróleo presencia de coagulopatía severa.

2 Objetivos

- Identificar el material necesario para la realización de la técnica
- Conocer la correcta técnica del sondaje nasogástrico

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica y lectura de artículos publicados en webs , páginas oficiales y revistas científicas sobre protocolos de actuación , guías de práctica clínica

Se utilizaron como criterios de inclusión artículos en Español y publicados a partir del año 2000. Utilizando descriptores de la salud (Decs).

Palabras clave: enfermería, sondaje nasogástrico, intubación gastrointestinal, nutrición enteral

4 Resultados

La indicación de la colocación de una sonda nasogástrica a un paciente depende de una prescripción médica y la colocación de la sonda es realizada por el personal de enfermería en la mayor parte de los casos (también puede ser colocada por el médico responsable).

- Material necesario

Sonda nasogastrica del tamaño adecuado.

Lubricante hibrosoluble, tapón para la sonda, esparadrapo o apósito para la fijación, guantes no estériles, jeringa de 50 ml, vaso con agua, gasas, fonendoscopio, empapador, bolsa colectora en el caso de que fuese necesaria.

- Procedimiento :

Identificar e informar al paciente del procedimiento.

Reunir todo el material necesario par la realización del sondaje descrito anteriormente).

Colocar al paciente adecuadamente (posición Fowler).

Lavado de manos.

Realizar la técnica del sondaje.

Comprobar que la sonda esté en estómago y por último fijarla.

5 Discusión-Conclusión

Dado que la técnica es realizada la mayor parte de las veces por enfermería, se debería formar al personal para la realización de la misma, el mantenimiento, la retirada y los cuidados necesarios.

La realización de protocolos y la formación del personal es fundamental para el correcto manejo del sondaje nasogástrico

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Reina Sof Hospital Universitario Reina Sofía.: SONDAJE NASOGÁSTRICO,RETIRADA DE LA SONDA NASOGASTRICA Y NASOINTESTINAL Y PREVENCIÓN DE LA ASPIRACION ASPIRACIÓN. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales. Junta de Andalucía.
- Florez Almonacid CI., Romero Bravo A., Sonda nasogástrica y gastrostomía: insercción ,mantenimiento y retirada. Manual de protocolos y procedimientos generales. Hospital universitario Reina Sofía 2011
- Argüelles Martínez AR., Sondaje nasogástrico . Manual de procedimientos de enfermería . Hospital Universitario Central de Asturias . Servicio de Salud de Principado de Asturias . 2011
- Castro Lareo I, López Amado M. Técnicas de sondaje nasogástrico. Guía de Actuación en Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: semfyc; 2002; Pág.1256-58.

Capítulo 152

CAUSAS, PREVALENCIA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS.

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

1 Introducción

La osteoporosis se caracteriza por la pérdida de masa ósea que da lugar a la alteración de la estructura del hueso, lo que provoca un aumento de su fragilidad y, consecuentemente, del riesgo de fractura. Por lo tanto, la osteoporosis se define como una enfermedad esquelética caracterizada por una resistencia ósea disminuida que predispone a una persona a un riesgo elevado de fractura. (López Beatriz, 2011)

En España es la enfermedad metabólica ósea más prevalente. Según los artículos consultados la prevalencia de la osteoporosis en la población española queda definida en la tabla 1 (Díaz-Curiel et al., 2004). Su incidencia es mayor en las mujeres que en los varones debido a que en estos la masa ósea es mayor, no existe

un equivalente de la menopausia en ellos, tienen una menor tendencia a caerse y una esperanza de vida más corta. En resumen, la incidencia global de fracturas osteoporóticas (especialmente las fracturas de hueso trabecular) es mayor en las mujeres.

La resistencia ósea depende principalmente de dos factores: la densidad y la calidad ósea. La primera, se expresa en gramos de mineral por unidad de superficie (g/cm^2) y está determinada por el pico de masa ósea y por la cantidad de pérdida ósea, y representa el 70% de la resistencia del hueso. La segunda se refiere a la estructura, es decir, al recambio óseo y al acúmulo de lesiones (micro fracturas) y mineralización.

El método utilizado tanto en investigación como en prevención de la osteoporosis es la densitometría ósea. Ésta permite valorar tanto la densidad ósea (DMO) como la calidad del mineral (CMO) que forma el hueso, lo que nos ha permitido observar de una manera más eficaz la complejidad de la osteoporosis, aparte de ser un método muy eficaz para disminuir la incidencia de esta patología, ya que la densitometría ósea nos permite observar la DMO (principal factor de riesgo en la osteoporosis).

Se distinguen dos tipos de osteoporosis: una osteoporosis primaria en la que no se identifica una causa previa (dentro de este tipo de osteoporosis se distinguen otros tres tipos: osteoporosis juvenil o del adulto, posmenopáusica y senil), y una osteoporosis secundaria, que es la manifestación de otras patologías o de sus tratamientos.

CAUSAS DE LA OSTEOPOROSIS (Ref. López Beatriz 2011)

Con el paso del tiempo, para mantener el equilibrio, a medida que perdemos hueso viejo, formamos hueso nuevo. Este proceso se conoce como remodelado óseo. A partir de los 30 años este proceso cambia y la formación de hueso nuevo se hace más lento, por lo que se produce una disminución de la masa ósea de forma natural. Cuando dicha disminución se hace más severa aparece la osteoporosis. La osteoporosis se produce por una disminución global del tejido que forma el hueso, perdiéndose las proteínas que componen la matriz ósea y las sales minerales cálcicas que se encuentran depositadas sobre ella.

El hueso compacto o cortical (parte central de los huesos largos, por ejemplo fémur o tibia) está formado por una red de láminas concéntricas con un canal central por el que discurren los vasos sanguíneos que lo nutren. El hueso espon-

joso se sitúa en los extremos de los huesos largos y en los huesos planos o cortos (costillas, vértebras). En su interior existe una red de trabéculas, similar a la red de una tela metálica. En los huecos que deja esta red se encuentran los vasos sanguíneos.

La pérdida de la masa ósea comienza por el adelgazamiento de dichas trabéculas del hueso esponjoso además de por la interrupción de las conexiones en la red. El hueso compacto se adelgaza y pierde su grosor, haciéndose menos resistentes y aguantando peor los impactos y las caídas, por lo que se fracturan con mayor facilidad. Aunque las fracturas pueden ocurrir en diferentes partes del cuerpo, las muñecas, las caderas y la columna vertebral son las más afectadas.

Durante la niñez, los osteoblastos trabajan más rápido, permitiendo al esqueleto aumentar en tamaño, densidad y resistencia. Se trata de un período de crecimiento rápido del hueso, por lo que tan sólo bastan dos años para que el esqueleto se renueve por completo (proceso que en adultos puede durar entre 7 y 10 años). Entre los 16 y los 18 años, aunque los huesos dejan de crecer en longitud, su densidad continúa aumentando lentamente hasta finales de los 20, cuando el equilibrio entre la demolición y la construcción del hueso se vuelve estable. Sobre los 35, la pérdida de hueso aumenta de forma gradual como parte del proceso natural de envejecimiento, lo que puede conducir a la osteoporosis y a un mayor riesgo de fracturas óseas, sobre todo en años posteriores.

Las muñecas rotas pueden ser el primer indicio de la enfermedad, más a menudo en mujeres de mediana edad que han puesto su brazo para amortiguar una caída. Las fracturas de cadera como consecuencia de la osteoporosis son más frecuentes entre los 70 y los 80 años, por lo general como consecuencia de una caída y puede afectar todos los aspectos de la vida.

Las caídas son comunes en la edad adulta, debido a la falta de equilibrio y coordinación, dando lugar a un mayor riesgo de romperse la cadera, algo que podría tener un impacto significativo en la calidad de vida.

Existen tipos poco comunes de osteoporosis, como la osteoporosis juvenil idiopática, donde los huesos se rompen espontáneamente sin un aparente problema de fondo, a veces debido a otros factores tales como el uso de corticosteroides, enfermedad de huesos frágiles (osteogénesis imperfecta) o porque el niño es inmóvil.

La osteoporosis asociada al embarazo es una condición poco frecuente en los hue-

tos, usualmente en la columna o la cadera, que se rompen fácilmente durante o después del embarazo. Otra enfermedad rara es la osteoporosis transitoria migratoria, que se asocia a la pérdida repentina de densidad ósea, pudiendo causar dolor crónico (por lo general en una cadera).

FACTORES DE RIESGO Ref. (Calvo Miguel 2011, López Beatriz 2011)

El riesgo de que aparezca esta patología depende de numerosas predisposiciones, se dividen en factores modificables, relacionados con el estilo de vida, y los factores no modificables, relacionados con la herencia o la edad.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

- La edad y sexo: La edad es el factor de riesgo y el determinante de osteoporosis más importante desde el punto de vista epidemiológico. Es un factor de riesgo independiente, pero intensamente relacionado con la menopausia en la mujer. En el hombre la edad es un factor de riesgo más específico de tal manera que en edades por encima de los 75 años tiende a igualarse con el de la mujer.

La osteoporosis aparece aproximadamente a los 50 años de edad, durante la menopausia. Este riesgo aumenta con la edad y se agrava en las personas mayores.

- Raza: La osteoporosis y las fracturas osteoporóticas son más frecuentes en la raza blanca, seguida de la asiática, que en relación con la raza negra y los hispanoamericanos, presentan una incidencia menor

- Genética: La influencia de la carga genética parece evidente en lo referente al pico de masa ósea alcanzado en las primeras décadas de la vida. Sin embargo, los factores adquiridos tiene mayor importancia cuanto más edad tiene el paciente.

- El sexo femenino: Por lo general, las mujeres son más afectadas que los hombres debido a menopausia natural, la deprivación estrogénica supone una falta de freno a la acción de los osteoclastos conllevando una pérdida acelerada y desproporcionada de hueso trabecular.

Cerca del 40 % de las mujeres presentan una osteoporosis aproximadamente a partir de los 50 años de edad, mientras que solo entre el 8 y el 10% de los hombres son afectados por esta enfermedad

- Antecedentes de osteoporosis en la familia: La presencia de antecedentes de osteoporosis en la familia es mayor en la familia de la madre.

- La disminución de estrógenos: La disminución de estrógenos, que se produce en la menopausia, provoca un aumento de la velocidad de la remodelación ósea, debido a una pérdida ósea que provoca la osteoporosis.

FACTORES MODIFICABLES; ESTILO DE VIDA:

- El sedentarismo y la ausencia de actividad física: Las personas que realizan una actividad física moderada tienen un menor riesgo de padecer osteoporosis. La práctica frecuente de una actividad física permite evitar la osteoporosis.
- Menor peso, mayor riesgo de osteoporosis: Las personas delgadas presentan un mayor riesgo de osteoporosis debido a una falta de tejido muscular para proteger mejor las estructuras óseas.
- Clima: Esta enfermedad es más frecuente en las zonas geográficas donde falta sol, ya que éste es necesario para activar la vitamina D, que mejora la absorción intestinal del calcio. En los países nórdicos, por ejemplo, es más alta la incidencia de la fractura de fémur.
- Variables geográficas: Es más frecuente en los países desarrollados, siendo su importancia epidemiológica inferior en los países menos desarrollados. Los países escandinavos y del norte de Europa tienen una elevada incidencia de osteoporosis.
- Alcohol y el tabaco: Un mayor consumo de alcohol y de café aumenta el riesgo de osteoporosis, alteran el metabolismo de la vitamina D y provoca alteraciones endocrinas y nutricionales. Los fumadores también presentan un mayor riesgo de desarrollar una osteoporosis que las personas que no fuman. El consumo de cigarrillos da lugar a una menor densidad ósea, así como una mayor incidencia de fractura vertebral y de cadera. El tabaco parece disminuir la actividad osteoblástica del hueso y también disminuye la absorción intestinal de calcio.
- Factores hormonales: Una pubertad tardía, una menopausia precoz o una intervención quirúrgica representan riesgos de osteoporosis.
- Factores nutricionales: Un bajo aporte inadecuado de calcio en un adulto sano origina una pérdida de masa ósea y de vitamina D; ambos representan riesgos de osteoporosis.
- Consumo de medicamentos: El consumo de ciertos medicamentos, como los corticoides, las hormonas tiroideas o la heparina, representa factores de riesgo de osteoporosis.
- Enfermedades: Anorexia nerviosa, síndrome de Cushing, artritis reumatoide, enfermedades hepáticas crónicas, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo y diabetes.

DIAGNÓSTICO Ref (Díaz Curiel, 2011)

El diagnóstico de la osteoporosis se suele realizar utilizando una combinación del historial médico y un examen físico. En el examen físico se realizan radiografías del esqueleto, se mide la densitometría ósea y se realizan pruebas de laboratorio especializadas. Si la masa ósea es baja, se pueden requerir pruebas adicionales

para descartar la posibilidad de otras enfermedades que pueden ocasionar la pérdida de hueso, incluyendo osteomalacia (una deficiencia de vitamina D) o hiperparatiroidismo (sobreactividad de la glándula paratiroidea).

Pruebas diagnósticas:

- Densitometría ósea: La técnica más utilizada para diagnosticar la osteoporosis es la densitometría ósea. Ésta es una técnica segura e indolora de radiografía que mide la densidad mineral ósea. Compara la densidad ósea con la densidad ósea promedio que alguien del mismo sexo y raza que el paciente debería haber alcanzado sobre la edad de 20 a 25 años. Esta técnica puede ser usada para establecer o confirmar el diagnóstico de la osteoporosis, a la vez que sirve para predecir posibles fracturas en el futuro. Cuanto menor sea la densidad mineral ósea, mayor será el riesgo de fractura. La medición de la densidad mineral ósea se puede realizar en cualquier sitio, pero el lugar donde mejor se predice el riesgo de fractura es en el cuello del fémur, de tal forma que las recomendaciones están basadas en la densidad del cuello del fémur.
- Ultrasonidos: Esta técnica consiste en la interacción de ondas de sonido con el tejido óseo. Es una técnica no ionizante que permite medir la densidad y calidad del hueso, pero tiene inconvenientes como que no se pueden utilizar los valores de la OMS que permiten identificar la presencia de osteoporosis.
- Radiografías: Esta técnica permite apreciar si se ha producido un adelgazamiento de los huesos como consecuencia de la pérdida de trabéculas transversales. También permite identificar las fracturas óseas. Si esa fractura se produce en mujeres posmenopáusicas o que no han sufrido un traumatismo anterior, será necesaria la realización de una densitometría ósea ya que la presencia de osteoporosis es muy probable.
- Biopsia ósea: Esta técnica consiste en la extracción de una muestra de hueso de la cresta iliaca mediante una punción con una aguja gruesa. Permite saber el volumen de hueso trabecular, las características de las trabéculas y la actividad de los osteoblastos y osteoclastos.
- Pruebas de laboratorio: En el diagnóstico de la osteoporosis también se realizan pruebas de laboratorio en las que se mide la concentración de las siguientes sustancias:
 - Calcio sanguíneo: es normal en la osteoporosis pero se puede elevar en otras enfermedades.
 - Vitamina D: su déficit puede conducir a una disminución en la absorción de calcio.
 - Perfil tiroideo (T3 y T4): en busca de enfermedades tiroideas.
 - Testosterona: para el estudio de su déficit en hombres.

- Fosfatasa alcalina: puede ser elevada su concentración en la osteoporosis.
- Marcadores de reabsorción ósea como el Telopéptido C, el Telopéptido N o la Deoxipiridolina.
- Marcadores de formación ósea como la fosfatasa alcalina o la osteocalcina.

TRATAMIENTOS Ref (López Beatriz 2011-Womens ahd Elath 2011)

En la práctica clínica la elección del tratamiento dependerá de diferentes factores como la edad, morbilidad concomitante, seguridad y tolerabilidad del fármaco, preferencias del paciente y obviamente la eficacia antifractura demostrada por el fármaco. Los tratamientos de la osteoporosis se dividen en farmacológicos y no farmacológicos, ambos tipos se detalla a continuación.

Tratamientos no farmacológicos: deberían ser medidas universales en mujeres posmenopáusicas e incluyen la dieta, ejercicio físico y el abandono del hábito del tabaco.

- Ejercicio regular: la práctica regular de ejercicio ha demostrado que incrementa la masa ósea y disminuye el riesgo de fracturas de cadera. Prevención de caídas.
- Evitar el tabaco: se recomienda el abandono del uso del tabaco, ya que acelera la pérdida de masa ósea. En un estudio realizado en mujeres gemelas, una fumadora y la otra no fumadora, el consumo de 20 cigarrillos diarios se asoció con una reducción del 5 al 10% en la densidad ósea. El efecto del tabaco puede acelerar el metabolismo de los estrógenos, disminuyendo las concentraciones séricas.
- Ingesta de calcio: la mujer postmenopáusica debería ingerir suplementos adecuados de calcio elemento (generalmente 1.000-1.500 mg/día) con las comidas y en dosis divididas, de tal manera que la ingesta total de calcio, incluida la aportada por los alimentos, se aproxime a los 1500 mg/día. Un adecuado aporte de calcio reduce la pérdida de masa ósea en adultos.
- Ingesta de vitamina D: una de las funciones de la vitamina D es estimular la absorción intestinal de calcio. El déficit de vitamina D son frecuentes y pueden contribuir al desarrollo de osteoporosis. Los depósitos de vitamina D dependen de dos factores, la producción endógena derivada de la síntesis cutánea inducida por la exposición a la luz solar y la ingesta de vitamina D en la dieta. En personas mayores es frecuente encontrar un déficit de ambos factores, de manera que es fundamental asegurar un aporte adecuado de esta vitamina. La ingesta diaria de vitamina D debería ser al menos de 800 UI. En los pacientes con osteoporosis se recomiendan suplementos de vitamina D, generalmente a razón de 800 UI diarias.

Tratamientos farmacológicos: estos tratamientos son recomendados en mujeres con osteoporosis o con alto riesgo de sufrirla ya que son mujeres con alto riesgo

de fracturas. Incluyen:

- Bifosfanatos: los bifosfanatos son análogos más estables de pirofosfatos. Alendronato y risedronato son los bifosfanatos utilizados en la prevención de la osteoporosis. Diferentes estudios han demostrado la eficacia a largo plazo de alendronato en mujeres con osteoporosis. Las conclusiones de los diferentes trabajos publicados son que el alendronato aumenta la densidad ósea tanto a nivel de hueso cortical (antebrazo y cuello femoral) como trabecular (columna vertebral). La disminución del riesgo de fractura se sitúa en torno a un 48% al nivel de columna vertebral y un 51% a nivel de cadera. Risedronato a dosis de 5 mg/día por vía oral ha demostrado su poder antifractura tanto a nivel de columna vertebral como de cuello femoral, situándose la disminución del riesgo de fractura en torno a un 49-61% a nivel de cuerpo vertebral y un 47% a nivel de cuello femoral. Risedronato también es efectivo en prevenir la pérdida de masa ósea en pacientes tratados con glucocorticoides. Otros bifosfanatos utilizados son: Etidronato, Ibandronato y Zoledronato.
- Raloxifeno: el clorhidrato de raloxifeno (un modulador selectivo de los receptores estrogénicos) une a los receptores estrogénicos e inhibe la resorción ósea aumentando la densidad mineral ósea sin estimular el endometrio en mujeres postmenopáusicas; es por tanto un agonista parcial de los receptores estrogénicos en tejido óseo y cardiovascular. Entre los efectos adversos cabe destacar la aparición de fenómenos tromboembólicos venosos, edemas periféricos y calambres en las piernas.
- Ranelato de estroncio: es una molécula compuesta de una parte orgánica (ácido ranélico) y dos átomos de estroncio. Actúa favoreciendo la acción de los osteoblastos que forman hueso nuevo y disminuyendo la resorción de hueso por inactivación de las células destructoras de hueso u osteoclastos. Se utiliza por vía oral y una vez al día. Se recomienda tomarlo al acostarse y 2 horas después de cenar, debido a que la ingesta de alimentos disminuye su absorción. Aumenta la DMO de forma continua y uniforme durante todo el tiempo de administración.
- Denosumab: es un anticuerpo monoclonal específico que bloquea el ligando del receptor activador de un factor nuclear y, por tanto, disminuye la resorción ósea. Se ha demostrado que 60 mg subcutáneos administrados cada 6 meses producen 12 meses de incremento de la masa ósea en todos los sectores estudiados (columna lumbar, cadera total, tercio distal del radio y corporal total).
- Flúor: las sales de flúor tienen un efecto promotor de la formación ósea trabecular. Son eficaces para inducir un incremento de los valores de DMO. Sin embargo, no reducen el riesgo de fractura vertebral, y aumentan, a los 4 años de su uso, el de fractura no vertebral cuando se administran en dosis altas. En dosis bajas

(20 mg), pueden reducir la fractura vertebral tras 4 años de tratamiento. Produce efectos gastrointestinales, fundamentalmente. La administración asociada de vitamina D anula el beneficio del flúor. Cuando se utiliza asociado a la THS mejora su efecto sobre la fractura vertebral.

- Calcitonina: la calcitonina es una hormona sintetizada por las células C del tiroides; al unirse a los receptores de los osteoclastos disminuye su actividad con la consiguiente reducción de la resorción ósea, por lo tanto aumenta el depósito de calcio en hueso y baja la concentración de calcio en sangre.

Chesnut y Col realizaron el ensayo clínico más amplio con calcitonina para el tratamiento de la osteoporosis. Este estudio demostró el poder antifractura de la calcitonina a nivel vertebral (no de cadera) utilizando calcitonina intranasal de salmón a dosis de 200 UI/día (alternando diariamente la fosa nasal), siendo ésta la dosis y vía de administración recomendada actualmente.

Un efecto adicional de la calcitonina es su poder analgésico; no se conoce el mecanismo pero podría ser por un aumento en los niveles de endorfinas. Por este motivo la calcitonina puede ser inicialmente el tratamiento elegido en pacientes con dolor debido a una fractura provocada por osteoporosis aguda.

- Hormona paratiroidea: La hormona paratiroidea (PTH) ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la osteoporosis. La PTH actúa aumentando la formación ósea más que la resorción, por tanto posee un efecto osteo-formador. En un ensayo realizado en 1.637 mujeres postmenopáusicas con fracturas vertebrales previas fueron tratadas con PTH (20 o 40 µg/día por vía subcutánea durante una media de 21 meses) o placebo. En los pacientes tratados con PTH se observó un aumento en la densidad ósea a nivel vertebral y una reducción en el número de nuevas fracturas vertebrales. Las fracturas no vertebrales descendieron. Los principales efectos secundarios fueron náusea, cefalea e hipercalcemia. Se ha mostrado que la PTH aumenta la densidad ósea a nivel vertebral y disminuye el riesgo de fractura a nivel vertebral y también posiblemente a nivel no vertebral. En un estudio comparativo con alendronato se observó que la PTH aumenta un 8,3 % más la densidad ósea a nivel vertebral y produce un mayor descenso del riesgo de fracturas no vertebrales.

- Terapia hormonal sustitutiva (THS): la terapia hormonal sustitutiva (THS) posee un efecto antirresortivo que la convierte en la terapia más fisiológica para la prevención y tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Hasta hace poco tiempo era considerada la terapia principal para la prevención de la osteoporosis postmenopáusica, sin embargo, los datos derivados del estudio Women's

Health Initiative (WHI) revelaron que el tratamiento combinado estrógenos-progestógenos no reduce el riesgo de enfermedad coronaria sino que además aumenta el riesgo de cáncer de mama, ictus y eventos tromboembólicos venosos. Por este motivo actualmente el tratamiento de elección de la osteoporosis postmenopáusica lo constituyen otros agentes antirresortivos.

2 Objetivos

- Abordar el tema de la osteoporosis de manera global y actualizada.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hemos decidido realizar este capítulo debido a la gran frecuencia de la aparición de la osteoporosis en las sociedades occidentales. Se considera una consecuencia normal del envejecimiento, olvidando que es una enfermedad causada por el estilo de vida y una dieta inadecuada.

También debido a la preocupación de las mujeres de hoy en día, que requieren de más información sobre la enfermedad para poder prevenirla, evitando los factores de riesgo.

Como se ha observado en un estudio realizado en Estados Unidos, la osteoporosis es un problema de salud asociado a la vejez, indicando que esta enfermedad sea la responsable de más de un millón y medio de fracturas cada año provocando un consumo de más de 9 millones de dólares anuales.

Además es preocupante el hecho de que las tasas de mortalidad asociadas a fracturas patológicas de cadera asciendan al 30% y según varios estudios epidemiológicos, en las mujeres posmenopáusicas el riesgo de presentar tal complicación

es mayor, pudiendo llegar al 50%.

5 Discusión-Conclusión

Los datos antes mencionados destacan la gravedad del problema y es por ello que la evaluación cuidadosa de la integridad ósea es una parte esencial. Por todo ello, vamos a intentar:

- Definir las causas que originan la enfermedad.
- Estudiar las medidas de prevención para la osteoporosis.
- Describir el tratamiento que debe seguir un paciente con osteoporosis.

6 Bibliografía

1-Miguel Calvo I.; Molero García J.M. Factores de riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.2011 Dirección Asistencial Noroeste. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid.

2-López Barbeiro B. Guía de consulta rápida Osteoporosis. 2011 Temis Medical, S.L. Barcelona.

3-Díaz Curiel M. Cuantificación de la masa ósea. Anales de Medicina Intern1990; 7: 443-445.

4-Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. JAMA 2001; 285: 785-795.

5- Hopper JL; Seeman E. The bone density of female twins discordant for tobacco use. N Engl J Med 1994; 330: 387-391.

6-Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA 2002; 288: 321-333.

7-MEIGA (Medicina interna de Galicia). Diagnóstico de osteoporosis.

8-Lab test online. Osteoporosis, pruebas relacionadas (2012).

9-Todo osteoporosis. Osteoporosis, pruebas diagnósticas (2007).

10-HGUCR (Hospital general universitario de Ciudad Real). Utilidad en la osteoporosis de los marcadores de remodelación ósea en orina.

Capítulo 153

”NIÑOS MARIPOSA”: EPIDERMOLISIS BULLOSA HEREDITARIA

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La epidermolisis bullosa (EB) se refiere a un grupo de enfermedades hereditarias con presentación diversa, que afectan a la piel y a las mucosas. La característica principal es la formación de ampollas y vesículas tras mínimos traumatismos y afectación variable de otros órganos. Se dice que las personas que padecen EB tienen la piel extremadamente frágil, débil, sensible y vulnerable por lo que son conocidos como “niños con piel de mariposa” o “con piel de cristal”

La EB es una enfermedad genética, es transmitida de forma autosómica dominante o recesiva. Está causada por la alteración de las proteínas de la unión epidermodérmica. No existe un tratamiento específico y su evolución es crónica, llegando a mermar la calidad de vida de los pacientes y su supervivencia.

Clasificación:

- EB simple: La rotura de la piel se produce a nivel intraepidérmico, por encima de la capa basal. Buen pronóstico, la piel se cura sin dejar cicatrices importantes.

- EB juntural: Rotura de la piel se produce entre la epidermis y la dermis, a nivel de la membrana basal. El pronóstico es diverso. Desarrollan ampollas y sanan con cicatrices.

La principal complicación es la formación de un tejido de granulación desfigurante a nivel facial.

También se puede producir :

Alopecia.

Dedos en palillo de tambor.

Pérdida de las uñas.

Pérdida del esmalte de la corona dental.

Caries.

- EB distrófica: Las lesiones se localizan a nivel subepidérmico, por debajo de la membrana basal. Se clasifica en dos subtipos principales, dependiendo del tipo de herencia:

EB Distrófica Dominante (EBDD).

EB Distrófica Recesiva (EBDR).

2 Objetivos

- Analizar las diferentes características de la Epidermolisis Bullosa Hereditaria, su tratamiento y los cuidados de enfermería en sus complicaciones.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La EB supone un problema desde una doble perspectiva: por su gravedad y por su baja prevalencia, tiene una frecuencia de 1 por cada 50.000 nacidos. Afecta a ambos sexos por igual y a todas las razas. Aparece en el nacimiento o durante la lactancia. En cuanto al tratamiento, todas las formas de EB se caracterizan por

fragilidad de la piel y lesiones cutáneas. Por ello, la curación de las heridas es la cuestión más importante en el tratamiento de la enfermedad.

Como norma general se usarán antibióticos tópicos. Y cuando sea necesario antibiótico vía oral, siempre se debe hacer un cultivo previo ya que existe una alta resistencia a los antibióticos en este tipo de pacientes. La educación del paciente, familiares y comunidad, así como reforzar las metas y los logros conseguidos es fundamental para conseguir un adecuado cumplimiento terapéutico, retrasar las recidivas y evitar sobreinfecciones.

Otro de los parámetros con especial importancia es el estado nutricional del paciente: La dieta en general será fortalecida con suplementos energético-proteicos (EM). Se deben vigilar los valores analíticos y reponer deficiencias (Fe, Ca, Vitamina D...). Vigilar también la aparición de estreñimiento, úlceras bucales y disfagia ya que pueden dificultar aún más una alimentación adecuada.

Respecto al tratamiento de las complicaciones cutáneas y deformidades musculoesqueléticas, se deben cubrir las lesiones, almohadillar y colocar sindactilias. La periodicidad de las curas será cada 2-3 días, haciéndolas coincidir preferiblemente con la hora de la ducha, en un ambiente con temperatura agradable y buena luz para poder observar las lesiones nuevas que puedan aparecer así como valorar la evolución de las ya existentes. Los apósitos secundarios se pueden cambiar a diario si están sucios.

Para movilizar al niño: nos ayudaremos de toalla/sábana y sujetaremos las extremidades por la articulación. Es importante además de la higiene adecuada, la hidratación y la protección solar para evitar la aparición de carcinoma epidermoide que aparece en heridas crónicas.

Por último, es fundamental complementar los cuidados y curas con terapia ocupacional y tratamiento rehabilitador con el fin de lograr la máxima autonomía del paciente y una mayor integración social, educacional y laboral.

5 Discusión-Conclusión

La Epidermolisis bullosa hereditaria es una enfermedad rara, su característica principal es la formación de ampollas y vesículas tras mínimos traumatismos y afectación variable de otros órganos. Afecta a ambos sexos por igual y aparece en la primera infancia. El tratamiento principal es el correcto manejo de las lesiones y complicaciones, una adecuada valoración del estado nutricional y la educación

sanitaria de pacientes y familiares.

La labor de enfermería puede ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con EB mediante una atención holística, la educación sanitaria fomentando la autonomía de los pacientes y la familia, la gestión de la sintomatología y proporcionando apoyo físico, psíquico y emocional al paciente y a la familia.

6 Bibliografía

- Baquero Fernández, C., Herrera Ceballos, E., López Gutiérrez, J.C., De Lucas Laguna, R., Romero Gómez, J., Serrano Martínez, M. ^a C y Torrelo Fernández, A. Guía de atención clínica integral de la epidermólisis bullosa hereditaria. Centro de Publicaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008.
- Cañadas Núñez, F., Pérez Santos, L., Martínez Torreblanca, P., Pérez Boluda, M.T. Guía de práctica clínica para el cuidado de la piel y mucosas en personas con Epidermólisis bullosa . Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2009.
- F. Palomar Llatas, B. Fornes Pujalte, B. Blasco Pérez y J. Heras García. Epidermólisis ampollosa o Bullosa. Enfermería Integral, nº 76, diciembre 2006
- F. Palomar Llatas, B. Fornes Pujalte, V. Lucha Fernández, V. Muñoz Mañez y P. Díez Forne. Caso epidermólisis ampollosa del lactante. Enfermería dermatológica, nº 05, Julio, agosto, septiembre 2006

Capítulo 154

INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS DE VIDA EN LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

RUBÉN DELGADO FERNÁNDEZ

1 Introducción

En España la principal causa de muerte son las enfermedades del sistema cardiovascular, destacando la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares. El principal factor de riesgo de estas enfermedades es a su vez padecer otras alteraciones, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia u obesidad. Las altas tasas de muerte que se asocian a estas patologías hacen necesario que la población sea educada en la adopción de hábitos de vida saludables que permitan prevenirlas y controlarlas.

Esta revisión está centrada en la influencia de los hábitos de vida en el control y prevención de la hipertensión arterial, ya que se ha demostrado que ésta es la enfermedad cardiovascular más prevalente en la población envejecida en todo el mundo y por lo tanto, una de las principales causantes de muerte por las múltiples complicaciones que le acompañan.

La hipertensión arterial, también conocida como el “asesino silencioso”, se define como la elevación persistente de la presión arterial sistólica por encima de 140 mmHg y/o la diastólica por encima de 90 mmHg. Como ya se ha comentado

previamente, la hipertensión arterial es la enfermedad cardiovascular más prevalente en todo el mundo y supone un grave problema de salud pública debido a su cronicidad, impacto clínico, elevado coste socioeconómico y por ocasionar graves complicaciones no solo a nivel cardiovascular, también a nivel renal y neurológico, cuyos órganos son considerados “diana”.

Esta enfermedad en un porcentaje muy elevado de los afectados no genera sintomatología, pasando inadvertida hasta que se produce la afectación de alguno de los órganos diana, lo que implica que muchas de las personas que la padecen no están diagnosticadas, aumentando el riesgo de padecer complicaciones. Este hecho hace fundamental que los servicios sanitarios realicen despistajes en personas en edad adulta con el objetivo de detectarla en fases tempranas y así reducir significativamente su evolución, así como potenciar la adopción de hábitos de vida saludables para prevenir su aparición.

El personal de enfermería, tanto de atención primaria como especializada, es el principal encargado de proporcionar educación para la salud a los pacientes y sus familiares, siendo fundamental que, en el caso de la hipertensión, se les ofrezca directrices acerca de cómo deben alimentarse, cómo cocinar, que cantidad y tipo de ejercicio físico les conviene realizar, etc.

2 Objetivos

- Valorar la influencia que presenta la adopción de hábitos de vida saludables en la prevención y el control de la hipertensión arterial.
- Analizar la importancia de la educación para la salud ofrecida por el personal de enfermería a los pacientes hipertensos.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas como Pubmed, Cuiden, Scielo, MEDES y Medline, debido a su relevancia en el campo de ciencias de la salud tanto a nivel nacional como internacional.

Se emplearon los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); Hipertensión (Hypertension), Dieta (Diet), Ejercicio Físico (Exercise), Educación para la salud (Health Education) y Personal de Enfermería (Nursing Staff), los cuales fueron introducidos en los buscadores de forma individual, así como combinados mediante los Operadores Booleanos AND y OR, dando lugar a la sigu-

iente fórmula de búsqueda; “Hipertensión AND (Dieta OR Ejercicio Físico OR Educación para la salud OR Personal de Enfermería)”.

Se incluyeron dentro del estudio aquellos artículos que hubieran sido publicados desde el año 2000 hasta la actualidad y que contasen con alguna de las palabras clave en su título o resumen. Como resultado de la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 37 artículos, de los cuales se eliminaron aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión, así como los que no presentasen relevancia en el estudio, limitándose el número de artículos a 9.

4 Resultados

- La hipertensión arterial presenta factores de riesgo no modificables, como la herencia genética, el sexo, ya que es más prevalente en hombres, la edad, la raza, etc. sobre los cuales no es posible influir. Sin embargo, existen factores de riesgo modificables, como la obesidad, el sedentarismo, la dieta, el consumo de alcohol, tabaco, estimulantes, etc. sobre los que sí se puede establecer control.

La Organización Mundial de la Salud recomienda reducir la ingesta de sodio a 2 gramos diarios, lo que equivale a 5 gramos de sal, con el objetivo de prevenir y controlar la hipertensión arterial. Sin embargo, existen estudios que estiman que el consumo diario de sal en España duplica la cifra recomendada, siendo este consumo excesivo de sal una de las principales razones por las cuales esta enfermedad es tan prevalente en los países desarrollados.

Es fundamental informar a los pacientes de que cerca del 80% de la sal que consumimos diariamente se encuentra integrada, generalmente de forma industrial, en los alimentos, por lo que es aconsejable reducir al máximo el consumo de ciertos productos, como pan y embutidos, así como evitar los aportes extra de sal, por ejemplo, al sazonar otros alimentos.

En el caso de la hipertensión arterial, como en cualquier otra dieta cardiosaludable, se recomienda el aumento del consumo de frutas y verduras y una reducción del consumo de productos de origen animal. Otro aspecto fundamental de cara a controlar las cifras de tensión arterial es el desarrollo de actividad física de forma regular, lo que además de prevenir y controlar la hipertensión arterial, también se asocia con una disminución del porcentaje de grasa corporal, disminución de las resistencias a la insulina, aumento del colesterol HDL, etc. No obstante, los estudios actuales evidencian que un porcentaje muy elevado de la población mantiene hábitos de vida muy sedentarios, realizando escasa o nula actividad

física en sus tiempos libres.

- Diferentes fuentes evidencian que el tipo de actividad física que más se recomienda para reducir las cifras de tensión arterial es aquella que presenta una intensidad media y una duración de unos 30 minutos por sesión, realizándose en cómputo unos 45-120 minutos de actividad física a la semana. La disminución de la tensión arterial al realizar ejercicio físico se logra por múltiples razones, entre las que encontramos la disminución del peso y la disminución del estrés que se asocia a la realización de actividad física.

Resulta fundamental insistir en el abandono de hábitos tóxicos, como el consumo de tabaco, alcohol, etc., así como no abusar del consumo de estimulantes como el café, té o bebidas energéticas y carbonatadas, ya que todos estos hábitos aumentan considerablemente las cifras de tensión arterial, además de provocar otros riesgos y complicaciones.

No hay que olvidar que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica que en muchas ocasiones requiere de la toma de medicación, por lo que resulta fundamental insistir a los pacientes acerca de la importancia que presenta una correcta adherencia terapéutica a los fármacos. También sería conveniente enseñar a los pacientes a determinarse de forma autónoma en sus domicilios, en caso de que dispongan del material necesario, las cifras de tensión arterial, así como a interpretar los resultados obtenidos.

5 Discusión-Conclusión

Las elevadas tasas de morbimortalidad que se asocian a las enfermedades cardiovasculares generan la necesidad de que la población sea concienciada y educada acerca de hábitos de vida saludables que permitan evitar el desarrollo de hipertensión arterial y que, en caso de estar presente, mitiguen sus riesgos y complicaciones, las cuales son la principal causa de muerte y discapacidad en los países desarrollados.

La sociedad actual favorece el desarrollo de enfermedades de este tipo debido a un aumento de hábitos de vida poco saludables, ya que en las últimas décadas se ha podido percibir un incremento del sedentarismo, así como el descuido en la dieta, aumentándose el consumo de ultraprocesados y alimentos poco saludables, siendo estos factores en los que los profesionales sanitarios deben ejercer mayor influencia, pero siempre individualizando el tratamiento y los consejos a

las características personales de cada paciente.

6 Bibliografía

- Farías MG, Cuevas A, Ducci H. Mas allá del sodio: cambios en la dieta y su efecto en hipertensión. *Rev Chil Cardiol* [INTERNET]. 2013 [Consultado 10 de noviembre de 2019]: 32: 141-151.
- Sieras Mainar A, Velasco Velasco S, Llopart López JR, González-Rojas Guix N, Clemente Igeño C, Navarro Artieda R. Asociación entre el grado de control de la hipertensión arterial, la comorbilidad y los costes en personas de más de 30 años durante el año 2006. *Rev Esp Salud Pública* [INTERNET]. 2008 [Consultado 04 de noviembre de 2019]: 82 (3); 315-322.
- Menéndez E, Delgado E, Fernández-Vega F, Prieto MA, Bordiú E, Calle A. Prevalencia, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial en España. Resultados del estudio di@bet.es. *Rev Esp Cardiol* [INTERNET]. 2016 [Consultado 01 de noviembre de 2019]: 69 (6); 572-578.
- Rodríguez Artalejo F, Graciani A, Guallar Castellón P, León Muñoz LM, Zuluaga MC, López García E. Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Rev Esp Cardiol* [INTERNET]. 2011 [Consultado 07 de noviembre de 2019]: 64 (10); 876-882.
- Sáez M, Barceló MA. Coste de la hipertensión arterial en España. Elsevier [INTERNET]. 2012 [Consultado 08 de noviembre de 2019]: 29 (4); 145-151.
- Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España. *Rev Clin Esp* [INTERNET]. 2002 [Consultado 11 de noviembre de 2019]: 202 (1); 12-15.
- Llabata Crabal P, Carmona Simarro JV. Educación para la salud: Hipertensión Arterial. *Epidemiología. Enferm Cardiol* [INTERNET]. 2005 [Consultado 13 de noviembre de 2019]: 35 (2); 28-32.
- Kotchen TA. Obesity-Related Hypertension: Epidemiology, Pathophysiology and clinical Mangement. *AJH: American Journal of Hypertension* [INTERNET]. 2010 [Consultado 02 de noviembre de 2019]: 23 (11); 1170-1178.
- Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure. *AHA: American Heart Association* [INTERNET]. 2001 [Consultado 06 de noviembre de 2019]: 38 (5); 1112-1117.

Capítulo 155

CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA ANTE LOS INJERTOS DE PIEL

PATRICIA GUTIÉRREZ PRIETO

AINHOA FERNÁNDEZ GARCÍA

NATALIA LLAMEDO FOMBELLA

ANA PALACIOS SOMOANO

1 Introducción

Si partimos de que la piel es el órgano más grande e importante del cuerpo humano y que anualmente en Europa se atienden a 1 millón de pacientes con heridas en la piel, podemos afirmar que aumenta cada año la necesidad de implantes para reparar tejidos enfermos. Para reconstruir un defecto de la piel se utiliza un injerto de piel, definiendo éste como el trasplante de la piel de una zona donante a una zona receptora, técnica que se documentó, aproximadamente, hace 2.500-3.000 años.

Por eso es necesario llevar a cabo una revisión bibliográfica para determinar la importancia de las funciones de las/los enfermeros y la necesidad de elaborar un adecuado plan de cuidados para mejorar la comunicación con los pacientes y entre los profesionales sanitarios, convirtiéndose en una herramienta efectiva y útil para el profesional sanitario.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Determinar las intervenciones enfermeras que contribuyan a mejorar la calidad de los cuidados.
- Identificar, dentro de los cuidados de los injertos, las actuaciones de los profesionales de enfermería para lograr una adecuada evolución de los mismos.

Objetivos específicos:

- Describir los injertos y tipos de injertos de piel.

3 Metodología

Utilizando la evidencia científica, se realiza una revisión bibliográfica basada en los conocimientos enfermeros ante los injertos de piel, con la intención de mostrar la importancia de la intervención enfermera como parte de un equipo multidisciplinar, mediante la búsqueda a través de bases de datos fiables y páginas web como: Scielo, Pubmed, Google académico, Medscape, Plataforma on-line NNN Consult (NANDA-NOC-NIC).

Al realizar esta revisión, se utilizaron las palabras clave en castellano e inglés como: Injerto de piel, Cura, Skin graft, Cirugía plástica y reparadora, Enfermería, Nursing y Necesidades.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Artículos escritos en castellano y/o inglés.
- Artículos con evidencia científica.
- Artículos publicados en los últimos 10 años.

Criterios de exclusión:

- Artículos sin rigor científico ni autor.
- Artículos cuya fecha de publicación sea superior a 10 años.

4 Resultados

Según la evidencia revisada en los últimos 10 años podemos afirmar que la superficie externa del cuerpo humano está cubierta de piel, por eso se dice que es el órgano más grande y fundamental para el ser humano, sirviendolo como

barrera protectora frente a problemas ambientales, radiaciones, traumatismos, condiciones ambientales e infecciones.(1)

- Además de realizar otras funciones como sensitivas, metabólicas, de comunicación y de reserva para garantizar una situación óptima para el cuerpo humano así como enfrentándose a factores ambientales, contando con un sistema de alta complejidad llamado vigilancia inmunológica .Aproximadamente pesa 5 kg y tiene un espesor que varía entre los 0,5mm a los 4mm. (2).

- La piel está formada por tres capas fundamentales; la epidermis (epitelio escamoso estratificado) que hace de barrera protectora del entorno externo, evitando la deshidratación de la piel; la dermis (formada por una dermis superficial y una dermis mas profunda); y la hipodermis(capa inferior de piel que acumula grasa). (1y 2)

- Un injerto es un fragmento de piel que se extrae de una superficie original para suplir un defecto congénito ,adquirido, involuntario o tumoral con la finalidad de reconstruir un defecto en la piel, independientemente de su causa.(3)

Los injertos suponen el método mas rápido y efectivo de reparación de grandes defectos de la piel.(1)

Los injertos cutáneos son un tipo de trasplante de piel realizado por el equipo de Cirugía Plástica y Reparadora. (4)

5 Discusión-Conclusión

El paciente sometido a cirugía de injertos de piel necesitará cuidados enfermeros adecuados a su situación individual durante su estancia hospitalaria y posterior alta. Para ello sería conveniente realizar una valoración del paciente según las necesidades de Virginia Henderson marcando unos diagnósticos y estableciendo unos objetivos a cumplir através de las intervenciones enfermeras, utilizando la taxonomía NANDA,NIC,NOC . (5)

6 Bibliografía

- 1. Mark K Max Split-thickness Skin Grafts (INTERNET). Medscape.2017.Disponible en : <https://emedicine.medscape.com/article/876290-overview>.
- 2. Colorado Ana Cristina,Agudelo Carlos Andrés,Moncada A.Maria Elena.

Análisis de biomateriales para uso en ingeniería de tejidos de piel: Revisión. Rev. ing. biomed (INTERNET) 2013.

- 3. Sociedad Española de Cirugía Plástica , Reparadora y Estética.
- 4. Laguarda Jaime E, Yaruro Baccak, Hernandez Calderón EJ. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. Enfermería global (INTERNET).
- 5. NNN Consult.com (INTERNET).

Capítulo 156

DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE JOVEN.

MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA

PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS

ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LAURA VERANO MENENDEZ

RAQUEL MUÑOZ DÍAZ

1 Introducción

El dolor abdominal lo podemos definir como un síntoma inespecífico de muchos procesos, tanto intra como extra-abdominales.

El dolor puede ser:

- Constante: continuo en el tiempo y intensidad constante(no varia).
- Intermitente: presenta intervalos temporales sin dolor.
- Cólico: con variaciones en intensidad y con cierto ritmo temporal.

Existen diferentes tipos de dolor abdominal:

- Dolor generalizado: abarca más de la mitad del abdomen. Este tipo de dolor es más típico de un virus estomacal, indigestión o gases.
- Dolor localizado: se presenta en solo una zona del abdomen. Es más probable que este tipo de dolor sea un signo de un problema en un órgano.
- Dolor tipo calambre: la mayoría de las veces este dolor no es grave y es más probable que se deba a gases y distensión.

- Dolor tipo cólico: por lo regular empieza y acaba repentinamente, y con frecuencia es intenso. Los cálculos renales y biliares son causas comunes de este tipo de dolor abdominal.

Los signos más preocupantes abarcan dolor que se presenta con más frecuencia, dura más de 24 horas o está acompañado de fiebre.

2 Objetivos

- Definir el diagnóstico diferencial del dolor abdominal a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Paciente de 35 años que acude al servicio de urgencias por dolor lumbar que irradia a fosa ilíaca izquierda muy intenso de dos horas de evolución. Muy agitado y nervioso. Consciente, orientado y colaborador. Agitación relacionado con dolor. Actualmente a tratamiento con enantyum y palexia por hernia discal.

Normohidratado y normoperfundido. No náuseas ni vómitos. Frialdad y palidez cutánea. Obeso y dislipémico. Afebril, T.A: 185/110, F.C: 123. Sin ruidos respiratorios sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no masas ni megalias. Electrocardiograma normal. Serie roja y plaquetas dentro de los límites normales. Leucocitos 16000uL. Coagulación normal. Sedimento y sistemático de orina: hematíes positivos, proteínas indicios, PH:5. Radiografía de abdomen: patrón gaseoso inespecífico.

4 Resultados

Importante diagnóstico diferencial con otras patologías tales como cólico biliar, estreñimiento, apendicitis, obstrucción, diverticulitis, pancreatitis, disección o rotura de aneurisma de aorta abdominal, lumbalgia. Tras valorar la clínica del paciente y las pruebas se cursa TAC abdominal, planteándose la hipótesis de posible cólico nefrítico.

5 Discusión-Conclusión

Tras realizar TAC se confirma cólico nefrítico y se descartan otras patologías más graves. Importante variación en el manejo diagnóstico y terapéutico de estos

pacientes. El alto porcentaje de diagnósticos alternativos nos obliga a descartar sistemáticamente patologías más graves. Ingreso del paciente en el servicio de urología.

6 Bibliografía

- Manual de la enfermería. Ellen Baily Raffensperger, Mary Lloyd Zusy, Lynn Claire
- Marchesseault, Jean D, Neeson. Grupo editorial Océano, S.A. 2000.
- Tratado de emergencias médicas. Marisol Carrasco Jiménez.
- Levitt MD. Enfoque del paciente con dolor abdominal. Kelley WN ed. Medicina Interna 2ª ed. Madrid.
- Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes Complejo Hospitalarios de Asturias.

Capítulo 157

IMPORTANCIA DEL ASEO EN EL PACIENTE ENCAMADO

LAURA SALCEDA GARCÍA

M DEL MAR GARCIA PRESA

1 Introducción

La higiene, tiene como fin, mantener la piel del organismo, como primera barrera protectora ante agresiones físicas, químicas y rayos ultravioleta, evitando la aparición de enfermedades, además de proporcionar bienestar y comodidad al paciente.

La higiene constituye uno de los cuidados básicos de enfermería que ya describió Florence Nightingale en su teoría del entorno, para conseguir la reducción de la transmisión de enfermedades en los pacientes, promoviendo su seguridad.

Durante el proceso de la higiene se pueden valorar posibles complicaciones, como infecciones, úlceras por presión, lesiones por humedad, trastornos cardiovasculares, trastornos digestivos, genitourinarios y respiratorios.

Higiene en el paciente encamado o dependiente total: Comprende un conjunto de intervenciones realizado por el equipo de enfermería, para proporcionar bienestar y mantener la piel limpia e hidratada, en pacientes que no pueden realizarlo por si mismos, observando la posibles alteraciones de la piel y mucosas, realizando el aseo las veces necesarias, ya que muchos pacientes encamados, presentan incontinencias que favorece la presencia de humedad y posteriormente, múltiples complicaciones.

Objetivos de la realización de la higiene:

- Mantener la limpieza y confort del paciente durante su hospitalización y tratar de dar buenos hábitos higiénicos en el futuro.
- Recoger datos que permitan juzgar el estado general del paciente, así como el estado de la piel.
- Activar la circulación sanguínea.
- Establecer una relación con el paciente.
- Alentar al paciente a que sea tan independiente como sea posible.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar los beneficios de la realización de la higiene en el paciente encamado.

Objetivo específico:

- Mostrar la relación entre la higiene y las lesiones en la piel.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó de forma sistemática en diferentes bases de datos científicas: PubMed, Dialnet, CUIDEN. También se han accedido a guías de práctica clínica y protocolos estandarizados de diversos hospitales.

Palabras clave: Higiene, Atención de Enfermería, Enfermería, Piel, Dependencia.

Criterios de inclusión: Artículos en castellano e inglés, artículos cuya muestra de estudio hayan sido pacientes hospitalizados.

Criterios de exclusión: Artículos en pacientes pediátricos.

4 Resultados

- Según los resultados de los artículos de M. Romero y colaboradores, y S. Gómez-Payo, se llega a la conclusión de que los pacientes están muy satisfechos con la higiene recibida por parte del personal de enfermería. La higiene es de vital importancia para el paciente, no solo aportando beneficios físicos, sino también psicológicos, tratándose de una necesidad básica.

Respecto a los cuidados de la piel, las guías de práctica clínica consultadas, coinciden en los aspectos generales relacionados con la higiene y con la valoración de la piel. Se debe de valorar la piel al menos una vez al día, si es posible coincidiendo con la higiene, el pH del jabón a usar debe de ser pH neutro para la piel y no

irritativo, y se debe secar sin friccionar, especificando el cuidado en los espacios interdigitales y pliegues para evitar UPP.

- Los estudios de Cooper. P y Gray. D, y de Ronner. AC y colaboradores, demuestran los beneficios de usar de espumas sin aclarado para la piel, en relación con el uso de agua y jabón. Este tipo de espumas favorecen mantener la piel íntegra y eliminar la flora bacteriana transitoria de la piel.

Se debe prestar atención a las posibilidades de movilización como a los dispositivos que puedan tener (drenajes, sondas, tubos endotraqueales), se debe preservar la intimidad del paciente en todo el momento del aseo y permitir que realice las partes del aseo según su nivel de independencia. Se deben lavar las manos antes de las comidas y tras cada actividad que implique contacto con los genitales.

5 Discusión-Conclusión

La higiene proporciona bienestar y comodidad a los pacientes, estableciendo lazos con el equipo de enfermería que ofrece los cuidados. Fomenta la autoestima y la independencia. La higiene de la piel debe ser rigurosa, empleando sustancias que no la irriten, como jabones sin aclarado.

Se debe tener en cuenta que es muy importante la higiene en los profesionales sanitarios para evitar la transmisión de infecciones. Se detecta la necesidad de más investigación sobre los beneficios de la higiene en el paciente encamado, así como de estudios que avalen el papel del equipo de enfermería en esta práctica.

6 Bibliografía

- Cooper P, Gray D. Comparison of two skin care regimes for incontinence. British Journal of Nursing [Internet] 2001 Marzo.
- Rönner A-C, Berland CR, Runeman B, Kaijser B. The hygienic effectiveness of 2 different skin cleansing procedures. J wound, ostomy.
- Procedimiento del aseo del paciente [Internet]. Enero 2011.

Capítulo 158

IMPORTANCIA DE LOS LAVADOS VESICALES

LAURA MONTES PÉREZ

DAVID SUÁREZ CASTRO

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

1 Introducción

Los lavados vesicales se realizan, para mantener la permeabilidad de la sonda, por medio de la introducción en la vejiga del paciente, de una solución de irrigación. Bien se administra de forma continua o puntualmente, y su posterior vaciado a una bolsa de la propia sonda. En ocasiones, en la propia sonda, existe alguna obstrucción que pueda estar interrumpiendo el flujo de orina, a través de la luz. En el caso del lavado vesical continuo, se indica para pacientes que presentan hematuria moderada o severa, bien por haber sido sometidos a intervención quirúrgica, o por diversas patologías genitourinarias.

El lavado vesical sirve para:

- Mantener la permeabilidad de la sonda vesical.
- Facilitar la eliminación de coágulos o fragmentos tisulares retenidos tras la cirugía urológica.
- Determinar medidas para impedir que la sonda vesical se obstruya por coágulos, restos quirúrgicos, evitando dolor y espasmos vesicales.

2 Objetivos

- Enumerar los tipos de lavados vesicales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza la revisión sistemática de varios artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo y Cuiden, de los cuales 15, cumplen con los criterios de inclusión. Además, se realiza la búsqueda bibliográfica de libros y protocolos de enfermería. Se utilizan los siguientes descriptores: obstrucción, permeabilidad, coágulos, lavados. Introducimos como límites de búsqueda, que los trabajos estén escritos en inglés o español y publicados a partir de 2013.

4 Resultados

Existen 2 tipos de lavados vesicales:

- Continuo: proporciona una irrigación vesical continua, por medio de un sistema de irrigación cerrado. Mediante éste tipo de lavados vesicales, se evita la obstrucción de la sonda por coágulos, fragmentos tisulares y otros restos quirúrgicos.
- Intermitente: este tipo, puede realizar mediante un sistema cerrado, cuando no existen coágulos y las irrigaciones vesicales se necesitan con menor frecuencia, o bien por un sistema abierto, mediante el cual se desconecta la bolsa colectora de la sonda vesical y se conecta una jeringa cargada de suero fisiológico para irrigar manualmente la vejiga. Se emplea para desobstruir una sonda taponada.

5 Discusión-Conclusión

Resulta muy común la técnica de lavado vesical en la práctica diaria de enfermería, tanto en los servicios de urología como en los diferentes tipos de urgencias. Se considera una técnica que suele utilizarse después de un trasplante renal, dado que es muy habitual la presencia de coágulos y mucosidad en la orina, o cuando existe hematuria moderada o severa bien post-cirugía, contusión vesical o bien cuando existe una obstrucción de la sonda urinaria y poder mantener la permeabilidad de la misma. Finalmente habrá que controlar y registrar las entradas y salidas. Podremos evitar valorar frecuentemente la permeabilidad del sistema, así como la aparición de signos o síntomas. Otro aspecto que se valorará

van a ser los cambios en el estado de consciencia del paciente. Es importante que el equipo de enfermería conozca los cuidados correspondientes de la sonda vesical, para evitar los riesgos de infección que conlleva.

6 Bibliografía

- CALZADILLA, Nelson Arturo Diez, et al. Hematuria incoercible generada en la amiloidosis sistémica con afectación vesical. Archivos Españoles de Urología, 2014, vol. 67, no 7, p. 637-641.
- OTEGUI, I. Abásolo, et al. Revisión del protocolo del sondaje vesical.¿ Y ahora qué?. Enfuro, 2015, no 129, p. 15-18.
- QUIJANO, I. Tobalina; ARAUZO, E. Arribas; AMOR, MC Castro. Estandarización de los cuidados de Enfermería en RTU vesical. Enfuro, 2005, no 94, p. 9-17.
- ROJAS REYES, Luz; SANCHEZ ESPEJO, Eloisa Ada. Eficacia de la Irrigación Vesical Continua en el manejo de la Hematuria. 2017.
- SÁNCHEZ, JM Yagüe. Caso clínico: cateterismo cardíaco y enfermera referente: dos caras de una misma moneda. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2013, no 49, p. 47-52.

Capítulo 159

CUIDADOS PALIATIVOS Y MUERTE EN GERIATRÍA

MARIA FERNANDEZ SUAREZ

ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ

CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ

COVADONGA ALBA FERNANDEZ

1 Introducción

Con el aumento de la esperanza de vida muchas personas ancianas desarrollan enfermedades en las que el organismo comienza a fallar, llegando un momento en el que los tratamientos curativos no son efectivos, o su efectividad no es la suficiente como para ofrecer una calidad de vida lo más óptima posible para las necesidades de los individuos, por lo que se comienza a desarrollar los cuidados paliativos que buscan el confort y ofrecen durante los últimos días de la vida de las personas una comodidad que les pueda llevar a una muerte en paz.

A lo largo del trabajo se verá qué son y en qué consisten los cuidados paliativos, además las formas de afrontamiento de los pacientes ante la muerte, así como de sus familiares y del personal sanitario que les acompaña en este proceso

2 Objetivos

- Obtener una visión clara tanto de los cuidados paliativos como de la muerte en el paciente geriátrico y su entorno social.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de datos publicados respecto al final de la vida en pacientes geriátricos, sus cuidados, el conocimiento de las voluntades anticipadas y el duelo de las personas cercanas ante el fallecimiento del paciente, todo ello en ancianos hospitalizados o institucionalizados. Se emplearon los descriptores: geriatría, cuidados, paliativos, voluntades, hospitalización, muerte.

Los instrumentos utilizados son artículos publicados en revistas científicas y libros, además de aquellos presentes en diferentes bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet, todos ellos publicados con una anterioridad no superior al año 2002

4 Resultados

La vejez forma parte del ciclo vital, es la última etapa de la vida, antes de la llegada de la muerte, por eso, el concepto de muerte es algo fundamental aclarar antes de comenzar, ya que no existe una definición totalmente delimitada de la misma, según la Real Academia Española de la lengua (RAE) la muerte es el cese o final de la vida. Sin embargo, en el mundo científico podemos encontrar otras definiciones de muerte como son la muerte cerebral, la cual viene determinada por la muerte de las células cerebrales, o una muerte somática, que es aquella en la que se produce el cese de actividad pulmonar o cardíaca. De ahí la importancia de encontrar un criterio único para determinar el concepto de la muerte.

Para saber cuándo llega el momento de ofrecer cuidados paliativos a un anciano sin que tenga diagnosticada una enfermedad aguda, es necesario tener en cuenta la situación en la que se encuentra la persona, los indicios de que es el momento de proporcionar este tipo de cuidados y no caer en un encarnecimiento terapéutico. Estos criterios son, encontrarse ante una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con un pronóstico de vida limitado, con problemas y síntomas intensos, múltiples y cambiantes, y que causen un tremendo impacto tanto en el paciente como en los familiares y / o personal sanitario. Este tipo de cuidados son enfocados para satisfacer las necesidades del paciente en ese momento de su vida, evitando su sufrimiento mediante el tratamiento de los problemas físicos, psicológicos y espirituales que pueda tener.

Este tipo de cuidados deberían ser diana en la población anciana ya que existen ciertas características comunes en estas personas que son propias de los cuidados paliativos como son la pérdida de sus capacidades y funciones, de indepen-

dencia, de autonomía, la precaria solvencia económica e incluso en ocasiones el abandono social y familiar.

Los cuidados paliativos constan de cuatro elementos básicos: una buena comunicación, un control adecuado de los síntomas, diversas medidas para aliviar o atenuar el sufrimiento, dar apoyo a la familia antes de la muerte y durante el proceso del duelo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de personas en quienes su enfermedad no es tributaria ni responde a un tratamiento curativo. Se pasa de un modelo anterior en el que se busca la curación a otro en el que el objetivo principal es aliviar dolor, mejorar la calidad de vida, siempre teniendo en cuenta la opinión del paciente si puede darla o sino de alguien cercano.

Para lograr dar unos cuidados paliativos adecuados se deben cumplir las siguientes condiciones:

- Inicio precoz: por norma general se deben comenzar a brindar a personas que tengan una esperanza de vida corta, de un año aproximadamente. Deben iniciarse de una forma precoz para poder mantener una mejor calidad de vida.
- Enfoque intensivo: debe haber una reevaluación continua de la situación de la persona y con ello un ajuste del tratamiento paliativo a realizar.
- Familiar: no solo se debe tratar a la persona a la que se proporcionan cuidados paliativos, sino también a su círculo más cercano en relación a la enfermedad.
- Manejo de las interurrencias: no se puede dar por sentado que cualquier sintomatología que exista sea consecuencia de la patología de base que hace que se den estos cuidados paliativos, no se deben proporcionar unos cuidados estrictos, ni negar una atención médica general.
- Consideraciones éticas: todos los procesos llevados a cabo deben basarse en los principios éticos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Además, también es un pilar básico el consentimiento informado y que las medidas que se toman sean proporcionadas.

Generalmente cuando se habla de cuidados paliativos se suele pensar que el residente sufre un proceso neoplásico, pero no siempre sucede así, existen otros casos susceptibles de cuidados paliativos como son:

- Insuficiencia cardíaca avanzada o insuficiencia cardíaca crónica terminal: se caracteriza por disnea, poca tolerancia al esfuerzo y fatiga, los cuidados paliativos en este caso van encaminados a una mejora de la calidad de vida del residente y un alivio de los síntomas causados por la enfermedad.

- Enfermedad pulmonar avanzada: dentro de este grupo se encuentra el cáncer de pulmón y la enfermedad obstructiva crónica muy avanzada, existe un número determinado de residentes con estas enfermedades avanzadas, que tienen un pronóstico de vida inferior a seis meses, que deben ser tratados con cuidados paliativos.
- Enfermedad hepática cirrótica: la cirrosis es el final común para las enfermedades en las que el daño hepático supera su capacidad de regeneración.
- Enfermedades renales crónicas avanzadas: en estas se pierde la funcionalidad de ambos riñones, tanto la eliminación como la función endocrina, que termina con una alteración de todos los sistemas del cuerpo. En pacientes jóvenes suele proponerse un trasplante y/o diálisis; sin embargo, en población mayor estos procedimientos son descartados y se utilizan los cuidados paliativos para mejorar los últimos meses de su vida, que rara vez alcanzan los seis meses de vida una vez desencadenada esta enfermedad.
- Demencias: en este caso, no es la propia demencia la que es susceptible de cuidados paliativos, sino las complicaciones secundarias asociadas a ella.
- Enfermedad de Parkinson: es un síndrome neurodegenerativo para que no existe un tratamiento curativo, sino sus cuidados son para aliviar los síntomas que provoca.
- Ictus y coma: cuando el paciente entra en coma después de un accidente cerebrovascular tiene alto riesgo de ser óptimo para recibir cuidados paliativos cuando se encuentra en este estado durante un tiempo mayor de tres días
- Esclerosis lateral amiotrófica: se trata de una enfermedad que degenera las motoneuronas. Los pacientes con este diagnóstico tienen un pronóstico de vida de tres años, por ello es muy alta la necesidad de cuidados paliativos.
- Síndrome de la inmunodeficiencia humana adquirida: aunque actualmente existe tratamiento para esta enfermedad, existe un porcentaje de pacientes que bien no cumplen la terapéutica o bien no es efectivo en ellos, que serán los que son susceptibles de cuidados paliativos en un corto periodo de tiempo.
- Poliulcerados con inmovilismos irreversibles: con la pérdida de movilidad muchos pacientes desarrollan úlceras que son causadas por la presión producida prolongada en el tiempo sobre un plano duro, además en el ámbito residencial también existen otras fuerzas como la fricción. Estas úlceras suponen un factor para administrar cuidados paliativos para evitar dolor, sufrimiento, olor, etc.

5.1 ETAPAS ANTE LA MUERTE

Aunque cada individuo es único y por tanto el proceso de la muerte también y cada persona lo vive de una forma diferente, existen cinco formas de afrontamiento de la muerte que son comunes para todos y que fueron descritas

por Elisabeth Kübler-Ross en 1969. Es necesario por parte del equipo multidisciplinar que proporciona cuidados paliativos ser conocedor de dichas etapas, ya que, aunque no todo el mundo las experimenta todas, ni en el mismo orden que se describen a continuación, es importante saber en cuál de ellas se encuentra la persona.

- Negación: este mecanismo de afrontamiento suele aparecer principalmente cuando a la persona se le da la noticia de su muerte inminente, negando que esto sea cierto. Después de recibir esta información, el paciente tiene la oportunidad de verificarla, interiorizarla y movilizar sus defensas; llegando incluso en ocasiones a buscar otras opiniones, gastando sus ahorros en curanderos o tratamientos con los que buscan un final más favorable para ellos. Durante todo este proceso el personal sanitario debe saber escuchar a la persona y dejarle una puerta abierta para el momento en el que desee tener una conversación sincera, entendiendo que el paciente está utilizando un mecanismo de afrontamiento, que incluso en ocasiones puede aparecer y desaparecer en distintos momentos a lo largo de la enfermedad.
- Ira: en esta fase de la conducta de afrontamiento de la enfermedad la persona intenta dar respuesta a la pregunta “¿por qué a mí?”. Generalmente quien peor lo pasa en este momento y no entiende qué ocurre son los familiares y allegados del paciente, ya que suele ser con ellos con quien descarga todo su mal humor, no pareciéndole bien nada de lo que hacen, gritándoles y dándoles malas respuestas; así como el personal sanitario ya que nunca va a realizar las técnicas o tener el vocabulario adecuado según la opinión del paciente. En este caso, se debe formar tanto a unos como otros para que entiendan que esa conducta del residente es en contra de la propia enfermedad y no contra su persona. No se debe utilizar la ira para responderle, sino ser positivo y hacerle entender que nos parece bien que exteriorice esos sentimientos, además de dirigirnos al residente anticipando sus necesidades, recordando cuáles son sus cosas favoritas y mantener una actitud de entereza.
- Negociación: esta es una conducta de afrontamiento en la que la persona trata de negociar, generalmente con un ser espiritual, el alargamiento de la vida, serían capaces de prometer cualquier cosa con tal de vivir durante un tiempo más. En esta etapa el personal sanitario debería tratar estos sentimientos con el paciente, aunque en la mayoría de las ocasiones no son exteriorizados.
- Depresión: esta etapa surge cuando el proceso de morir es inminente, se comienzan a perder capacidades funcionales, el residente ve que el final de su vida se acerca, en este momento las palabras de aliento y ánimo no suelen ser efectivas y lo que pueden causar es una confusión en el paciente haciéndole creer que su

vida aún puede alargarse y haciendo aumentar su desasosiego. Es mucho más efectivo el acompañamiento en silencio o una caricia, bien de la familia o del personal sanitario. Esta etapa de depresión suele ser silenciosa, el residente no suele expresarla abiertamente, suele ser el momento en el que pide hablar con un clérigo o las oraciones. Es importante el trabajo con la familia en esta etapa por la impotencia que puede causarles, explicarles que es necesario para llegar a una etapa de aceptación.

- Aceptación: esta etapa de afrontamiento llega cuando la persona encuentra la paz y alivio en el que se acepta la muerte. Suele ser más importante en esta etapa el acompañamiento y el contacto físico que las palabras que el personal sanitario pueda dirigir al paciente. La familia también va a necesitar mucha atención en esta etapa, que no debe confundirse con felicidad por morirse ni con la pérdida de esperanza, sino como se cita anteriormente con encontrar la paz y una aceptación de la muerte.

5.2 CUIDADOS FISICOS Y ESPIRITUALES

- Control de dolor

El control de dolor es la piedra angular en cualquier programa de cuidados paliativos, ya que es tratable en el 90% de los casos. Además, el dolor que se experimentará, así como su tratamiento, pueden ser una fuente de malestar para la persona que espera una muerte inminente.

El primer paso para tratar el dolor es la evaluación clínica del síntoma. Los aspectos básicos están incluidos en la Guía clínica para el manejo del dolor en el cáncer de la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research ,1994), los que son utilizables para el manejo del dolor en el paciente terminal. El personal sanitario debe preguntar al paciente por el dolor, y aunque en ocasiones este va ser reactivo a verbalizarlo ya que la población anciana es un grupo que no suele expresar con palabras el dolor crónico, se debe atender a otras conductas que pueden indicarnos que existe su presencia como son depresión, irritabilidad, alteraciones en funciones básicas como son comer y dormir, incluso un estado confusional puede relacionarse con el dolor; por ello, una intervención eficaz sobre el dolor puede mejorar de forma significativa la calidad de vida del paciente. Se debe animar al paciente a informar cuando siente dolor y del grado del mismo, así como hablar de las preocupaciones que tenga sobre ello.

Para un buen control del dolor se necesitan herramientas para medirlo, en este caso una de ellas que está demostrado que es consistente, confiable y reproducible son las escalas del dolor:

- Escala numérica de intensidad de dolor. Valora el dolor de 0 a 10 siendo 0 la

ausencia de dolor y 10 el máximo dolor posible. Es muy útil en pacientes con trastornos visuales.

- Escala descriptiva simple de intensidad de dolor. El paciente debe expresar la intensidad del dolor que padece desde ausencia de dolor hasta el peor dolor posible.
- Escala visual analógica (EVA): Es la más empleada, consiste en una línea recta de 10 cm de longitud donde en uno de los extremos estaría la ausencia de dolor y en el otro el peor dolor posible, el paciente debe marcar con una línea donde se encuentra el dolor que padece.
- Escala de círculos y colores. Evalúa la intensidad del dolor en relación al color de los círculos.
- Escala abreviada de rostros: consiste en el dibujo de cinco rostros que muestran caras que expresan un mayor o menor grado de dolor. El paciente debe escoger la que más se ajuste a su grado de dolor. Es muy utilizada en pacientes de corta edad o con deterioro cognitivo.
- Escala de Anderson: es utilizada en pacientes con disminución del nivel de conciencia, va del 0 al 5. Siendo calificada de la siguiente forma:

0: no dolor

1: no dolor en reposo, ligero dolor en la movilización o con la tos

2: dolor ligero en reposo, moderado en la movilización o con la tos

3: dolor moderado en reposo, intenso en la movilización o con la tos

4: dolor intenso en reposo, extremo en la movilización o con la tos

5: dolor muy intenso en reposo.

Ya que la sintomatología en este tipo de paciente es muy cambiante, es necesario realizar una reevaluación del dolor de forma periódica. Así como, también es importante medir otros factores como son la funcionalidad física y psíquica, el apoyo social y la calidad de vida que tienen.

El tratamiento del dolor.

En el paciente moribundo es importante no solo tratar el dolor, sino prevenir que llegue a tenerlo, esto puede llegar a realizarse una vez que se tiene un patrón de cuando sufre más solo. Existen dos calificaciones a la hora de tratar este tema:

- Mediante medidas no farmacológicas: actualmente muchas guías clínicas indican el uso de este tipo de alternativas para mejorar el control del dolor mediante terapias alternativas o el uso a la vez de las misma junto con los fármacos. Algunas de estas medidas son la hipnosis, imaginación guiada, masaje, relajación, acupuntura, contacto terapéutico, terapia postural y/o aplicación de frío o calor. Todas ellas medidas sencillas que logran disminuir el uso de fármacos.

- Mediante medidas farmacológicas: existen distintas vías de administración de los medicamentos para un buen control del dolor, en la mayoría de los casos se utiliza la oral o transdérmica, aunque en ocasiones se necesita una administración mediante vía subcutánea, endovenosa o epidural.

Según la escala de la OMS (1990) se utilizarían tres escalones de analgesia en el que se encontraría un primer escalón en el que se utilizan analgésicos no opioides, esta fase sería para resultados de 1 a 3 en la escala EVA, en el que se pretende un alivio del dolor leve, poseen techo analgésico, interfieren en la respuesta inflamatoria, disminuyen la fiebre y no producen tolerancia, depresión respiratoria o dependencia. Se incluyen los analgésicos antipiréticos y los antiinflamatorios no esteroideos. El segundo escalón se utilizaría para aliviar un dolor moderado, con un resultado en la escala EVA 4-6, e incluye los analgésicos opioides débiles, se utilizan por cortos periodos de tiempo, presentan techo analgésico, sirven para el manejo de dolor agudo, y crónico moderado. El tercer escalón incluye los analgésicos opioides fuertes, se trata el dolor intenso con un resultado EVA 7-10.

- Problemas respiratorios. Dentro de los problemas respiratorios más comunes en el paciente paliativo se encuentra:

Disnea: se trata de una sensación desagradable de falta de respiración, causadas a la enfermedad, al tratamiento o a la debilidad propia del residente. Se debe valorar si se trata de un proceso reversible o no, lo cual cambiará el método de afrontamiento. En el primer caso se utilizarán fármacos indicados para paliar dicho síntoma como son oxígeno, nebulizaciones, broncodilatadores, benzodiazepinas, corticoides o morfina. En el segundo caso se utilizarían medidas sintomáticas o la sedación del paciente.

Tos: es producida por la excitación de los receptores de la tos, pudiendo ser de diversa etiología. Como medidas generales para que no se produzca deben evitarse conductas como fumar delante del paciente, evitar utilizar productos irritantes en la limpieza, humidificar el aire, enseñar a toser de una forma eficaz, mantener el cabecero elevado y la utilización de fármacos y mucolíticos se verán limitados dependiendo del tipo de tos que se tenga, no es lo mismo una tos húmeda productiva que una tos seca.

Estertores: se producen cuando debido a la debilidad el paciente no es capaz de eliminar las secreciones bronquiales y estas se acumulan en la hipofaringe o en el árbol bronquial. Como tratamiento está el drenaje postural, la aspiración orofaríngea o incluso si se considera indicado la suspensión de la hidratación y la administración de fármacos mediante vía subcutánea de forma precoz.

- Estreñimiento

En pacientes moribundos suele producirse un estreñimiento por la concurrencia de varios factores como son una disminución del aporte de fibra y líquidos en la dieta, una disminución de la actividad física y el uso de ciertos fármacos. Para evitarlo se deben tomar medidas, midiendo el patrón de evacuación de la persona, fomentando la actividad física si es posible, aumentando la ingesta de fibra y líquidos y con la utilización de laxantes; además, es necesario realizar una exploración del abdomen y, en ocasiones, un tacto rectal cuando existen diarreas ya que pueden ser dadas por una impactación fecal.

Si el estreñimiento debe ser tratado de forma continuada y no a demanda del paciente. Además, si no existe un tratamiento adecuado del estreñimiento puede llegar a producirse una impactación fecal o incluso una obstrucción intestinal, donde el tratamiento ya sería más agresivo.

- Nutrición insuficiente

La nutrición en una persona moribunda en muchas ocasiones es insuficiente por una falta de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, fatiga y debilidad que hacen que les cueste mucho realizar una ingesta adecuada.

Las náuseas y los vómitos suelen ser una de las causas más habituales, por ello deben de tomarse medidas para que se realice una ingesta exitosa de nutrientes. Las comidas deben ser presentadas en pequeñas raciones con un aspecto apetitoso, con una dieta blanda, alimentos fríos, además de colocar al paciente en una postura adecuada y que el ambiente sea adecuado; en ocasiones, con que exista una compañía agradable durante las comidas ayuda a que el paciente coma. Todo ello con la ayuda de un antiemético, que se ajustará a la causa desencadenante de los vómitos.

La diarrea, aunque puede ser causada por múltiples factores, alguno ya citado anteriormente, debe tratarse para proporcionar una nutrición adecuada al paciente, se debe suspender el uso de laxantes si se estuviesen administrando, asegurar una buena hidratación mediante la administración de líquidos, y el uso de una dieta astringente, así como el uso de antidiarreicos, combinado con las medidas anteriores.

- Úlceras por presión

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes donde se produce una pérdida de sustancia cutánea producida por una presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Son un indicador de calidad en los centros residenciales, debido a la frecuencia con la que se producen.

Ante un caso de un paciente moribundo encamado o con una movilidad reducida de forma muy moderada es necesario realizar una prevención para evitar la aparición de úlceras por presión.

- Alivio del sufrimiento

El sufrimiento es una sensación subjetiva del paciente, que se presenta cuando teme acontecimientos que le produzcan un daño físico o psicosocial y que puedan ser una amenaza para su integridad física o psíquica, y a la vez, piensa que no posee los recursos para hacerle frente de forma exitosa. Para aliviar el sufrimiento es necesario evaluar al paciente como un ser humano, es decir como un conjunto, evaluando los aspectos físicos, psicológicos, espirituales y sociales ya que todos ellos pueden condicionar el sufrimiento.

- Fase agónica

Los tratamientos durante el proceso de morir deben estar dirigidos al control inmediato y sostenido de los síntomas que disminuyen la calidad de vida del paciente moribundo, con retirada de aquellos otros que no proporcionan un alivio. La anulación de la ingestión indica la necesidad de retirar toda la medicación oral que ya no es trascendente. Durante el proceso de morir la nutrición e hidratación del paciente dejan de tener sentido ya que ninguna de las dichas intervenciones tiene la capacidad para evitar la muerte y pueden llevar a situaciones de malestar intenso.

La fase agónica presenta unos síntomas característicos como son la caquexia, la anorexia, la disfagia, la boca seca, el dolor, la disnea, la retención urinaria y la agitación por delirium. En esta etapa son especialmente los cuidados básicos del paciente como son la higiene corporal, un cuidado continuo de la boca, una hidratación de la piel correcta y disminuir los cambios posturales para obtener la posición más apropiada del residente para el descanso. Se debe valorar la sedación del paciente ante situaciones de disnea de reposo incontrolable, agitación psicomotriz, disnea de reposo asociada a agitación y en hemorragias graves incoercibles.

El paciente precisa percibir que no será abandonado, que es importante para los profesionales sanitarios y que la labor de éstos consiste en proporcionarle una muerte en paz. Se debe respetar las opiniones del residente y adaptar los planes de cuidado a sus deseos. En el caso de que el residente no pueda expresar ya sus deseos será su familia quien decida de acuerdo con las necesidades y expectativas que el paciente tenía.

5.3 URGENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Es importante anticiparse a las emergencias que pueden surgir en los últimos días de vida. El correcto manejo de ellas es importante tanto para el paciente como para su familia. Cabe destacar que, las emergencias que se presentan en las últimas 48 horas de vida son a menudo irreversibles, por lo que lo importante en estos casos es asegurar el bienestar del paciente. Por ello es importante que existan medicamentos preparados y con las instrucciones adecuadas para su administración, sin que haya la presencia o la consulta previa a un médico. Algunas de las urgencias más habituales son:

- Sofocación (Obstrucción o compresión aguda irreversible de vías respiratorias altas): En este caso es imprescindible la presencia de personal sanitario junto con el paciente y la familia hasta que se produzca el desenlace, realizando una sedación del moribundo hasta conseguir la inconsciencia del mismo, a la vez que se ofrece un soporte emocional a los familiares.
- Hemorragias masivas (con compromiso vital inmediato): Se seguirían los mismos pasos que en la urgencia anterior.
- Convulsiones: Este tipo de urgencia siempre causa un gran impacto en los familiares cuando se produce por primera vez, por lo que es importante controlar la situación de la forma más rápida posible.

5.4 PLANIFICACION DE DECISIONES ANTE LA MUERTE

La planificación de decisiones ante la muerte en muchas ocasiones es un tema que tanto el paciente como su familia intentan evitar, pero es importante tratarlo, de forma guiada con sensibilidad, ya que así, el residente puede expresar sus deseos y medidas de mantenimiento de la vida a través de un documento de instrucciones previas. Todo el equipo interdisciplinar debe ser conocedor de dichas voluntades.

Directrices generales o documento de últimas voluntades son nombres con los que se conocen los escritos por los que una persona, libremente y bien informada, manifiesta sus deseos expresos acerca de qué tratamiento médico acepta o rechaza, en el caso de que una incapacidad futura le impida realizarlo, es importante que este documento se redacte cuando el paciente está en pleno uso de sus facultades mentales, por ello es fundamental trabajar este tema desde el inicio precoz de la enfermedad, o incluso, antes de que exista ninguna enfermedad.

5.5 APOYO ANTE LA MUERTE Y DUELO DE FAMILIARES

La atención de la persona en el proceso de morir debe considerar también el apoyo y ayuda a los familiares y allegados de la persona con una enfermedad terminal, ya que, un trabajo terapéutico con ellos puede ayudarles a entender muchas cosas, así como prevenir situaciones de estrés y proporcionarles confort

ante tal situación. Como ocurre con el propio paciente, las personas cercanas a él también sufren las distintas etapas de negación, ira, negociación, depresión y aceptación de la muerte, que son descritas con anterioridad; sin embargo, estas pueden no coincidir en tiempos con las del propio paciente, este último puede haber ya llegado a la aceptación y sus familiares encontrarse aún en la etapa de negación; por ello, deben tratarse cada uno de forma individualizada e intentar mediar entre ellos como interlocutor para que cada uno sepa en qué momento se encuentra.

El momento más idóneo que tienen los profesionales para trabajar con el familiar o allegado es cuando se encuentra en la etapa de negociación, depresión o aceptación, ya que en las anteriores es posible que llegue a culpabilizar o cuestionar a los profesionales sanitarios y las intervenciones realizadas en el paciente; sin embargo, se le debe mostrar apoyo y respeto durante todo el proceso, siempre dejar ver que tiene una persona abierta al diálogo y ofrecerle el apoyo que necesite en cada momento.

El apoyo a la familia debe hacerse desde el primer momento, es decir, desde que se les ofrece el mal diagnóstico de su allegado, realizando siempre mostrando una preocupación sincera, delicadeza y una buena comunicación no verbal, los cuales tienen un efecto paliativo muy importante tanto para los pacientes como para sus seres queridos. Además, el profesional debe mostrarse accesible para que le puedan pedir ayuda ante los momentos de incertidumbre, ansiedad, tristeza, ira o depresión que los familiares pueden sufrir. Cabe señalar en esta parte las habilidades de comunicación verbal y no verbal de los profesionales a la hora de transmitir un mensaje tanto al paciente como a su familia, y que influye mucho en su satisfacción.

Dentro de estas habilidades destacan:

- La escucha activa: se trata de mostrar interés y atención a lo que el paciente o familiar dice, se debe adoptar una postura activa, mantener el contacto visual, adoptar una expresión facial de prestar atención y utilizar la comunicación verbal para hacer ver que se está mostrando interés y se está atendiendo a lo que dice, utilizar un tono de voz adecuado, parafrasear y observar también el lenguaje no verbal del interlocutor
- La empatía: se trata de intentar colocarse en la situación de la otra persona. Consta de dos fases, una primera en la se produce la interiorización de la situación emocional que sufre el otro y la expresión para que el receptor entienda que se comprende su situación. La empatía está muy ligada a la actitud de respeto del profesional hacia el paciente y su familia, es la forma de demostrarle que su

problema le importa y que se preocupa por él, respetando sus creencias y valores ideológicos y éticos.

- La aceptación y la recompensación: consiste en mostrar interés en la otra persona, sin que se sienta juzgada y así facilitar que exprese sus sentimientos.

Es muy importante tener en cuenta a las personas allegadas al paciente, ya que si el cuidador principal se desmorona, la situación del enfermo terminal es más susceptible de empeorar rápidamente. Los cuidados que son proporcionados a las familias de la persona moribunda por parte de todo el personal sanitario del centro influyen de forma importante sobre el duelo cuando se produce la muerte del paciente.

El duelo se define como una reacción afectiva dolorosa ante la pérdida de un objeto o persona amada. Se trata de un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce cuando existe la pérdida de una persona o cosa amada y asociándose a síntomas físicos y emocionales. En realidad, el duelo comienza en el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad terminal, por lo que se debe prestar atención a la familia desde un primer momento. Una vez que sucede la muerte del residente, sus allegados sufren un cambio, en el cual los profesionales deben estar presentes para que estos puedan canalizar este impacto y así prevenir la aparición futura de sintomatología adversa, siempre teniendo en cuenta que el duelo tiene una reacción individual, privada, emocional, física, familiar, etc. Los profesionales deben abordar el duelo de los allegados del fallecido con espontaneidad, ofreciéndoles un punto de apoyo, alguien con quien puedan desahogarse y que sepa que está allí para ayudarles. Este proceso en muchas ocasiones no debe terminar ahí, sino puede requerir un seguimiento durante un tiempo. Para ello existen programas de Cuidados Paliativos en los que hay voluntarios que prestan este servicio, aunque lo ideal es que estén supervisados por un profesional. La función de estos programas es acompañar a los familiares del fallecido ofreciéndoles disponibilidad para ayudarles hasta que reinicien su vida.

Se considera que el proceso de duelo se ha resuelto de forma correcta cuando la persona es consciente de la pérdida tras pasar las distintas etapas en las que se divide el duelo que son:

- Etapa de pena y dolor
- Etapa de miedo, ira, culpabilidad y resentimiento
- Etapa de apatía, tristeza y desinterés
- Etapa de reaparición de la esperanza y reconducción de la vida

Existen ocasiones en las que el duelo no sigue la evolución esperada y se con-

vierte en un duelo patológico. Este proceso sucede cuando la persona se ve superada por el dolor de la pérdida experimentada, en él se manifiestan una serie de síntomas y conductas no adaptativas que necesitan de ayuda profesional para ser superadas. Ante una persona en proceso de duelo, el personal debe enfocar en tratamiento de la siguiente forma:

- Aceptar que la pérdida es real: en muchas ocasiones se produce una negación de los hechos por parte del familiar, por lo que es importante que participe en los ritos como el funeral.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida: los familiares son incapaces de sentir, sufren un bloqueo evitando pensamientos dolorosos e idealizando al fallecido.
- Adaptarse a un nuevo ambiente donde el fallecido está ausente: los allegados del fallecido deben adaptarse a un nuevo entorno en el que falta la persona, incluyendo también los roles que representaba y los lugares que ocupaba, es necesario trabajar con los allegados para que no generen sentimientos de infravaloración y sepan desarrollar los nuevos papeles que debe adoptar.
- El ser capaz de seguir adelante con la vida cotidiana y la vida personal no supone el olvidar al difunto: consiste en encontrar el lugar adecuado en el recuerdo para el difunto.

5.6 SINDROME DE BOURNOUT TRABAJADORES EN UNIDADES DE PALLIATIVOS

El burnout comenzó a ser descrito en 1974 por Herbert Heunderberguer estando caracterizado por el agotamiento o pérdida de interés que sufren algunos profesionales sanitarios y lo definió como el estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la compensación deseada. También en 1982 la psicóloga social Cristina Maslach define este síndrome diciendo que es el agotamiento, el cansancio mental que se manifiesta a través de tres dimensiones que son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del rendimiento. Por tanto, se puede definir en burnout como un fenómeno reactivo que tiene sus causas en la interrelación del individuo con el tipo de trabajo y el tipo de organización en el que se desarrolla.

Según un estudio realizado en Brasil el enfrentamiento de la muerte y el proceso de morir por el personal sanitario surgen sentimientos de angustia, impotencia, sufrimiento, miedo, tristeza, que interfieren en la asistencia tanto a los enfermos como a sus allegados. La convivencia diaria con la muerte, no impide que los profesionales sanitarios expresen los malos sentimientos, al contrario, comprenden mejor este hecho y así pueden controlar las emociones, sufrir menos y ayudar

a los pacientes y sus allegados. Sin embargo, si existe una falta de preparación, puede llevar al profesional a alejarse de la situación, llevando a que cree mecanismos o formas para vivir la muerte que pueden llegar a ser negativas para su relación con los demás.

Existen cuatro etapas en el proceso de burnout:

- Idealismo y entusiasmo: donde existen grandes expectativas y el trabajo se percibe como algo estimulante.
- Estancamiento: donde se produce una pérdida del entusiasmo y aparece una actitud crítica hacia el trabajo o la circunstancia.
- Frustración: el profesional se cuestiona si es útil en el trabajo porque, aunque se esfuerza, se siente frustrado, se muestra negativo y destructivo frente a los demás.
- Apatía: en esta etapa aumenta la frustración y el sentimiento de fracaso aumenta de forma que supera al de autorrealización.

Existe síndrome de burnout en todos los servicios sanitarios, sin embargo, en los servicios que los profesionales ofrecen cuidados paliativos es superior, ya que el cuidado de una persona con enfermedad terminal es una gran fuente de estrés. Llegando este síndrome no solo a afectar al profesional que lo padece, sino también a todo el equipo multidisciplinar.

Algunas fuentes de estrés en el trabajo sanitario, se relacionan con la gran carga de trabajo que se tiene, la gran responsabilidad que sienten tanto por el trabajo, como por la integridad física y mental de los pacientes, además hay que sumar la falta de experiencia o conocimientos que pueda haber debido a la falta de especialización durante su formación (14).

5 Discusión-Conclusión

Existe mucha bibliografía y estudios acerca de los cuidados paliativos y los cuidados a la persona que se le acerca su fin y su familia; sin embargo podría existir más especialización de profesionales entorno a este campo.

6 Bibliografía

1. Real Academia Española de la lengua. Diccionario de la lengua española (22.a ed.); 2001.

2. Elipoulos, C. *Enfermería gerontológica*. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2014
 3. Alonso Renedo FJ, González-Ercilla L, Iráizoz-Apezteguía I. El anciano con enfermedad avanzada de órgano. Consideraciones desde la geriatría, la medicina paliativa y la bioética. *Rev Esp Geriatr Geron*. 2014;49(5):228-234
 4. de la Lanza C.C, O'Shea G.J, Herrera J L, Peña G C. Cuidados paliativos: la opción para el adulto en edad avanzada. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015;14(3): 176-180.
 5. Astudillo W, Mendinueta C, Orbegozo A. Presente y futuro de los Cuidados Paliativos. *Avances recientes en Cuidados Paliativos*. San Sebastián: Ed. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos [documento en Internet]. 2002: 15-46
 6. Marín P, Verdejo H. (2016). Cuidados paliativos en geriatría. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2016;32(2): 69-83
 7. Tabares V. Z, Rodríguez J. R, Jiménez E. S. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud*. 2014: 8(2), 41-48.
 8. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). *Directrices Generales sobre tratamiento de las úlceras por presión*. Logroño; 2003. Revisión 27/04/2003. [Fecha de consulta 26/05/17.
 9. Salazar C, Fernández Duque O, Torres Moreno B. *Tratado de geriatría para residentes*. Vol 217. Madrid: Gerontología SEdGy; 2007
 10. Gómez Sancho M, Grau Abalo J. *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid: Arán Ediciones, 2006.
 11. Benitez Del Rosario MA, Pascual L, Asensio Fraile A. *Asensio. La atención a los últimos días. Atención primaria*. 2002.
 12. de Cuidados Paliativos S E. *Guía de cuidados paliativos*. [internet]. 2014: [
 13. Souza Souza L. P, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Riveiro Gonçalves R. C, Oliveira e Silva C.S, Barbosa D.A. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*. 2013; 12(4): 222-237.
 14. Hernández Zamora Z. E, Ehrenzweig Sánchez Y. Percepción de sobrecarga del cuidador y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado.
- Consejo nacional para la enseñanza en investigación en psicología A. C. *Enseñanza e investigación en psicología*. Vol 2. 1ª Ed. México; 2012: 127-142.

Capítulo 160

RABDOMIOLISIS

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SANDRA SOTURA CARRERA

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

1 Introducción

La rabdomiolisis es un síndrome causado por la lesión de las células musculares esqueléticas, lo cual lleva a la liberación de su contenido celular (mioglobina, CPK, aldolasa, LDH, AST, ALT, fósforo, potasio,...) al torrente circulatorio. Se pueden afectar diferentes órganos, de forma muy significativa el riñón.

2 Objetivos

- Describir las causas de la rabdomiolisis.
- Detallar la clínica de la rabdomiolisis.
- Analizar las complicaciones de la rabdomiolisis así como su tratamiento.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Hay múltiples causas que pueden producir lesión en la célula muscular, y por tanto, ser causa de rabdomiolisis. Además, en muchos pacientes, la causa de la rabdomiolisis es multifactorial. Las principales causas de la rabdomiolisis pueden ser: hereditarias (condiciones genéticamente determinadas que originan un trastorno metabólico o estructural que lleva a necrosis de fibras musculares) o adquiridas como puede ser el consumo de medicamentos, drogas y toxinas, una actividad muscular excesiva (ejercicio, convulsiones,...), lesión muscular directa (compresión, corriente eléctrica,...), lesiones isquémicas, metabólicas, infecciones, extremos de la temperatura corporal...

La rabdomiolisis produce una clínica variable e inespecífica. Los pacientes pueden presentar sensibilidad muscular, rigidez, calambres, debilidad y pérdida de función. Podemos encontrarnos con dolor a la palpación de los músculos afectados, orina de color oscuro, rojo o color de refresco de cola, fatiga...

Un alto porcentaje de pacientes con rabdomiolisis no presentan signos ni síntomas, los signos y síntomas que se relacionan con el proceso causal o con las complicaciones de la rabdomiolisis, pueden ser los principales hallazgos. Las principales complicaciones de la rabdomiolisis son: insuficiencia renal aguda, alteraciones metabólicas (hipercalcemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, hiperruricemia, hipofosfatemia, hipocalcemia, acidosis), coagulación intravascular diseminada, complicaciones mecánicas (síndrome compartimental). El síndrome compartimental puede ser la causa o una complicación de la rabdomiolisis.

Los principales objetivos del tratamiento de la rabdomiolisis son resolver la causa desencadenante, resolver las alteraciones hidroelectrolíticas y evitar el posible desarrollo del fracaso renal agudo. La hidratación con solución salina, es la principal medida, y se debe iniciar lo antes posible. Se deben vigilar y controlar los trastornos hidroelectrolíticos. Puede ser necesaria la diálisis si aparece fracaso renal o hiperpotasemia que no responden al tratamiento médico. La alcalinización de la orina (que facilita la eliminación de la mioglobina) y el uso de diuréticos es un tema controvertido. Si se usan es necesario monitorizar el equilibrio hidroelectrolítico y el pH sanguíneo y urinario. En caso de síndrome compartimental,

si la presión en el compartimento es mayor de 35 mmHg se debe pensar en la fasciotomía.

5 Discusión-Conclusión

La rabdomiolisis supone una entidad con una presentación no despreciable en nuestro entorno. Un adecuado conocimiento de la patología permitiría realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz.

6 Bibliografía

- Libros: Libro electrónico de Temas de Urgencia. Traumatología y Neurocirugía del Sistema Navarro de Salud.
- Página WEB: ELSEVIER. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-rabdomiolisis-metabolica-actualizacion-S0716864018301044>
- Página WEB: Scielo. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo>.
- Página WEB: Medicina Intensiva. Disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-rabdomiolisis-idiopatica-articulo>.

Capítulo 161

LAS ANEURISMAS CEREBRALES

SARA ALVAREZ MENENDEZ

YAIZA FUENTE VÁZQUEZ

SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una aneurisma cerebral es una dilatación (globo) de la pared de un vaso sanguíneo, por adelgazamiento de la pared del mismo, en la cabeza. Una aneurisma puede permanecer durante años, incluso toda la vida con el mismo diámetro y no saber ni tan siquiera que una persona presenta una aneurisma cerebral (en la mayoría de casos son descubiertas por alguna prueba que se hace por otra patología), ya que no tiene porque da ningún síntoma. Pero en otros casos esta dilatación puede ir aumentando de tamaño con el paso del tiempo y esto puede ocasionar diferentes síntomas dependiendo en que zona este localizada, por ejemplo si esta cerca de los nervios ópticos y al aumentar su tamaño los comprime puede dar lugar a una perdida de visión, por otro lado si aumenta de tamaño continuamente puede llegar a romperse provocando un sangrado en el cerebro (ACV), situación que se convierte en una urgencia médica.

Los síntomas de la rotura de una aneurisma son: dolor de cabeza, náuseas, rigidez de nuca, convulsiones, confusión, ante cualquiera de estas señales debemos consultar urgentemente con un médico. Actualmente no se conocen las causas que pueden provocar la aparición de una aneurisma cerebral pero si sabemos que hay unos determinados factores de riesgo como son: edad avanzada, fumar, mantener unos niveles altos de tensión arterial, consumo de alcohol, estrés...

La principal complicación de una aneurisma cerebral es su rotura que a su vez puede provocar, vasoespamos, hidrocefalia, hiponatremia o un nuevo sangrado, cualquiera de estas complicaciones deben ser atendidas de urgencia ya que pueden provocar la muerte del paciente.

2 Objetivos

- Conocer el número de personas que padecen una aneurisma cerebral en el Hospital Universitario Central de Asturias.
- Saber cómo fue descubierta dicha aneurisma.
- Identificar el factor/es que cada paciente presenta.

3 Metodología

Acudiremos al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) donde pediremos que nos faciliten el número de pacientes que padecen una aneurisma cerebral, a partir de aquí tomaremos una muestra de 200 pacientes, que se presenten voluntarios y siempre de manera anónima, del Area IV del Principado de Asturias que acudan a la consulta de neurocirugía o radiología intervencionista que estén diagnosticados de aneurisma cerebral.

A partir de esta muestra y mediante un formulario que conste de edad, sexo, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y cocaína), dieta habitual, tipo de trabajo, rango de las cifras tensionales y una breve descripción de como se le diagnóstico el aneurisma cerebral, podremos conocer nuestros objetivos.

4 Bibliografía

- Williams LN, et al. Management of unruptured intracranial aneurysms (Tratamiento de aneurismas intracraneales sin rotura). Neurology Clinical practice.
- Thompson BG, et al. Guidelines for the management of patients with unruptured intracranial aneurysms: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.
- Cerebral aneurysm fact sheet (Hoja informativa sobre aneurismas cerebrales). Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (National Institute of Neurological Disorders and Stroke).

- Cerebral aneurysm (Aneurisma cerebral). American Association of Neurological Surgeons (Asociación Americana de Cirujanos Neurológicos).
- Daroff RB, et al. Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage (Aneurismas intracraneales y hemorragia subaracnoidea). En: Bradley's Neurology in Clinical Practice (Neurología en la práctica clínica de Bradley). 7.^a ed. Filadelfia, Pa.: Elsevier; 2016.
- Singer RJ, et al. Unruptured intracranial aneurysms (Aneurismas intracraneales sin rotura). <https://www.uptodate.com/home>. Último acceso: 01 de enero de 2020.
- Maciel CB, et al. Seizures and epileptiform patterns in SAH and their relation to outcomes (Las convulsiones y los patrones epileptiformes en las hemorragias subaracnoideas, y su relación con los desenlaces clínicos). Journal of Clinical Neurophysiology (Revista de Neurofisiología Clínica). 2016;33:183.
- Brown RD (opinión de un experto). Mayo Clinic, Rochester, Minn. 27 de abril de 2017.
- Brown RD, et al. Screening for brain aneurysm in the Familial Intracranial Aneurysm study: Frequency and predictors of lesion detection (Análisis para la detección de aneurismas cerebrales en el Estudio de aneurismas intracraneales hereditarios: frecuencia e indicadores de la detección de la lesión). Journal of Neurosurgery (Revista de Neurocirugía). 2008;108:1132.
- Chalouhi N, et al. Differential sex response to aspirin in decreasing aneurysm rupture in humans and mice (Respuesta diferencial entre sexos a la aspirina para la disminución de la rotura de aneurismas en humanos y ratones). Hypertension (Hipertensión). 2016;68:411.

Capítulo 162

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS CONVULSIONES.

SARA SÁNCHEZ JUARROS

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

NOELIA MORENO SANROMÁN

1 Introducción

El cuidados de enfermería en convulsiones, es necesario para prevenir complicaciones o secuelas a los pacientes o fetales.

Las convulsiones se producen cuando una o varias regiones del encéfalo reciben una descarga de señales eléctricas anormales que interrumpe transitoriamente el funcionamiento eléctrico encefálico normal.

La convulsión es un síntoma con actividad neuronal en el cerebro que conlleva a hallazgos físicos peculiares como la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta, así como de alteraciones del estado mental del sujeto.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados de enfermería en el manejo de la crisis convulsiva con el fin de prevenir complicaciones o secuelas en el paciente o feto.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica cuyos descriptores primarios fueron: “convulsiones”, “enfermería”, “epilepsia”, “paciente”. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos informatizadas: Scile, Dialnet y Medline, y el metabuscador Google académico.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en las convulsiones constituyen una acción fundamental para el paciente que las sufre. El personal de enfermería debe llevar a cabo acciones como:

- Mantener la calma y calmar a los demás.
- Solicitar ayuda permaneciendo en todo momento junto al paciente y valorar la situación
- Evitar que el paciente se golpee con objetos situados cerca.
- Descomprimir la ropa que pudiera estar apretada especialmente en torno al cuello.
- Colocar al paciente en posición lateral de seguridad cuando finalice la crisis para evitar la broncoaspiración.
- Superada la crisis dejarle descansar.
- Registrar las características de la crisis.
- No intentar controlar las convulsiones. No utilizar la fuerza. No tratar de reanimarlo. No introducir ningún objeto en la boca. No darle de beber ni medicación oral.

Si no cede la crisis:

- Canalizar una vía venosa que permita la administración de fármacos si no es portador de una.
- Abrir la vía aérea y colocación de un guedel, si lo tolera. (no intente abrir la boca por la fuerza o intentar insertar la cánula por la fuerza ya que podrá producir roturas de piezas dentales.)
- Aspirar secreciones si precisa.
- Administrar oxígeno a alto flujo.
- Extraer sangre para analítica.
- Administración de medicación según prescripción médica (valium, midazolam, fenitoína.)

5 Discusión-Conclusión

La epilepsia es una enfermedad frecuente, aunque la mayoría de las personas que tienen esta patología se controlan bien con la medicación. Aun así, estos pacientes necesitan cuidados muy específicos.

El profesional de Enfermería juega un papel fundamental en la mejora de los cuidados de las personas con epilepsia y de sus familiares, dirigidos fundamentalmente a evitar factores desencadenantes de la misma, a actuar de un modo correcto cuando la crisis se produzca, a evitar complicaciones potenciales de la enfermedad y a conseguir el máximo nivel de autocuidado.

6 Bibliografía

- Hurtado JD, Convulsiones. Disponible en : <https://es.slideshare.net/>.
- Luna Aljama J; Luna Aljama M^a E. Cuidados de enfermería en la epilepsia.
- Cano-Sánchez M. Actualización del cuidado enfermero del paciente con epilepsia.

Capítulo 163

CUIDADOS DE LA SONDA DE NUTRICIÓN ENTERAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

SARA LÓPEZ GARCÍA

NOELIA PÉREZ LAMUÑO

CLAUDIA BLANCO MARTINEZ

BEATRIZ TERENCE NEVADO

ALBA MARTÍNEZ ALONSO

1 Introducción

La mayoría de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados críticos precisan la colocación de una sonda para su correcta nutrición durante su estancia en dichas unidades. La permanencia de la sonda en el paciente, generalmente, suele ser prolongada en el tiempo y puede ir desde varios días hasta semanas o meses si esta es bien tolerada. La nutrición enteral genera menos complicaciones que la nutrición parenteral; diferentes estudios clínicos y experimentales emiten resultados favorables en cuanto a la preservación de la estructura y función de la mucosa gastrointestinal y la menor incidencia de infecciones en pacientes nutridos a través de sondas.

La introducción y permanencia de una sonda requieren una serie de cuidados en

el paciente con el objetivo de asegurar su confort, minimizar las posibles lesiones y mantener la sonda en condiciones óptimas para su correcto funcionamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los cuidados que debe recibir el paciente crítico portador de una sonda de alimentación.

Objetivos secundarios:

- Conocer los cuidados que debe recibir el paciente crítico portador de una sonda de alimentación.

- Prevenir las complicaciones que puedan derivarse de ser portador de una sonda de alimentación.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica realizada en el mes de septiembre de 2019. Las palabras clave utilizadas han sido “nutrición enteral”, “paciente crítico”, “sonda enteral” y “cuidados sonda”. Para la revisión se han buscado artículos en diferentes páginas web y documentos de la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y Parenteral. Con la información obtenida de la revisión se han obtenido los resultados que se detallan a continuación.

4 Resultados

- La sonda es el dispositivo que va a permitir que la nutrición llegue al paciente, por ello hay que prestarle especial atención y cuidado.

Debe estar fijada de una manera segura con la finalidad de prevenir desplazamientos accidentales de la misma. Se debe extremar la precaución durante las movilizaciones del paciente. Es conveniente comprobar la posición de la sonda en cada turno y después de haber manipulado al paciente (levantar la cabecera, bajarla, cambiarle de posición, etc.)

- La zona de la fijación de la sonda es un lugar muy vulnerable de ulcerarse debido al roce y fricción continuos del dispositivo y la piel y mucosas con las que está en contacto, por ello es de gran importancia alternar el punto de apoyo de la sonda, evitando la presión sobre la mucosa nasal y cambiar la sujeción diariamente previo a hacer un lavado y correcto secado de la zona. Las fosas nasales

han de limpiarse diariamente con 10 ml de suero fisiológico cada una, se debe mantener una higiene oral adecuada y los labios deben de permanecer hidratados para evitar que se sequen y agrieten.

La sonda ha de moverse y rotarse sobre sí misma de manera cuidadosa para variar los puntos de apoyo tanto sobre la mucosa nasal como sobre la mucosa del tubo digestivo. Es importante recordar que esta maniobra no debe realizarse con las sondas transpilóricas.

- La sonda propiamente dicha también requiere unos cuidados y un mantenimiento para garantizar la perpetuidad de la misma y evitar cambiarla más veces de las estrictamente necesarias, por ello ha de limpiarse por su parte externa con agua tibia y jabón suave para posteriormente aclarar y secar. Tras haberle administrado al paciente nutrición enteral en bolo, se ha de pasar 50 ml de agua a través de la sonda para evitar que queden restos de alimentación en la luz de la misma. Si por el contrario, la alimentación está siendo administrada de manera continua, lavaremos la luz de la sonda cada 6 horas con la misma cantidad de agua.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes de las unidades de cuidados intensivos por sus condiciones y patologías requieren unos cuidados especiales a los que debemos prestar mucha atención y realizarlos de la mejor manera posible, acorde con los últimos avances científicos.

Tanto el cuidado de la sonda de alimentación como de las zonas de roce y fricción de la misma en el paciente es fundamental para garantizar la correcta nutrición del enfermo y mantener íntegra la piel y las mucosas.

6 Bibliografía

- Grupo de Trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC. Algoritmos de intervención nutricional en el paciente crítico. ISBN:978-84-693-2614-5.2010
- McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, McCarthy M, Roberts P, Taylor B et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). JPEN 2009;33:277-316
- Bankhead R, Boullata J, Brantley S et al. ASPEN Board of directors. Enteral nutrition practice recommendations. JPEN 2009; 33: 122-167

Capítulo 164

PRUEBA DE TALÓN: BUENAS PRÁCTICAS EN LA EXTRACCIÓN DE SANGRE PARA METABOLOPATÍAS Y MANIPULACIÓN DE DICHAS MUESTRAS

NURIA GONZALEZ PULIDO

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

1 Introducción

El cribado neonatal comúnmente conocido como prueba del talón, es un cribado poblacional cuyo fin es la detección precoz de un grupo de enfermedades que de no detectarse comprometerían la vida y/o desarrollo intelectual de los afectados. El programa se oferta a todos los recién nacidos tanto en hospitales públicos como en privados.

Dicha prueba es gratuita y voluntaria. Concretamente en Asturias, las enfermedades que se pueden detectar con una sólo muestra de sangre del talón recogida entre las 48h y las 72h de vida del bebé son:

-Hipotiroidismo congénito (HC).

- Fenilcetonuria (PKU).
- Déficit de acetyl-CoA deshidrogenasa de cadena media (MCAD).
- Acidemia glutárica tipo I (GA-I).
- Déficit de 3-hidroxi-acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD).
- Fibrosis quística (FQ).
- Anemia falciforme (AF).

2 Objetivos

-Describir el proceso a realizar para una detección precoz de metabopatías congénitas en neonatos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las 48-72 horas de vida del recién nacido y antes del alta hospitalaria, el profesional de enfermería será el responsable de la técnica así como de la correcta cumplimentación de los datos de la cartulina pertinente (datos del bebé, madre/tutor y dirección actualizada a la cual se facilitarán los resultados por carta). Antes de tomar la muestra se debe cumplimentar los datos de la tarjeta. Preferentemente se hará en letras mayúsculas para que sea más legible y en bolígrafo.

Material necesario:

- Tarjeta de metabopatías con el sobre correspondiente para su envío.
- Lanceta estéril de la longitud apropiada para realizar incisión < 0,2 mm.
- Alcohol 70° isopropílico.
- Guantes exentos de polvo.
- Gasas estériles.

No tocar la cartulina para no contaminar los círculos que posteriormente se van a impregnar.

Antes de pinchar, confirmar la identidad del neonato. Se deben utilizar guantes sin polvo tras lavar previamente las manos.

El pie del bebé deberá estar por debajo de la altura del corazón, así se incrementará la presión venosa. Calentar la zona de punción con masaje, pero sin excesiva fricción.

Se debe limpiar el talón con alcohol 70° y posteriormente dejar secar al aire, hacer la punción con lanceta estéril, la punción será $< 0,2$ mm y limpiar para desechar la primera gota de sangre con gasa estéril. Se deja que se forme otra gota grande de sangre grande y que ésta toque el papel de filtro y empape bien, se debe llenar cada círculo con una sola aplicación de esas gotas y no depositar más de una gota en cada círculo. Aplicar sangre sólo por la parte impresa de la tarjeta, presionar el talón y relajar de forma alterna para formar nuevas gotas de sangre.

Tras rellenar todos los círculos, elevar el pie del recién nacido y aplicar presión con gasa estéril sobre la zona de la punción. Dejar secar la muestra al aire, en posición horizontal, mínimo 3 horas, a temperatura ambiente y sin que ésta reciba luz directa.

Se debe apoyar la tarjeta sobre una superficie no absorbente y posteriormente introducir en el sobre correspondiente para el envío.

Es importante la correcta impregnación de la sangre del talón en el papel correspondiente, los errores más frecuentes a evitar serían: tocar la zona de los círculos antes o después de aplicar la muestra, envío de la muestra antes de su correcto secado, aplicar sangre a ambos lados del filtro o en exceso y muestra escasa.

Una muestra no adecuada tendrá como consecuencia la solicitud de una segunda prueba, lo que retrasa un posible diagnóstico y el tratamiento oportuno. Cuando el resultado del test es positivo: indica riesgo para el recién nacido de que tenga la enfermedad, no que la padezca necesariamente. Se solicitará una nueva muestra de manera inmediata excepto que la enfermedad sea la FQ, cuya prueba no es excluyente hasta la 3° semana de vida del bebé.

Normalmente es necesario, aunque en la muestra de verificación sea positiva, realizar otras pruebas para el diagnóstico de la enfermedad. Si el resultado de la muestra es negativo: se envían los resultados por carta a la familia a la dirección que constaba en la tarjeta.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de éste análisis de sangre, tras la realización de ésta prueba tan sencilla, radica en que permite el diagnóstico precoz de determinadas enfermedades que de no ser diagnosticadas, comprometerían la vida y/o desarrollo intelectual de los afectados.

De ésta forma se permite una intervención sanitaria adecuada de forma precoz , reduciendo así la mortalidad y discapacidades asociadas a dichas patologías.

6 Bibliografía

- Sistema de Información del Programa poblacional de cribado neonatal del SNS. 20/03/2014.
- Informe de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias (CABéPA), sobre criterios éticos para la organización del Cribado Neonatal ampliado.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Resumen ejecutivo del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado neonatal, Madrid, junio de 2013.
- Objetivos y requisitos de calidad del Programa de Cribado Neonatal de enfermedades endocrinometabólicas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Programa de Cribado Neonatal del Principado de Asturias PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMEDADES ENDOCRINO-METABÓLICAS EN EL PERÍODO NEONATAL, MEDIANTE LA“PRUEBA DEL TALÓN”. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Septiembre de 2014.

Capítulo 165

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

SUSANA PRIETO GONZÁLEZ

ANA ISABEL CIMAS SUÁREZ

1 Introducción

La existencia de enfermedades y procesos patológicos que interfieren con la capacidad de deglución del paciente, aunque su sistema digestivo funcione correctamente, hacen necesaria la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea o sonda PEG. Entre estos procesos encontramos tanto enfermedades terminales como irreversibles, con una expectativa de vida más o menos prolongada.

La colocación de una sonda PEG garantiza una alimentación enteral de sencillo manejo y un aporte nutritivo adecuado.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados que eviten la incidencia de complicaciones, mediante la adquisición de conocimientos básicos en el uso de una sonda PEG, tanto para nutrición enteral como para administración de medicación.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda limitada a artículos publicados, en los que se tratasen y analizasen diversas guías y protocolos sobre el uso y cuidado de la sonda PEG, con su correspondiente revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Pubmed, ScienceDirect.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería de la sonda PEG son de especial importancia, tanto realizados por profesionales de enfermería, como por los cuidadores principales del paciente.

Para garantizar que el riesgo de complicaciones por el uso continuado de estos dispositivos sea mínimo, tenemos que hacer especial hincapié en:

- Limpiar diariamente con agua y jabón tanto la zona del estoma como las conexiones de la PEG.
- Girar una vuelta completa la sonda una vez al día para evitar que esta se adhiera a la piel.
- Comprobar el balón de la sonda, si esta lo tuviera, cada dos semanas.
- Recambiar la sonda cada 6-12 meses.
- Antes de la administración de alimentos o medicamentos debemos comprobar la correcta colocación de la sonda
- Antes y después de cada bolo alimenticio hay que limpiar la sonda con 30-50 ml de agua. Si la nutrición se administra en forma de perfusión continua, limpiaremos la sonda con agua cada 4-6 horas.
- La alimentación estará a temperatura ambiente.
- El paciente debe estar incorporado unos 45° y permanecer así una hora tras finalizar la administración de nutrición.
- No debemos mezclar diferentes fármacos en la misma jeringa, administrando en primer lugar las formas líquidas y a continuación las más densas. Todos ellos deben estar bien triturados (pastillas) y diluidos con agua.

5 Discusión-Conclusión

Una parte fundamental de los cuidados paliativos la constituye la nutrición enteral artificial, ya que es la manera de garantizar un aporte nutritivo aceptable, disminuyendo así el impacto negativo que las situaciones de anorexia y caquexia producen tanto en el enfermo como en su familia.

6 Bibliografía

- 1. AB Friginal-Ruiz, S González-Castillo, AJ Lucendo - Enfermería Clínica, 2011
- 2. MJ Rodríguez, CJ Villafáfila, J Robles, AV García - ta Científic, 2015
- 3. Would Ostomy and Continence Nurses Society <http://www.wocn.org>
- 4. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-gastrostomia-endoscopica-percutanea-peg/>
- 5. <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/FOLLETO-Cuidados-de-la-Sonda-PEG.pdf>

Capítulo 166

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ

MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

1 Introducción

La cicatrización de las heridas es un proceso por el que a lo largo de la historia el ser humano siempre ha mostrado cierta predilección. El hombre neandertal ya empleaba el uso de hierbas para la curación de las heridas, en el antiguo Egipto, período en el que se encuentra el papiro de Smith, existen referencias a diferentes apósitos como los que eran aplicados con barro, miel etc. Hay otros componentes que se utilizan hoy en día en la cura de algunas heridas como el azúcar, aceite que ya eran empleados en el tratamiento de las heridas por Hipócrates. Por lo tanto, siempre ha sido destacable el interés mostrado para poder mejorar el proceso de cicatrización de las heridas sobre todo de aquellas que son más complejas como las heridas de carácter crónico.

La terapia de presión negativa (TPN) es un procedimiento terapéutico no invasivo mediante el cual se ve reducido el tiempo del proceso de cicatrización, se engloba dentro del ámbito de la técnica de cura en ambiente húmedo, consiste en aplicar un flujo de presión negativa de forma localizada y controlada sobre el lecho de la herida para así poder facilitar el proceso de cicatrización a través de diversas acciones. Se trata de una técnica que ya se aplicaba en otras épocas de

nuestra historia, como en la medicina china que se utilizaba como terapia complementaria en técnicas de acupuntura para así producir una hiperemia local. Se introduce en la medicina occidental en el S.XIX con el fin de poder realizar una estimulación en la circulación de forma local, sin embargo, no era empleado en heridas abiertas. En 1989, el Dr. Louis Argenta y el Profesor Michael Morykwas realizaban estudios de la presión negativa con animales y heridas crónicas, utilizaban gasas para más tarde colocar esponjas con un film de poliuretano fino para así poder sellar las posibles fugas y poder aplicar la presión, llegando a patentar y comercializar con el tiempo el conocido kit de esponja y aspirador (VAC®) Vacuum Assisted Closure. Esta técnica no se aplica en Europa hasta 1994 y en el caso de España no es hasta alrededor del año 2000.

Con su llegada se consigue un menor tiempo en la cicatrización optimizando los recursos humanos necesarios para aplicar esta técnica, es una buena solución para algunas heridas que sin este tipo de terapia supondría un mayor coste económico y un período de curación más prolongado.

2 Objetivos

Objetivos Generales.

- Recordar los conocimientos sobre la técnica de la terapia de presión negativa aplicada en el tratamiento de las heridas.

Objetivos específicos.

- Reseñar las posibles indicaciones en las que se puede aplicar la TPN y sus contraindicaciones, mencionados en la literatura científica consultada.
- Describir el mecanismo de acción y funcionamiento de la TPN..

3 Metodología

Para el desarrollo de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática para poder plantear el objetivo principal que es mejorar los conocimientos sobre la técnica de presión negativa, por lo que se han consultado diferentes bases de datos científicas como: Pubmed, Dialnet, Scielo. Otro tipo de recursos como el buscador Google books, Google académico además de la biblioteca Cochrane. Se han utilizado también para extraer información como bibliografía complementaria además de los artículos: protocolos y guías de práctica clínica. Como palabras clave se han utilizado: terapia presión negativa, heridas crónicas.

Como criterios de inclusión, se han seleccionado aquellos artículos elaborados en castellano y con texto completo, con una antigüedad máxima de 15 años. Se han excluido aquellos artículos que eran de pago y que no tenían acceso al texto completo, además de los que tras la lectura del resumen o texto completo no presentaban relación con el tema a realizar.

4 Resultados

Mecanismo de acción de la TPN.

En el mecanismo de acción de la TPN intervienen diversos factores:

- Disminuye el edema Intersticial: Las heridas de carácter crónico y las heridas agudas se caracterizan por acumular fluido intersticial periférico causando una compresión extrínseca, como consecuencia del edema producido se ve alterada la red microvascular disminuyendo el aporte de oxígeno y de nutrientes en la zona. Al aplicar la TPN el edema disminuye favoreciendo la salida de fluidos por lo tanto hace que surja una mayor circulación microvascular, además se consigue eliminar la sobrecarga de proteasas y productos de degradación haciendo que exista una mejora del microambiente de la herida para así ayudar a la cicatrización.
- Formación del tejido de granulación: en estudios experimentales realizados en heridas que fueron tratadas con presión negativa se demostró un incremento de alrededor del 63% en la formación de tejido de granulación.
- Estimulación en los tejidos adyacentes: en diversos estudios clínicos realizados se ha demostrado que la tensión que causa la TPN produce un aumento de la proliferación celular y fomenta la angiogénesis
- Reduce los niveles bacterianos locales: uno de los principales problemas que presentan las heridas crónicas es la contaminación que presentan por bacterias y con ello la infección, el uso de la TPN produce una disminución de las colonias bacterianas. Como se produce un mayor aporte sanguíneo y una mayor oxigenación origina un aumento del aporte de células del sistema inmunológico pudiendo actuar estas células en contra de la colonización, además existe una importante reducción de la invasión de microorganismos anaerobios.

Indicaciones de la TPN.

En primer lugar, antes de comenzar el tratamiento de TPN se debe de pensar en el propósito que queremos conseguir con esta técnica, los objetivos y los criterios de valoración clínicos. La finalidad es en muchos casos el evitar que aparezcan nuevas complicaciones y realizar un mejor control de los síntomas más que tratar de disminuir el periodo de cicatrización. Siempre debemos tener en cuenta que se

debe valorar la situación en la que se encuentra el paciente tratando de mejorar su estado global. El uso de la TPN hoy en día se extiende tanto en heridas agudas como en las crónicas, en general se aplica en aquellas que se necesite realizar una estimulación de la reparación del tejido, también sirve para realizar un mejor control de los síntomas.

El origen de las heridas que se tratan también puede ser de diferente índole como son los traumatismos, las heridas quirúrgicas, úlceras por presión, etc.

Se puede pensar en emplear la TPN cuando la herida:

- No tiene la evolución esperada a la cicatrización dentro de los plazos previstos.
- Posee gran cantidad de exudado el cual es difícil de controlar.
- Cuando la herida se encuentra en una zona o tiene un tamaño difícil que hace que los apósitos convencionales no consigan sellarse de forma eficaz.
- Se debe reducir el tamaño de una herida quirúrgica para poder realizar posteriormente un cierre quirúrgico.

Contraindicaciones.

En toda técnica que empleamos hay situaciones en las que su uso no es recomendado como en:

- Osteomielitis no tratadas.
- Heridas neoplásicas malignas.
- Fístulas no organizadas.
- Tejido necrótico.
- Sobre órganos, anastomosis.

Se debe tener especial precaución en su uso cuando puedan existir estructuras sensibles, que estén debilitadas y expuestas como los vasos sanguíneos ya que puede haber un mayor riesgo de hemorragia, cuando el paciente precise alguna prueba complementaria como es el caso de la resonancia u otro tipo de técnicas como el oxígeno hiperbárico. También se tendrá en cuenta la transigencia por parte del paciente para ser portador de este tipo de terapia.

Componentes y Técnica para aplicar la TPN.

Los componentes básicos que se ven en la TPN son: el apósito, un mecanismo de sellado, tubuladuras y la bomba de succión. Todo este conjunto de elementos utilizados trata de mejorar las ventajas que aporta la presión negativa. Contiene una espuma que puede ser de poliuretano reticulado, normalmente se caracteriza por ser de color negro e hidrófobo, u otro tipo como la espuma de alcohol polivinílico de color blanco e hidrófila, según la clase de herida que presenta el paciente se aplicará una u otra espuma.

Para realizar un buen sellado y que no se pierda el vacío se utiliza una lámina adhesiva que es transparente colocándola sobre la espuma y la piel sana, se coloca el tubo de drenaje sobre un pequeño orificio mientras el resto de lámina permanece sellada para preservar el vacío. El otro extremo del tubo se conecta a la bomba de succión, al aplicar la presión adecuada se comienzan a mover los fluidos acumulados en la herida del paciente hacia el contenedor a través del tubo.

Este tipo de dispositivos están preparados para poder aplicar una succión de forma continua o intermitente, además poseen alarmas que realizan un aviso por si por ejemplo el contenedor estuviese lleno o mal colocado, si estuviese desactivado u otro tipo de incidencias.

Las características de los componentes de la terapia de presión negativa son similares en las diferentes marcas comerciales, aunque poseen pequeñas diferencias todas ellas tienen la misma finalidad y los mismos objetivos.

Se debe tener en cuenta que además del material específico que se requiere para proceder a instaurar la terapia de presión negativa se debe tener preparado todo el material necesario para realizar la cura siempre recordando que se trata de una técnica estéril. El primer paso se da cuando se procede a destapar la herida la cual se limpiará con suero salino, después se procede a preparar el lecho de la herida recordando que se debe retirar el tejido necrótico presente. Procedemos a medir la herida para poder amoldar, recortar la esponja al tamaño adecuado, siempre se debe secar bien la piel. Se tendrá en cuenta que la esponja no debe sobrepasar los bordes de la herida para que se pueda distribuir la presión de una forma igualada. Un dato a destacar es que la sonda con el tubo no debe estar situada sobre la herida si no que lo realizara sobre la esponja, se introduce mediante un pequeño corte que se realiza sobre el adhesivo transparente, éste debe ocupar toda la lesión, el tubo fenestrado y unos 5cm más de la piel perilesional para así asegurarnos que queda totalmente sellado. A veces es necesario el uso de otro tipo de apósitos sobre la sonda o en zonas conflictivas de fricción para así evitar daños en el adhesivo y que se pueda perder el vacío.

Una vez tenemos bien sellada la herida se procederá a conectar la sonda al colector y activaremos el vacío. Se debe comprobar que no existan fugas, que el aparato funcione de forma correcta. Según el tipo de herida que presente el paciente se realizará la pauta de curas siendo lo habitual cada 48/72 horas, aunque siempre se debe observar la evolución ya que en ocasiones puede precisar una cura cada 24 horas (por ejemplo, si hubiese algún dato significativo de infección).

No existe una pauta clínica concreta respecto al nivel de presión, pero sí que

la presión que más frecuentemente se utiliza es de -125mmHg sobre todo al comienzo del tratamiento. No se debe alcanzar una presión mayor de -200mmHg ya que puede ocurrir un colapso de los capilares y con ello existir una necrosis de la lesión. En estudios realizados con presión negativa inferior a -125mmHg se han obtenido la cicatrización de la herida de forma excelente.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de presión negativa se trata de una técnica que es utilizada a lo largo de la historia con diferentes fines, aunque parezca una terapia de reciente uso, lo que sí que es destacable es la inclusión de novedosos dispositivos, lo cual supuso un gran avance en cuanto la curación de las heridas crónicas. Este tipo de avances y en concreto la aplicación de la TPN supone un cambio a nivel efectivo y económico, hace que los tiempos de tratamiento por paciente sean menores optimizando los recursos humanos, en cuanto al beneficio del coste económico todavía no existen muchos estudios que aborden este apartado.

Con respecto a las heridas crónicas se trata de un tratamiento seguro y eficaz, aporta numerosos beneficios, aunque sí que se debe mencionar que se debe conocer adecuadamente el funcionamiento de la terapia, así como las posibles complicaciones que pueden originarse con esta técnica cómo pueden ser la necrosis del tejido o la formación de adherencias. Para aplicar la TPN como en toda intervención debemos observar al paciente desde un punto de vista holístico.

6 Bibliografía

- Andrades P, Sepúlveda S, González J. Curación avanzada de Heridas. Rev Chilena de Cirugía.2004; 56(4).
- García-Fernández FP, López-Casanova P, Segovia-Gómez T, Soldevilla- Agreda JJ, Verdú-Soriano J. Unidades Multidisciplinares de Heridas Crónicas: Clínicas de Heridas. .Serie de documentos de posicionamiento. GNEAUPP. Grupo Nacional para el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2012; 10.
- Barón Burgos M, Benítez Ramírez M.M, Caparrós Cervantes A. et al. Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- Sarabia Cobo C.M, Gastanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas? Revisión del tema.

Gerokomos. Barcelona. 2014; 25(1).

- Palomar F, Fornes B, Muñoz V, Lucha V, Dávila D, Casanova S, Todoli J, Marin S. Aplicación de la terapia de presión negativa: Procedimiento y caso clínico. Rev. Enfermería dermatológica. 2007; 25-30.
- Najarro Cid F, García Ruano Á.A, Luanco Gracia, M, Jiménez Martín A, Sicre González M. Terapia por presión negativa en el manejo. Rev S. And.Traum y Ort. Madrid. 2014; 31(2-2).
- Kestens G. et al. Cicatrización avanzada asistida por terapia de presión negativa. Nuestra experiencia. Argentina. Anuario fundación DR. JR. Villavicencio.2008.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Sistema de cierre al vacío: recomendaciones de uso. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd, 2008.
- Henderson, V. et al. Terapia de Presion Negtiva hecha fácil: La TPN en la práctica diaria. Wounds International.2010; 1(5).
- Gustafsson R, Sjögren J, Ingemansson R. Visión general del tratamiento con presión negativa tópica. Documento de posicionamiento: EWMA. Reino Unido.2007.
- Palomar Llatas, F. et al. Aplicación de la terapia de presión negativa: procedimiento y caso clínico. Enfermería dermatológica.2007; 2.
- Malmjö M, Borgquist O. TPN Opciones de configuración y de apósitos hecha fácil. Wounds International. 2010; 1(3): 1-4.

Capítulo 167

CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR DE PACIENTES EN HEMODIÁLISIS.

ELENA BATISTA DIAZ

1 Introducción

Un acceso vascular es una apertura hecha en la piel y vaso sanguíneo en una corta intervención quirúrgica. Existen 3 tipos de accesos vasculares para hemodiálisis:

- Fístula arteriovenosa: se consigue mediante la anastomosis entre una arteria y una vena del antebrazo del paciente, con el objetivo de arterializar la vena y que ésta suministre suficiente sangre para la hemodiálisis.
- Injerto: se unen arteria y vena por medio de un tubo de plástico en forma de U.
- Catéter venoso central: catéter de plástico flexible, introducido bajo la piel hacia vena yugular (cuello), subclavia (pecho) o femoral (ingle).

La fístula arteriovenosa y el injerto deben de sanar y madurar aproximadamente unas 4 semanas antes de su uso, mientras que el catéter venoso central se puede usar de inmediato pero su uso es limitado a pocas semanas o meses.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados que precisa cada acceso vascular, tanto por parte de enfermería como por parte del propio paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de la literatura publicada en los últimos años, utilizando palabras clave para acceder a las bases de datos: Scielo, Pubmed y Dialnet. Se han seleccionado los artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los cuidados referentes a la fistula arteriovenosa e injerto son similares. Los cuidados a realizar por el propio paciente son:

- Se deben de evitar rozaduras y golpes.
- No se deben usar ropas ajustadas, relojes y pulseras en el brazo en el que esté situada.
- No dormir sobre dicho acceso ni cargar peso.
- No tomar tensión arterial ni extraer sangre de éste brazo.
- Vigilar posibles complicaciones como: dolor, inflamación o supuración, y comunicarlo al personal sanitario.
- Fortalecer la fistula arteriovenosa mediante ejercicios de pelota de goma.
- Uso exclusivo del acceso vascular para hemodiálisis.

Los cuidados realizados en la fistula arteriovenosa o injerto por el personal de enfermería en hemodiálisis son:

- Asepsia, comprobar pulso, latido y thrill.
- Punción aséptica, variando punto de punción, fijación correcta de aguja para evitar movilizaciones durante la sesión de hemodiálisis.
- Vigilar zona de punción durante la sesión, que no haya sangrados ni complicaciones.
- Aplicar flujos sanguíneos adecuados.
- Al final de la sesión, se retira aguja y se realiza hemostasia manual durante 10-15 minutos. Colocar luego el apósito que no se retirará hasta el día siguiente para evitar sangrados.

Los cuidados del catéter venoso central dependen del profesional sanitario, el paciente no debe manipularlo y deben mantener siempre seco y cubierto el punto de inserción. Dichos cuidados se realizan de forma estéril y usando equipos de protección individual, observando que el punto de inserción este correctamente, sin signos de infección y procediendo a su desinfección con clorhexedina. Al

final de cada sesión de hemodiálisis el catéter debe quedar correctamente sellado y cubierto.

5 Discusión-Conclusión

En el cuidado de accesos vasculares en pacientes en hemodiálisis el papel del personal sanitario es fundamental, ya que no solo la puesta en práctica de sus conocimientos permite un correcto funcionamiento y seguimiento de dichos accesos, sino que también es primordial y de suma importancia la educación que aportan a los pacientes para una buena calidad de los cuidados.

6 Bibliografía

- García-Alfageme-Gerrero A. El acceso vascular para hemodiálisis. Perspectiva histórica. Dial Traspl. 2008; 29(4):168-72.
- Ibeas J; Roca-Tey R; Vallespín J; Moreno T; Moñoux G; Martí-Monros A et al. Guía clínica española del acceso vascular para hemodiálisis.2017.
- Rodríguez JA; González E; Gutiérrez JM et al. Guías de acceso vascular en hemodiálisis.(Guías S.E.N.) Nefrología 2005.
- Allon M; Robbin ML. Increasing arteriovenous fistulas in hemodialysis patient: problems and solutions. Kidney Int. 2002; 62:1109-1124.
- Bases de datos: Scielo, Pubmed y Dialnet.

Capítulo 168

USO DE HEPARINA SÓDICA EN TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL

SANDRA SOTURA CARRERA

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las técnicas continuas de depuración extrarrenal (TCDE) están especialmente indicadas en pacientes graves con inestabilidad hemodinámica que pueden desarrollar fallo renal y a los que va a ser difícil tratar con sesiones de hemodiálisis convencional. La heparina sódica es el fármaco más utilizado como anticoagulante por su fácil acceso y bajo coste, frente a otros fármacos como el epoprostenerol y el citrato trisódico que son de coste más elevado y de uso reciente.

La anticoagulación en pacientes con enfermedad hepática mejora la supervivencia del circuito en TCDE sin un aumento evidente de la hemorragia o la necesidad de transfusión sanguínea.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Comprobar si existe relación entre la utilización o no de la heparina sódica y la coagulación de los filtros en las TCDE.

Objetivos específicos.

- Determinar la vida media de los filtros y la relación de esta con la heparina sódica.
- Explotar los factores que influyen en la retirada de los filtros .
- Describir los cetéteres usados en los filtros.

3 Metodología

Estudio descriptivo transversal en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos en un hospital de 50 camas, desde diciembre a noviembre de 2018.

Se obtuvo una muestra de 25 pacientes y 150 filtros. Como criterios de inclusión todos los pacientes ingresados en la Unidad que fueron sometidos a TCDE y eran portadores de catéter tipo Shaldon de doble luz para accesos de 10 cm en yugular y subclavia y de 20cm para femorales. Todos los paciente fueron tratados con filtros con un filtro de polisulfona.

La concentración de heparina empleada es 500 unidades por mililitro en todos los filtros con heparina , siendo la dosis inferior administrada de 100 unidades por millilitro de de suero fisiológico y la máxima de 1500 UI/ml. La dosis habitual es de 250UI/ml SF. La recogida de datos se llevo a cabo mediante revisión de las historias clínicas de la unidad.

Se obtuvo, además, la aprobación del comité ético del hospital para la realización del estudio.

4 Resultados

Del total de filtros en un 66% se utilizó heparina, frente a un 33% en los que no se utilizó.

La media de duración del filtro en las terapias en las que se utilizó heparina sódica fue 27,1horas frente a 19 horas en los que no se utilizó.

Por último, el motivo más habitual de retirada de los filtros fue la coagulación, en un 70%. En el 30% restante los motivos de retirada fueron: exitus , mejoría , coagulopatía.

5 Discusión-Conclusión

La mayor incidencia de pacientes con fracaso renal agudo (FRA) se presenta en las UCI. En diversos estudios se demuestra que la recuperación del FRA es mejor y más rápida cuando se utilizan las TCDE.

La coagulación de los filtros supone un problema relevante dado que el hecho que los sistemas no agoten el tiempo de vida recomendado por el fabricante (72 horas) conlleva un aumento del gasto sanitario considerable y un aumento del tiempo de dedicación de los profesionales de enfermería.

El aumento de la frecuencia de cambios de filtro de y de los sistemas incide además en la estabilidad del paciente, puesto que cada vez que un filtro se coagula es prácticamente imposible retornar la sangre a este, lo que conlleva una pérdida sanguínea de entre 170 - 210 ml.

6 Bibliografía

- Gaínza FJ, Sánchez-IzquierdoJA, Poch E , Maduell F , SolozábalC , LOteroA et al.Tratamiento Sustitutivo de la función renal. Nefrología 2007; 27 ; 109-191.
- Baldwin I , TAn HK , Regional Citrate versus heparin anticoagulation.
- RomeroM, Actualización en técnicas continuas de reemplazo renal. Enferms ir;tems 2013; 24; 113-119.

Capítulo 169

CLORHIDRATO DE DEXMEDETOMIDINA: ACTUALIZACION, APLICACIONES CLINICAS Y UTILIZACION EN UNIDADES DE UCI POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

NOEMI SUAREZ FERNANDEZ

VANESA RUBIO GARCIA

MARIA CRISTINA GONZALEZ LABRA

1 Introducción

Debido a lo importante que es una adecuada sedación en las unidades de cuidados intensivos, nos hemos centrado en un estudio más profundo sobre el fármaco Dexdor (clorhidrato de dexmedetomidina).

La sedación es uno de los procedimientos más utilizados en las unidades de UCI. La sedación en estas unidades es fundamental sobre todo en pacientes sometidos a ventilación mecánica, con el fin de deprimir su nivel de conciencia y garantizar una correcta adaptación al respirador. Así como para la realización de ciertas técnicas, proporcionando confort y aligeramiento del dolor, evitando así el sufrimiento e incomodidad del paciente.

Hay estudios que demuestran que una sedación debe ser adecuada para evitar la aparición del delirium post-sedación, siendo esta una complicación que aparece tras los desordenes del sueño durante su estancia en UCI.

El delirio puede afectar aproximadamente al 30% de pacientes críticos, y en global entre el 60-80% en enfermos ventilados. La incidencia de delirio con agitación que requiere intervención clínica es alrededor del 20%(2-3), la duración media de estancia en UCI es de 4 días y en hospital de 17, con una mortalidad del 31% (4). La hipotensión se ha cifrado en un 4% (5).

El coste del delirio en los hospitales es muy relevante, tanto a nivel inmediato por la prolongación de estancias hospitalarias y en UCI en particular (7), como por su relación con mortalidad(8) y complicaciones a largo plazo(9-10).

2 Objetivos

- Conocer por parte del personal de enfermería los beneficios del clorhidrato de dexmedetomidina en la sedación y en pacientes ingresados en la UCI.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en la que se pretende obtener información acerca del fármaco clorhidrato de dexmedetomidina, sus beneficios en la sedación, su eficacia, ventajas e inconvenientes, posibles efectos perjudiciales, motivos para su uso, así como para que tipo de pacientes está indicado y en que ámbito.

Se uso el siguiente método de búsqueda. Como criterios de inclusión y exclusión se fijaron los siguientes:

Inclusión:

- Artículos publicados desde 1999 y 2017.
- Artículos cuya población de estudio sea humana y traten sobre el dexdor.
- Artículos en español e ingles.

Exclusión:

- Artículos publicados fuera de los límites de tiempo establecidos en los criterios de inclusión.
- Artículos que no aporten datos sobre el fármaco dexdor.

La palabra clave utilizada en la búsqueda fue: “Dexmedetomidin”. Las bases de datos utilizadas fueron: PubMed y Cochrane.

Se han localizado documentos que son metanálisis, revisiones sistemáticas relacionados con el uso de dexmedetomidina en UCI, entre los cuales se ha tomado como referencia:

- La evaluación de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías, aunque incluye pacientes pediátricos (enero 2014)(15) que agrega gran parte de la información de calidad disponible hasta tal fecha,
- Metanálisis de ensayos clínicos randomizados de resultados en UCI, de 2016(16).
- Revisión sistemática sobre la mortalidad a corto plazo del uso de dexmedetomidina en pacientes sépticos de UCI(17).

También se ha localizado una revisión sistemática Cochrane de 2012 de uso de dexmedetomidina o clonidina en sedación a corto plazo en UCI(18), y un ensayo clínico de 2015 comparativo entre dexmedetomidina y clonidina(19).

Existe un ensayo clínico randomizado paralelo y abierto reclutando pacientes actualmente para evaluar el uso de dexmedetomidina comparando con sedación estándar de UCI que evaluará como variable principal la mortalidad, a 90 días post randomización, y es el primero diseñado expresamente para este tipo de evaluación. La fecha prevista de finalización es noviembre de 2017(20).

Se han localizado también un gran número de ensayos clínicos, metanálisis y revisiones sistemáticas del uso de dexmedetomidina en condiciones fuera de ficha técnica conforme a la autorización española. Dado lo inabarcable y cuestionable de realizar una revisión y emitir una opinión para situaciones de ese tipo, se seleccionaron y se resumen un número reducido de ellos de los dos últimos años a modo de muestrario.

4 Resultados

ENSAYOS CLINICOS SEDACION EN UCI:

Se dispone del informe EPAR de la EMA (2011) para la indicación aprobada donde se recogen principalmente tres ensayos clínicos en fase III controlados con placebo (J-DEX-99-001 no publicado, W97-245 no publicado y Martin et al. 2003), dos ensayos pivotaes en fase III de no inferioridad (MIDEX, PRODEX)(21), un ensayo en fase IV (Riker et al., 2009, SEDCOM)(22) y un ensayo abierto en fase III (Herr et al, 2003) que son los que han evaluado en el informe de evaluación

terapéutica de partida.

Ensayos clínicos en fase III (MIDEX, PRODEX)(21): comparación versus midazolam y propofol respectivamente. Confirman la no inferioridad de dexmedetomidina respecto a propofol tanto por protocolo como en análisis en intención de tratar. Respecto a la duración de la ventilación mecánica, no hay diferencia estadísticamente significativa entre dexmedetomidina y propofol, pero si hay una reducción estadísticamente significativa respecto a midazolam. La duración de la estancia en UCI fue numéricamente, pero significativamente inferior para dexmedetomidina respecto a los comparadores. La valoración de enfermería respecto a la comunicación con el paciente (puntuación en la escala analógica visual VAS fue significativamente mejor para dexmedetomidina versus lo comparadores en los respectivos estudios.

Ensayo clínico en fase IV (SEDCOM)(22): utiliza como comparador midazolam. Concluye que no hay diferencias estadísticamente significativas entre grupos en el porcentaje de tiempo en estado objetivo de la sedación (variable principal), ni tampoco en la duración de estancia en UCI. La duración de la sedación fue significativamente menor para dexmedetomidina, sobre todo porque los pacientes tratados son extubados más rápidamente (disminuye significativamente el tiempo hasta la extubación). Dexmedetomidina también disminuyó la incidencia de delirio.

Comparación dexmedetomidina - clonidina.- Srivastava et al (2015)(19). N° pacientes: 70 pacientes reclutados en 18 meses en UCI (médicos 7, postquirúrgicos 59 y politraumatizados 4). Diseño: estudio prospectivo aleatorizado abierto, 35 pacientes con clonidina iv 1mcg/kg/h titulada hasta 2mcg/kg/h para alcanzar el objetivo de sedación vs dexmedetomidina IV, dosis de carga 0,7 mcg/kg y mantenimiento 0,2 µg/kg/h titulado hasta 0,7 µg/kg/h para alcanzar el objetivo de sedación. El objetivo de sedación considerado fue un Ramsay Sedation Score (RSS) de 3-4. Si se precisó se administró diazepam adicional bolo iv 0,1 mg/kg. La analgesia inadecuada fue tratada con IV bolus of 20 mcg of fentanilo or infusion si el dolor persistía. Conclusiones: ambos fármacos pueden usarse como sedantes, pero dexmedetomidina parece ofrecer mejor perfil de seguridad cardiovascular.

Constantin et al (2016)(16). N° Estudios: 16 ECA extraídos de 260 estudios hallados en total. Corresponden a 1994 pacientes de 19 países. Fuentes de búsqueda y condiciones: bases de datos PubMed and the Cochrane databases, usando palabras clave: “dexmedetomidine”, “sedation”, “intensive care”, y “postoperative”,

publicados entre enero de 2000 y junio de 2014 en inglés o francés.

Criterios de inclusión: ECA realizados en UCI. Criterios de exclusión: ECA periquirúrgicos y postcirugía cardíaca. Características de los estudios: dexmedetomidina vs propofol solo (n=7) o midazolam solo (n=2) o propofol o midazolam (n=2) o lorazepam (n=1) o 1 con haloperidol (n=1). 6 estudios evaluaron pacientes admitidos en UCI postcirugía (1 mujeres postcesárea), 8 estudios fueron ciegos y 11 utilizaron dosis de carga. La ratio de infusión de dexmedetomidina fue 0 - 2.5 mg/kg/h. Conclusiones: dexmedetomidina se relaciona con una disminución de 48 horas en la estancia en UCI y en la duración de ventilación mecánica, con disminución también significativa en la incidencia de delirio. Sin embargo se relaciona con mayor incidencia de hipotensión y bradicardia

Cochrane Database of Systematic Reviews (2015, resumen)(18). Revisión sistemática de uso de dexmedetomidina y clonidina en sedación a largo plazo (> 24 horas) en UCI. Se encontraron 7 ECA con un total de 1624 pacientes, en datos comparando alfa agonistas versus sedantes tradicionales (propofol, midazolam y lorazepam). De los 7, 6 eran patrocinados y en uno no consta. Los resultados muestran que dexmedetomidina reduce el tiempo de soporte para respiración aproximadamente en un quinto, y el tiempo de estancia en UCI un séptimo. Dexmedetomidina fue al menos tan efectivo como los sedantes tradicionales para producir sedación y mantener un nivel ligero de la misma. No hay pruebas claras que soporten la reducción de riesgo de delirio. No hay información suficiente para obtener conclusión en reducción de riesgo de coma. Dexmedetomidine duplica la incidencia de bradicardia, que es el efecto adverso más frecuente. La revisión no encuentra pruebas suficientes acerca del efecto sobre mortalidad total. En general, la calidad de la evidencia es baja o muy baja, pues todos los estudios tienen importantes riesgos de sesgos, así como inconsistencias e imprecisiones, o sospecha de evidentes sesgos de publicación.

Zamani et al. (2016)(19): revisión sistemática de mortalidad a corto plazo (hasta 28 días) uso de dexmedetomidina en ventilación mecánica de pacientes sépticos en UCI, realizando búsqueda en las bases de datos Medline, Scopus, TRIP and CENTRAL, DART, OpenGrey, and ProQuest hasta 15 de julio de 2015. De 124 referencias se seleccionaron 6 estudios (242 pacientes) con bajo riesgo de sesgo. Del análisis se deduce que dexmedetomidina en este pequeño grupo de pacientes disminuye la mortalidad sin afectar a la duración de estancia en UCI. Dado el pequeño número de pacientes involucrados en los estudios, y diversas limitaciones

del análisis la conclusión principal es que se deberían realizar estudios específicos para confirmar ventajas en mortalidad a corto y largo plazo con dexmedetomidina, comparando con distintos tipos y dosis de sedantes.

Linn et al(35) (2015): síndrome de abstinencia al alcohol. Revisión sistemática de estudios en inglés extraídos de Medline hasta agosto 2015 que evalúa el uso de dexmedetomidina en síndromes de abstinencia al alcohol. Se localiza un ECA, 1 observacional prospectivo y 6 observacional retrospectivos. El único ECA parece orientar a que se disminuyen las necesidades de benzodiazepina en las 24 horas siguientes al inicio del tratamiento, sin afectar a ninguna otra variable clínica (necesidad de ventilación mecánica, duración de estancia en UCI, o en hospital...).

American College of critical care medicine²⁰ consideran:

- La sedación utilizando fármacos no benzodiazepínicos (como propofol o dexmedetomidina) puede ser preferida al uso de benzodiazepinas (midazolam o lorazepam) para mejorar los resultados clínicos de pacientes en UCI con ventilación mecánica (+2B).
- En pacientes ventilados mecánicamente en la UCI con riesgo de desarrollar delirium, el uso de sedación con infusión de dexmedetomidina puede estar asociado con una disminución de prevalencia de delirio comparado con las infusiones con BZD (B).
- No aporta recomendación para prevenir delirium en adultos asistidos en UCI, puesto que no hay pruebas clínicas contundentes sobre la efectividad en estos pacientes (0,C).
- Sugiere que los pacientes de UCI con delirio relacionado con la retirada de alcohol o BZD, la infusión IV continua de dexmedetomidina en lugar de la infusión de BZD reduce la duración de delirio en estos pacientes (+2B).

CADTH, enero 2014¹¹: evaluación de las pruebas clínicas disponibles de la eficacia y seguridad del uso de dexmedetomidina en comparación con sedantes tradicionales, en pacientes adultos y pediátricos de UCI y unidades de cuidados postquirúrgicos. Se incluyen 4 metanálisis, una revisión sistemática y 5 ECA (todos doble ciego, y no incluidos en los metanálisis ni la revisión sistemática). Se han excluido estudios en sedación perquirúrgica y con evaluación sólo de dolor. Las dosis de dexmedetomidina usadas variaron entre 0.15 to 0.5 mcg/kg/h, siendo el procedimiento de titulación variable entre los diferentes estudios. Como limitaciones consideran que las condiciones médicas de la estancia de los pacientes en UCI no fueron consideradas sistemáticamente y sin embargo pudieran influir sobre los resultados, lo que no se puede discernir por el diseño de los estudios.

Tampoco se consideran en la mayoría de los estudios los factores relacionados con la sedación (dosis de sedantes y protocolos seguidos). En relación a la eficacia, la evaluación concluye que las pruebas revisadas muestran que dexmedetomidine puede estar asociada con reducción de estancia en UCI, en comparación con agentes sedantes tradicionales, así como con una reducción del periodo de ventilación mecánica. En relación a la seguridad, la evaluación concluye que dexmedetomidine no incrementa riesgo de mortalidad, y que puede estar relacionada con disminución de riesgo de delirio, a costa de mayor incidencia de bradicardia en relación con los comparadores.

SEGURIDAD. ENSAYOS CLINICOS COMPARATIVOS.

Los datos comparativos obtenidos a partir de los ensayos clínicos MIDEX y PRODEX21 de dexmedetomidina (D), vs midazolam (M) o propofol (P)son los siguientes: La incidencia de hipotensión y bradicardia fue significativamente mayor para dexmedetomidina que para midazolam, pero comparable con propofol. En el estudio piloto se observa aumento de delirio con dexmedetomidina. En los ensayos pivotaes, la aparición de efectos adversos neurocognitivos (incluyendo delirio) fue similar entre dexmedetomidina y midazolam, e inferior para el fármaco de estudio en relación a propofol.

Está publicado al menos un metanálisis de ECA sobre los efectos sobre el delirium, la agitación y la confusión de dexmedetomidina²².

Se seleccionaron finalmente 13 artículos (14 estudios) partiendo de 679 artículos, que correspondieron a 1565 pacientes tratados con dexmedetomidina y 1464 control. De ellos, 9 EC se realizaron en UCI, 5 en UCI post quirúrgicas(cardiacas o no). Se trató de estudios de calidad media, de los cuales sólo 6 se consideraron con bajo riesgo de sesgo. Los comparadores fueron propofol en 4 ramas de EC, midazolam en 5, placebo en 1, morfina en 1 y propofol + midazolam en 3.

Los resultados resumidos son los siguientes:

- El principal problema de la agregación de los estudios es la heterogeneidad de los datos obtenidos.
- El análisis de sensibilidad considerando sólo los estudios con menos riesgo de sesgo, las diferencias no fueron significativas, por lo cual para confirmar las diferencias respecto a los comparadores en estas variables se requieren ensayos clínicos de diseño adecuado. Hasta el momento, la ventaja de la dexmedetomidina se considera como “potencial”, no sólo para dexmedetomidina, sino para alfa -

agonistas.

5 Discusión-Conclusión

- La dexmedetomidina es un fármaco agonista selectivo de receptores alfa-2, con efectos analgésicos y supuestamente ahorradores de anestésicos/analgésicos. Se presupone que puede reducir el tiempo en el que los pacientes dependen de la ventilación mecánica y de las complicaciones asociadas a la misma, en concreto la incidencia de delirio.
- Está aprobado desde 2011 por la EMA con la indicación de sedación de pacientes adultos en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) que requieran un nivel de sedación no más profundo que despertarse en respuesta a la estimulación verbal (correspondiente a un grado de 0 a -3 en la Escala de Sedación y Agitación de Richmond (RASS). En la FDA, la aprobación es mucho más antigua (1999), y más amplia en cuanto a situaciones clínicas, puesto que se admiten en procedimientos de sedación quirúrgica, y además procedimientos de extubación en UCI (pre, durante y post), aunque se limita la duración de la infusión continua de la sedación en UCI a 24 horas.
- Se ha solicitado la dexmedetomidina para una gran variedad de situaciones terapéuticas, algunas no contempladas en la ficha técnica del fármaco.
- Están disponibles estudios (ensayos clínicos, metanálisis, revisiones sistemáticas) muy variados tanto para la indicación aprobada como para otros usos, en sedación quirúrgica, endoscopias, y tratamiento de síndromes de abstinencia (alcohólica, cocaína, anfetaminas...).
- Los datos de la indicación de sedación en UCI de la indicación aprobada se han realizado tomando como comparadores principalmente propofol y benzodiazepina (midazolam o lorazepam), aunque también existe algún estudio frente a clonidina.
- Respecto a la indicación aprobada en España, se ha valorado principalmente un metanálisis de ECA de uso en UCI (médica o postquirúrgica), una revisión sistemática de la Agencia Canadiense de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y un metanálisis sobre incidencia de delirio en pacientes ancianos, de los que podemos concluir:
Los estudios disponibles tienen alto riesgo de sesgos, en muchos casos no son ciegos, y son difícilmente valorables por la variabilidad de protocolos de sedación

utilizados, objetivos terapéuticos, no comunicación de datos sobre la calidad de sedación y variabilidad del tipo de pacientes tratados.

Dexmedetomidina puede tener interés en la reducción de estancias en UCI, aunque la heterogeneidad de métodos y resultados y los riesgos de sesgo hace difícil discernir si tal interés es sólo atribuible a ciertos grupos de pacientes, pendientes de identificar con más detalle.

Dexmedetomidina puede tener interés en la disminución de tiempo de ventilación mecánica en UCI, aunque la heterogeneidad de métodos y resultados y los riesgos de sesgo hace difícil discernir si tal interés es sólo atribuible a ciertos grupos de pacientes, también pendientes de identificar.

Dexmedetomidina puede tener interés en la reducción de delirio en UCI. No obstante los análisis realizados exclusivamente con estudios con bajo riesgo de sesgo y en pacientes ancianos, no corroboran estos resultados, y existen otras opciones terapéuticas con mayor grado de evidencia.

Dexmedetomidina no parece afectar a la mortalidad intrahospitalaria en relación con sus comparadores.

No existe ningún estudio con dexmedetomidina en relación con otras alternativas y que tenga mortalidad a largo plazo como variable principal. Actualmente se están reclutando pacientes para un estudio de estas características, que finalizará en noviembre de 2017.

Las ventajas se contrapesan con una duplicación del riesgo de bradicardia e hipotensión respecto a midazolam, y de taquicardia respecto a propofol. El propofol mostró más efectos cognitivos y polineuropatía, y el midazolam más taquicardia.

6 Bibliografía

1. Li B, Wang H, Wu H, Gao G. Neurocognitive Dysfunction Risk Alleviation With the Use of Dexmedetomidine in Perioperative Conditions or as ICU Sedation A Meta-Analysis . *Medicine*. 2015; 94(14):e597.
2. Page VJ. Cognitive impairment. In: NICE Co-ordinated by Miss Anna Ripley. Guidelines for the provision of intensive care services. Ed. 1. London: Edited by Dr Gary Masterson and Dr Simon Baudouin;2015. P. 75-77.
3. Burry L, Rose L, McCullagh IJ, Fergusson DA, Ferguson ND, Mehta S. Daily sedation interruption versus no daily sedation interruption for critically ill adult patients requiring invasive mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014

4. Godwin SA, Burton JH, Gerardo CJ, Hatten BW, Mace SE, Silvers SM from American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee (Writing Committee) on Procedural Sedation and Analgesia. Clinical Policy: Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2014;63:247-258.
5. Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T et al. The impact of delirium in the Intensive care unit on hospital length of stay. *Intensive Care Med* 2001; 27:1892-1900
6. Ely, E.W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S.M., Harrell, F.E., Inouye, S.K., Bernard, G.R., Dittus, R.S. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 291(14): 1753-1762, 2004
7. Weinreb1 W, Johannsdottir E, Karaman M, Füsgen I. What does delirium cost? An economic evaluation of hyperactive delirium. *Z Gerontol Geriat*. 2016; 49:52–58 DOI 10.1007/s00391-015-0871- 6.
8. Milbrandt, E.B., Deppen, S., Harrison, P.L., Shintani, A.K., Speroff, T., Stiles, R.A., Truman, B., Bernard, G.R., Dittus, R.S., Ely, E.W. Costs Associated with Delirium in Mechanically Ventilated Patients. *Crit. Care Med*. 32 (4):955-962, 2004.
9. Ficha técnica Dexdor®. Orion Corporation. Setiembre 2011.
10. Dexmedetomidin: drug information. Lexicomp® Inc. 2016 [accedido el 1/3/2016] . 11CADTH. Dexmedetomidine for Sedation of Patients in the ICU or PICU: Review of Clinical Effectiveness and Safety.
12. Constantin J-M, Momon A, Mantz J, Payen J-F, De Jonghe B, Perbet S, et al. Efficacy and safety of sedation with dexmedetomidine in critical care patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2016; 35: 7-15.
13. Zamani MM, Keshavarz-Fathi M, Fakhri-Bafghi MS, Hirbod-Mobarakeh A, Rezaei N, Bahrami A et al. Survival benefits of dexmedetomidine used for sedating septic patients in intensive care setting: A systematic review . *Journal of Critical Care*. 2016;32: 93–100.
14. Chen K, Lu Z, Xin YC, Cai Y, Chen Y, Pan SM. Alpha-2 agonists for long-term sedation during mechanical ventilation in critically ill patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 1. Art. No.
15. Srivastava U, Eunice Sarkar M, Kumar M, Gupta A, Agarwal A, Kumar Singh T et al. Comparison of clonidine and dexmedetomidine for short-term sedation of intensive care unit patients. *Indian J Crit Care Med*. 2014; 18(7): 431–436. doi: 10.4103/0972-5229.136071
16. Australian and New Zealand Intensive Care Research Centre. Early Goal-

Directed Sedation Compared With Standard Care in Mechanically Ventilated Critically Ill Patients (SPICE III RCT). Clinicaltrials.gov [web].

17. Jakob SM, Ruokonen E, Grounds RM, Sarapohja T, Garratt C, Pocock SJ, et al. Dexmedetomidine vs. midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation two randomized controlled trials. *JAMA* 2012;307: 1151–60.

18. Riker RR, Fraser GL. Altering intensive care sedation paradigms to improve patient outcomes. *Critical Care Clinics* 2009;25:527– 38 [viii– ix].

19. Linn DD, Loeser KC. Dexmedetomidine for Alcohol Withdrawal Syndrome. *Annals of Pharmacotherapy*. 2015; Vol. 49(12): 1336– 1342

20. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C , Dasta JF, et al American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306.

21. Jakob SM, Ruokonen E, Grounds RM, Sarapohja T, Garratt D, Pocock SJ. Dexmedetomidine vs Midazolam or Propofol for Sedation During Prolonged Mechanical Ventilation Two Randomized Controlled Trials. *JAMA*.

22. Pasin L, Landoni G, Nardelli P, Belletti A, DiPrima A, Taddeo D, Isella F, Zangrillo A. Dexmedetomidine Reduces the Risk of Delirium, Agitation and Confusion in Critically Ill Patients: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials . *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 2014; 28:1459–1466.

Capítulo 170

ECCEMA HERPÉTICO O ERUPCIÓN VARICELIFORME DE KAPOSI ASOCIADO A DERMATITIS ATÓPICA

NEREA SAETERO ESTRADA

ISABEL ESCOBAR OSTARIZ

1 Introducción

La dermatitis atópica (DA) constituye a día de hoy un problema emergente de salud pública, mostrándose aumentada su prevalencia en los últimos años. La población más afectada es la infantil (afecta al 30 % de los menores y entorno a un 10 % de los adultos), siendo una patología que se manifiesta fundamentalmente en los primeros años de vida. En el 60% de los casos la enfermedad se presenta en el primer año de vida, aunque el primer brote puede ocurrir a cualquier edad. Las causas que llevan al desarrollo de la DA no son conocidas en su totalidad, se postula que se trata de una enfermedad de origen multifactorial, donde se produce una interacción entre factores inmunológicos, genéticos y ambientales que van a determinar la evolución de la misma: la severidad de las lesiones, número de brotes y la duración de los mismos.^(1,2)

El síntoma determinante de la DA es el prurito intenso. Su ausencia puede tener tanta relevancia como para dudar del diagnóstico de la enfermedad. El rascado crónico causado por la intensa sensación de picor puede generar lesiones más graves que generalmente cursan con molestias y dolor para el paciente.

Las lesiones pueden presentarse en tres estadios diferentes según su apariencia:

- Agudo: lesiones eritematosas con pápulas, vesículas, exudado y escoriaciones, intensamente pruriginosas.
- Subagudo: pápulas eritematosas, con excoriaciones.
- Crónico: liquenificación, engrosamiento de pliegues, pápulas hiperqueratóticas, y cambios de pigmentación.

El primer signo clínico que suele aparecer es una sequedad cutánea excesiva acompañada de asperezas y prurito. Los eczemas no suelen ocurrir hasta al menos el segundo mes de vida. La enfermedad transcurre con periodos de recaídas y remisiones con apariciones esporádicas de brotes más severos. Cabe señalar que la enfermedad resulta de carácter leve en el 80 % de los niños afectados y que hasta en el 70% de los casos, la enfermedad mejora notablemente o incluso se resuelve de forma espontánea al finalizar la infancia. Las apariciones de brotes graves durante la niñez, un historial familiar de DA y sensibilidad temprana a alérgenos constituyen factores de riesgo muy indicativos en cuanto a la probabilidad de seguir padeciendo DA más severa y persistente en la edad adulta. Estimaciones recientes de la prevalencia en personas adultas indican que la enfermedad aún prevalece en un 10% de los adultos que sufrieron DA durante la niñez.

Complicaciones infecciosas asociadas a la dermatitis atópica.

- La sobreinfección bacteriana es una complicación muy frecuente, causando un incremento en la morbimortalidad, siendo los agentes causales más frecuentes el *Staphylococcus aureus*, especies de *Streptococcus* y *Pseudomonas aeruginosa*. La erupción variceliforme de Kaposi (EVK) o eccema herpético (EH) es una de las complicaciones más graves de la dermatitis atópica. El EH es una dermatosis de carácter agudo, ocasionada por la diseminación cutánea de una infección por virus del herpes simple (VHS). La mayoría de los casos descritos son ocasionados por el VHS tipo 1, aunque se han reportado algunos casos ocasionados por el VHS tipo 2 (4,6).

Fue descrita por primera vez en 1887, por el dermatólogo austríaco Moritz Kaposi, en 10 niños con DA complicada con erupción vesicopustular. El eccema herpético se considera una dermatosis que se presenta de forma diseminada, predominando en áreas flexurales y en la cara. Comparte la topografía del eccema atópico. Inicialmente se distingue por pápulas eritematosas con umbilicación central, y posteriormente, por la aparición de vesículo-pústulas, que evolucionan a costras hemorrágicas dolorosas acompañadas de fiebre y malestar generalizado (10). Es frecuente que los ojos se vean afectados, de ahí que también constituya

una urgencia oftalmológica, puesto que se ha visto que puede provocar queratitis e iridociclitis. En caso de presentarse viremia con afectación de órganos internos esta infección puede llegar a ser fatal.

En la patogénesis interactúan una serie de factores, incluyendo el desenmascaramiento de sitios de unión para el virus, falta en la producción de proteínas antivirales y alteraciones en la respuesta inmune. A pesar que la mayor parte de los adultos muestran evidencia serológica de contacto con el VHS, sólo el 3% de los pacientes con dermatitis atópica desarrolla EH, lo que crea la inquietud de conocer los factores fisiopatológicos que favorecen dicha asociación. El diagnóstico es principalmente clínico. El test de Tzanck es la técnica diagnóstica más rápida, útil y económica para establecer un diagnóstico precoz. La confirmación diagnóstica puede realizarse mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), cultivo viral, examen histológico, serología de VHS o inmunofluorescencia directa (IFD). También puede realizarse mediante PCR para ADN viral, detección por microscopía electrónica del virus herpes del líquido de la vesícula o por el test de inmunofluorescencia para identificar células infectadas por el VHS.(7)

El tratamiento se basa en la administración oportuna de aciclovir o valaciclovir, lográndose la rápida recuperación clínica con involución de las lesiones tras 10 días de tratamiento habitualmente (11).

Aunque existen diferentes modalidades de tratamiento el más prescrito es aciclovir oral a dosis de 400-800 mg, 8 veces al día, durante 5 a 10 días. En caso de persistencia se recomienda la profilaxis con 800 mg/día de aciclovir o 1g/día de valaciclovir. Es necesario restaurar la función de la barrera cutánea con humectantes y emolientes. En los niños, aunque no existe consenso, se recomienda el tratamiento por vía endovenosa en < 3 años o cuando exista afectación del estado general. También deberá de considerarse la prescripción de antibiótico con actividad contra *S. Aureus* resistente a la metilina, particularmente en los pacientes que son atópicos, debido al riesgo de sobreinfección bacteriana y de sepsis generalizada.

2 Objetivos

- Conocer una de las complicaciones infecciosas más graves de la dermatitis atópica, el eccema herpético o erupción variceliforme de Kaposi, así como sus factores fisiopatológicos, diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Se trata de una revisión descriptiva para la que se realiza una búsqueda bibliográfica donde se han consultado fuentes primarias, como revistas médicas, y fuentes secundarias como las bases de datos Google académico, Medline, Scielo y Cochrane, Pubmed- NCBI, teniendo en cuenta revisiones y artículos en texto completo, en los idiomas español e inglés. Los criterios de inclusión utilizados para realizar la selección de artículos fueron elegir solo aquellos a texto completo, gratuitos, de los últimos 15 años o menos. Las fechas de búsqueda se comprenden entre el 01/07/2019 y el 15/11/2019.

Para la localización de los documentos en bases de datos se han utilizado términos específicos y descriptores en ciencias de la salud (DeCS) o Medical Subject Headings (MeSH) utilizando palabras clave específicas como: dermatitis atópica, eccema herpético, virus herpes simple, erupción variceliforme de Kaposi. En total se han encontrado 60 artículos que se ajustaban a los términos de búsqueda, de los cuales se han incluido 20 en este trabajo. La lectura crítica de estos últimos ha permitido utilizarlos para el desarrollo de esta revisión bibliográfica.

Los artículos que responden a los criterios expuestos son revisados y para su lectura crítica y evaluación de calidad se utilizan listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Programa de habilidades en lectura crítica (CASPe). La clasificación por niveles de evidencia y el desarrollo del grado de recomendaciones se realiza siguiendo la estructura del Joanna Briggs Institute (JBI).

4 Resultados

A continuación se describen una serie de mecanismos fisiopatológicos que favorecen el desarrollo del eccema herpético en pacientes con dermatitis atópica. Dichos factores son:

- Preponderancia de respuesta inmune tipo Th2. Los pacientes con DA que desarrollan EH muestran una marcada polarización de su respuesta inmunológica al perfil Th2, con una mayor frecuencia de hipersensibilidad a múltiples alérgenos, asma y alergia a alimentos que aquellos individuos con DA que no presentan EH.

El interferón γ es una citocina que desempeña un papel imprescindible en la respuesta inmune con perfil Th1, favoreciendo tanto la respuesta inmune innata como la adaptativa a través de la activación de macrófagos y de células natural

killer que promueven la diferenciación de células y regulan el cambio en el isotipo de los linfocitos B para la producción de IgG2. Los pacientes con DA y EH tienen una marcada disminución en la producción de interferón y comparados con los pacientes con DA sin EH, además de alteraciones en las vías de transcripción que modulan las respuestas inmune contra virus inducida por interferones (8,9).

Los receptores llamados toll-like (TLR) desempeñan un papel muy importante en la identificación de moléculas de patógenos y en el inicio de la respuesta inmune innata y adaptativa. Así mismo reconocen patrones. Los TLR 2 y 4 son capaces de inducir una respuesta de tipo Th1 ante la exposición a alérgenos por vía cutánea a través de la producción de interferón y, mejoran la función de barrera incrementando la expresión de "uniones estrechas". Se han comunicado polimorfismos en los TLR 2 y 4 que se asocian con formas graves de DA y con infecciones virales.

- Cambios y alteraciones en la barrera epidérmica. Los pacientes con DA tienen alterada la barrera cutánea y la mutación de la filagrina (R501X) es el factor más fuertemente asociado con este padecimiento. La disminución de ésta incrementa la penetración de alérgenos a través de la piel, lo que aumenta la producción de IgE, que a su vez deteriora la respuesta inmune ante el virus.

A nivel del estrato granuloso se observan las llamadas "uniones estrechas", estructuras que participan también en la función de barrera cutánea. En estos pacientes se han identificado mutaciones en la claudina-1, proteína clave para la formación de estas uniones. Diversos estudios sugieren que las variaciones genéticas observadas contribuyen para desarrollar EH en estos enfermos. El mecanismo por el que se explica el aumento de riesgo para presentar esta infección es la mayor exposición de la superficie celular que brinda una mejor oportunidad para la fusión del virus al perder los sitios de unión intercelular(12).

- Infección y colonización por S. Aureus. Es ampliamente conocida la capacidad de esta bacteria para producir y perpetuar la inflamación en la piel de pacientes con DA, principalmente a través de las toxinas que produce. Según la bibliografía revisada, los pacientes con DA y EH tienen historia de infecciones cutáneas frecuentes por S.Aureus que aquellos con DA sin EH (9).

En un estudio publicado por LianghuaBin y colaboradores se encontró que la toxina alfa estafilocócica predisponía a la infección cutánea por virus y su diseminación, favoreciendo su penetración a través de la formación de poros en las membranas de los queratinocitos y por la disminución de la cohesión celular, incrementando la exposición de las células al virus (13).

- Inhibidores de calcineurina tópica (IGT). Existen múltiples estudios en los que se asocia el uso de IGT en pacientes con DA y el desarrollo de EH (14).

5 Discusión-Conclusión

La dermatitis atópica es una de las patologías dermatológicas más frecuentes en el paciente pediátrico. El término de “eccema herpético” hace referencia a la propagación del virus herpes simple (VHS) en pacientes no sólo afectados de DA, sino también por otras patologías cutáneas. La erupción variceliforme de Kaposi es una infección cutánea viral diseminada potencialmente grave y mortal, que se presenta en pacientes con patología cutánea crónica previa, pudiendo presentar alteración en la inmunidad celular y humoral, además de una inmunosupresión por medicamentos, como los corticoides.

Se han descrito diferentes mecanismos inmunológicos para explicar el EH en pacientes atópicos. Un defecto en los anticuerpos específicos frente al virus, una disminución de las células natural killer y los receptores de la IL-2, una alteración en la inmunidad frente al VHS medida por células T, una disminución de las células dendríticas plasmocitoides productoras de interferón tipo 1 o una reducción de las catelicinas. Otra posibilidad es que la apertura brusca de la barrera cutánea que ya existe en la DA favorezca la diseminación del virus. El contacto con personas infectadas es el medio de transmisión (a menudo por herpes labial de los padres) o por una propagación de una infección primaria o de una recurrencia del VHS. La causa más frecuente es el VHS tipo 1, aunque se han descrito casos con VHS tipo 2.

La sintomatología se caracteriza por una erupción monomorfa de heridas vesiculosas, que evolucionan a vesiculopústulas umbilicadas, generalmente agrupadas, y que tienden a la formación de costras con distintos grados de hemorragia.

Las lesiones aparecen generalmente sobre la epidermis dañada por la patología cutánea, y en el curso de unos días se pueden ir generalizando al resto de la superficie corporal. Estas lesiones suelen ir acompañadas de escalofríos, fiebre, mal estado general y presencia de adenopatías. La enfermedad dura aproximadamente unos 15 días. En los casos en los que los pacientes tienen episodios recurrentes de EH, la sintomatología será menos florida y tendrá menor afectación general. La clínica será fundamental para determinar dicha afectación, por lo que se deberá sospechar dicho cuadro en pacientes con alteración de la barrera cutánea de base. Se realizará el diagnóstico diferencial con la varicela, la infección diseminada por

el virus de la varicela zoster, la dermatitis de contacto y el impétigo.

Será fundamental el diagnóstico temprano para iniciar la terapia antiviral con aciclovir y así prevenir la progresión de las lesiones y acelerar la recuperación del paciente. El diagnóstico es clínico, pero debe sustentarse con pruebas de laboratorio, como el citodiagnóstico de Tzanck, cultivo viral y serología específica.

El tratamiento debe de instaurarse lo antes posible, sin esperar los resultados del cultivo. El fármaco de elección es el aciclovir, oral o intravenoso, dependiendo de la gravedad del cuadro. Ante la sospecha de una sobreinfección bacteriana, se puede recurrir a la administración concomitante de un antibiótico. El uso de antipiréticos y antihistamínicos podrá considerarse según la sintomatología del paciente. También las lociones antisépticas tópicas favorecen la resolución de las vesículas.

La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana, principalmente por *S. Aureus*, ante cuya sospecha ha de realizarse un cultivo. Otras complicaciones más graves son la viremia secundaria, con afectación de otros órganos, y la sepsis bacteriana. La mortalidad antes de la introducción de los tratamientos antivirales era de un 75%, siendo excepcional en la actualidad.

6 Bibliografía

- 1. La dermatitis atópica triplica su incidencia en España en las tres últimas décadas. *El Economista* [En línea]. 2013. [acceso 15 Abril 2015].
- 2. Moreno P. DAFAC. Estudio epidemiológico de la dermatitis atópica desde la farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios* [En línea]. 2013 [acceso 15 Abril 2015] ; 4(Suplemento 1).
- 3. Bieber T. Atopic Dermatitis. 2010 [cited 2017 Jun 13];22(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2883413/pdf/ad-22-125.pdf>
- 4. Schroeder HF, Elgueta NA, Martínez GMJ. Eccema herpético por virus herpes simplex tipo 2. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *RevChilInfect.* 2009; 26 (4): 33563359.
- 5. Paller A. Hurwitz *Clinical Pediatric Dermatology. A textbook of skin disorders of childhood and adolescence.* 3rd ed. USA, 2006;p:400-401.
- 6. Marín E, Eng A, Velázquez E. Erupción variceliforme de Kaposi, presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2005; 14: 31-34.
- 7. Leung D. Why is eczema herpeticum unexpectedly rare? *Antiviral Res.* 2013; 98: 153-157.

- 8. Gao PS, Leung DY, Rafaels NM, Boguniewicz M, Hand T, Gao L et al. Genetic variants in interferon regulatory factor 2 (IRF2) are associated with atopic dermatitis and eczema herpeticum. *J Invest Dermatol.* 2012; 132: 650-657. 11.
- 9. Beck LA, Boguniewicz M, Hata T, Schneider LC, Hanifi n J, Gallo R et al. Phenotype of atopic dermatitis subjects with a history of eczema herpeticum. *J Allergy Clin Immunol.* 2009; 124: 260-269.
- 10. Luca NJ, Lara-Corrales I, Pope E. Eczema herpeticum: clinical features and factors predictive of hospitalization. *J Pediatr.* 2012; 161 (4): 671-675.
- 11. Schroeder HF, Elgueta NA, Martínez GMJ. Eccema herpético por virus herpes simplex tipo 2. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *RevChilInfect.* 2009; 26 (4): 33563359.
- 12. Benedetto A, Slifka MK, Rafaels NM, Kuo IH, Georas SN, Boguniewicz M et al. Reductions in Claudin-1 may enhance susceptibility to HSV1 infections in atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol.* 2011; 128: 242-246.
- 13. Bin L, Kim BE, Brauweiler A, Goleva E, Streib J, Ji Y et al. Staphylococcus aureus α -toxin modulates skin host response to viral infection. *J Allergy Clin Immunol.* 2012; 130: 683-691.
- 14. Kimata H. Kaposi's varicelliform eruption associated with the use of tacrolimus ointment in two neonates. *Indian J DermatolVenereolLeprol.* 2008; 74: 262-263.

Capítulo 171

PROTOCOLO ÓPTIMO PARA ANÁLISIS DE PROLACTINA

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

NURIA GONZALEZ PULIDO

1 Introducción

La prolactina es una hormona peptídica secretada por células lactotropas de la parte anterior de la hipófisis, la adenohipófisis, que estimula la producción de leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona en el cuerpo lúteo. La prolactina generalmente se mide cuando se buscan tumores en la hipófisis y la causa de producción de leche en las mamas que no tiene relación con un parto (galactorrea), disminución del deseo sexual (libido) en hombres y mujeres, problemas para conseguir una erección en hombres, incapacidad para quedar embarazada (infertilidad) y períodos menstruales irregulares o ausentes (amenorrea).

La prolactina es una hormona que tiende a variar con facilidad dados determinados factores que aumenten o disminuyan el estrés. Los siguientes pueden aumentar temporalmente los niveles de prolactina:

- Estrés emocional o físico.
- Comidas altas en proteínas.
- Estimulación intensa de las mamas.

-Un examen mamario reciente.

-Ejercicio reciente.

Al considerarse la venopunción para la obtención de la prueba, como un estrés físico, el protocolo a seguir debe ser óptimo para evitar los falsos niveles de prolactina elevada.

2 Objetivos

-Determinar la mejor técnica de extracción para obtener unos valores de prolactina reales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Múltiples estudios han comparado los niveles analíticos de prolactina cuando se extraen con punción directa o con cateterización intravenosa con reposo posterior, en todos ellos se observa que la punción directa sin reposo e incluso con reposo previo altera los niveles de prolactina, dando valores significativamente más altos. Esta constante no se cumple siempre en el caso de los hombres. Otros factores a tener en cuenta para la optimización de la prueba tras la realización de los diferentes estudios son: estar bien despierto antes de la extracción, no realizar esfuerzos, evitar dieta alta en proteínas y grasas los días previos, estar 8-10 horas en ayuno y permanecer relajado.

5 Discusión-Conclusión

La diferencia encontrada justifica la necesidad de emplear protocolos de optimización de la extracción de prolactina, ya que supone una disminución de las

falsas hiperprolactinemias debidas al estrés causado por la venopunción y evitando pruebas, exploraciones de mayor complejidad y costo y, en algunos casos tratamientos innecesarios. En muchos puntos de extracción de los hospitales y centros dependientes se sigue utilizando la punción directa para la determinación de las concentraciones de prolactina.

6 Bibliografía

- Definición de Prolactina y examen de sangre: <https://medlineplus.gov>.
- J.L. José Luis Robles Rodríguez, M.??.. Miguel Ángel Castaño López. Empleo de un nuevo protocolo de extracción y disminución de las falsas hiperprolactinemias. *Endocrinol Nutr.* 2010;57(7):296–300.
- J.L. Robles. Optimización de la extracción de PRL. *An Clin*, 20 (1995), pp. 71-78.
- M.F. Mazuecos, M. Esteban, S. Peran. Influencia de la hora de extracción en la valoración de los niveles plasmáticos de prolactina. *Rev Diag Biol*, 33 (1984), pp. 169-173.
- D.L. Wotte, S.A. VanNess, D.S. Angstadt, B.J. Pennell. Errors, mistakes, blunders, outliers, or unacceptable results: how many?. *Clin Chem*, 43 (1997), pp. 1352-1362

Capítulo 172

INTERVENCIONES ENFERMERAS EN LOS HABITOS TÓXICOS DURANTE LA GESTACIÓN.

PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS

ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LAURA VERANO MENENDEZ

RAQUEL MUÑOZ DÍAZ

MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA

1 Introducción

El embarazo es un periodo en el que las mujeres han de incorporar hábitos saludables y evitar seguir con aquellos que sean perjudiciales tanto para el feto como para la propia madre.

Es importante destacar que la presencia de estos hábitos tóxicos durante el embarazo constituye un factor de riesgo modificable en cualquier momento de la gestación y sus consecuencias son muy diversas ya que atraviesan la barrera placentaria muy rápido. Las principales sustancias consumidas son: tabaco, alcohol, cocaína y cannabis, todas tienen efectos perjudiciales sobre el feto y hace que el embarazo pase a ser considerado de alto riesgo.

2 Objetivos

- Analizar los efectos de las sustancias tóxicas durante el curso del embarazo y sus complicaciones.
- Conocer intervenciones de enfermería a las gestantes.

3 Caso clínico

Mujer de 35 años embarazada de su primer hijo, 22 semanas de gestación , comenta ser consumidora diaria de cannabis desde los 20 años (no comenta el consumo de otras sustancias tóxicas) que acude a la consulta con la matrona por primera vez para recoger información sobre los riesgos que puede derivar del consumo que realiza de esta sustancia. No presenta alergias medicamentosas, ni tiene antecedentes personales relevantes. Se realiza una anamnesis profunda para conocer los patrones de consumo.

Tras la entrevista se le da información de las consecuencias graves que puede sufrir el feto derivadas de este consumo, se le realiza un seguimiento personal en el que incluye : ecografía, analítica sanguínea y de orina mensual. Se realiza un plan de cuidados específico para un tratamiento de deshabituación de la sustancia y se le recomienda que combine esta ayuda con intervenciones psicológicas.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica de los diferentes artículos en bases de datos, así como la "Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio" publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2014, en los que se mencionan los efectos perjudiciales del consumo de sustancias tóxicas a lo largo de la gestación y la importancia de saber que tipo de intervenciones de enfermería son necesarias para realizar una buena atención durante el embarazo y en el parto.

- En todos los textos consultados se destaca la severidad de los efectos que puede producir en el feto el consumo de las diferentes sustancias tóxicas señaladas con anterioridad, de los que destacaríamos: aborto , muerte fetal, anomalías del desarrollo, deformidades, y pérdida de bienestar fetal.
- Muy importante el papel que se desarrolla por parte de enfermería en la identificación de la mujeres consumidoras , el seguimiento durante el embarazo y final-

mente en la asistencia en el parto cumpliendo los protocolos , así como conocer las complicaciones que pueden derivar pre y post parto en la madre y el hijo (síndrome de abstinencia, etc.)

5 Discusión-Conclusión

A pesar de toda la información que hay en la actualidad, sigue existiendo un consumo por parte de las gestantes adictas a los diferentes hábitos tóxicos, estos van cambiando a lo largo del tiempo, pero las enfermedades observadas en fetos y neonatos no varían.

Los programas de prevención y la concienciación son un pilar fundamental para disminuir el consumo y sus consecuencias, así como la captación temprana por parte de la enfermera en la consulta.

La sustancia tóxica mas utilizada a día de hoy es el tabaco, en una muestra inferior se encuentra el consumo de alcohol, cannabis y cocaína , produciendo un aumento de los abortos espontáneos, desprendimientos de placenta y parto prematuro entre otros problemas. En muchos casos se consume más de una de estas sustancias a la vez por parte de las gestantes, hecho que dificulta la distinción de los efectos que provoca cada una. Todo aquel embarazo en el que se consuman sustancias tóxicas debe ser considerado de alto riesgo y abordado por el personal sanitario de forma multidisciplinar e individual.

6 Bibliografía

- 1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Embarazo y drogas. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 2. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.
- 3. Martínez-Galiano JM, Amezcua-Prieto C, Salcedo-Bellido I, Olmedo-Requena R, Bueno-Cavanillas A, Delgado-Rodríguez M. Women Birth. 2019 Jun;32(3):284-288. doi: 10.1016/j.wombi.2018.07.024. Epub 2018 Aug 16.
- 4. Roca Comas A, Vila Domènech JS, Massa Solé J, Timoneda Paz P, Peñas Boira M, Herrero Espinet FJ, Sánchez Jiménez J, Ballester Martínez A. Minerva Pediatr. 2017 Feb 7. doi: 10.23736/S0026-4946.17.04664-3.

- 5. Menéndez García X, Álvarez García N, García Rodríguez MJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 34-49.
- 6. Asociación Española de Toxicología. Glosario toxicológico [monografía de Internet]. España: AETOX [citado 12 de febrero de 2018]
- 7. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [monografía en Internet]. España: Organización Mundial de la Salud; 2008. Recuperado a partir de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.
- 8. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo: efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. Revisión. Montevideo: PNUD. [Revista en Internet]
- 9. Civira, M., Paredes, F., Hernández, A., Consumo de drogas en mujeres embarazadas: una aproximación a su comprensión y abordaje. Revista del Ministerio público, revista científica arbitrada. 2015.
- 10. Ministerio de Sanidad y política social. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. BOE [Monografía en Internet]. 2010.

Capítulo 173

VALORACIÓN DE VÍA AÉREA DIFÍCIL CON ESCALAS DE VALORACIÓN POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

ISABEL ESCOBAR OSTARIZ

NEREA SAETERO ESTRADA

1 Introducción

Situación clínica en la cual un anestesista experimenta dificultad para la ventilación de la vía aérea superior con una mascarilla facial, dificultad para la intubación traqueal o ambas o valoración de enfermería en el antequirófano:

- Identificación del paciente preguntándole el nombre y comprobando en la pulsera.
- Alergias.
- Ayunas.
- Comprobación de la intervención que se le va a realizar y laterabilidad de la misma.
- Estado emocional (ansiedad..)
- Ausencia de prótesis.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes escalas para diagnosticar una vía aérea difícil.

3 Metodología

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

4 Resultados

La valoración de la vía aérea tiene como objetivo conocer, previo a la cirugía, las características anatómicas del paciente para poder predecir el grado de dificultad de ventilación con mascarilla facial y/o intubación endotraqueal.

Predicción de la ventilación difícil. La regla nemotécnica es "OBESE":

O- Obesidad: índice de masa > 26 kg.

B- Barba.

E- Edentación.

S- SAOS o historia de ronquidos diarios.

E- Edad > 55 años

Escala: clasificación de Mallampati.

El paciente sentado, con la cabeza en posición neutra, le pedimos que abra la boca y que saque la lengua lo máximo que pueda. Dependiendo de la svisualización de las estructuras faríngeas se clasificará en:

- Clase I: paladar blando, úvula y pilares amigdalinos.
- Clase II: paladar blando y úvula.
- Clase III: paladar blando base de la úvula.
- Clase IV: sólo se visualiza el paladar duro.

Clasificación de Cormack y Lehane. Valora el grado de dificultad para la intubación endotraqueal al realizar la laringoscopia directa, según las estructuras anatómicas que se visualicen.

- Grado I. Se observa el anillo glótico en su totalidad (intubación muy fácil).
- Grado II. Sólo se observa la comisura o mitad posterior del anillo glótico (cierto grado de dificultad)
- Grado III. Sólo se observa la epiglotis sin visualizar orificio glótico (intubación muy difícil pero posible)

Distancia tiromentoniana. Mide el espacio laríngeo anterior. Es la distancia que hay entre la prominencia del cartilago tiroideos y el borde inferior de la sínfisis mandibular, con la boca cerrada y la cabeza en hiperextensión. Cuando es inferior a 6,5 cm se considera predictivo de ventilación aérea difícil.

Subluxación mandibular. Consiste en la tracción de la mandíbula hacia delante y hace arriba.

Test de la mordida del labio superior. Este test se basa en la importancia que tiene para la visión por laringoscopia la libertad de movimiento mandibular y la arquitectura de los dientes. Se le pide al paciente que muerda con su dentadura inferior el labio superior.

Material necesario para una anestesia general sin complicaciones:

- Mascarilla facial.
- Laringoscopia con pala larga y corta.
- Cánulas de guedel.
- Pinza de magill (en caso de que haya que hacer un taponamiento).
- Mascarillas laríngeas de diferentes tamaños o tubos endotraqueales de diferentes tamaños o sonda de aspiración o Jeringa de 10-20 cc o lubricante o fiadores (eastman, frova).

5 Discusión-Conclusión

Aunque el diagnostico de la vía aérea difícil sea propio de un anestesista, como enfermeras debemos conocer los síntomas habituales que nos pueden indicar esta situación para anteponernos y preparar el material necesario en una intubación difícil.

6 Bibliografía

- Massó E. Vía aérea difícil y situación de ventilación e intubación imposibles. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2001; 48: 401-413.
- Brimacombe J, López-Gil M, Costa E, Silva L, Mesa A. La Mascarilla Laríngea. En: Mesa A, Villalonga A, Sánchez AF, editores. Manual Clínico de la Vía Aérea. El Manual Moderno; 2001. p. 147-94
- Castaneda M. et al. Laringoscopia óptica Airtraq®. Anales Sis San Navarra [online]. 2009, vol.32, n.1 [citado 2011-01-03], pp. 75-83 . (pdf)

Capítulo 174

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA INTERACCIÓN ENTRE LA NUTRICIÓN ENTERAL Y LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS.

VANESA RUBIO GARCIA

MARIA CRISTINA GONZALEZ LABRA

NOEMI SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Marco Histórico

Hipócrates ya hacía referencia en la antigua Grecia a la relación existente entre la alimentación y la salud “nuestra alimentación era nuestra medicina”. (1)

La desnutrición hospitalaria es un problema que podemos encontrar en todos los ámbitos de la atención sanitaria. Afecta a un 40% de los pacientes ingresados en hospitales y supera el 60% en las residencias de ancianos. Aunque es muy frecuente, no es reconocida ni tratada aumentando en aproximadamente un 50% el coste sanitario ya que aumenta la morbilidad, mortalidad así como el número de ingresos hospitalarios. (2)

La desnutrición hospitalaria es el foco de atención de una gran cantidad de profesionales de la salud hoy en día. Sin embargo, es ampliamente aceptado que todavía hay mucho por hacer. (3)

A pesar de los importantes avances científicos y técnicos, la malnutrición está relacionada con enfermedades e inadecuadas técnicas de alimentación y sigue siendo de gran interés debido a su elevada prevalencia y alto costo. Se estima que afecta a 30 millones de pacientes y cuesta 170.000 millones de euros anualmente. (4)

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) los pacientes presentan estados hipermetabólicos y catabólicos intensos y un grado elevado de estrés por procesos quirúrgicos, traumáticos, sépticos y alteraciones térmicas. Diferentes estudios han constatado que en este medio donde un 40% de pacientes están mal nutridos, la nutrición enteral es la mejor opción ya que se preserva la estructura y función de la mucosa gastrointestinal manteniendo su efecto de barrera, puede evitar o reducir la translocación bacteriana, disminuir la respuesta catabólica y reducir la tasa de infecciones en el paciente crítico.

El origen de la nutrición enteral se remonta al antiguo Egipto, con la utilización de alimentación rectal mediante enemas con alimentos. En algunos papiros se detalla cómo, a través de una especie de jeringa constituida por una pipeta atada a una vejiga, administraban, probablemente a presión, por vía rectal, una gran variedad de alimentos como leche, suero lácteo, cereales germinados, vinos, etc.

En 1960 se comienzan a utilizar sondas de poliuretano, se emplean bombas de infusión y se diseña una sonda con una pieza de mercurio en su extremo distal facilitando su colocación y uso clínico. (5)

2.2 Marco Teórico

Definimos la nutrición enteral como la administración de nutrientes directamente al aparato digestivo de fórmulas químicamente definidas, a través de la vía oral o mediante sonda nasogástrica, sonda nasoentérica (más allá del píloro, el extremo distal de la sonda se sitúa en duodeno o en yeyuno), gastrostomía (endoscópica, radiológica o quirúrgica), yeyunostomía (quirúrgica o radiológica) o sonda de yeyunostomía transgástrica (la sonda llega al yeyuno desde una gastrostomía). (5)

La nutrición enteral está indicada en aquellos pacientes que no pueden, no deben o no quieren comer por boca y mantienen un intestino funcional. En la mayoría de los pacientes en la UCI, el soporte nutricional es parte vital de la terapia, teniendo beneficios reconocidos como la disminución de la morbilidad, disminución del tiempo de hospitalización, caída en la tasa de infección y una mejora en la inmunidad de estos pacientes.

La nutrición enteral, siempre que sea posible, debe ser la primer opción de terapia nutricional, pues tiene muchas ventajas en relación a la nutrición parenteral, como menor posibilidad de desplazamiento bacteriano, ser más fisiológica y barata, menor probabilidad de contaminación, composición variable para cada paciente y ser formulada a partir del estado clínico, nutricional y de la necesidad de reposición protéico-calórica de cada paciente. (6)

Es muy común cuidar de un gran número de pacientes que reciben por sondas nutrición enteral y medicamentos y éstos pueden interactuar con la nutrición, lo que puede alterar los niveles séricos del medicamento, su absorción o incluso obstruir la sonda. Una interacción fármaco-nutriente es definida como: "alteraciones producidas en los efectos terapéuticos de un medicamento en razón de la ingestión concomitante con alimento ". (7)

Es importante alcanzar la mejor respuesta clínica en cuanto a eficacia y seguridad para el paciente con respecto a la terapia medicamentosa. Esto no depende sólo del diagnóstico correcto y de la prescripción del tratamiento farmacológico adecuado sino que exige también conocimiento de las fuentes de variabilidad para que las interacciones entre medicamentos y nutrientes sean identificadas. (8)

La administración de fármacos por sonda nasogástrica es una función realizada habitualmente por parte del personal de enfermería. Los medicamentos no siempre están disponibles en forma líquida (la más adecuada para administrar por esta vía), por lo que en numerosas ocasiones recurrimos a triturar formas sólidas, abrir cápsulas, etc...es decir, modificamos la forma farmacéutica del medicamento con los peligros que ello conlleva alterando su farmacocinética y por tanto su efectividad corriendo el riesgo incluso de obstruir la sonda. (8)

El empleo de técnicas inadecuadas de administración de fármacos por sonda alcanza tasas muy elevadas entre el personal de enfermería. Se observa una baja difusión y aplicación de las recomendaciones publicadas disponibles y algunos autores sitúan la tasa de enfermeras que utilizan dos o más técnicas incorrectas en un 74-76%. (9)

Manejar la técnica de administración así como conocer los fármacos y sus posibles interacciones es imprescindible para el personal de enfermería, ya que su efectividad depende en gran parte de su correcta manipulación.

2 Objetivos

- Conocer el grado de conocimiento en la administración de fármacos por vía enteral por parte del personal de enfermería así como su interacción con la nutrición enteral.

3 Metodología

El presente estudio se ha llevado a cabo de manera descriptiva mediante la revisión de artículos publicados en revistas científicas y en bases de datos.

Fase 1

En un primer tiempo se consultaron las siguientes bases de datos:

- Cuidenplus: es una base de datos bibliográfica de la Fundación Index que incluye la producción científica sobre cuidados de salud en el espacio científico iberoamericano, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como en enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados, cuyos contenidos han sido evaluados previamente por un comité de expertos.
- Dialnet: base de datos en línea de sumarios de artículos de revistas científicas españolas y latinoamericanas y otros contenidos, producida cooperativamente por numerosas bibliotecas universitarias, bajo el liderazgo de la Biblioteca de la Universidad de la Rioja y con participación de la Universidad de Cantabria. Dialnet es de los mayores portales bibliográficos de acceso libre, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana. Ofrece alertas por correo electrónico y permite la consulta de sumarios de aproximadamente 9000 revistas españolas y latinoamericanas de todas las áreas temáticas, incluyendo numerosos títulos con texto completo. También facilita referencias o acceso a textos completos de tesis doctorales, congresos, libros y artículos de obras colectivas, hasta un total de más de 4,3 millones de documentos en conjunto.
- Pubmed: es un motor de búsqueda de libre acceso a la base de datos MEDLINE de citas y resúmenes de artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos como parte de Entrez. MEDLINE tiene alrededor de 4800 revistas publicadas en Estados Unidos y en más de 70 países de todo el mundo desde 1966 hasta la actualidad. MEDLINE es la base de datos más importante de la NLM abarcando los campos de la medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencia preclínicas. Actual-

mente contiene más de 11 millones de referencias bibliográficas de artículos de revistas desde el año 1966.

Fase 2

En un segundo tiempo se consultaron las siguientes revistas:

- Revista Enfermería Global: la revista electrónica “Enfermería Global”, patrocinada por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, nace en noviembre de 2002 con la única pretensión de conectar y constituir un vínculo de unión entre toda la enfermería, independientemente de sus funciones, destinos, fronteras, jerarquías o nivel académico.
- Revista de Enfermería Neurológica: (México) 2014. Presenta material científico que deriva de la investigación relacionada con las neurociencias en enfermería. Esta revista inicia su publicación en enero de 2002.
- Revista Enfermería Actual en Costa Rica: publicación científica pionera en el ámbito nacional en la divulgación del conocimiento de Enfermería de manera virtual. Fundada en el año 2000 en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica como apoyo a la docencia y a profesionales en el campo de la salud que desean compartir el fruto de sus investigaciones y trabajos académicos con las personas interesadas en tema de salud, educación para la salud y la práctica innovadora de Enfermería en el ámbito nacional e internacional. Se cuenta con un comité editorial para garantizar la calidad de la publicación y cumplimiento de criterios de publicación científica nacional e internacional.
- Revista Nutrición Hospitalaria: Nutrición Hospitalaria es la revista científica de las ciencias de la salud fundada en 1986 por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), cuyo contenido abarca los campos de las ciencias de la nutrición y de la alimentación. Es la revista Iberoamericana con mejor posición en el Journal Citation Report (JCR), datos publicados en 2011, del Instituto para la Información Científica (Institute for Scientific Information, ISI), propiedad de la empresa Thomson Reuters en la categoría de Nutrition&Dietetics. Es el órgano oficial de expresión de las siguientes sociedades e instituciones: Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE), Centro Internacional Virtual de Investigación en Nutrición (CIVIN), Federación Latino Americana de Nutrición Enteral y Parenteral (FELANPE), Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD) y Sociedad Española de Nutrición (SEN).
- Elsevier: es la mayor editorial de libros de medicina y literatura científica del mundo. Forma parte del grupo RELX Group y fue fundada en 1880. Con base en Ámsterdam, la empresa tiene subsidiarias en el Reino Unido, Estados Unidos, México, Brasil, España y en el resto del mundo. Elsevier tomó éste nombre de

una tradicional editorial holandesa de nombre House of Elzevir (Casa de Elzevir). La familia Elzevir tenía operaciones de venta de libros y editorial en los Países Bajos. Su fundador, Lodewijk Elzevir, (1542– 1617) vivió en Leiden y estableció su negocio en 1580. La empresa moderna fue fundada en 1880.

Fase 3

Se seleccionaron un total de 4 artículos que cumplían los siguientes criterios de inclusión: acceso gratuito al texto completo, publicación en lengua hispana, inglesa o portuguesa, publicados dentro de los últimos 10 años.

Resumen de los artículos

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos que traten sobre la interacción entre fármacos y nutrición enteral. Nos centramos en 3 grupos de fármacos: antiepilépticos, antibióticos y anticoagulantes.

A) Antiepilépticos La absorción del antiepiléptico Fenitoína disminuye del 60-70% y la concentración del fármaco en suero se reduce entre el 50-75% cuando se administra con nutrición enteral. Para una correcta administración se debería suspender la nutrición enteral 2 horas antes y 2 horas después de administrar la fenitoína.

B) Antibióticos Varios estudios tratan la biodisponibilidad de los antibióticos, en concreto el ciprofloxacino, administrado por vía intravenosa y por sonda nasogástrica haciéndose medidas seriadas de los niveles séricos del fármaco. Los resultados mostraron que la concentración sérica máxima del fármaco fue, aproximadamente, 44% inferior cuando fue administrado por sonda, pero su concentración sérica mínima fue similar en ambas rutas, concluyendo que es posible la continuidad de un tratamiento con ciprofloxacino vía sonda nasogástrica. Otros autores investigaron la biodisponibilidad del antibiótico parando o no la nutrición enteral sin observarse diferencias en la interacción del fármaco con la nutrición enteral. No es necesaria la suspensión de la nutrición enteral ni antes ni después de administrar un antibiótico por vía enteral.

C) Anticoagulantes El fármaco estudiado es la warfarina. Respecto de la warfarina, se sabe que esta puede tener reducida la producción de cuatro factores de coagulación dependientes de la vitamina K, o sea, significa que un paciente haciendo uso de terapia anticoagulante con warfarina, debe tener una ingesta de vitamina K adecuada para mantener el equilibrio de la anticoagulación.

La warfarina y la fenitoína se unen a proteínas en un porcentaje del 99,9% y 90% respectivamente, y pacientes con hipoalbuminemia pueden tener altas tasas de estos fármacos en la sangre lo que conduce al riesgo de sangrado en el caso de la warfarina, y toxicidad en caso de la fenitoína . Por último, con la intención de reducir la posibilidad de las interacciones fármaco-nutriente se debe lavar la

sonda antes y después de la administración del consumo de fármacos sacando los residuos de la nutrición y medicamentos, previendo las interacciones farmacológicas y físicas como la formación de gránulos y gel que pueden obstruir la sonda y exponer al paciente a tener que colocar otra sonda así como retraso en su nutrición.

En relación al volumen utilizado se recomienda el uso de 15 a 30 ml de agua, dejando a la enfermera la moderación de este volumen en los pacientes que están bajo restricción hídrica. Antes y después de la irrigación de la sonda, la dieta debe ser detenida para que puedan administrarse los medicamentos. Se sugiere que esta interrupción sea de 30 a 60 minutos para todos los medicamentos administrados donde hay riesgo de interacción con la alimentación enteral.

4 Resultados

Para llevar a cabo este estudio se ha realizado un análisis bibliográfico en el que se ha tenido en cuenta la revista, al año de publicación, el número de autores y sus titulaciones. Tras llevar a cabo el análisis se puede observar que las revistas se concentran en 2 únicas temáticas: enfermería y nutrición. Sus autores, todos ellos son profesionales sanitarios. En cuanto a la temática abarcan tanto la interacción de los fármacos con la nutrición enteral así como la correcta administración de éstos a través de sondas de alimentación por parte del personal de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

El soporte nutricional enteral en pacientes hospitalizados, puede ser administrado por sondas enterales que son clasificadas conforme a su topografía en gástricas (nasogástrica, orogástrica o gastrostomía), y pospilóricas (duodenales o yeyunales).

Los mecanismos responsables por interacciones fármaco-nutrientes suelen clasificarse en farmacocinéticos que son los que afectan a los procesos de liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción (LADME) de medicamentos, y en farmacodinámicos los que provocan alteraciones en la respuesta farmacológica y/o efectos adversos de los fármacos, sin afectar su disposición en el organismo. (10)

Diversos autores, al tratar la interacción fármaco-nutrientes, afirman que aunque la mayoría de los estudios se centran en el efecto del fármaco sobre la nutrición

enteral, lo más importante sería el efecto de la nutrición enteral en la biodisponibilidad del medicamento y, como ejemplo, se cita la interacción de la fenitoína con la nutrición enteral. Tres estudios reportaron esta interacción, refiriendo el cuidado de detener la nutrición enteral por lo menos una hora antes y tras su administración. El mismo cuidado debe ser dispensado por enfermeros a la warfarina pues se ha demostrado relevancia clínica y estadística satisfactoria en la respuesta del RNI al interrumpirse la nutrición enteral antes y después de la administración de este fármaco. (11)

En la administración de medicamentos a través de una sonda gástrica, la enfermera debe recordar que la presentación de la misma es un factor a considerar, ya que determina su lugar de acción y su modo de preparación. Es decir, debe saber si la droga puede ser macerada o no, con qué puede ser diluida y con qué componentes de nutrición enteral se puede interactuar.

Las presentaciones de medicamentos para su administración por vía enteral son cápsulas, tabletas, pastillas, elixires, emulsiones, suspensiones y jarabes. La administración de cápsulas y tabletas por sondas, en general, no se recomienda debido a la necesidad de macerar el producto, para que se diluya y se infunda por la sonda lo que puede destruir los principios activos del fármaco lo que interfiere en su actividad terapéutica .

No se recomienda cambiar la estructura física de cualquier medicamento, especialmente las tabletas con recubrimiento entérico y las cápsulas de liberación prolongada. (12)

Debido a la gran incidencia de pacientes hospitalizados que utilizan cualquier tipo de soporte nutricional por sonda así como la necesidad de administrar fármacos a través de esta vía, han aumentado la probabilidad de interacciones entre ambos.

El grupo farmacológico que mostró una mayor interacción con la nutrición enteral fue el de los antiepilépticos, especialmente la fenitoína. De los distintos estudios que hablan de la interacción entre la nutrición enteral y los antibióticos se ha llegado a la conclusión de que no existe problema en la administración conjunta. Con la administración de warfarina también se ha demostrado que existe un riesgo de interacción con la nutrición enteral.

Es responsabilidad de enfermería la administración de medicamentos así como garantizar la seguridad nutricional del paciente ya que son ellos los que están directamente implicados en la preparación y administración de ambas terapias. El grado de conocimiento de estas prácticas por parte del personal de enfermería

está relacionado con haber recibido formación específica. Por ello, se necesita de cursos formativos específicos para el personal con el fin de mejorar el grado de conocimiento. Así mismo sería necesaria una mayor interacción entre el personal de enfermería y el personal de farmacia ya que esto evitaría riesgos derivados de una mala administración de fármacos por vía enteral.

6 Bibliografía

1. Hipócrates. Tratados hipocráticos. Obra completa. Volúmen III. Apéndice A “Sobre la dieta en las enfermedades agudas”; Madrid 1997; Editorial Gredos.
2. García A, Álvarez J, De Man F. Envejecimiento y desnutrición: un reto para a sostenibilidad del SNS; Conclusiones del IX Foro de Debate Abbott-SENPE. Nutrición Hospitalaria 2012; 27(4):1061.
3. Álvarez J, León M, Planas A, García de Lorenzo A. La importancia de la codificación de la desnutrición hospitalaria en la estrategia de salud de la Unión Europea; una importancia española. Nutrición Hospitalaria 2010;25(6).
4. <http://www.espen.org/fam.html>
5. Mesejo A, Martínez JF, Martines C. Capítulo 3. Nutrición Enteral.
6. Schutz V, Dopico da Silva L, Praca BFM, Dos Santos MER. Revisión sobre la interacción entre fármacos y nutrición enteral. Enferm. Glob 2010; 10(22).
7. Gómez M, Ruiz M^a V, Ortega J, Salido A, Gascón P. Precauciones en la administración de fármacos por vía enteral. Rev Cien Soc Esp Enferm Neurol 2010;32:51-4.
8. Méndez AG, Avalos MI, Priego HR. Calidad en la administración de medicamentos por sondas enterales de una unidad de cuidados intensivos de México. Revista Enfermería Actual 2017,32.
9. De Amuriza N, Romero RM^a, Valero M^aA, Gomis P, Herreos A. Evaluación de las prácticas de administración de fármacos por sonda nasointestinal y enterostomía en pacientes hospitalizados. Nutrición Hospitalaria 2012;27(3).
10. Silva LD, Pereira SM, Freitas AM. Assistência ao paciente crítico. 2^a ed. Río de Janeiro: Cultura Médica,2005.
11. Dickerson RN, Garmon WN, Kuhl DA, Minard G, Brown RO. Vitamin k independent warfarin resistance after concurrent administration of warfarin and continuous enteral nutrition. Pharmacotherapy 2008;28(3):308-13.
12. Mahan LK, Stump SE. Alimentos, nutrición y dietoterapia. 11^a ed. Sao Paulo: Roca;2005.

Capítulo 175

MANEJO DOMICILIARIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL PEDIÁTRICA

MARIA CRISTINA GONZALEZ LABRA

NOEMI SUAREZ FERNANDEZ

VANESA RUBIO GARCIA

1 Introducción

La nefrología pediátrica, aunque tiene puntos en común con la del adulto, presenta una serie de características propias de esta etapa temprana de la vida, haciendo surgir ciertas enfermedades o situaciones clínicas que de no prevenirse adecuadamente, pueden desembocar en una insuficiencia renal crónica (IRC).

Las enfermedades renales suponen un gran problema de salud pública a nivel mundial, generando una gran demanda asistencial y con una importante repercusión a todos los niveles.

Los trastornos nefrourológicos suelen ser asintomáticos y una parte de los niños son diagnosticados cuando la función renal se ve sustancialmente afectada, esto es, cuando la función renal residual es inferior a un 20%. En el momento en el que no se puede dilatar en el tiempo el inicio de un tratamiento renal sustitutivo, se tiende a realizar la diálisis peritoneal, si bien, esto no es siempre factible. La experiencia a lo largo de los años demuestra que es una técnica eficaz con grandes ventajas respecto a otras y obtiene muy buenos resultados.

A finales de los años 70 y principios de los 80 es cuando la diálisis peritoneal

inicia su andadura como tratamiento alternativo en la insuficiencia renal. La experiencia a lo largo de los años demuestra que es una técnica eficaz con grandes ventajas y buenos resultados. Quedando así documentada como una técnica eficaz y de primera elección.

Inicialmente, se comenzó tratando algún menor de forma esporádica, en unidades de adultos, pero no es hasta los años 70, cuando surgen las unidades de diálisis pediátrica. «El primer paciente tratado con DP en nuestro país fue en 1982 en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Desde esta fecha la técnica se ha extendido progresivamente representando el método de tratamiento inicial más frecuente en la insuficiencia renal crónica terminal infantil» (3). En la actualidad, tan sólo son ocho hospitales en todo el país, los que cuentan con unidades especiales para el tratamiento de estos pacientes.

La educación sanitaria en este tipo de pacientes es un pilar fundamental debiendo establecerse una buena comunicación entre el personal de salud y el paciente.

Es muy importante que el personal tenga una buena base y un profundo conocimiento teórico y práctico sobre este tipo de pacientes y en concreto sobre las técnicas y tratamientos, estando en contacto con los últimos avances.

Insuficiencia Renal Aguda (IRA)

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico multietiológico, caracterizado por el deterioro brusco de la función renal. Que genera una retención de productos nitrogenados y alteraciones en la homeostasis hidroelectrolítica. Suele acompañarse generalmente de oliguria, aunque a veces la diuresis esta conservada o incluso podría cursar con poliuria.

En la actualidad el término IRA, se ha venido sustituyendo por Lesión o Daño Renal Agudo, desde la 2ª Conferencia Internacional sobre Consensos Clínicos. Es un grave problema de salud con importante repercusión a nivel mundial. Suele afectar a gran parte de los pacientes hospitalizados, empeorando su pronóstico y generando una elevada morbimortalidad.

Es generalmente reversible, sin embargo se pueden dar casos donde periodos prolongados pueden llegar a desencadenar una insuficiencia renal irreversible o crónica. Es de vital importancia una buena prevención y de no ser posible centrar todo el esfuerzo terapéutico en el retraso de su evolución hacia una insuficiencia renal crónica.

El diagnóstico se basa en el consenso de criterios sencillos, donde el filtrado glomerular (FG) y los niveles de creatinina plasmática constituyen la base fundamental. En el 2007 se realizó la versión pediátrica de la clasificación RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss y End Stage), siendo posteriormente modificada por el Acute Kidney Injury Network (AKIN) y en el 2012 se unificaron en la guía KDIGO.

En la actualidad el término insuficiencia renal crónica (IRC) se ha sustituido por enfermedad renal crónica (ERC) y se define por el deterioro progresivo e irreversible del filtrado glomerular. Es un proceso continuo que se desarrolla lentamente y conlleva la pérdida de nefronas durante un periodo largo de tiempo. Se clasifica en estadios según el grado de deterioro del filtrado glomerular y desemboca cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener con vida al paciente.

Paradójicamente la incidencia aumenta cuanto mayor es el grado de desarrollo sanitario de un país y tiene una mejor calidad de asistencia pediátrica. En nuestro país la incidencia es desconocida, debido a la escasez de datos, quedando solo reflejados los pacientes que llegan al estadio terminal y son incluidos en tratamientos sustitutivos en el Registro Pediátrico de Insuficiencia Renal Terminal (REPIR), iniciado hace años por la Sociedad Española de Nefrología Pediátrica.

Las nefropatías se pueden clasificar en:

- Malformaciones renales.
- Malformaciones de las vías urinarias.
- Nefropatías glomerulares específicas.
- Nefropatías hereditarias.
- Síndrome nefrótico.
- Nefropatías tubulares.
- Infección urinaria.

Las causas más frecuentes en niños son las malformaciones congénitas, seguidas de las enfermedades glomerulares, anomalías estructurales, enfermedades vasculares, etc. Incide de una forma especial en el desarrollo del niño, dependiendo de la edad de presentación. Siendo las alteraciones y afecciones más severas en el primer año de vida y en la adolescencia. La supervivencia en niños con enfermedad renal crónica ha mejorado, gracias a los tratamientos sustitutivos, sin embargo la mortalidad sigue siendo elevada.

La clínica viene determinada por la combinación de múltiples factores: fallo en el balance de líquidos y electrolitos, acumulación de tóxicos, pérdida de síntesis

hormonal y alteraciones en la respuesta de órganos diana.

Los criterios empleados para la definición de la enfermedad renal en pediatría son: daño renal de más de 3 meses de duración y filtrado glomerular < 60ml/min/1.73m.

Para el diagnóstico de la enfermedad renal crónica (ERC), el paciente debe cumplir los siguientes criterios durante un periodo mayor a 3 meses, según las guías KDIGO de 2012: Filtrado glomerular (FG) disminuido (FG <60 ml/min/1.73m²) y/o presencia de marcadores de daño renal como albuminuria aumentada, anomalías del sedimento urinario, anomalías electrolíticas, anomalías debidas a trastornos tubulares y anomalías estructurales, etc. Si bien es cierto en pediatría hay que tener en cuenta ciertos aspectos: en neonatos o lactantes con anomalías estructurales claras, no hace falta esperar tres meses para el diagnóstico. En niños menores de dos años el criterio de filtrado glomerular, no es aplicable, ya que al nacimiento es más bajo e irá aumentando durante los primeros dos años de vida. El concepto de albuminuria elevada al igual que las anomalías electrolíticas, deben hacer referencia al valor normal para la edad.

El objetivo del tratamiento conservador va dirigido a prevenir las manifestaciones del fallo renal, disminuir las complicaciones, retrasar la progresión de la enfermedad y preservar la función renal. Se debe iniciar de forma precoz y está basado principalmente en una dieta hipoproteica, control de la hiperlipidemia, control de la hipertensión arterial y control de la hiperglucemia. También se debe tratar las alteraciones hidroelectrolíticas, el equilibrio acido-base, las alteraciones cardiovasculares y los trastornos hematológicos.

Cuando la enfermedad está avanzada y la función renal residual es inferior a un 20% empiezan a aparecer los signos del síndrome urémico. Siendo necesario iniciar el tratamiento sustitutivo de la función renal. En los últimos 5 años, se ha conseguido mantener más tiempo a los niños con tratamiento conservador, siendo poco frecuente iniciar tratamiento sustitutivo hasta que la función residual es inferior a un 5-10%.

La indicación actual es mantener en la medida de lo posible la función renal residual de los propios riñones del niño. Para ello es necesario una serie de medidas:

- Adecuar la ingesta de nutrientes y mantener una correcta nutrición.
- Controlar el síndrome urémico.
- Mejorar el control del metabolismo.
- Prolongar al máximo la función renal residual.
- Controlar la anemia.

- Controlar la hipertensión arterial (HTA).
- Evitar complicaciones (neurológicas, cardíacas, etc.).

Hoy en día un niño puede o no recibir tratamiento sustitutivo en función del país donde viva, por razones socio-culturales, contraindicación médica y decisión final de los padres.

Hay tres tipos de tratamiento sustitutivo: trasplante renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis. El trasplante renal es la primera elección y la más eficaz en los niños, pero la escasez de órganos constituye un fundamental obstáculo. Si éste no es posible se debe elegir el tratamiento dialítico que mejor convenga médicamente, al niño y a los padres tras la información adecuada.

Un tratamiento sustitutivo en la edad pediátrica debe de garantizar:

- Una nutrición y crecimiento adecuados.
- Información adecuada y adaptada al niño y su familia, de todo el proceso.
- Importancia de la adhesión al tratamiento (medicación, dieta, controles).
- Adaptación del niño y núcleo familiar.
- Escolaridad.
- Evitar en la medida de lo posible alteraciones emocionales, sociales y psíquicas.

Cabe destacar la importancia del trabajo en equipo (personal sanitario, padres, maestros y asistentes sociales), para garantizar que los niños que sufren enfermedad renal terminal sometida a tratamiento sustitutivo tengan una opción a una infancia que les permita crecer física, emocional, psíquica e intelectualmente.

Diálisis Peritoneal (DP)

La diálisis peritoneal (DP) es un método de depuración extrarrenal cuyo propósito es sustituir de forma artificial la función renal. Es un tratamiento de soporte principalmente en aquellos pacientes que se encuentran en insuficiencia renal crónica en fase terminal.

Las primeras referencias sobre la membrana peritoneal vienen del Antiguo Egipto pero no es hasta años más tarde cuando se iniciaron los estudios sobre el funcionamiento del peritoneo, siendo Wegner en 1876 el primero en comprobar el funcionamiento peritoneal.

En 1923 Ganter, hizo la primera aplicación clínica de la diálisis peritoneal a corto plazo y en 1926 Rosenak desarrolló un catéter peritoneal para lavados continuos. Sin embargo el acceso al peritoneo no empezó a perfeccionarse hasta 1951.

En 1964, Palmer y Quinton crearon el catéter que sería precursor de los actuales, siendo posteriormente perfeccionado por Tenckhoff y Schechter, los cuales lograron excelentes resultados en pacientes tratados a largo plazo. En la actualidad se utilizan catéteres de poliuretano.

La diálisis peritoneal está indicada como tratamiento sustitutivo de la función renal en niños muy pequeños, en pacientes pediátricos con dificultad de acceso vascular y con inestabilidad. También se elige como primera opción de tratamiento sustitutivo en aquellos casos donde los enfermos tengan el domicilio alejado del centro hospitalario de referencia.

Las contraindicaciones pueden ser de dos tipos:

Absolutas:

- Fallo de la función de la membrana peritoneal.
- Defectos de la pared abdominal (hernias, gastroquisis) o cirugía reciente.
- Incapacidad de los padres (cuidados principal) para realizar la técnica.

Relativas:

- Infecciones de la pared abdominal.
- Enfermedades intestinales inflamatorias o isquémicas.
- Ausencia de motivación, rechazo o incumplimiento terapéutico.

Las ostomías no son una contraindicación en sí mismas, aunque si son una dificultad y conllevan la necesidad de cuidados especiales.

La elección del tratamiento sustitutivo de la función renal depende de múltiples factores, personales, familiares, sociales además de los criterios clínicos.

La diálisis se inicia cuando se instaura el síndrome urémico y sus complicaciones son notorias. Las alteraciones electrolíticas ya no se pueden controlar con el tratamiento conservador y el filtrado glomerular es inferior a 10 ml/min/1,73 m².

Está basada en el movimiento de solutos y solventes a través de una membrana semipermeable del propio peritoneo del paciente. Para ello es necesaria la colocación de un catéter en el abdomen, a través del cual se infunde una solución de diálisis en la cavidad peritoneal, manteniéndola durante un periodo de tiempo. La eliminación de los productos de desecho y el exceso de líquidos se produce con el drenaje del líquido dializado. En la fisiología de la diálisis peritoneal tienen lugar una serie de procesos: o Eliminación de solutos y agua. o Eliminación de toxinas urémicas. o Homeostasia de los electrolitos. o Equilibrio ácido-base. o Homeostasia del calcio.

Los tres elementos claves en la diálisis peritoneal son: la estructura anatómica (membrana peritoneal), el catéter y una solución de diálisis.

El peritoneo es una membrana vascularizada y semipermeable, que deja pasar a través de ella el agua y sustancias de bajo peso molecular. Siguiendo los fenómenos de difusión, y ultrafiltración. En los niños la superficie de la membrana es mayor con respecto al peso y al volumen de sangre. También es más permeable que la de los adultos. El transporte de solutos es muy elevado al igual que la absorción del agente osmótico, generando una disminución de la ultrafiltración, lo cual se compensa reduciendo los tiempos de permanencia.

El catéter es el sistema que pone en contacto la solución de intercambio con la cavidad peritoneal. No existe unanimidad en el tipo de catéter que se debe utilizar. El más utilizado es el Tenckhoff, aunque con diferentes modificaciones, en cuanto a material, extremo distal y longitud, eligiendo el que más se adapte a las características de cada paciente. En niños se recomienda la implantación quirúrgica bajo anestesia general y se programara de forma anticipada para garantizar un periodo de cicatrización (2-3 semanas). El punto de implantación suele ser la porción medial infraumbilical de los músculos rectos. Una vez implantado debe comprobarse su permeabilidad y quedar sellado con heparina. Se fijara a piel para evitar tracciones. Posteriormente se debe mantener el orificio limpio, seco y el catéter bien fijado.

La solución de diálisis contiene agua, electrolitos, agentes osmóticos (glucosa o icodextrica) y un tampón (lactato/ bicarbonato). En la prescripción inicial se utilizan volúmenes bajos que se irán aumentando de forma progresiva hasta alcanzar 800-1200 ml/m²/intercambio, a los 15-20 días de iniciar el tratamiento. La duración de cada intercambio varía en función de la edad.

Al mes de inicio del tratamiento se debe realizar un test de equilibrio peritoneal, análisis de urea y creatinina y medida de la presión intraperitoneal.

La prescripción tiene que ser personalizada y evolutiva, valorando el estado clínico, nutricional y el crecimiento del niño. Debemos extremar la vigilancia tanto del líquido peritoneal como del peso ya que cualquier alteración desequilibra rápidamente al paciente, debido a su peso y superficie corporal.

Existen varias modalidades de diálisis peritoneal:

- Diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA): se realiza de forma manual y consta de cinco o seis intercambios diarios.
- Diálisis peritoneal automatizada (DPA): se realiza con máquinas cicladoras
- Diálisis peritoneal continúa con cicladora (DPCC).

- Diálisis peritoneal nocturna (DPN).
- Diálisis peritoneal intermitente (DPI).
- Diálisis peritoneal con Marea o Tidal (DPT).
- Diálisis peritoneal optimizada (DPCO o DPCC plus)

La elección de la modalidad se realiza teniendo en cuenta una serie de criterios, entre los que destacan, limitaciones anatómicas y/o fisiológicas del propio paciente, costo de la terapia, preferencias del paciente y su familia, etc. Siendo la diálisis peritoneal automatizada (DPA), la más utilizada en la actualidad, debido a que ofrece una mejor integración social y escolar del niño y favorece una mejor calidad de vida familiar.

La diálisis adecuada se define según las Normas de Actuación Clínica (NAC) de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), como la cantidad y la calidad de diálisis precisa para que un paciente se sienta bien y consiga una larga supervivencia, sin morbilidad asociada y sin complicaciones ni sintomatología clínica acompañantes 7.

Como todo procedimiento tiene sus propias complicaciones quedando agrupadas en: o Infecciosas: orificio de salida del catéter, del túnel o intraperitoneal. o Mecánicas: relacionadas con la presión intraabdominal y el catéter. o Cardiovasculares: hipervolemia / hipovolemia, anemia. o Metabólicas: pérdida de proteínas, hiperglucemia e hiperlipidemia. o Otras: dolor de espalda / abdominal .

Cabe destacar la peritonitis por ser la más frecuente y la gran comorbilidad que desencadena. Se define como inflamación del peritoneo y cursa con efluente peritoneal turbio y más de 100 cl/mm³ de leucocitos y al menos 50% de polimorfonucleares. La clínica que se suele asociar generalmente es dolor abdominal, vómitos y dificultad o disminución del drenaje peritoneal. Aunque su evolución suele ser favorable generalmente, suelen precisar ingreso hospitalario, administración de tratamiento y en ocasiones, se debe retirar el catéter peritoneal.

Otro de los aspectos fundamentales es el retraso del crecimiento en los niños con insuficiencia renal crónica, de etiología multifactorial. Para su prevención es necesario corregir los trastornos hidroelectrolíticos, la osteodistrofia, garantizar una correcta nutrición calórico-proteica y realizar una diálisis adecuada. En los niños sometidos a diálisis peritoneal suele estar asociado al hiperparatiroidismo secundario. Si se certifica un retraso en la talla y siempre que se cumplan los criterios de inclusión establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo se podría realizar tratamiento con la hormona de crecimiento humano recombinante

(Rgh).

Los inconvenientes de la diálisis peritoneal se deben a las complicaciones con el catéter y la cavidad peritoneal e inconvenientes a nivel sico-social y familiar. En cuanto a las ventajas se evitan las punciones que conlleva el acceso vascular, el deterioro físico es menor debido a que la diálisis peritoneal es más fisiológica. Da una mayor libertad en cuanto a la dieta y la ingesta de líquidos, no llegando a existir la restricción hídrica si el tratamiento es correcto. Hay más flexibilidad en el horario y no precisa ir al hospital, por lo que permite una mayor escolaridad.

Pero la ventaja más destacada es que tras un periodo de educación y aprendizaje el paciente podría realizarlo de forma domiciliaria, dándole un mayor grado de independencia y autonomía.

Proceso de atención de Enfermería (PAE)

La consulta de enfermería es el punto de encuentro entre el paciente y su familia con la enfermera, cuya finalidad es ayudar al paciente, para cumplir los objetivos necesarios y alcanzar en la medida de lo posible la solución de sus problemas de salud.

El proceso de atención de enfermería (PAE), es una herramienta útil para la gestión y administración de los cuidados de enfermería. Consta de cinco etapas correlativas y relacionadas entre sí: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En primer lugar se debe realizar una valoración de enfermería siendo una de las herramientas más eficaces y útiles en el manejo de pacientes sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal. Donde recogeremos todos los datos básicos y necesarios. Los métodos más utilizados para la obtención de datos son la entrevista, la observación y la exploración física.

Las necesidades básicas propuestas por Virginia Henderson son indispensables y universales para todos los seres humanos. Los datos se deben recoger de forma directa con el paciente pero también podemos tener otras fuentes de información indirecta como los familiares, historial clínico, etc. Debemos tener también en cuenta aspectos importantes como antecedentes personales y familiares, así como los factores de riesgo que pueden desencadenar problemas. Los puntos más destacados de la valoración según las necesidades básicas, son los que se exponen a continuación:

Necesidad de respirar: patrón respiratorio ineficaz.

Necesidad de nutrición e hidratación: desequilibrio nutricional.
Necesidad de eliminación: estreñimiento.
Necesidad de movimiento: trastorno de la movilidad.
Necesidad de descanso y sueño: deterioro del patrón del sueño.
Necesidad de vestirse/desvestirse: déficit de autocuidado.
Necesidad de termorregulación: detectar la hipertermia.
Necesidad de higiene y protección de la piel: evitar infecciones.
Necesidad de comunicarse: afrontamiento familiar comprometido.
Necesidad de vivir según sus creencias y valores: adhesión al tratamiento.
Necesidad de ocupación: manejo ineficaz del régimen terapéutico.
Necesidad de recrearse: déficit de actividades recreativas. Depresión.
Necesidad de Aprendizaje: déficit de conocimiento.

Otra forma de realizar la valoración es siguiendo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (PF).

Patrón percepción / control de la salud.
Patrón nutricional / metabólico.
Patrón de eliminación.
Patrón de actividad y ejercicio.
Patrón de sueño y descanso.
Patrón cognitivo / perceptivo.
Patrón percepción de sí mismo / autoconcepto.
Patrón rol / relaciones.
Patrón sexualidad / reproducción.
Patrón adaptación / tolerancia al estrés.
Patrón de valores y creencias.

Una vez obtenidos todos los datos, se debe efectuar una validación y verificación de los mismos, para evitar errores y conclusiones precipitadas. La organización de los datos obtenidos es fundamental para establecer los problemas identificados y las manifestaciones de dependencia sobre los que estableceremos los cuidados individualizados.

Posteriormente se debe realizar un plan de cuidados específico para cada paciente donde se establecerán los diagnósticos de enfermería según la taxonomía diagnóstica de la NANDA, con sus correspondientes intervenciones (NIC) y objetivos (NOC). Los diagnósticos determinados pueden ser reales, en el momento de la valoración o pueden ser potenciales, que pueden estar presentes en un futuro, de no tomarse las medidas de prevención adecuadas sobre los factores de riesgo.

Los diagnósticos más frecuentes en los pacientes sometidos a diálisis peritoneal, son:

- Patrón respiratorio ineficaz R/C debilidad muscular.
- Desequilibrio nutricional por defecto R/C anorexia, náuseas, vómitos.
- Estreñimiento R/C efectos de la medicación.
- Deterioro de la eliminación urinaria R/C la disminución de la función renal para regular y excretar productos de desecho, agua y electrolitos.
- Desequilibrio nutricional por exceso R/C aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.
- Trastorno de la movilidad física R/C dolores articulares, disnea, etc.
- Deterioro del patrón del sueño R/C estrés, secundario a preocupaciones...
- Déficit de autocuidados: baño – higiene del catéter.
- Hipertermia R/C su patología.
- Temor R/C desconocimiento del proceso de diálisis.
- Ansiedad R/C su patología.
- Afrontamiento familiar comprometido M/P riñas frecuentes con los integrantes de la familia.
- Interrupción de los procesos familiares R/C aparición de una enfermedad de larga evolución.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico R/C desconocimiento de aspectos importantes sobre el autocuidado.
- Déficit de actividades recreativas R/C cansancio, debilidad muscular, etc.
- Déficit de conocimientos sobre signos y síntomas de la enfermedad renal.

Los objetivos que se pretenden alcanzar es que el paciente mantenga un correcto patrón respiratorio, nutricional y de eliminación. Además de mejorar su movilidad física, garantizando un correcto descanso. Debe de ser capaz de reconocer los autocuidados esenciales del catéter y el orificio de salida. Se pretende también que desarrolle las capacidades necesarias para el mantenimiento de su salud, disminuyendo el temor y facilitando la interacción familiar.

Para alcanzar los objetivos del plan de cuidados deben llevarse a cabo una serie de intervenciones y actividades. En el caso de los diagnósticos reales van encaminadas a actuar sobre la causa o factor relacionado. Mientras que en el caso de los diagnósticos de riesgo su finalidad es actuar sobre los factores de riesgo y evitar así el desarrollo de nuevos problemas. Otro aspecto a tener en cuenta son las capacidades y recursos con los que cuenta el paciente y su familia para afrontar la situación.

Algunas de las actividades generales, más destacadas son:

- Enseñar al paciente a respirar de forma relajada, inspirando por la nariz y espirando por la boca.
- Asegurar una buena nutrición mediante una dieta correcta.
- Planificar la dieta para cubrir las necesidades dietéticas de acuerdo con su situación actual.
- Fomentar la ingesta de líquidos del paciente según lo permitido.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Explicar el procedimiento de la diálisis peritoneal y su objetivo.
- Registrar los signos vitales de referencia: peso, temperatura, pulso, respiraciones y presión sanguínea.
- Explicar las causas de las restricciones de la actividad.
- Ayudar a identificar las tareas que pueden ser realizadas por familiares y amigos para evitar o aliviar la fatiga.
- Planificar actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía.
- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Recomendar medidas de higiene personal estricta. Vestir al paciente con ropas no restrictivas. Aplicar los pañales sin comprimir, si procede.
- Proporcionar los cuidados del catéter según el protocolo.
- Realizar la limpieza del punto de inserción del catéter con jabón antibacteriano.
- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencias o evisceración.
- Instruir al miembro de la familia cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
- Identificar y resolver ansiedades y dudas.
- Familiarizar al paciente con su nueva situación.
- Planificar una educación sanitaria, sobre el proceso dialítico, adecuada para el nivel cultural de paciente.
- Implicar a la familia en la planificación de los cuidados y de su realización.
- Establecer un programa de actividades educativas encaminadas a enseñar al paciente a adquirir unos hábitos higiénico-dietéticos adecuados.
- Estimular la integración social.

La puesta en práctica de las intervenciones planeadas mediante la ejecución de las actividades establecidas para cada caso en concreto, conforma la cuarta etapa del plan de cuidados. Se debe realizar un registro de las intervenciones y las respuestas del paciente. De manera continuada a lo largo de todo el proceso se debe realizar una valoración y de forma exhaustiva al final con el fin de determinar el

logro de los objetivos establecidos. Si no fuese así se procedería a introducir los cambios necesarios en el plan de cuidados.

La atención domiciliaria es el equivalente a la consulta de enfermería pero con la particularidad de llevarse a cabo en el domicilio del paciente. Esta modalidad cobra especial interés en los pacientes sometidos a diálisis peritoneal por que el gran objetivo en el manejo de estos pacientes es su integración en el medio y fomentar el autocuidado. La visita debe ser planificada y nos aportara datos del medio físico y del entorno social del paciente. Es fundamental ajustarse a las condiciones del domicilio y valorar la actitud del paciente y su familia en su entorno.

Todo este procedimiento se debe llevar a cabo con un manejo integral del paciente en diálisis peritoneal, donde no solo se requiere la atención de médicos y enfermeras sino que resulta imprescindible la colaboración de un equipo multidisciplinario. Donde la enfermería es el nexo de unión entre dicho equipo y el paciente.

2 Objetivos

- Destacar la importancia del manejo integral del paciente pediátrico con enfermedad renal crónica sometido a tratamiento sustitutivo bajo la modalidad de diálisis peritoneal domiciliaria.
- Concienciar al personal sanitario y al paciente de la importancia de mantener unos niveles de atención y educación sanitaria óptimos.
- Resaltar la importancia de dotar al paciente y la familia de los conocimientos necesarios para el manejo de la técnica en su domicilio con las máximas garantías.

3 Metodología

Revisión bibliografía sobre el manejo integral del paciente pediátrico con enfermedad renal crónica sometido a diálisis peritoneal domiciliaria.

Para sintetizar los resultados de la búsqueda se han formulado los siguientes criterios. Criterios de Selección: Artículos publicados en los últimos 10 años, tema principal: diálisis peritoneal y pacientes pediátricos. Criterios de Exclusión: pacientes adultos, otros tratamientos de sustitución de la función renal.

Procedimiento y Recuperación de la Información . Se ha llevado a cabo una

búsqueda exhaustiva sobre artículos científicos en los distintos buscadores y páginas: PubMed, La Biblioteca Cochrane Plus, Biblioteca Virtual en Salud España, Enfermería Basada en la Evidencia y Asociación Española de Nefrología Pediátrica.

Se han utilizado los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Enfermedad renal, Insuficiencia renal crónica, Diálisis peritoneal, Atención de enfermería, Educación en salud. Posteriormente se ha llevado a cabo un proceso de selección de los artículos cumpliendo los criterios de selección y exclusión. De los artículos derivados de la selección se ha procedido a su lectura completa.

4 Resultados

En los últimos años se ha producido un aumento notorio de los pacientes pediátricos que han precisado la utilización de técnicas de sustitución de la función renal. La enfermedad renal crónica es progresiva, irreversible y de larga duración. En los niños puede padecerse durante grandes periodos de tiempo, llegando incluso a ser necesaria su utilización durante toda su vida.

La diálisis peritoneal es la primera elección como técnica de sustitución de la función renal en niños, especialmente en los más pequeños (neonatos y lactantes). Es un procedimiento sencillo, seguro y de fácil aprendizaje, permitiendo alcanzar un correcto control metabólico y nutricional, mayor estabilidad hemodinámica, menores restricciones dietéticas y menos problemas en el desarrollo del menor.

Bajo el término de diálisis peritoneal se engloban todas aquellas técnicas de tratamiento sustitutivo de la función renal que utilizan el peritoneo como membrana dialítica. El manejo domiciliario de esta técnica aporta una mayor autonomía e integración social del paciente y su familia, al no ser necesario su ingreso hospitalario.

Son múltiples y diversos los factores que hacen que la diálisis peritoneal sea la técnica preferente a la hemodiálisis (edad, dificultad de acceso vascular, estabilidad hemodinámica, localización geográfica, cumplimiento del tratamiento, estructura familiar, etc.), sobre todo en lactantes o niños pequeños.

El personal de enfermería lleva a cabo una función muy importante, siendo el nexo de unión de todo el equipo multidisciplinario. Es la encargada y responsable de la asistencia sanitaria, docencia, acompañamiento y apoyo psicológico

del paciente y su familia durante todo el proceso.

Se debe de facilitar la adaptación a la enfermedad crónica en función de la edad del paciente y la situación familiar. Lo más difícil de comprender y aceptar para el niño y su familia es el diagnóstico y el pronóstico de esta enfermedad. Superada esta fase, comienza el periodo de adaptación. El paciente y su familia se ven obligados a reorganizar sus vidas, produciéndose un cambio sustancial en las actividades, proyectos y en el curso de la vida diaria. Los procesos de adaptación familiar son variables y dependen de múltiples factores como los recursos económicos, nivel sociocultural, miembros de la familia, etc. Por ello es fundamental, en las enfermedades crónicas, mejorar el bienestar y la calidad de vida de los niños para que su desarrollo psíquico y social siga su curso normal.

Uno de los problemas importantes en los enfermos crónicos es la adherencia al tratamiento, factor muy importante y clave en la evolución de la enfermedad.

Otro aspecto fundamental es la educación sanitaria y el entrenamiento al paciente y su cuidador principal donde se dotará de los conocimientos básicos y las habilidades necesarias para realizar la técnica en el domicilio de forma segura. Además debe realizar un seguimiento y evaluación continuada con el fin de minimizar los riesgos y disminuir las complicaciones.

El cuidado del catéter por parte del paciente es fundamental para mantener con éxito el tratamiento y evitar complicaciones. Las infecciones son una de las principales causas de morbilidad en pacientes pediátricos sometidos a diálisis peritoneal. Por lo que se debe dar suma importancia a la prevención antes de implantar el catéter y a los continuos cuidados durante todo el tratamiento.

La educación para la salud (EpS), es una herramienta fundamental para conseguir los cambios necesarios en la actitud de los pacientes y su familia. Siendo necesario para su correcto desarrollo la elaboración de programas específicos dirigidos a estos pacientes.

La realización de los programas de educación y capacitación del paciente y el cuidador principal deben ser de tipo teórico/práctico, donde se aborden todos los aspectos implicados en el manejo de la diálisis peritoneal domiciliaria. La formación que reciban será la base fundamental para el éxito del tratamiento a medio y largo plazo.

Con el paso de los años los centros pioneros en diálisis peritoneal, han ido evolucionando e introduciendo nuevos aspectos y han ido modificando los programas

de manejo y educación de estos pacientes. Sin embargo, no existe unanimidad en todos los centros de nuestro país.

5 Discusión-Conclusión

A nivel mundial se ha producido un aumento notorio de la incidencia de la enfermedad renal crónica y por consiguiente un incremento de la necesidad de implementar un tratamiento sustitutivo de la función renal. Aunque la mejor opción terapéutica como tratamiento sustitutivo en los pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica es el trasplante, solo un pequeño porcentaje lo recibe como primera opción, siendo la diálisis peritoneal la segunda opción en línea de preferencia.

En la actualidad la diálisis peritoneal constituye en todo el mundo un pilar fundamental en la atención integral del paciente renal y de reconocimiento especial en el paciente pediátrico debido a que no precisa acceso vascular, aporta una gran estabilidad al paciente y le confiere un grado alto de independencia. Por todo esto podemos decir que es una técnica con una gran comodidad y segura.

Las ventajas de la diálisis peritoneal domiciliaria, en la infancia, son claras y contundentes. Ofrece una menor estancia hospitalaria, una mejor preservación de la función renal residual, aporta una mejor calidad de vida al niño y la oportunidad de una mejor dinámica familiar y reinserción social del niño. Evita los problemas derivados de dificultad de acceso vascular, punciones repetidas, inestabilidad hemodinámica, síndrome de desequilibrio, restricción de líquidos y dietética y retraso en el crecimiento.

El éxito de la diálisis peritoneal domiciliaria depende de múltiples factores, entre los que cabe destacar una correcta educación y formación sanitaria a la familia y al paciente, fomentar el autocuidado y realizar la técnica en las mejores condiciones de asepsia e higiene.

El establecimiento de un adecuado programa de formación y educación sanitaria al paciente y su familia es imprescindible para garantizar el desarrollo correcto del tratamiento domiciliario. El programa debe de ser flexible y adaptado al nivel sociocultural de cada familia, aunque tiene que cumplir unos criterios de aprendizaje y seguimiento generales que han de fijarse como mínimos.

El cuidador principal del niño, responsable del manejo de la diálisis peritoneal

en su domicilio deberá ser capaz de: efectuar la técnica correctamente con unos niveles de higiene y asepsia correctos, realizar los cuidados del catéter peritoneal adecuadamente, detectar las posibles complicaciones y signos de alarma.

Por ello debemos hacer una correcta valoración de cada caso, que nos permita establecer un plan de cuidados individualizado, en el que incluya al paciente y su familia. Debe de ser dinámico, adaptable, aceptado por todo el equipo multidisciplinario y reevaluable.

La labor de enfermería en el cuidado de pacientes crónicos es fundamental para garantizar el mayor nivel de autocuidados que le permita al paciente alcanzar un grado mayor de independencia. Ha de hacerse un abordaje integral de todas las necesidades del paciente renal crónico en los diferentes ámbitos.

Es necesario crear una nueva conciencia a todas las familias que tengan un hijo con una enfermedad crónica, pues es una situación muy angustiante, que aparte de las connotaciones que conlleva de por sí la enfermedad, se le añade la cronicidad, el agotamiento, la dependencia, el estrés familiar y la incertidumbre entre otros. Por eso debemos hacer hincapié en la labor de enfermería como elemento clave del equipo multidisciplinario y destacar el papel fundamental en la educación sanitaria al paciente y su familia, sin menospreciar el soporte emocional que los niños pueden encontrar en ellas. Todo ello con la finalidad de que el paciente tenga una mejor tolerancia de la enfermedad y conseguir el mayor grado de integración familiar, escolar y social.

6 Bibliografía

1. Sánchez Moreno A, Muley Alonso R. Diálisis peritoneal crónica. Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
2. Alonso Melgar A, Muley Alonso R. Diálisis Peritoneal Pediátrica: Aspectos Básicos. En: Francisco Coronel, Jesús Montenegro, Rafael Selgas, Olga Celadilla y Mercedes Tejuca, editor. Manual Práctico de Diálisis Peritoneal. 1st ed. 2005: 235-56.
3. Tornay Muñoz E, Sánchez A. Diálisis peritoneal domiciliaria pediátrica. Programa docente. Nefrología Infantil. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Revista Sociedad Española Enfermería Nefrología 2003; 6 (4): 17/22.
4. Alonso Melgar A, Muley Alonso R. Diálisis en la infancia. Nefrología al día.

Edit. Sociedad Española de Nefrología 2009: 639-66.

5. Sánchez-Moreno A, Martín-Govantes J, Diálisis peritoneal pediátrica. En guías de práctica clínica (SEN) en diálisis peritoneal. Nefrología 2006; 26 (Supl 4): 150-66.

6. Sánchez Moreno A, Muley Alonso R. Diálisis peritoneal crónica. Protocolo diagnóstico términos pediátricos. 2014; 1:421-34.

7. NAC-SEN. Tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica. Diálisis Peritoneal (I):135-188, 1999.

Capítulo 176

CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS INHALADORES PARA EVITAR COMPLICACIONES EN EL EPOC

OLAYA ALVAREZ CAMINO

DANIEL MAYOR ALVAREZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las patologías que causa más reingresos en nuestros hospitales (1). Los pacientes aquejados de EPOC "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica" son muy propensos a ingresar reiteradamente debido a la reagudización de su enfermedad muy a menudo por culpa de la mala utilización de los medicamentos en formato aerosol, ya sea con uso de la cámara espaciadora o sin ella.

2 Objetivos

- Disminuir los ingresos reiterados debido a la mala utilización de los Inhaladores pautados.

3 Caso clínico

Hombre de 75 años que acude a urgencias por aumento progresivo de la disnea en días previos.

Refiere diagnostico de bronquitis crónica a tratamiento de broncodilatadores

- Motivo de Ingreso: Disnea.
 - Antecedentes: Actualmente jubilado, ex-trabajador de la empresa metalúrgica. Ex-fumador importante (Más de 100 Paquetes/ año). Posible alergia a levofloxacino.
 - Antecedentes familiares: Sin interés
 - Antecedentes personales: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Cataratas (Operado hace dos años)
 - Situación Basal: Independiente para las actividades básicas de la vida diaria, con mal control de su tratamiento habitual.
 - Medicación previa: Sin oxígeno domiciliario, Symbicort 160/4,5 1-0-1, Ventolín y Atrovent si precisa, Metformina 850 1-0-1, Ramipril 2,5 (1-0-0)
 - Historia actual: Paciente que acude a urgencias por el aumento progresivo de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con expectoración verdosa y aumento de la tos, no refiriendo dolor a ningún nivel ni otras molestias.
 - Exploración física: Afebril, TA 135/81, FC 84 lpm, SpO2 81% aire ambiente, consciente, orientado y colaborador, disnea en reposos, AP: Roncus dispersos por secreciones respiratorias; AC: Rítmica, Abdomen blando, depresible y no doloroso.
- Evolución y comentarios: Paciente con los antecedentes descritos, inicialmente a tratamiento antibiótico con amoxicilina/clavulanico 1g iv c/8h , nebulizaciones de bromuro de ipratropio 500 mcg inh c/8h y flumil forte 600mg vo c/24h y oxigenoterapia a 1,5 lpm. Se le incluye en un programa formativo en la utilización de los inhaladores el cual sigue de manera satisfactoria, no necesitando de mas medicación y siendo alta a domicilio habitual.

Diagnostico principal: Reagudización de EPOC e infección respiratoria.

Tratamiento en domicilio. Se le deja su tratamiento habitual anterior: Symbicort 160/4,5 1-0-1, Ventolín y Atrovent si precisa, Metformina 850 1-0-1, Ramipril 2,5 (1-0-0). Volviendo a reincidir en la necesidad de una buena utilización de los inhaladores y recomendando acudir al programa formativo que se realiza de forma periódica en el centro.

4 Resultados

El paciente ha seguido con éxito el programa formativo en utilización de inhaladores al cual se adhirió durante el ingreso hospitalario y ha seguido formando parte desde consultas externas de neumología en este centro hospitalario. Desde la superación del programa formativo no ha sufrido más reingresos motivados por el EPOC.

5 Discusión-Conclusión

La correcta utilización de los inhaladores es fundamental para evitar los reingresos hospitalarios en pacientes con EPOC, por lo que la realización de talleres formativos que expliquen de manera clara y cercana el buen uso de estos se muestra fundamental y efectivo para evitar los caros y reiterados ingresos hospitalarios por parte de estos pacientes.

6 Bibliografía

- (1) Jiménez Puente, A., Fernández Guerra, J., Hidalgo Rojas, L., Domingo González, S., Lara Blanquer, A. and García Alegría, J. (2020). Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de la EPOC. [online] Scielo.isciii.es.
- (2) Otero González, I., Blanco Aparicio, M., Montero Martínez, C., Valiño López, P., & Vereá Hernando, H. (2002). Características epidemiológicas de las exacerbaciones por EPOC y asma en un hospital general. *The epidemiology of COPD and asthma exacerbations in a general hospital.*
- (3) Carlos Enrique, T. (2014, 14 noviembre). Impacto en la educación del uso adecuado de inhaladores en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Capítulo 177

EFECTO DE LA ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE ERCA

TAMARA GARCIA ORDOÑEZ

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC), es una enfermedad prevalen que supone un impacto económico, social y personal elevado. Casi un 25% de la población mayor de 60 padecía ERC en 2006, según el estudio del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) en EEUU. Esto supone un incremento de más de un 5% en menos de 10 años. En este mismo país a finales del año 2009, alrededor de 871,000 personas estaban en tratamiento por ERC. En España, según el estudio EPIRCE (Estudio Epidemiológico de la Insuficiencia Renal en España) realizado en 2010, un 10% de la población padecía algún grado de ERC, lo que supone que hay casi 5 millones de personas afectas. Según este mismo estudio, un 6,8% de la población había alcanzado ya los estadios 3 a 5.

La ERC es la lesión renal o disminución de la función renal que permanece durante más de 3 meses. La función renal se estima por las formulas MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) a partir de la creatinina sérica, la edad y el sexo de los pacientes y se expresa como filtrado glomerular estimado (eFG) en ml/min. Según la National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (US NKF-KDOQI)³, atendiendo a este parámetro podemos dividir la enfermedad en 5 estadios:

- Estadio 1, daño renal con tasa de filtración glomerular normal (>90 ml/min).

- Estadio 2 daño renal eFG levemente disminuida (60-90 ml/min).
- Estadio 3 daño renal con eFG moderada (59-30 ml/min).
- Estadio 4 disminución severa de la eFG (29-15 ml/min).
- Estadio 5 cuando la eFG es inferior a 15 ml/min o el paciente necesita técnicas de diálisis.

2 Objetivos

- Estables las intervenciones de enfermería en la consulta ERCA en la la salud de los pacientes con enfermedad renal crónica.

3 Metodología

Revisión narrativa mediante una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cuiden, Scielo y el motor de búsqueda Google Académico. Se incluyeron artículos en inglés y español con una antigüedad máxima de 10 años. Se realizó una revisión narrativa de la literatura consultando las bases de datos de Pubmed, Cinahl, Cuiden, Scielo y el motor de búsqueda Google Académico. El periodo de consulta tuvo lugar durante los meses de febrero a octubre de 2019. La búsqueda se realizó mediante la utilización de las siguientes palabras claves: predialysis, nursing, advanced chronic kidney disease, chronic renal insufficiency, ERCA, enfermedad renal crónica avanzada, consulta de enfermería, enfermería.

Para la selección de artículos se emplearon los siguientes criterios: idioma inglés y español, texto completo que incluyeran información referente a la intervención enfermera en pacientes con ERCA antes de iniciar los TRS, población de estudio con edad mayor a 19 años y artículos publicados en los últimos diez años. Los criterios de exclusión fueron: artículos que hacían referencia a la enfermedad renal en estadios diferentes al 4 y 5, artículos que trataban sobre la enfermedad renal crónica (ERC) una vez empezados los TRS o sobre la consulta ERCA pero sin referirse a intervenciones de enfermería .

4 Resultados

En lo referente a la lectura e interpretación de los artículos obtenidos, se ha observado que existe una falta de uniformidad en la definición de las situaciones

en el seguimiento del paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Conceptualmente existen cuatro situaciones posibles para el inicio de un paciente en diálisis:

- Inicio no programado y sin ningún seguimiento ambulatorio previo (tras hospitalización).
- Seguimiento previo parcial realizado solo por nefrólogo sin estructura de consulta ERCA o prediálisis.
- Seguimiento previo especializado solo por nefrólogo en consulta ERC.
- Seguimiento previo especializado en ERCA multidisciplinar con enfermera, nefrólogo y en algunos casos nutricionista, psicólogo o trabajador social.

Tras esta revisión se ha puesto de manifiesto que las intervenciones enfermeras tanto en consulta propia como con un equipo multidisciplinar producen claros beneficios en la salud y bienestar del paciente y tienen repercusión en el estado de salud del enfermo al inicio del TRS. Los beneficios obtenidos con las intervenciones de enfermería (ya sean educativas o de otro tipo) son tales que, una vez iniciada la diálisis, consiguen una disminución de la mortalidad de hasta un 50%. Además desciende tanto el número de hospitalizaciones (antes y después de empezar el TRS) como la duración de las mismas, reduciendo por ello los costes sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. U.S Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Kidney Disease Statistics for the United States [Internet]. USA: 2012 [consultado 25 febrero 2016].
- 2. Otero A, de Francisco ALM, Goyoso P, García F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: Results of the EPIRCE study. *Nefrología*. 2010 [consultado 25 Febrero 2016]; 30(1):78-86. ☒

- 3. Manuel Gorostidi et al. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2014 [consultado 25 Febrero 2016]; 34(3):302-316. ☒
- 4. Sociedad Española de Nefrología, Organización Nacional de Transplantes. Informe de diálisis y transplante 2014 [Internet]. Valencia: 2015 [consultado 20 Febrero ☒2016].
- 5. Kramer A et al. Renal replacement therapy in Europe: a summary of the 2013 ERA- EDTA Registry Annual Report with a focus on diabetes mellitus. *CKJ*. 2016 [consultado 20 Febrero 2012]; 1-13. ☒
- 6. Martín Hernández R.. Conocer y controlar los costes del tratamiento de la insuficiencia renal crónica: Una necesidad inaplazable. *Nefrología (Madr.)*. 2011 [consultado 23 Febrero 2016]; 31(3):256-259. ☒
- 7. Parra Moncasi E, Arenas Jiménez MD, Alonso M, Martínez MF, Gámez Pardo A, Rebollo P et al. Estudio multicéntrico de costes en hemodiálisis. *Nefrología*. 2011 [consultado 25 Feb 2016]; 31(3):299-307. ☒

Capítulo 178

CARGA LABORAL Y BURN OUT ENTRE LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HEMODIALISIS

TAMARA GARCIA ORDOÑEZ

1 Introducción

En los últimos años, el mundo laboral ha experimentado cambios en el contexto socio cultural. Las exigencias y los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones han motivado la aparición de problemas de salud en las personas. Este trastorno, se conforma como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento o cansancio emocional que puede manifestarse física y psíquicamente; despersonalización como presencia de sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Maslach & Pines (1977), describen diversos síntomas que caracterizan al síndrome de Burnout (SB) entre los que se encuentran: trastornos sicosomáticos, emocionales y conductuales.

Las condiciones laborales y las características del tipo de trabajo desarrollado por las enfermeras en Unidades de Hemodiálisis (uHD) hacen que este sea un grupo de alto riesgo para presentar este síndrome. Esto es debido sin duda, a que trabajan con los aspectos emocionales más intensos del cuidado del paciente, la enfermedad, la muerte, la angustia e incertidumbre.

2 Objetivos

- Analizar la relación existente en la literatura científica entre síndrome de Burnout y los profesionales de las unidades de hemodiálisis.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos : Dialnet, google académico, PubMed y Enfispo. Se utilizaron como palabras claves: burnout, renal nurses, nursing personal and renal hemodialysis. Los límites fueron artículos del año 2018 en adelante. Se encontraron 104 artículos de estos se seleccionaron 43. Para la selección de las publicaciones los criterios de inclusión utilizados fueron: artículos a texto completo, sin restricción de idioma, cabe destacar que se incorporo bibliografía de autores clásicos en la materia.

4 Resultados

- Existe mucha información respecto del impacto que la sobrecarga causa en la atención de salud. La carga de trabajo que supera la recomendada y requerida por los pacientes en diálisis, es decir cinco pacientes por enfermera, se traduce en un encubrimiento real de las actividades por parte de equipo de enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado de los pacientes.

- Asimismo, otro estudio mostró que elevadas cargas de trabajo, escasa dotación de personal y restricciones de tiempo son factores que afectan el cuidado de los pacientes y el servicio otorgado, así como la capacidad de mantener las habilidades de éstos, lo que sumado a la escasa comunicación, causaba altos niveles de estrés en las unidades de diálisis. Además, un estudio encontró que las enfermeras de diálisis tienen menor estrés laboral y síndrome de burnout, y mayor satisfacción laboral, al compararlas con las enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y las de servicios medico-quirúrgicos. Esto se relaciona con otros factores como la edad, años de experiencia y no realizar turnos de noche, pese a que sus horas de trabajo eran las mismas que las enfermeras de UCI.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión confirma que existen predictores de satisfacción laboral, estrés relacionado con el trabajo y el Síndrome Burn Out. Entre los hallazgos relevantes se

encontró que en el profesional de enfermería, disminuye el estrés laboral y el retiro anticipado del rol asistencial cuando alcanza altos niveles de satisfacción al interior de su lugar de trabajo. Además, las relaciones interprofesionales colaborativas, el trabajo en equipo, el respeto al conocimiento y a la experiencia clínica por parte de los directivos, junto a la posibilidad de participar y tomar de decisiones informadas son factores percibidos por las enfermeras/os como protectores de insatisfacción laboral y SB.

6 Bibliografía

- 1. Muñoz JC. Síndrome de burnout en unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007; 18(1): 1-2. 46. ☒
- 2. Maslach, C. Burned-out. *Human Behavior*. 1976; 5, 16-22.
- 3. Ayala, P. Maslach, C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital & Community Psychiatry*, Vol 29(4), Apr 1978, 233-237.
- 4. Maslach, C. Schaufeli, W. & Marek, T. Professional Burnout: Recent Development in Theory and Research. 1993 Taylor & Francis.
- 5. Gil-Monte, P. y Peiró, J. Desgaste psíquico en el trabajo. Edit. Síntesis. Psicología. España. 1997.
- 6. Barrios S. Enfermeras y Pacientes: Cara a Cara Crónica. *Revista Asodi*. 2010;21(88):5-7
- 7. Albadejo, R. Villanueva, R. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 78 (2004), 505-516
- 8. Decreto N° 2357 y sus modificaciones. Reglamento sobre Centros de Diálisis. *Diario Oficial* 31.12.94
- 9. Álvarez, E. y Fernández, L. El Síndrome de «Burnout» o el desgaste profesional. I: Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 1991, vol. 11, 39. España.
- 10. Benevides-Pereira AMT, organizador. Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. [org.] São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. Cap. 2.

Capítulo 179

ENFERMERIA Y NUTRICION EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

TAMARA GARCIA ORDOÑEZ

1 Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es un proceso dinámico, en el cual tanto los objetivos nutricionales como las recomendaciones van modificándose en relación al cumplimiento de esto. Antes de que el paciente llegue al estadio IV de la enfermedad renal, pasa por estadios que si bien no se puede detener la enfermedad, sí que se puede enlentecer. Una de las medidas importantes es la alimentación de estos pacientes, extremando la precaución en los alimentos proteicos y en los ricos en potasio.

2 Objetivos

- Conocer la actualización en los objetivos y el manejo dietético del paciente con ERC, en etapa de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) y tratamiento renal sustitutivo (TRS): hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP).

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- A continuación se enumeran los principales objetivos dietéticos en esta etapa de la ERCA

Retardar la progresión de la ERC. ☒

Mantener un adecuado estado nutricional. ☒

Disminuir y corregir la acumulación de productos nitrogenados, y evitar las alteraciones metabólicas producidas por la uremia. Con esta finalidad, las recomendaciones nutricionales se centran en la ingesta energética, proteica y lipídica, así como de potasio, fósforo y sodio. ☒

- En relación a las TRS los objetivos difieren, si la técnica es HD o DP, aunque los objetivos comunes son:

Mantener un adecuado estado nutricional.

Evitar las posibles alteraciones metabólicas secundarias a la urea y a la diálisis per sé.

Mejorar el perfil lipídico de la dieta (DP).

Las recomendaciones nutricionales varían, entre otros factores, según el estadio de la enfermedad y de la técnica de diálisis. Al entrar en diálisis se produce un aumento de las necesidades de ingesta proteica manteniéndose constantes las recomendaciones energéticas y de minerales. Se recomienda realizar restricción en potasio y fósforo, si sus valores analíticos se encuentran alterados.

El cuidado de la alimentación mediante el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales juega un papel importante a lo largo del proceso de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), debido principalmente a la modificación de los requerimientos en macronutrientes y micro- nutrientes según evoluciona la enfermedad, en función del estadio de la enfermedad en que se encuentre el paciente.

Se encontró abundante documentación científica que muestre la importancia de la nutrición y la alimentación en este tipo de pacientes. Muchos de los artículos hablaban de la importancia de la nutrición en pacientes en hemodiálisis y se encontraron un menor número de artículos que hicieran referencia a la nutrición en paciente en situación de predialisis. Muchos de los artículos fueron escritos

por personal médico, y quizás aquellos publicados por enfermería fueron más escasos.

- En los últimos años se han modificado las recomendaciones dietéticas en la ERC..En etapa de ERCA los comités de expertos recomiendan actualmente dietas normo proteicas, y en relación a la ingesta de fósforo comenzar su restricción en etapas 1-2 de la ERC, así como disminuir la ingesta de potasio solamente si los valores bioquímicos se encuentran alterados, a pesar de estas recomendaciones, existe poca literatura reciente que avale la seguridad y eficacia de estas modificaciones mediante evidencia científica, aunque diversos estudios basados en la práctica clínica sí los verifican.

En relación a las técnicas de diálisis, las recomendaciones en la ingesta proteica se mantienen estables, y el debate existente se encuentra en la ingesta energética, en la que algunos estudios sugieren disminuir las recomendaciones energéticas en datos apoyados en métodos de calorimetría pero consideramos que se necesitan más datos que lo avalen.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento por parte de enfermería de las actualizaciones dietéticas, y la individualización del tratamiento nutricional en el paciente con ERC es imprescindible y necesario para realizar intervenciones seguras y eficaces en este colectivo de paciente . Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del personal de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- (1) Ruperto López M, Barril Cuadrado G, Sellares L. Guía de nutrición en enfermedad renal crónica avanzada (ERCA). Nefrología. 2008; 28 (3):79-86
- (2) Ikizler TA, Cano N, Franch H, Fouque D, Himmelfarb J, et al. Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by International Society of Renal Nutrition Metabolism. Kidney Int. 2013; 84: 1096-1107.

- (3) National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002; 39(1): 46-75.
- (4) Campbell KL, Ash S, Davies PS, Bauer JD. Randomized Controlled Trial of Nutritional Counselling on Body Composition and dietary intake in severe CKD. *Am J Kidney Dis.* 2008; 51(5): 748-758.
- (5) Pérez-Torres A, González Garcia ME, San José-Valiente B, Bajo Rubio MA, Celadilla Díez O, López-Sobaler AM, Selgas R. Improvement in Nutritional Status in Patients With Chronic Kidney Disease-4 by a Nutrition Education Program With No Impact on Renal Function and Determined by Male Sex. *J Ren Nutr.* 2017; 27(5): 303-310.
- (6) Panesar A, Agarwal R. Resting energy expenditure in chronic kidney disease: relationship with glomerular filtration rate. *Clin Nephrol.* 2003; 59(5): 360-6.

16

Capítulo 180

LA MUERTE SÚBITA EN EL ADULTO

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

NOELIA IGLESIAS BODELON

1 Introducción

La muerte súbita cardiaca es una de las causas de muerte principales en los países occidentales. El conocimiento de sus posibles causas y mecanismos va dirigido a conseguir una mejor división del riesgo, sin embargo, el elevado número de casos de pacientes que presentan muerte súbita como primer síntoma de su enfermedad, suponen una limitación muy importante para su prevención (2).

En la revista cardiología, el artículo de muerte súbita de Antonio Bayes y Roberto Elosua se habla del enorme desafío que en el presente siglo constituye la muerte súbita cardiaca está justificada no solo por su elevada incidencia, si no también por el dramatismo de su presentación pues acontece de manera muy inspirada (6). En este trabajo repasamos las diferentes patologías asociadas a la muerte súbita cardiaca, describiendo las principales cardiopatías que acontecieron y fueron registradas al manifestarse el evento en las víctimas de muerte súbita cardiaca así como las diferentes causas no cardíacas que desembocan al igual que las cardíacas en muerte súbita, así como las diferentes factores predisponentes y estrategias preventivas.

Definimos muerte súbita como la aparición inesperada y repentina de un paro cardíaco en una persona que aparentemente se encuentra en buen estado de salud, ocurre instantáneamente o dentro de la primera hora de la aparición de los síntomas. La muerte súbita afecta alrededor de 30.000 personas al año en España, unas 10 veces más que las personas fallecidas en accidente de tráfico. Sin embargo y por desgracia únicamente despierta interés mediático si afecta a un deportista joven, aparentemente sano. En el artículo de muerte súbita extrahospitalaria de Pablo Lomo Osoria encontramos que en la mayoría de los casos la muerte súbita sobreviene posteriormente de evento cardiovascular, siendo la cardiopatía coronaria, ya sea con o sin antecedentes conocidos, responsable del 70 a 80 % de ellos (5).

En el artículo de mecanismos de la arritmia cardíaca, se comprueba que hoy en día se puede considerar la muerte súbita en el adulto como el desafío más importante de la cardiología moderna. Sus causas pueden ser varias, aunque difíciles de comprobar, en general, la mayor parte de las muertes súbitas ocurren fuera del ámbito hospitalario. La muerte súbita es la complicación más temida de toda cardiopatía (1). No resulta raro que alguien con antecedente de enfermedad cardíaca anterior fallezca, ya que obviamente se atribuye a su enfermedad, sin embargo, son numerosos los casos en que tales antecedentes no existen. La muerte súbita cardíaca en ausencia de cardiopatía estructural suele responder a un trastorno arritmogénico de tipo genético. La organización mundial de la salud trata de clasificar estos casos catalogándolos como “Síndrome de muerte súbita en el adulto”. Se consideran tres aspectos diagnósticos en el síndrome de muerte súbita: Que se trate de una muerte natural. Su carácter inesperado. El tiempo que debe transcurrir para considerarlo como súbito (la muerte ocurre instantáneamente o dentro de la primera hora desde la aparición de los síntomas).

En los países desarrollados aproximadamente un 50% de las muertes cardíacas son súbitas. La muerte súbita atribuible a causas cardíacas es una importante situación sanitaria a nivel mundial, y un gran desafío para la cardiología moderna. Según un informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mortalidad por muerte súbita cardíaca en la primera hora en un intervalo de edad entre 20 y 64 varía según los países, también cuenta que la muerte coronaria es rara entre los 25 y los 44 años y que aumenta a partir de esa edad (4). En el año 2012 se registraron 17,5 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares, lo que representa un 30% de las defunciones registradas en el mundo, actualmente se ha podido demostrar que existe un conjunto de enfermedades hereditarias que presentan alteraciones estructurales o sin aparente causa orgánica que

explican muchos de los casos de muerte súbita en la juventud, relacionado o no con el esfuerzo. Se cree que un porcentaje muy elevado de las muertes súbitas en el adulto son causadas por arritmias letales que se presentan de manera repentina, brusca y muy inesperada. Llamamos arritmia a cualquier trastorno en los latidos y el ritmo del corazón, es decir, el corazón late demasiado rápido, demasiado lento, o presenta un patrón irregular(9). Cuando el corazón late más rápido de lo normal se denomina taquicardia, por el contrario, cuando el corazón late mas lento de lo normal se denomina bradicardia.

Se define taquicardia como una arritmia cardiaca que se manifiesta por la aceleración del ritmo cardiaco superior a 100 latido/minuto. Una frecuencia cardiaca “normal” es estimada entre 60 y 90 latidos por minuto. Por otra parte, se entiende bradicardia como una alteración del ritmo del corazón que implica una disminución de los latidos. Hablamos de bradicardia cuando la cifra de latidos esta por debajo de 60 latidos por minuto. Generalmente, la bradicardia, es indicio de enfermedades del corazón pero también puede ser meningitis u otras lesiones del encéfalo (3). La forma mas común y que mas se sucede de tipo de arritmia es la fibrilación auricular, se trata de la arritmia sostenida mas frecuente y también la arritmia que mas se diagnostica clínicamente, tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados. Su importancia como factor determinante de mortalidad, duplicando la misma y su relevancia como factor causal de ictus, quintuplicando su riesgo, son datos incontrovertibles y concordantes en distintos artículos. Este tipo de anomalía en el latido cardiaco causa un ritmo irregular y rápido del corazón. Existen múltiples factores que pueden afectar al ritmo cardiaco, como haber sufrido un ataque al corazón, ser fumador, defectos cardiacos congénitos, estrés y también, algunas sustancias o medicinas(8). En cuanto a síntomas se refiere incluye: Latidos cardiacos rápidos o lentos. Mareos o vértigo. Dolor en el pecho. Falta de aire. Latidos perdidos. Sudoración. En cuanto a factores predisponentes se refiere, podemos agruparlos por un lado en factores mayores y por otro en factores menores. Los factores mayores son muy similares a los que consideramos factores de riesgo de patologías coronarias, ellos son: Edad. Tabaco. Estrés. Aislamiento. Sexo masculino. Colesterol total elevado. Los factores menores son: Presión arterial sistólica elevada. Frecuencia cardiaca basal elevada. Presencia de anomalías en ECG. Capacidad vital del individuo. Índice de masa corporal. Consumo de cocaína. La supervivencia a la muerte súbita cardiaca extrahospitalaria constituye un grupo de pacientes que cada vez es más numeroso en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos. Hasta un 30% de los pacientes ingresados tras un paro cardiaco extrahospitalario son dados de alta sin secuelas, sin embargo, la edad avanza o el retraso al iniciar la maniobra de reanimación afectan

desfavorablemente al pronóstico(3). En cuanto a muerte súbita no cardíaca se refiere las alteraciones que se presentan más frecuentemente son: Embolismo masivo pulmonar. Broncoaspiración. Rotura de aneurisma arterial. Enfermedad cerebrovascular. El objetivo de este estudio ha sido analizar y determinar que la muerte súbita es una situación de mayor urgencia a la que todo urgenciólogo se enfrenta con relativa frecuencia tanto si este desarrolla su actividad en el ámbito extrahospitalario como si lo hace en el hospital, así, se calcula que en, en la actualidad, en España, solo por infarto de miocardio se producen más de 25.000 muertes anuales antes de que el paciente pueda llegar al hospital y ser tratados (7). La mayoría de estas muertes se producen en la vía pública en presencia de otras personas. Ello indica que, teóricamente se podrían recuperar muchos de estos pacientes si se iniciasen maniobras de reanimación cardiopulmonar básicas que, por otra parte, son relativamente fáciles de proporcionar con un mínimo entrenamiento.

2 Objetivos

- Analizar los principales motivos de muerte súbita en el adulto.
- Determinar los factores de riesgo y las causas de la muerte súbita en el adulto.
- Analizar las intervenciones llevadas a cabo en la población en general que tengan como objetivo disminuir la incidencia de muerte súbita en el adulto.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de documentos de diversas sociedades científicas dedicadas a al estudio e investigación del “Síndrome de Muerte Súbita en el Adulto”. Mediante la página de la universidad de León se ha realizado la búsqueda en distintas bases de datos. Se analizaron diferentes bases de datos recopilando de cada una los artículos que se consideraban más adecuados en el tema a tratar.

Las bases utilizadas fueron: Scielo, Medline, Science Direct, Web of Science o Web of Knowledge. También mencionar el uso de dos libros especializados en cardiología. Se ha utilizado Google Scholar para ver documentos por diferentes sociedades y asociaciones tanto internacionalmente como en el contexto español. Las páginas web empleadas para la realización de este trabajo han sido: INE (instituto nacional de estadísticas), OMS (organización mundial de la salud) y el ICN (international council of nurses).

A la hora de utilizar los buscadores es importante usar descriptores para afinar la búsqueda. En este en concreto se han seleccionado: Muerte súbita. Paro cardiaco súbito. Cardiopatía. Muerte súbita cardiaca. Muerte súbita no cardiaca.

Criterios de exclusión: año de la publicación: los artículos buscados abarcan desde el año 2007 hasta la actualidad a excepción de un artículo del año 2002 incluido debido a su interés en relación a los contenidos.

Temática: la búsqueda de esta revisión se ciñe a las palabras clave utilizadas anteriormente. Idioma: los idiomas utilizados para esta revisión han sido español e inglés. Diseño: el diseño de los artículos manejados han sido revisiones sistemáticas y ensayos clínicos, todos ellos en seres humanos.

Se excluyeron artículos específicos de otros países que no fuesen España o protocolos universales. La epidemiología expuesta que no estuviese relacionada con el territorio español no ha sido utilizada.

4 Resultados

Según los estudios revisados existe una gran controversia surgida con la definición de muerte súbita cardiaca, por un lado la gran cantidad de pacientes que mueren de forma súbita a cada momento, porque además, como dice la propia definición, es inesperada y frecuentemente se produce en pacientes jóvenes o que previamente se encontraban en buen estado de salud, algo que indudablemente aumenta su dramatismo.

En relación a las causas de la muerte destacan la gran diversidad de las mismas, es decir, nos encontramos ante gran variedad de patología so enfermedades que desembocan en muerte súbita. Haciendo una división en subgrupos se podría decir que la principal causa de muerte súbita es de origen cardiaco, seguida por la muerte súbita de origen no cardiaco como son las neurológicas y las respiratorias.

En el caso de muerte súbita cardiaca, las arritmias son las principales causantes de ello, entendiendo por arritmia un trastorno del ritmo cardiaco, ya sea por aceleración o descontrol, dentro de las arritmias existe una que predomina y suele ser mas frecuente, se trata de la fibrilación auricular, arritmia que se caracteriza por una sucesión de latidos auriculares descoordinados, produciendo un ritmo cardiaco rápido e irregular. En pacientes con cardiopatías es la forma mas frecuente de fallecimiento, además de ser el primer síntoma en un elevado porcentaje. Esta estrecha relación entre la muerte súbita del adulto y las cardiopatías hacen que

los factores de riesgo se asocien entre ellos. Por ello se debe realizar una lucha constante contra las enfermedades mas frecuentemente asociadas a ellas (8).

A la hora de identificar y dividir poblaciones de riesgo para establecer estrategias de prevención hay que tener en cuenta determinados aspectos fundamentales de la muerte súbita cardiaca: La relación entre el número absoluto de eventos y la incidencia de muerte súbita cardiaca en poblaciones de riesgo definidas. Que se trata de un riesgo dependiente del tiempo y la eficacia de las posibles intervenciones preventivas y terapéuticas. En cuanto a factores predisponentes, los mas habituales son: edad, tabaco, estrés, aislamiento, sexo masculino, colesterol total elevado, presión arterial sistólica elevada, frecuencia cardiaca basal elevada, presencia de anomalías en ECG, índice de masa corporal, consumo de determinados fármacos o drogas como puede ser la cocaína.

Algunos de estos factores predisponentes son los mismo que aplicaríamos para patologías cardiológicas, de ahí la relación tan estrecha entre en síndrome de muerte súbita cardiaca y las cardiopatías. Los casos de muerte súbita no cardiaca son menos frecuentes aunque se presentan de forma tan brusca e inesperada como en los casos en los que una patología cardiaca es la culpable. Se puede destacar dentro de esta variante las patologías como, embolismo pulmonar masivo, broncoaspiración, rotura de aneurisma arterial, enfermedad cerebrovascular o SUDEP (muerte súbita inexplicada del paciente epiléptico), podemos decir que esta última ha despertado mucho en los últimos 20 años.

Como inferencia a estos datos podemos decir que el riesgo cardiovascular en la población española es elevado, sin embargo, en España, en comparación con otros países, donde las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte, el control de los factores de riesgo es relativamente bajo. Por otro lado, se identifican dos grupos dentro de las estrategias de prevención, las centradas únicamente en grupos de alto riesgo o las dirigidas a la población en general, esta ultima hace referencia a las intervenciones llevadas a cabo en la población en general que tengan como objetivo disminuir la incidencia de muerte súbita cardiaca.

Según los artículos revisados, las intervenciones de las estrategias preventivas en la población en general necesitarían aplicarse a miles de sujetos para evitar una sola muerte súbita cardiaca. Es decir, los costes y los riesgos relacionados con los potenciales beneficios de las intervenciones son los que limitan la efectividad y la eficiencia de estos programas preventivos relacionados con la investigación y prevención de muerte la muerte súbita. Es necesario, por tanto, dirigir los es-

fuerzos preventivos hacia sujetos de alto riesgo. Se considera primordial conocer aspectos básicos, tales como antecedentes familiares o personales, así como un simple patrón de ECG que nos puede alertar de que nos encontramos ante un posible candidato de muerte súbita.

5 Discusión-Conclusión

Segun los estudios revisados y los resultados hallados:

- La mortalidad por patologías cardiacas en adultos es frecuente y la mayoría son muertes súbitas.
- Los casos de muerte súbita no cardiaca presentan un porcentaje mucho más bajo con respecto a las muertes súbitas cardiacas.
- Es importante reducir las cardiopatías a fin de disminuir el riesgo de arritmias, ya que estas son consideradas las principales causantes de la muerte súbita cardiaca.
- Es esencial saber que el pronóstico de los pacientes que sufren una muerte súbita depende primordialmente del tiempo que transcurre entre el momento que el corazón se detiene hasta que se aplica una desfibrilación o una reanimación cardiopulmonar.
- Algunos casos podrían ser potencialmente previsibles, en este caso, los principales factores de los que depende su incidencia son el control de los factores de riesgo y las estrategias preventivas y diagnósticas.
- Se considera primordial enfatizar en las medidas preventivas y en la preparación de la población general y personal no sanitario en cuanto a conocimientos de las maniobras básicas de RCPB se refiere ya que la muerte súbita constituye un verdadero problema de salud pública.
- La controversia y la falta de unanimidad existente en cuanto a la definición exacta de muerte súbita hace aún más complicada la lucha contra el lastre que supone esta para la cardiología moderna.
- También se considera sumamente importante una definición unánime, concreta, concisa y lo más ampliamente aceptada posible de la muerte súbita cardiaca ya que este hecho aumentaría de manera significativa las posibilidades de evaluar nuevos seguimientos poblacionales y establecer estrategias preventivas.

6 Bibliografía

1. Gaztañaga, L., Marchlinski, F., y Betensky, B. (2012). Mecanismos de las arritmias cardiacas. *Revista Española de Cardiología*, 65(2), 174-185.

2. González-Jiménez, E., Aguilar, M., García, C., García, P., Álvarez, J., y Padilla, C. (2010).
3. Leptina: un péptido con potencial terapéutico en sujetos obesos. *Endocrinología y Nutrición*, 57(7), 322-327. Loma-Osorio, P. (2014). Parada cardíaca extrahospitalaria.
4. La necesidad de una información integral. Respuesta. *Revista Española de Cardiología*, 67(1), 70. Perales-Rodríguez de Viguri, N., Pérez, J., y Álvarez-Fernández, J. (2006).
5. La desfibrilación temprana en la comunidad: romper barreras para salvar vidas. *Medicina Intensiva*, 30(5), 223-231. Arana-Rueda, E., Romero-Rodríguez, N.,
6. Pascual, I., Gutiérrez-Carretero, E., Jiménez-Navarro, M., y MuñozGarcía, A. (2016). Enfoque actual de las arritmias ventriculares. Hacia un tratamiento etiológico. *Cardiocre*, 51(3), 89-90. Bayes, D. (2019).
7. Muerte súbita. *Revista Española de Cardiología*, 65, 1039-1052. Recuperado de: <https://www.revespcardiol.org/es-vol-65-num-11-sumario-X0300893212X42765> Benito, B., Brugada, J., Brugada, R., y Brugada, P. (2009).
8. Síndrome de Brugada. *Revista Española de Cardiología*, 62(11), 1297-1315.
9. García-Bueno, L., Couto-Mallón, D., Rodríguez-Fernández, J., García-Campos, A., Abugattás-Torres, J., y Castro-Beiras, A. (2012).
10. Una extraña etiología para el QT largo. *Revista Española de Cardiología*, 65(5), 486-488.

Capítulo 181

LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

NOELIA IGLESIAS BODELON

1 Introducción

En esta revisión llevaremos a cabo el estudio las de recomendaciones y beneficios tanto de la lactancia materna como de la lactancia artificial, para así poder comprobar cual se considera más beneficiosa para los bebes. El escoger este tema fue debido a que en la actualidad se ponen más trabas para que las mujeres trabajadoras puedan seguir con la lactancia, sin tener en cuenta si es beneficiosa para los bebes (3,6).

Definiciones: lactancia materna:, reconocemos lactancia materna como la forma mas idónea de aportar a los niños recién nacidos los nutrientes necesarios para un crecimiento y desarrollo saludables. Casi todas las mujeres pueden dar el pecho, siempre que dispongan de una buena formación sobre el tema y del apoyo de la familia y también del sistema de atención de salud. Lactancia artificial: es la formular que esta adaptada y que se diseña para alimentar al recién nacido con biberón, sustituye total o parcialmente a la lactancia materna, se fabrican a partir de la leche de vaca y están concebidas para el lactante sano o para pretérminos grandes cuyo peso al nacer sea igual o superior a 2500 g (4).

Importancia de la lactancia materna, la leche materna es el alimento que aporta al recién nacido prácticamente todos los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades. Contiene todas y cada una de las sustancias necesarias e indispensables, en proporciones y equilibrio adecuados, como pueden ser aminoácidos que interviene en el adecuado desarrollo del cerebro y también interviene en la protección frente a enfermedades (8).

La OMS recomendando el calostro, que es la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo, como el alimento mas adecuado para el recién nacido a termino, y su administración debe comenzar, si es posible en la primera hora de vida. Las recomendaciones son exclusivamente que la lactancia materna se produzca durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido(5).

Completándose a partir de los 6 meses con otros alimentos hasta que cumpla los dos años. Ventajas de la lactancia materna: dentro de las ventajas que encontramos para el recién nacido están, nutricionales y fisiológicas. El calostro favorece el establecimiento de la flora intestinal, protegiendo al niño de la proliferación de gérmenes patógenos y por tanto del desarrollo de enfermedades. La cantidad y sobre todo la calidad de las proteínas y de algunos aminoácidos como la cisteína y la turina de la leche humana cubren todas las necesidades del lactante ya que contiene enzimas como la lipasa, que facilitan la ingestión de las grasas (1).

Las concentraciones de sodio y potasio de la leche materna se encuentra en cantidades mucho menores, no sobrecargando el trabajo renal del bebe ayudándolo en la eliminación de toxinas. Al encontrarnos una concentración adecuada y al ajustarse a la cantidad de leche tomada por el bebé, no hay riesgo de sobrealimentación (3).

Inmunólogas: Factores humorales (inmunoglobulinas, lactoferina), celulares (linfocitos, macrófagos) y también biológicos, los cuales ofrecen la mayor protección antiinfecciosa y antialérgica. Por este motivo, es muy recomendable la lactancia materna prolongada para los niños que tengan antecedentes alérgicos en la familia. Por la especial y adecuada composición de esta leche lo que les mantiene protegidos de infecciones principalmente las digestivas y las respiratorias. Psicológicas: Permite aumentar a afectividad y disminuye la inseguridad que se produce en el bebé a la salida del vientre materno a un medio que en un principio es hostil Aporta al bebé experiencias sensitivas : gustativas, olfativas, táctiles, etc. Colaborando con el descubrimiento de sensaciones agradables que se afianzarán en su nuevo mundo (4).

El contacto “piel con piel” estimula su desarrollo emocional afectivo. Las ventajas para la madre son: menor riesgo de anemia en el postparto porque favorece que el útero vuelva a su estado anterior. Las secreciones que se producen de prolactina producen generalmente un efecto inhibitorio de la ovulación. De todas formas, no debe creerse de ninguna manera que es un método anticonceptivo, como a veces se ha afirmado. Ayuda en una recuperación más rápida del peso anterior al embarazo. Comodidad: la leche se encuentra siempre disponible, a la temperatura adecuada. No requiere manipulaciones, ni ningún tipo de esterilización. Es una experiencia satisfactoria que hace elevarse el nivel de autoestima y seguridad así como prevenir y reducir la depresión postparto. Otros beneficios: en la actualidad la leche materna es un alimento más ecológico de los que podemos encontrar, no necesita fabricación, envase ni transportarse con lo que se ahorra tiempo, mucha energía y a la vez se evita contaminación del medio ambiente además del ahorro monetario. Los objetivos en este estudio son conocer los beneficios de la lactancia materna comparándolos a la leche artificial. (2,6)

Mediante datos científicos y epidemiológicos mostraremos el evidente beneficio de la lactancia materna tanto a corto como a un plazo más largo. A niveles mundiales, más o menos el 40% de los lactantes por debajo de los seis meses reciben leche materna como alimento exclusivo. Una adecuada instrucción, formación y apoyo en materia de lactancia materna es primordial para que las madres y las familias inicien y mantengan buenas prácticas de amamantamiento.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios de la lactancia materna.

3 Metodología

Para lograr el objetivo propuesto se realizó una revisión bibliográfica. Para ello se buscaron artículos científicos con diversos criterios de inclusión y de exclusión. Se incluyeron y revisaron los artículos que trataban sobre la lactancia materna con sus ventajas e inconvenientes frente a la lactancia artificial.

Para la búsqueda en las bases de datos se utilizaron algunos límites, los cuales fueron: Ser de habla inglesa o española. Estudios basados en humanos. Artículos publicados posteriormente a 2009. Donde las palabras aparezcan: En el título del trabajo. Con las palabras clave: lactancia, lactancia materna, lactancia artifi-

cial, amamantar, lactante, leche humana, neonato, calostro. Se buscó en las siguientes bases de datos: Medline. Búsqueda: ventajas de la lactancia materna y se obtuvieron 50 resultados de los que 10 eran válidos para nuestro trabajo Web of Science. Búsqueda: “breastfeeding” se obtuvieron 53 resultados de los cuales 6 eran válidos para nuestro trabajo Scielo. Búsqueda beneficios de la lactancia materna se obtuvieron 59 resultados de los cuales 28 eran válidos para nuestro trabajo pero solo fueron utilizados 4 Google Académico. Se utilizó beneficios de la lactancia materna del cuál obtuvimos más de 15000 resultados y con breastfeeding aparecieron más de 20000 artículos por lo cual descartamos usar el Google Académico como fuente para nuestro trabajo.

4 Resultados

Según la revista de Pediatría Atención Primaria de Madrid la relación que se da entre la lactancia materna y la protección frente a todo tipo de infecciones respiratorias en los primeros meses de vida obtuvieron como resultado de que entre 1875 llamadas y 106 visitas . Al mes más o menos el 56,1% se alimentaba con lactancia materna exclusiva; pasados tres meses de vida se alimentaba el 39,4% y a los cinco meses de vida el 31,9%. La lactancia materna exclusiva se pudo ser mantenida 65,1 días y ninguno de los factores se pudo asociar a una mayor duración. Hubo mas o menos 89 episodios de IR aguda. Los hermanos que se encontraban en edad escolar multiplicaban por 1,74 el riesgo de Insuficiencia respiratoria en toda la época de duración de la lactancia materna exclusiva. Por lo que podemos decir que aunque la mayoría de recién nacidos inician la lactancia materna exclusiva, sabemos que solo una tercera parte la mantiene a los cinco meses, corroboramos que se debe fomentar el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva más allá del tercer mes, especialmente en aquellos con hermanos en edad escolar (6).

En Granada se realizó un estudio sobre la satisfacción de un grupo concreto de mujeres sobre la atención en el momento del parto, el acompañamiento y la duración de la lactancia materna. En cuanto al nivel que se obtuvo de satisfacción en el momento de dar a luz es alto en la población estudiada. Se pudo demostrar que la lactancia materna exclusiva y el parto vaginal sin epidural crean una mayor satisfacción en la madre, esta satisfacción sobre el parto está directamente relacionada con la duración de la lactancia materna en cada caso individual. En los 70 casos que se han estudiaron reciben lactancia 32 casos, siendo la alimentación del bebé en las primeras 24 horas de un 100% y a los 14 días 21 seguían con la lactancia materna, 9 pasa a la lactancia mixta y 2 a la lactancia artificial. En el

tipo de lactancia mixta que se aprecia que de los 27 casos que empezaron con este tipo de alimentación 11 pasan la lactancia materna, 13 se mantienen con la lactancia mixta y 3 lo hacen con la lactancia artificial únicamente (4).

Este estudio pone de manifiesto que las madres que empiezan con lactancia materna las primeras 24 horas, pasados 14 días tiene mayor probabilidad de que continúen con el mismo tipo de alimentación para el recién nacido, mientras las que realizan una lactancia mixta a los 14 días tiene menos posibilidades de continuar con la lactancia materna para los bebés. Pasados los tres meses de las 32 mamás con lactancia materna a los 14 días, 21 continúan con la lactancia materna, por lo tanto de los 60 casos a los tres meses, 22 continúan con lactancia materna, 16 con lactancia mixta y 22 con lactancia artificial, estos resultados plantean que la frecuencia de lactancia materna disminuye en la medida de los meses se incrementan, mientras que la lactancia artificial va aumentando después de los tres meses. La mayoría de los casos dejaron la lactancia materna por la hipogalactia y la falta de tiempo debido al trabajo de la madre.

En pediatría en atención primaria de Madrid se realizó un estudio del impacto clínico que tiene la utilización de probióticos en los cólicos en este estudio se realizaron se incluyeron a 220 lactantes sanos, de los cuales se pudieron analizar 209 de los cuales la mayoría de ellos eran alimentados con lactancia materna exclusiva. Se les administro la misma especie de probióticos, *Lactovacillusreuteri*, siendo comparados con placebo y simeticona, considerándose el efecto potencia de esta última. El éxito terapéutica, se observo una respuesta muy significativa y progresiva en el tiempo a partir del séptimo día de tratamiento, con un efecto máximo y mantenido a los 21 días de un 95% en los bebés con lactancia materna (2).

También se encontró que los probióticos reducen el tiempo de llanto a los siete días y además de que no interfieren en la lactancia materna. 16 Las enfermeras de del hospital de Torrecárdenas en Almería se realizaron estudios sobre la prevención de problemas en las mamás relacionados con la lactancia materna, tras iniciar la lactancia materna en el ámbito hospitalario la continuidad y el éxito de la misma dependerá de todas las dificultades que surgen en los primeros días como puede el dolor, depresión post-parto, la congestión mamaria o dudas respecto a la técnica de lactancia materna. La intervención, la formación y un buen seguimiento de los profesiones de la salud en los primero días de inicio de la lactancia materna se ha considerado como un factor muy positivo en el éxito de la lactancia así como también en la disminución de las tasas del abandono

precoz de la lactancia materna. Los estudios que se han realizado recientemente afirman que el factor que más influyentes para el mantenimiento de la lactancia es la educación materna iniciada desde el periodo prenatal. Las principales alteraciones mamarias pueden ser grietas en el pezón, la congestión mamaria o la mastitis. Las grietas en el pezón suelen aparecer en los primeros días de inicio de la lactancia materna, cuando la posición del pezón no es el debido, esta situación constituye uno de los principales motivos del abandono de la lactancia materna. La congestión de las mamas se puede definir como la inflamación y distensión de las mamas. Suele aparecer en el transcurso de la lactancia materna. La mastitis es considerada la inflamación de la mama, que puede estar acompañada o no por una infección, en la mayor parte de los casos la mastitis se produce por una mala posición del lactante al amamantar(9).

En los tres casos se observó que el buen posicionamiento del lactante así como el apoyo a la madre y la explicación de las técnicas para prevenir estos problemas o para continuar con la lactancia materna y no se produjera un abandono de esta si apareciera alguna de estas alteraciones, en las grietas se recomienda observar y examinar que la succión del lactante sea la correcta ya observar la mama después de la lactancia. En la congestión mamaria la buena posición de la madre, como el adecuado agarre del bebé y la alimentación frecuente se ha relacionada con una incidencia mucho menor de congestión mamaria, en la mastitis es recomendable que se vacíe con frecuencia la mama si puede ser, reposo y líquidos abundantes. En el hospital clínico San Cecilio en Granada se estudio la lactancia materna como un método muy efectivo para prevenir el cáncer de mama, se analizaron muestras de 504 mujeres de las cuales 135 no habían tenido descendencia. En relación con el factor de riesgo de paridad, no se encontraron muestras significativas en la media de diagnóstico de cáncer de mama y el hecho de haber tenido descendencia.

Aquellas que habían logrado dar de mamar hasta los tres meses eran diagnosticadas aproximadamente a los 58 años de edad. Las que dieron de mamar de tres a seis meses la edad en las que eran diagnosticadas eran bastante inferiores a las anteriores a los 52 años de edad. Por último aquellas que daban de mamar más de seis meses la edad en la que son diagnosticadas aumenta considerablemente hasta los 69 años de edad. En las mujeres que no tenían antecedentes familiares en las mujeres que no habían amamantado a sus hijos la edad de diagnóstico de cáncer era a los 54 años de edad. En las mujeres que dieron de mamar de tres a seis meses la edad de diagnóstico de cáncer vuelve a producirse un descenso en relación con los otros grupos de 52 años. Y aquellas mujeres que dieron de

mamar más de seis meses la edad de diagnóstico vuelve a aumentar de 69-70 años de edad. La mayoría de las madres suelen decidir antes del embarazo y del parto como van a alimentar a su hijo mientras que un porcentaje muy pequeño durante el embarazo y muy pocas lo hacen después del parto. La prevalencia de la lactancia materna durante la permanencia en el hospital tras el parto es elevada. Durante el ingreso hospitalario encontraremos que los porcentajes más elevados de lactancia materna se encuentran en mujeres que han tenido un parto espontáneo y con la participación de su pareja en el parto (5).

En gran parte de los casos se pone el recién nacido en el pecho los primeros treinta minutos tras el nacimiento, casi todos tuvieron contacto piel con piel durante la primera hora y alojamiento fue conjunto. El personal de enfermería debe ayudar en la primera toma, haciendo recomendación de la lactancia materna. Los factores que favorecen la elección de la lactancia fueron tener experiencia previa positiva con otros hijos, un nivel de estudios más elevado, haber asistido a los cursos de educación prenatal(1).

Según los estudios revisados podemos decir que dentro de las variables que favorecen el desarrollo de la lactancia materna son el contacto piel con piel entre madre e hijo antes de los treinta minutos del nacimiento, ayuda e información que la enfermera puede proporcionar en la primera toma, el hecho de no ofrecerles suplementos ni el chupete, una alimentación a demanda en lugar de seguir horarios estrictos en las tomas. Los resultados que hemos obtenido nos muestran que durante el embarazo la mujer debe ser informada en mayor medida sobre las ventajas de la lactancia materna exclusiva.

5 Discusión-Conclusión

Según los resultados hallados en las revisiones los datos que estas nos aportan indican los claros y satisfactorios de los beneficios de la lactancia materna del recién nacido en sus 6 primeros meses de vida frente a la lactancia artificial o fórmulas, en cuanto a infecciones respiratorias se produce una gran desventaja entre los niños que mantienen los hábitos de lactancia materna y los que no, comprobando en los segundos una gran incidencia. En cuanto a enfermedades gastrointestinales se observa otra tanta diferencia tratándose de los alimentados con fórmulas o leche artificial los que padecen más problemas gastrointestinales, infecciones gástricas, defecaciones irregulares etc. Refiriéndonos a desarrollo bucal, se comprueba que los niños que maman experimentan un mejor desarrollo.

La recomendación se puede llevar a cabo debido a que todos los estudios indican que tanto a nivel físico, ya se trate de infecciones respiratorias, gastrointestinales o desarrollo del bebe como a nivel psicológico, como puede ser el apego con la madre, los recién nacidos que se alimentan de leche materna experimentan un alto porcentaje de beneficios frente a los que se alimentan con fórmulas o leche artificial.

6 Bibliografía

- Aguilar, M.J., Sáez, I., Menor, M. J., Mur, N., Expósito, M., y Hervás, A. (2013). Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. *Nutr. Hosp.* 28(3), 920-926.
- Bueno, M., Calvo, C., Jimeno, S., Faustino, Quedo, S., Martínez, ... Casas, I. (2011). Lactancia materna y protección contra las infecciones respiratorias en los primeros meses de vida. *Pediatría Atención Primaria*, 13(50).
- Fernández, I., y González, C. (2013). Lactancia materna: Prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enfermería Global*, 12(3).
- González, E., Aguilar, M., García, C., García, P., Álvarez, J., y Padilla, C. (2010). Leptina: un péptido con potencial terapéutico en sujetos obesos. *Endocrinología y Nutrición*, 57(7), 322-327.
- Laviña, A. (2014). Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna.
- Duazary, 11(2),115. Morán, M., Naveiro, J.C., Blanco, E., Cabañeros, I., Rodríguez, M., y Peral, A. (2009). Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutr. Hosp.* 24(2), 213-217.
- Rodríguez-García, J., y Acosta-Ramírez, N. (2008). Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 71-84.
- Vargas, A. La lactancia materna y sus beneficios. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 15.

Capítulo 182

HALLAZGO CASUAL DE BLOQUEO AURÍCULO-VENTRICULAR COMPLETO

PATRICIA OTERO MENÉNDEZ

LLIBERTA LORENZO COLLAZO

CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

SANDRA SOTURA CARRERA

1 Introducción

Existen un sinfín de patologías de vital importancia que se inician de forma silenciosa, no presentan clínica de ningún tipo, y suelen ser descubiertas casualmente en el ejercicio de otras pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. De esta forma se evitan males mayores y se diagnostican y se tratan patologías de compromiso vital como es el bloqueo auriculo-ventricular.

2 Objetivos

- Describir el tratamiento y resultado de un paciente con BAV, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Varón de 71 años que durante preoperatorio de cirugía de cataratas presenta en electrocardiograma (ECG) un bloqueo aurículo-ventricular (BAV) completo con una frecuencia cardíaca de 35 latidos por minuto. El paciente está completamente asintomático. Niega picaduras de garrapata, no disnea, no mareos ni síncope previos. Refiere además una vida activa (realiza spinning 2 días por semana y ejercicio físico moderado a diario).

Es derivado al servicio de cardiología donde se le realiza una exploración física con tensión arterial 174/74 mmHG, Frecuencia cardíaca de 35 latidos por minuto, no edemas en miembros inferiores. En ECG se observa BAV completo, escape de QRS ancho con morfología de bloqueo de rama derecha del haz de his (BRDHH), a 35 latidos por minuto. En radiografía de tórax no hay signos de Insuficiencia cardíaca aguda ni condensaciones. Se realiza ecocardiograma sin alteraciones destacables. Se realiza implante de marcapasos endocavitario definitivo bicameral sin complicaciones, con normoposición de electrodos, tras lo cual es alta a su domicilio. presenta hematoma local en evolución con bultoma que se autolimita en las primeras 48 horas tras tratamiento con peso y hielo locales.

4 Resultados

El objetivo del tratamiento es revertir la situación de BAV completo para garantizar el completo bienestar del paciente mediante la implantación de un marcapasos definitivo y de esta manera poder realizar con garantías la cirugía ocular, así como la continuidad de su vida diaria.

Paciente asintomático con BAV paroxístico que precisa implantación de marcapasos definitivo. 48 horas después de la cirugía es dado de alta a su domicilio. Se recomienda que acuda a su centro de salud de atención primaria para seguimiento de de la herida quirúrgica de marcapasos y retirada de puntos cuando precise, así como reanudación de pruebas preoperatorias para cirugía ocular.

5 Discusión-Conclusión

Indiscutible es la importancia de un diagnostico precoz en ciertas patologías que por diferentes motivos permanecen ocultas o se manifiestan de manera muy liviana. Tan importante es una cirugía como puede ser las cataratas, como los pasos previos para realizarla y comprobar el buen estado físico del paciente. Siempre

hay que estar atentos a posibles hallazgos importantes que comprometan el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- Enfermería en Cardiología : revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en cardiología.
- Fundación Dialnet.

Capítulo 183

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON COLOSTOMÍA DURANTE EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA FERNANDEZ SUAREZ

ANA MARÍA BERDASCO LÓPEZ

CRISTINA JIMÉNEZ PÉREZ

COVADONGA ALBA FERNANDEZ

1 Introducción

Una colostomía es una cavidad que se abre en la pared abdominal, bien pueden ser temporales o permanentes, según el tiempo que vaya a permanecer realizadas. Una colostomía es algo nuevo que modifica tanto aspectos físicos, psicológicos como sociales de la persona a la que se le realiza. En ocasiones, un cambio difícil de asumir, por lo que el personal de enfermería debe estar bien formado para así poder hacer frente a los distintos retos a los que se enfrenta el paciente recientemente ostomizado, proporcionando los cuidados y educación acerca del estoma y un buen apoyo psicológico para mantener la independencia y la calidad de vida de la persona que ha sido sometida recientemente a dicha intervención quirúrgica.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de los cuidados de enfermería al paciente ostomizado durante su periodo de hospitalización.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de los datos publicados respecto a los cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario en pacientes ostomizados en las principales bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Cuiden, Fistera, Dialnet. La información está acotada a publicaciones en artículos científicos y libros nunca anterior a 2010. Se utilizaron las palabras claves colostomía, ostomía, cuidados, enfermería, paciente ostomizado, ostomía hospitalización.

4 Resultados

El paciente al que se le ha realizado una ostomía recientemente tiene preocupaciones y dudas por lo que los cuidados proporcionados deben ser individualizados y a cada persona le llevará un periodo de aceptación distinto; todo ello condicionado por el diagnóstico (proceso oncológico o patología benigna) y el pronóstico de la enfermedad que esté en proceso.(1)

La ostomía causa un fuerte impacto en la vida de la persona, ya que va afectar a su integridad corporal, autoimagen y la capacidad de la persona de relacionarse con los demás, tanto en el ámbito laboral como en su vida social. Los profesionales de enfermería pueden ayudar al paciente haciéndole entender tanto su diagnóstico y pronóstico, la adaptación a su nueva vida con un estoma, la aceptación de su nueva imagen corporal y la resolución de sus miedos y dudas en su día a día y en sus relaciones sexuales; así como, ofreciéndole técnicas y enseñanza para el cuidado e higiene del estoma.(2)

Los primeros días tras la intervención, el personal de enfermería debe vigilar y así detectar la aparición de complicaciones precoces. Se debe formar al paciente en el manejo y gestión del estoma y así, fomentar su adaptación a esta nueva situación. Es importante que llegue a ser autónomo en el manejo de la nueva ostomía, para ello se le enseñará de manera progresiva los autocuidados propios, su higiene, el cuidado de la piel periestomal, contención del olor y a detectar las posibles complicaciones.(3)

Las enfermeras también deben informar al paciente sobre un cambio en su alimentación, se iniciará una dieta baja en fibra y residuos, ya que al proporcionar volumen al desecho puede causar una oclusión en el estoma. También suele ser habitual que se muestren intolerancias que con anterioridad no existían, siendo muy frecuente a la lactosa. Los indicativos de intolerancia son el aumento de desecho líquido, los gases excesivos y la distensión abdominal.(4)

En el paciente y su familia es probable que el mayor grado de ansiedad surja cuando se acerque el alta por ello es muy importante asegurar la continuidad de sus cuidados en el ámbito extrahospitalario.(5)

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda que la persona que se somete a una intervención quirúrgica para realizar una colostomía se ve sometida a un gran cambio físico que debe asumir de forma gradual y no siempre es así. Por ello, el personal de enfermería debe estar formado y atento para tratar al paciente de una forma holística, proporcionando tanto unos cuidados físicos como apoyo psicológico durante su periodo de hospitalización, para así, ir familiarizándose con su nueva situación y su cambiada imagen corporal. Sin embargo, estos cuidados no deben suprimirse una vez que es dado de alta, si no que tienen que ser continuados en el ámbito extrahospitalario y seguir dando apoyo a la persona ostomizada y de esta forma ayudarla a volver a su situación de independencia inicial.

6 Bibliografía

- 1. Sanz Martínez S, Méndez Salguero A, Rivas Andrades AJ, Navarro Hernández P. Cuidados de enfermería en el paciente con una ostomía. En: Asociación Universitaria de Educación y Psicología(ASUNIVEP), editor. Perspectivas y Análisis de la Salud. España, 2016.p.. 199-206
- 2. Nazaret Gómez del Río, N. Mesa Castro, C. Caraballo Castro, A. Fariña Rodríguez, M. Huertas Clemente, Y. Gutiérrez Fernández. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE Revista de Enfermería, ISSN-e 1988-348X, N° 7, 3, 2013, pág. 3
- 3. Bonill de las Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal.Rev.Latino-Am.014;22 (3): 394-400

- 4. Centro de salud O Castrillón. La dieta en pacientes con colostomía[monografía en internet].A Coruña:Fisterra;2011 [acceso 1 de enero del 2020].
- 5. Pat Castillo L, Espinosa Estevez JM,Sánchezz Bautista MA,Cruz Castañeda O,Cano Gardiño MA,Gabriel Rivas ME et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomia. ENEO-UNAM.2010;7(2):1-6

Capítulo 184

ELECTROCONVULSOTERAPIA O TERAPIA POR ELECTROCHOQUE

JENNIFER AGUILAR ALVAREZ

LORENA RODRIGUEZ DEL CUETO

1 Introducción

La electroconvulsoterapia (TEC) es una técnica de tratamiento realizada mediante electricidad, induciendo una activación de las neuronas del sistema nervioso central que debe ser repetida un número determinado de veces para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas.

2 Objetivos

- Conocer las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de la terapia.
- Conocer la técnica y su mecanismo de acción.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos de google académico utilizando los siguientes discriminadores: electroshock, TEC, enfermedad psiquiátrica.

4 Resultados

1. Indicaciones de la terapia: trastornos depresivos graves con o sin síntomas psicóticos, casos de alto riesgo de suicidio o agitación severas, en algunos casos de manía aguda, algunos casos esquizofrénicos, casos con gran agitación y/o estupor catatónico, enfermedad de parkinson, depresión durante el embarazo, cuando hay resistencia o contraindicación a los antidepresivos, situaciones somáticas graves que requieren una rápida respuesta terapéutica, desorganización conductual...

2. Contraindicaciones de la terapia: no presenta contraindicaciones absolutas si no situaciones de alto riesgo como enfermedades cardiovasculares, lesiones intracraneales, bronquitis, glaucomas, embarazo, riesgo anestésico, artrosis u osteoporosis ...

3. Efectos adversos: se trata de un tratamiento con morbimortalidad muy escasa cuyos efectos adversos pueden reducirse con anestesia, relajación muscular, oxigenación y premedicación con anticolinérgicos.

4. Técnica y mecanismo de acción de la terapia:

- Se realizará una evaluación completa al paciente (historia clínica, examen físico, evaluación psiquiátrica, ECG, análisis de riesgos de anestesia)
- El procedimiento de TEC dura entre 5 y 10 min más el tiempo de preparación y recuperación.
- Se administrará por vía intravenosa un relajante muscular y un anestésico. Cuando el paciente esté inconsciente se inducirá una pequeña cantidad de corriente eléctrica a través de unos electrodos colocados a ambos lados del cráneo que llegará al cerebro produciendo una convulsión en menos de 60 segundos.
- A nivel externo el paciente permanece relajado y no siente la convulsión. A nivel interno la actividad del cerebro aumenta considerablemente siendo registrada a través de un electroencefalograma.
- Minutos después de la convulsión los efectos del relajante y del anestésico se disipan, y el paciente despertará en un estado de confusión de duración indeterminada.

5 Discusión-Conclusión

Desde su aparición se produjeron múltiples modificaciones en la TEC convirtiéndola en un importante procedimiento médico en el que se monitoriza al paciente en todo momento. Actualmente y más de medio siglo de introducción,

sigue siendo un tratamiento ampliamente utilizado en enfermos graves, con indicaciones bastante establecidas y técnica de uso muy desarrollada.

6 Bibliografía

- <https://www.infosalus.com>.
- <https://chguv.san.gva.es/>
- <https://www.mayoclinic.org/>

Capítulo 185

CORRECTO CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO

LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ

LARA QUESADA ITURMENDI

1 Introducción

La Real Academia Española define el dolor como una sensación molesta y aflicta de una parte del cuerpo por causa interior o exterior. El tratamiento del dolor postoperatorio es una parte muy importante en la recuperación del paciente con respecto a la intervención, que además está estrechamente relacionado con la morbimortalidad postoperatoria. No todos los pacientes presentan la misma tolerancia al dolor, ni lo padecen en la misma medida; factores como el tipo de operación o antecedentes personales tienen una gran carga a la hora de enfrentarse al dolor postoperatorio. El uso óptimo de la analgesia es la clave. Una terapia multimodal, a base de la combinación de diferentes analgésicos y anestésicos por las distintas vías de administración es la recomendación actual para un buen control de este tipo de dolor.

2 Objetivos

- Analizar la importancia del correcto tratamiento del dolor en el postoperatorio, así como los factores asociados a dicho dolor.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Scielo, Cochrane plus, Dialnet, Cantarida y Cuiden Plus, así como el buscador Google académico y las revistas Elsevier y Enfermería Global. Se seleccionaron los artículos comprendidos entre el 2009 y el 2019, que estuvieran completos y en español. Las palabras claves utilizadas fueron: ‘dolor postoperatorio’, ‘control dolor’, ‘analgesia’ y ‘factores asociados dolor’.

4 Resultados

El dolor postoperatorio es un proceso agudo, con lo que está limitado a las horas siguientes a la cirugía. Durante ese periodo de tiempo es primordial comenzar a la mayor brevedad posible con la analgesia indicada, incluso cuando el paciente todavía no ha referido dolor. Pese a esto, en la actualidad, hay un alto índice de elevado dolor postoperatorio. Esto es debido en gran medida a la minimización de la importancia del dolor, la mala utilización de los fármacos analgésicos y coadyuvantes, al desconocimiento de técnicas analgésicas alternativas por parte de los profesionales y la inexistencia de protocolos específicos en estos casos. Cabe destacar, la falta de Unidades de Dolor Agudo, donde se recogería la formación específica a los profesionales y los protocolos específicos.

Otra serie de factores intrínsecos del paciente, como el sexo, la edad y el nivel de ansiedad pre y post operatorio también pueden ser influyentes en la escala de dolor. Cuanto más elevado sea este dolor, peor será la respuesta ante la cirugía: mayor respuesta del sistema nervioso simpático y mayor desestabilidad del estado hemodinámico del paciente (aumento de frecuencia cardíaca, presión arterial, etc), lo que desencadenará respuestas adversas de los diferentes órganos.

Algunos de los estudios analizados señalan diferencias de dolor entre sexos: mayor en mujeres que en hombres, mientras que otros no dan resultados concluyentes, con lo que no podemos confirmar que el sexo influya. Con respecto a la edad, el dolor se padece de la misma manera en niños, adultos y ancianos, la única diferencia son las dosis de tratamiento (menores en niños y ancianos). Se destaca la importancia del nivel de ansiedad del paciente previo a la cirugía y los días posteriores; siendo mayor el dolor cuanto mayor es este nivel.

5 Discusión-Conclusión

En el postoperatorio debe tratarse el dolor del paciente con la misma relevancia que se trata la curación de la herida quirúrgica y la rehabilitación, ya que estos últimos están condicionados por el dolor; si el paciente padece dolor se verán alterados sus sistemas corporales y órganos y con ello el desarrollo de su vida diaria.

6 Bibliografía

- Català Puigbò E, Moral García MV. Dolor agudo postoperatorio. La necesidad de su correcto tratamiento. Elsevier España, S.L. 2009; 86 (2): 61-62.
- Marcos Vidal JM, Baticón Escudero PM, Montes Armenteros A, Rego Díaz C, Marín Blázquez C, Nicolás Aller S, et al. Evaluación de una intervención educativa en el control del dolor agudo postoperatorio: estudio antes-después. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2009;56:598-603.
- Montes Pérez A, García Álvarez J, Trillo Urrutia L. Situación actual del dolor postoperatorio en el "Año Global Contra el Dolor Agudo". *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2011;58:269-72. DOI: 10.1016/S0034-9356(11)70060-3.
- Torres LM, Aguilar JL. Organización del tratamiento del dolor postoperatorio. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2010;57:199-200.
- Sola A, Pedrosa P, Salvatore A, Salomón S, Carena J. Manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev Med Univ* 2012;8:1-14.
- Moreno M, Interrial M, Garza M, Hernández E. Intensidad y manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid* 2012;3:355-62.

Capítulo 186

ENFERMEDAD DE TOURETTE

JENNIFER AGUILAR ALVAREZ

LORENA RODRIGUEZ DEL CUETO

1 Introducción

La enfermedad de Tourette es un trastorno neurológico cuyos síntomas aparecen en la infancia o en la adolescencia, donde la persona realiza movimientos o emite sonidos fuera de lo normal sin control sobre ellos denominados tics.

2 Objetivos

- Conocer las causas de la enfermedad, su diagnóstico y su posterior tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se han utilizado los siguientes discriminadores: síndrome de Tourette, trastorno neurológico, causas.

4 Resultados

Tras una revisión de la literatura, se llegan a lo siguientes resultados:

- Causas de la enfermedad: se desconoce la causa de este síndrome aunque podría estar relacionado con alteraciones en determinadas zonas del cerebro y en las sustancias químicas que propician la comunicación neuronal (serotonina, dopamina, norepinefrina). Este trastorno es hereditario.
- Diagnostico: se basa en los síntomas: tics motores y vocales que ocurren varias veces al día, casi todos los días durante más de un año. Los tics empiezan antes de los 18 años y no se deben a efectos secundarios de medicamentos u otras sustancias, ni a otro trastorno médico. Estos tics deben cambiar con el paso del tiempo en frecuencia, gravedad, tipo, etc. Para descartar que los tics no se deben a otras causas se realizarán análisis de sangre y estudios de imagen.
- Tratamiento: el síndrome de Tourette no tiene cura. El tratamiento se dirige a controlar los tics que interfieren en la vida diaria del paciente. Los fármacos que se suelen utilizar son medicamentos que bloquean o disminuyen la dopamina, botox, medicamentos contra el déficit de atención con hiperactividad, antidepresivos, anticonvulsivos. Además, se han descrito distintas terapias como la terapia del comportamiento, psicoterapia o estimulación cerebral profunda para ayudar al paciente a identificar y controlar sus tics, con otros problemas acompañantes como depresión y ansiedad, y para estimular a zonas del cerebro que no responden al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva se trata de una enfermedad neurológica de causa indeterminada muy incapacitante socialmente para el paciente cuyo diagnóstico se basa únicamente en sus síntomas y cuyo tratamiento va encaminado a disminuirlos y a ayudar al paciente a integrarse en la sociedad.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://www.cdc.gov/ncbddd/>
- <https://espanol.ninds.nih.gov/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 187

NORMAS GENERALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

ALBA GONZÁLEZ DÍAZ

TAMARA BELLOSO CUESTA

1 Introducción

Una de las diferencias más significativas de los fármacos es la vía de administración empleada para introducirlos en el organismo del paciente. Dichas diferencias permiten diversas posibilidades de administración según las circunstancias. La vía prescrita para la administración de un fármaco depende de las propiedades del mismo, del efecto deseado y del estado físico y mental del paciente. La vía de administración de los fármacos afecta a su tasa y a su grado de absorción.

La responsabilidad de enfermería es, además de colaborar con el médico en la elección de la mejor vía de administración, asegurarse de que la medicación se administre correctamente a través de la vía prescrita y de que esta última no está contraindicada a causa del estado del paciente. A continuación, se hará mención a las normas básicas a seguir en la administración de medicación, teniendo en cuenta los errores más frecuentes; y se hará una comparativa con las ventajas y desventajas de cada forma de aplicación del fármaco.

Normas básicas de la administración de fármacos.

La preparación y la administración de fármacos requieren precisión por parte del personal de enfermería, el cual debe prestar toda su atención a la preparación de los medicamentos sin llevar a cabo otras tareas simultáneas. Se aplicarán las cinco reglas para asegurar una administración farmacológica segura:

- Fármaco correcto. Para asegurar la administración del fármaco adecuado, debe prestarse atención tanto a las prescripciones médicas como a las etiquetas de los medicamentos.
- Dosis correcta. El personal de enfermería, debe cerciorarse de que la cantidad de fármaco a administrar se corresponde con la orden médica. Teniendo también en cuenta su concentración.
- Paciente correcto. Uno de los pasos más importantes en la administración de fármacos con seguridad, es verificar que el fármaco se está administrando al paciente adecuado. Para ello, se debe comprobar el nombre completo del paciente, su habitación y si es alérgico a algún medicamento.
- Vía correcta. En la hoja de medicación debe quedar correctamente expresada la vía de administración del fármaco. Si ésta no ha sido especificada, debe consultarse con el médico.
- Hora correcta. Corresponde con el momento del día adecuado para llevar a cabo la indicación del medicamento que se administra. La enfermera debe conocer por qué un fármaco se prescribe para ciertos momentos del día y si el programa horario puede alterarse.

La medicación de cada paciente la instaura el médico y queda reflejada de forma especial en su historia clínica mediante un registro que se conoce como prescripción u orden médica, y que debe incluir:

- Nombre completo del paciente.
- Fecha y orden en que se redacta la orden.
- Nombre del fármaco.
- Dosificación.
- Vía de administración.
- Momento y frecuencia de la administración.
- Firma del médico.

Se definen los errores de medicación como: cualquier acontecimiento evitable que pueda conducir a un uso inapropiado de los fármacos o a poner en peligro al paciente, mientras los medicamentos estén bajo control del profesional de atención médica, del paciente o del consumidor. Tales eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los productos para atención médica, los procedimientos y los sistemas que incluyan la prescripción; la comunicación de la orden; el etiquetado; el empaquetado; y la nomenclatura de los productos; la elaboración y la administración.

Algunas situaciones que pueden inducir errores de medicación son:

- Productos con nombres similares.

- Abreviaturas o errores de escritura.
- Etiquetado y empaquetado erróneo.
- Errores de cálculo o dosificación inadecuada.
- Errores en las prescripciones médicas.

Medidas para evitar errores.

- Tener un registro sistematizado de prescripciones médicas.
- Conocer la indicación o el propósito de uso de cada fármaco.
- Evitar abreviar la dosificación y el nombre del producto, a fin de evitar luego problemas de interpretación
- Nunca suponer la vía de administración del fármaco.
- Siempre leer la etiqueta y revisar la prescripción antes de administrarla.
- Leer con cuidado todas las etiquetas a fin de cumplir con los cinco principios correctos de administración de medicamentos.

2 Objetivos

Objetivo principal.

Identificar mecanismos que propicien una gran seguridad en el uso de medicamentos, y que como tal, ayudaran a reducir la aparición de posibles efectos adversos.

Objetivos específicos.

- Describir los diferentes criterios llevados a cabo en la selección de la vía de administración idónea.
- Realizar una comparativa entre las ventajas y desventajas de cada forma de administración.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica dentro de las principales bases de datos como “Pubmed”, “Cuiden” y “Scielo”; usando en sus descriptores las palabras clave “fármaco”, “errores medicación” y “administración de fármacos”. Han sido de gran importancia para la búsqueda de artículos académicos relacionados con el tema, “Google Scholar” y las páginas web de las organizaciones mundiales tales como “WHO website”; en cuyos índices se han empleado los mismos términos. Con el propósito de encontrar información adicional, se ha revisado la bibliografía de los artículos localizados. Se analizaron los resúmenes de aquellos

artículos en los que el título mencionaba de algún modo la farmacología aplicada para enfermería. Una vez analizados, se seleccionaron para la lectura completa aquéllos que cumplían con el criterio de describir, analizar o estudiar cuáles son las vías de administración de fármacos. Se llevará a cabo un análisis comparativo de las características de las distintas formas de administración de fármacos.

4 Resultados

Clasificación de las vías de administración de fármacos.

La vía de administración es un factor determinante de la intensidad y rapidez con la que se manifiestan los efectos tras la administración y condiciona decisivamente su duración, así que debe elegirse en función de los objetivos que se persigan con el tratamiento.

1. Vías enterales:

Los fármacos administrados por vía enteral discurren por el tracto gastrointestinal hasta alcanzar el torrente sanguíneo y/o eliminarse.

- Oral: es la más sencilla. El jugo gástrico tiene un pH muy ácido, por lo que solo los ácidos débiles pueden absorberse. Las formas medicamentosas adaptadas para la administración de fármacos, suelen ser: sólidas (geles, píldoras, granulados, comprimidos y grageas); líquidas (jarabes, emulsiones y soluciones alcohólicas); preparaciones de acción prolongada.

- Sublingual: algunos fármacos están diseñados para que se disuelvan una vez colocados debajo de la lengua y se absorban rápidamente. La rápida absorción del fármaco se debe al escaso espesor del epitelio bucal y a su rica vascularización.

- Por sonda nasogástrica: las formas farmacéuticas más adecuadas para la administración por sonda nasogástrica son las formas líquidas orales.

Rectal: se suele acudir a esta vía en situaciones en las que, la administración oral no es posible o no resulta recomendable (por ejemplo cuando el paciente está inconsciente o con náuseas), y también para la administración sistémica de medicamentos en niños y ancianos.

2. Vías parenterales:

Son las vías en las que hay que atravesar la piel para administrar la medicación y que pase así al torrente sanguíneo directamente o a través de los diferentes tejidos donde se administra.

- Subcutánea o hipodérmica: por esta vía se administran medicamentos debajo de la dermis de la piel. El fármaco en solución se difunde a través de la sustancia

fundamental del tejido conectivo y penetra en el torrente circulatorio a través de los capilares.

- Intramuscular: son las inyecciones que se administran dentro del músculo. Esta vía es adecuada para administrar formas de liberación inmediata, aunque también resulta muy útil cuando se requiere una cesión prolongada.
- Intradérmica: consiste en la inyección del fármaco en la dermis, justo debajo de la epidermis. Se utilizan de forma característica para pruebas cutáneas como son la tuberculina y pruebas alérgicas.
- Intravenosa: la administración de fármacos y fluidos por vía intravenosa tiene una gran utilización en el ámbito hospitalario. Los medicamentos se administran por esta vía, mediante: bolsa o botella (infusión continua); equipo asociado (infusión intermitente); bolo intravenoso; equipo de administración con control de volumen.

3. Vía inhalatoria:

El epitelio alveolar es muy permeable a todo tipo de gases, al agua y a las sustancias lipofílicas. Las formas medicamentosas adecuadas para la vía respiratoria son las inhalaciones, pulverizaciones, vaporizaciones y aerosoles.

4. Vías tópicas:

Los fármacos administrados por vía tópica son los que actúan y se absorben por la piel y mucosas (óticas, oculares), produciendo efectos locales y sistémicos.

- Dérmica: antes de aplicar un fármaco, se debe limpiar la piel minuciosamente lavando la zona con agua abundante y jabón, empapando la zona afectada o desbridando localmente los tejidos.
- Transdérmica: los sistemas transdérmicos son formas de dosificación ideados para conseguir el aporte percutáneo de principios activos a una velocidad programada, o durante un periodo de tiempo establecido. El principal sistema transdérmico es el parche.
- Irrigaciones oftálmicas: se administran para limpiar el saco conjuntival del ojo. La forma de preparación viene dada en gotas oculares o ungüentos.
- Irrigaciones óticas: se emplea para tratar trastornos locales del oído, como infecciones u oclusiones leves del canal auditivo. Las sustancias se aplican a través de la membrana del tímpano en la cavidad del oído medio.
- Instilaciones nasales: las gotas nasales suelen ser utilizadas por su efecto astringente, para fluidificar secreciones y facilitar su expulsión, o para tratar infecciones nasales o de los senos paranasales.
- Irrigaciones vaginales: la vía vaginal se utiliza de manera habitual en la administración de anticonceptivos y en el tratamiento, con agentes antiinfecciosos, de

procesos locales. Como forma farmacéutica se utilizan óvulos o supositorios vaginales, comprimidos y geles.

5 Discusión-Conclusión

La vía oral es la más sencilla y la que se utiliza habitualmente. Entre sus ventajas, destacamos que: es fácil y segura, permitiendo la auto administración de fármacos; es económica; muy bien aceptada por el paciente; y en caso de sobredosificación, se puede retirar fácilmente.

Por el contrario, es demasiado lenta para ser útil en situaciones de emergencia; los fármacos irritantes producen náuseas y vómitos por actuar en la mucosa gástrica; la presencia de alimentos en el aparato digestivo, modifican la rapidez e intensidad de absorción; las venas que drenan la mucosa gastrointestinal, son afluentes de la vena porta, por lo que los medicamentos pasan a través del hígado pudiendo ser inactivados; está contraindicada en pacientes que no pueden deglutir y pueden alterar el color de los dientes.

Algunos fármacos están diseñados para que se disuelvan una vez colocados debajo de la lengua y se absorban rápidamente. Estos fármacos administrados por esta vía sublingual no deben deglutirse o no se conseguirá el efecto deseado. La rápida absorción del fármaco, se debe al escaso espesor del epitelio bucal y a su rica vascularización. Las venas que drenan la mucosa bucal son afluentes de la vena cava, por lo que elude el paso hepático.

La administración rectal supone una vía conveniente y segura para administrar ciertas medicaciones. Sus principales ventajas son: evita la irritación del tracto gastrointestinal superior en pacientes que sufren este problema; resulta más tolerable cuando la medicación tiene un sabor desagradable; el fármaco se libera a una velocidad lenta pero constante y los supositorios rectales proporcionan mayores niveles sanguíneos de medicación, ya que la sangre venosa de la parte inferior del recto no pasa a través del hígado.

Por la vía subcutánea se administran medicamentos debajo de la dermis de la piel. Las soluciones inyectadas tienen que ser neutras e isotónicas, ya que si no son muy irritantes y provocan dolor y necrosis. Esta vía proporciona medios de administración cuando está contraindicada la vía oral. Sin embargo, pueden producir ansiedad en el paciente que deben sufrir pinchazos repetidos. Debe usarse con precaución en pacientes propensos a hemorragias.

Los músculos tienen mayor riego sanguíneo que la piel, por consiguiente los fármacos inyectados por la vía intramuscular se absorben con mayor rapidez que la subcutánea. La inyección a través del músculo es menos dolorosa debido a que el músculo estriado tiene menor riqueza en fibras sensitivas. Por esta vía debe evitarse la administración de sustancias irritantes, que provocan necrosis tisular. Entre sus desventajas, encontramos que los fármacos que se inyectan son caros y existe un gran riesgo de que se produzcan infecciones.

La terapia intravenosa es la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o tubo (catéter) que se inserta en la vena, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos. Puede ser intermitente o continua. Comparada con otras vías de administración, la vía intravenosa es el medio más rápido para transportar soluciones (líquidos) y fármacos por el cuerpo.

Desde un punto de vista práctico, la vía intravenosa constituye un factor de riesgo en relación con los errores de medicación, la inexactitud puede ser un factor importante y causar complicaciones en ciertas circunstancias en las que es preciso garantizar una regularidad en la perfusión.

Los sistemas de medicación transdérmica están siendo cada vez más utilizados para administrar medicamentos de efecto sostenido como son la nitroglicerina, estrógenos, escopolamina y la nicotina.

Sin embargo, debido a la lenta difusión del principio activo, se tarda un cierto tiempo en alcanzar en plasma el estado de equilibrio estacionario; se manifiestan con cierta frecuencia reacciones de sensibilización que obligan a interrumpir el tratamiento con el fármaco; la actividad enzimática propia de las bacterias de la piel puede afectar a la integridad química del principio activo; la penetración de los fármacos a través de la piel se produce con dificultad, sobre todo cuando son de naturaleza hidrofílica.

La administración de medicamentos por vía nasal, tiene como ventajas que: favorece el rápido alivio, ejerciendo una acción local al instilar el fármaco en la cavidad nasal; al ser absorbido de forma sistémica, es idóneo para curar infecciones; no produce molestias al paciente durante su administración y es fácil de aplicar. Entre los inconvenientes de esta vía, cabe destacar que: puede producir síntomas de intoxicación debido a la excesiva absorción de fármacos por la nariz y faringe; puede dejar un sabor amargo en la garganta; y su mala aplicación, puede contaminar el recipiente del medicamento.

La vía vaginal, puede ser utilizada con fines sistémicos, gracias a su elevada vascularización de la zona de absorción, la alta permeabilidad de la mucosa vaginal, y el hecho de que esta vía permite salvar el efecto de primer paso hepático. El inconveniente más importante es que además de la variabilidad en la absorción que se deriva de los cambios que experimenta el espesor del epitelio durante el ciclo menstrual, la higiene personal y de la actividad sexual, su aplicación se limita a un solo sexo.

6 Bibliografía

- Adams M, Holland N. Principios de la administración de fármacos. En Farmacología para enfermería. Un enfoque fisiopatológico. 2009. Madrid. Pearson. Prentice Hall. P 27-45.
- Adams MP, Holland LN, Bostwick PM. Errores de medicación y reducción de riesgos. En: Adams MP, Holland LN, Bostwick PM, eds. Farmacología para enfermería. Un enfoque fisiopatológico. Madrid: Pearson; 2009. p. 89- 98. Estrada M. Conservación y administración de medicamentos. *Ámbito Farmacéutico*. 2006; 8 (25) p 70-77.
- Castells S, Hernández-Pérez M. Farmacología en Enfermería. 2007. Madrid. 2ª edición. Elsevier.
- Gonzáles Gómez, I., & Herreo Alarcón, A. (2013). *Manuel de Enfermería Técnicas y Procedimientos de Enfermería*.
- Guía de la buena prescripción. Manual práctico. OMS.
- Katzung BG. Farmacología básica y clínica. 11ª edición 2010. México. McGraw-Hill
- Mosquera, JM. Farmacología Clínica para enfermería. 4ª edición. 2005 Madrid. McGraw-Hill Interamericana.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Capítulo 188

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS EN LA ENFERMEDAD CELIACA

CRISTINA ALVAREZ LOPEZ

BEGOÑA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

El conocimiento de la enfermedad celiaca (EC) ha mejorado notablemente en los últimos tiempos, considerándose la enfermedad intestinal crónica más común en la actualidad. El porcentaje de personas afectadas por esta enfermedad supone el 1% de la población mundial (la mayoría mujeres), afectando a todos los grupos de edad, aunque suele aparecer durante la primera cuarta década de vida, y con sintomatología muy dispar dependiendo de la edad del paciente. A pesar de que la clínica habitual es la digestiva, también se pueden encontrar síntomas extradigestivos.

La enfermedad celiaca es un proceso inflamatorio de la mucosa del intestino delgado que afecta de manera sistémica y se produce debido a causas autoinmunes. Una susceptibilidad genética (debido al por el gen HLA DQ2 y DQ8) es la causa responsable del padecimiento de dicha enfermedad.

Esta patología surge de la interacción entre el gluten y factores de diversa índole, como pueden ser inmunológicos, genéticos o ambientales. El gluten es una parte de las proteínas que conforman los granos del trigo, por lo que se encuentra en el centeno, la cebada, la avena y el trigo. Estas proteínas reciben el nombre de gliadina y glutenina si se hallan en el trigo, hordeínas si están en la cebada y secalinas si se encuentran en el centeno.

Las manifestaciones clínicas aparecen cuando existe una mayor concentración de la fracción soluble del gluten y la gliadina atraviesa la barrera del intestino, lo que conlleva la activación de la inmunidad humoral y celular. Una vez se produce dicha activación ocurre la atrofia de las vellosidades intestinales.

Estos síntomas de esta patología son muy variados, pudiendo incluso ser asintomática. Estos síntomas se clasifican en dos tipos, manifestaciones menores y manifestaciones mayores.

Las manifestaciones menores abarcan desde molestias intestinales transitorias e inespecífica, fatiga aislada, distensión abdominal o anemia de causa no precisada. A su vez, las manifestaciones mayores se corresponden con la aparición de diarrea, calambres, tetania, esteatorrea o incluso edema periférico debido a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico.

El tratamiento de esta patología es claro, y consiste en la eliminación total de la dieta de aquellos alimentos que contienen gluten. Además, también hay que tener en cuenta la trazabilidad de todos los alimentos, aunque estos no provengan de trigo, cebada, centeno o avena.

2 Objetivos

- Identificar las técnicas utilizadas para llevar a cabo el diagnóstico de la enfermedad celiaca.

3 Metodología

El trabajo llevado a cabo es una revisión bibliográfica basada en la literatura existente sobre la enfermedad celiaca y el diagnóstico de la misma. Para ello, se ha estudiado la celiacía como enfermedad en conjunto, y basándonos específicamente en sus técnicas diagnósticas.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en distintas bases de datos, siendo los artículos de las páginas "SCIELO", "MEDLINE" y "PUBMED". Además, dicha búsqueda se ha desarrollado en dos partes, la primera recopilando información general sobre esta patología, y la segunda centrándonos en dar respuesta al objetivo propuesto.

Las palabras claves que se han utilizado, tanto en español como en inglés, son las siguientes:

Celiac disease. Enfermedad celiaca. Diagnosis. Diagnóstico. Gluten. Gluten.

Además, los artículos obtenidos tras la búsqueda bibliográfica se han conseguido acorde a unos parámetros de inclusión de exclusión, los cuales son:

- Artículos publicados desde 2010 hasta la actualidad, con el fin de obtener los artículos más recientes.
- Artículos publicados en español e inglés.
- Literatura centrada en el diagnóstico de la enfermedad celiaca en la población general.
- Artículos sobre la enfermedad celiaca relacionada con una enfermedad determinada (diabetes, comorbilidades, etc...)

4 Resultados

Los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica realizada utilizando los descriptores y la base de datos mencionada previamente, y se han obtenidos 2017 artículos. Tras el examen de títulos y resúmenes de dichas publicaciones, y comprobado que cumplen los criterios de inclusión y exclusión establecidos se han elegido 7 artículos, a partir de los cuales se ha llevado a cabo esta revisión bibliográfica.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia de la enfermedad celiaca está aumentando considerablemente en las últimas décadas, esto está causado en parte por el gran crecimiento en el consumo de productos con gluten, así como debido a la mejora de las técnicas diagnósticas.

Además, según el estudio llevado a cabo en la Comunidad Valenciana por Pelegrí Calvo et al. las personas aquejadas de enfermedad celiaca tuvieron que consultar alrededor de 6 médicos antes de dar con el diagnóstico de la patología, lo que les provocaba frustración debido a la inexactitud de los diagnósticos iniciales.

Las pruebas diagnósticas han sufrido numeroso cambios en los últimos tiempos, lo que nos proporciona un abanico de técnicas de diagnóstico que permiten adaptarse mejor a las situaciones específicas de cada paciente. El rápido descubrimiento de esta patología es primordial, ya que disminuye el riesgo de padecer adenocarcinoma de intestino delgado y de linfoma de células tipo T (relacionados con la inmunidad humoral).

El diagnóstico de la enfermedad celiaca se consigue gracias a la combinación de la biopsia del duodeno, de las pruebas serológicas y actualmente también se cuenta con el diagnóstico genético. La mayoría de la literatura publicada concluye que la biopsia duodenal cuyo fin es confirmar el aumento de linfocitosis intraepitelial, hiperplasia de criptas y atrofia de vellosidades. Este es el método diagnóstico estrella a pesar de que presenta algunas limitaciones, como pueden ser que se trata de un proceso invasivo y que además, en niños requiere de una anestesia general.

La base del diagnóstico de esta enfermedad la creó un autor llamado Marsh en 1992, y la cual supone la clasificación en estadios del daño progresivo de la mucosa intestinal debido a la ingesta de gluten, y que sería:

Tipo 0 o pre-infiltrativo: normal.

Tipo 1 o infiltrativo: aumento del número de linfocitos intraepiteliales (LIE).

Tipo 2 o hiperplásico: tipo 1 + hiperplasia de las criptas.

Tipo 3 o destructivo: tipo 2 + diferentes niveles de atrofia de las vellosidades (a: parcial, b: subtotal, c: total).

Tipo 4: o hipoplástica: tipo 3 + tamaño normal de las criptas y número normal de LIE.

Asimismo, la enfermedad celiaca no provoca lesiones en todo el intestino (tiene una presentación tipo parche), por lo que puede ser que la biopsia se realice en porciones sanas del intestino y a pesar de padecer la enfermedad, el diagnóstico salga negativo. Se recomienda realizar biopsia de al menos tres zonas diferentes del intestino delgado.

Las pruebas serológicas se basan en la detección de anticuerpos en suero, los principales son la “anti Transglutaminasa tisular (anti TTG)” y la “anti endomisio (anti EMA)”. La primera de ambas presenta una sensibilidad y especificidad muy elevada, mientras que la segunda tiene una especificidad del 100% aunque presenta una sensibilidad menor. A pesar de que esos son los anticuerpos más utilizados desde un inicio, la enfermedad celiaca también presenta anticuerpos antigliadina (AAG), sobre todo del tipo inmunoglobulinas tipo A (IgA) e inmunoglobulinas clase G (IgG), y en una proporción más baja inmunoglobulinas tipo M (IgM). Además, en la patología celiaca también se pueden encontrar bajas concentraciones de albúmina en sangre, lo que significa la presencia de un daño en las paredes del intestino como consecuencia del consumo de gluten.

También se puede realizar un diagnóstico basándonos en la presencia de los genes HLA-DQ2/DQ8 en el genotipaje del paciente. Los genes están formados por dos

alelos, proveniente cada uno de ellos de cada progenitor, por este motivo los familiares de primer grado presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedad celiaca. En estos casos, el estudio del genotipaje HLA-DQ es muy útil para así poder realizar un diagnóstico rápido. Esta prueba no sirve para confirmar la enfermedad, sino para descartarla en caso de pacientes que presenten un diagnóstico confuso, como pueden ser los siguientes casos:

Individuos cuya serología es negativa pero presentan clínica sugerente de EC.

Pacientes cuya serología tiene resultado positivo y la biopsia negativa.

Personas que no responden a la dieta sin gluten y se busca volver a introducir el mismo en la dieta.

La enfermedad celiaca presenta una elevada prevalencia en la actualidad, debido a distintas cuestiones, por ello es realmente importante realizar un diagnóstico adecuado y lo más precoz posible. El diagnóstico ha ido variando a lo largo de los años, siendo antiguamente la biopsia el único método utilizado para diagnosticar la patología. En cambio, debido a la investigación llevada a cabo en los últimos años, las técnicas diagnósticas han pasado a ser más sencillas y menos invasivas.

Actualmente el diagnóstico se consigue a través de la combinación de las pruebas histológicas y la serología, aunque también se tiene en cuenta el diagnóstico genético para identificar a las personas susceptibles a desarrollar la enfermedad debido a la presencia del gen HLA-DQ.

El diagnóstico precoz es vital para los pacientes, ya que evita la alteración de la mucosa del intestino delgado, así como la aparición de síntomas y otras cuestiones relacionadas con la enfermedad. Por todo ello es importante que los profesionales sanitarios se mantengan informados de las novedades y nuevas recomendaciones, para así poder solicitar con criterio las pruebas necesarias para cada paciente.

6 Bibliografía

1. Jiménez Ortega Ana Isabel, Martínez García Rosa María, Quiles Blanco María José, Majid Abu Naji Jamil Abdel, González Iglesias María José. Enfermedad celiaca y nuevas patologías relacionadas con el gluten. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016 [citado 2019 Dic 31] ; 33(Suppl 4): 44-48.

- Manuel J, Torrecillas G. SESIONES HOSPITALARIAS 2011-2012 COMPLEJO HOSPITALARIO TORRECÁRDENAS [Internet]. 2012 [cited 2019 Dec 31].

2. J. FM, P. RQ. ENFERMEDAD CELIACA: REVISIÓN. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2015 Sep;26(5):613–27.
3. PESCE H. Carrión y su positivismo científico. *An Fac Med Lima*. 1957;40(3):773–84.
4. Oxentenko AS, Rubio-Tapia A. Celiac Disease. 2019 [cited 2019 Dec 31]; A
5. Julie Zhu M.D, Mulder C., Dieleman L. A. Celiac Disease: against the grain in gastroenterology. *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, 2019, 2(4), 161–169.
6. Estefanía Buedo Paola, Rodrigo Buffone Ignacio. Criterios diagnósticos para la enfermedad celíaca: una revisión actualizada. *Rev Clin Med Fam [Internet]*. 2014 Oct [citado 2020 Ene 01] ; 7(3): 212-219.
7. Llanos O, Matzumura M, Tagle M, Huerta-Mercado J, Cedrón H, Scavino Y et al . Enfermedad celíaca: estudio descriptivo en la Clínica Anglo Americana. *Rev. gastroenterol. Perú [Internet]*. 2012 Abr [citado 2020 Ene 01] ; 32(2): 134-140.
8. Torres Odio S., Martínez Córdova Z. Genetic base of celiac diseases in diagnosis. *Rev cubana med [Internet]*. 2012 Jun [citado 2020 Ene 01] ; 51(2): 170-182.
9. Pelegrí Calvo C., Soriano del Castillo J. M., Mañes Vinuesa J.. Quality of life and diagnosis process in adult celiacs from the Valencian Community. *Nutr. Hosp. [Internet]*. 2012 Ago [citado 2020 Ene 02] ; 27(4): 1293-1297.
10. Examen de albúmina en sangre (sérica): MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 2020 enero 1].

Capítulo 189

FÍSTULA ARTERIOVENOSA EN HEMODIÁLISIS: CASO CLÍNICO

NOELIA GARCÍA ANTOLÍN

VANESA TELLA RIOS

LAURA RIESTRA BLANCO

MARTA MENENDEZ MARTINEZ

ESTHER LÓPEZ HERES

1 Introducción

Antes de iniciar tratamiento de hemodiálisis el paciente debe disponer de un acceso que nos permita, por una parte extraer un determinado volumen de sangre del torrente circulatorio y por otra, retornar la misma una vez depurada.

Las arterias y venas tal y como las tenemos en nuestro cuerpo, son de un calibre demasiado estrecho, por lo que es absolutamente necesario la creación de un acceso vascular adecuado que nos permita una diálisis eficaz durante un espacio de tiempo determinado y a unos flujos altos.

La fístula arteriovenosa (FAV) se considera la vía de acceso vascular de elección en pacientes que requieren diálisis. Su formación se realiza en quirófano a cargo de cirugía vascular y consiste en la anastomosis de una arteria directamente a una vena que dará lugar a un gran flujo de sangre. Habitualmente está situada en el antebrazo de la mano no dominante, aunque puede localizarse en otra zona dependiendo de las características individuales de cada paciente.

Los cuidados de la FAV comienzan antes de su realización. Se debe llevar a cabo una educación previa del paciente, por parte del personal de enfermería especializado, que le permita conocer signos y situaciones que puedan comprometer el funcionamiento de su acceso vascular.

Los cuidados de enfermería en el periodo postquirúrgico temprano serían:

- Realizar valoración del funcionamiento de la fistula a la salida de quirófano para detectar fallos tempranos. Para ello comprobaremos el soplo (se percibe por auscultación y es un sonido que se produce por el paso de sangre de un sistema de alta a un sistema de baja presión), latido (es la pulsación perteneciente al pulso periférico) y thrill (la vibración que se percibe por palpación y es producida por una turbulencia del paso de la sangre de arteria a vena).
- Valorar apósito y pulso periférico del miembro para descartar hemorragia, hematoma o isquemia periférica.
- Instruir al paciente para ser capaz de vigilar la función de su fístula explicándoles cómo se realiza una autoexploración.
- Citar al paciente para retirada de puntos de sutura (de forma alterna) a partir del séptimo día.
- Extremar medidas de higiene en el brazo portador de FAV, manteniendo la zona limpia y seca.
- Si aparecen signos de infección como fiebre, dolor o exudado, deben acudir al servicio de urgencias de su hospital de referencia.

Los cuidados durante el periodo de maduración de la fístula, que dura aproximadamente 4 semanas son:

- Mantener el brazo elevado durante los primeros días llevándolo sujeto al cuello mediante un pañuelo al caminar. Por la noche colocar una almohada debajo, manteniendo el codo recto para reducir el edema.
- Evitar golpes y rozaduras.
- En algunas ocasiones, si la fístula no se desarrolla correctamente, es necesario hacer ejercicios varias veces al día con una pelota de goma para así desarrollar el trayecto venoso.
- Cuando la herida está cicatrizada completamente, se retirará el apósito oclusivo y se lavará el brazo con agua y jabón, con secado posterior meticuloso.

Existen a su vez unos aspectos generales a tener en cuenta para el cuidado y correcto desarrollo de la FAV:

- No dormir sobre el brazo portador de la FAV.
- No tomar TA ni dejar que se puncione ese brazo.

- Evitar golpes y rozaduras.
- No coger peso con ese brazo, no llevar reloj ni joyas ni ropa ajustada sobre el sitio del acceso.
- Comprobar diariamente colocando la otra mano con suavidad encima de la sutura el pulso y el thrill. Si fuese inexistente, acudir a la unidad de hemodiálisis.
- Cuando la FAV esté bien desarrollada y se comience a punccionar, se le enseñará a realizar hemostasia por compresión sobre los pinchazos al retirar las agujas.
- En caso de sangrado en el domicilio, comprimir sobre el pinchazo 20 minutos hasta cese de sangrado. Si la hemorragia persiste pasado este tiempo, deben acudir al hospital.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados, posibles riesgos y complicaciones que pueden surgir en las FAV, tanto en la formación como en el uso diario en la sala de hemodiálisis.

3 Caso clínico

Se trata de un paciente de 64 años con cólicos nefríticos de repetición, intervenido de hiperparatiroidismo primario a los 29 años, ureterolitectomía izquierda en dos ocasiones, pielolitectomía derecha en 1982, litotricia extracorpórea en 2 ocasiones por litiasis ureteral derecha e izquierda, prostatitis crónica y cistitis trigonal polipoide, diagnosticado de nódulo renal derecho en 2011 y numerosos e incontables quistes en riñón izquierdo, disfunción diastólica tipo 2 e insuficiencia mitral leve secundaria en Ecocardio con ventrículo izquierdo severamente dilatado con función sistólica severamente afectada (enero de 2019) como antecedentes personales.

Conocido de la consulta de enfermedad renal crónica avanzada, fue intervenido de nefrectomía bilateral con posterior ingreso en UCI en noviembre de 2018. En ese momento es portador de FAV radiocefálica no funcionante en MSI, por lo que es preciso colocar catéter temporal en femoral derecha para inicio de tratamiento dialítico. Tras unos días en UCI, es trasladado a planta, momento en el que se le coloca un catéter permanente en yugular derecha.

En febrero de 2019 se le realiza FAV humerocefálica izquierda con buen soplo y thrill a su salida de quirófano. Tras unos días de evolución, auscultación de soplo moderado, perdiéndose a mitad de trayecto venoso, por lo que se solicita nueva valoración por parte de cirugía vascular.

En abril de 2019 se realiza fistulografía donde se llevó a cabo dilatación de estenosis, siendo posible la punción de la fistula por primera vez en mayo del mismo año. Ya en esa primera ocasión la punción fue dificultosa, con extravasación de la aguja venosa por lo que se forma un gran hematoma que obliga a dejar descansar el brazo y dializar al paciente a través del catéter permanente durante varias sesiones. Durante el periodo en el que se dializó vía catéter central presenta niveles de KT y KTV alcanzados óptimos, estando las analíticas dentro de los parámetros esperables.

Tras dos semanas de descanso, se punciona nuevamente, ésta vez sin dificultad. Continúa varias sesiones dializándose a través de fistula sin incidencias a destacar en las punciones ni en la hemostasia. Bien es cierto que los flujos alcanzados (aproximadamente 270 ml/min), distan mucho de lo deseable, por lo que se decide aumentar el tiempo de las sesiones y la cantidad de sesiones a la semana. Debido a esto, se procede a evaluar la fistula con ecógrafo. Se comprueba que la vena ha disminuido de calibre con una zona en el tercio medio más estrecha aunque no se aprecia estenosis evidente. A pesar de esto, se le remite nuevamente al servicio de cirugía vascular, ya que los niveles de KT y KTV han empeorado considerablemente con respecto a los alcanzados a través del catéter.

En julio de 2019 se realiza nueva fistulografía, donde se realiza dilatación del trayecto y cierre de colaterales. A finales de este mismo mes, el paciente acude a la unidad fuera de su horario habitual de diálisis ya que no consigue palpar el thrill de la fistula. Tras exploración por parte del personal de enfermería y tras comprobar ausencia de soplo y thrill es remitido nuevamente a la consulta de cirugía vascular donde se le realiza ecodoppler: anastomosis permeable con trombosis posterior de un trayecto de unos 2 cm y posteriormente permeable de nuevo proximalmente. A los dos días regresa a quirófano donde se realiza rescate de fistula con éxito. Tras retirada de suturas, se dializa a través de la FAV a finales de agosto de 2019. En este periodo se procede a la retirada de catéter permanente.

4 Resultados

Actualmente esta FAV humerocefálica está funcionando, con flujos durante las sesiones de diálisis próximos a 400 ml/min, lo que ha supuesto una mejoría muy importante en sus controles analíticos, lo que ha permitido reducir nuevamente el tiempo de diálisis y el número de sesiones semanales. Queda demostrado que la calidad del acceso vascular condiciona la eficiencia y efectividad de la diálisis, así como la morbilidad y calidad de vida de los pacientes sometidos a este

tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El acceso vascular ideal no existe aunque la FAV autóloga en sus distintas modalidades (especialmente la radiocefálica), es el acceso que más se aproxima debido a su elevada supervivencia y a la ausencia de complicaciones graves para el paciente. Las causas más frecuentes de disfunción de los accesos vasculares son las estenosis y las trombosis agudas como vemos en este caso clínico en concreto.

Para los enfermos con insuficiencia renal crónica en programa de hemodiálisis un buen acceso vascular es sinónimo de calidad de vida. La elección del mismo depende de las circunstancias individuales de cada paciente y del momento en que se haya producido el contacto del mismo con el servicio de nefrología. Lo óptimo sería adelantarse al momento en el que el paciente comience a necesitar tratamiento en hemodiálisis aunque esto no garantiza la ausencia de eventualidades en un tratamiento muy a largo plazo.

6 Bibliografía

1. García Antolín N, Tella Ríos V, Moriyón Cortina V. ANÁLISIS DE LOS AUTOCUIDADOS DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS. 2017; III Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud.
2. García Antolín N, López Heres E, Tella Ríos V. ESTUDIO DEL ACCESO VASCULAR EN HEMODIÁLISIS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. 2017; III Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud.
3. Fernández Medina, I. Cuidados de la fístula arteriovenosa durante la sesión de hemodiálisis. ENE. Revista de Enfermería. Abr. 2013;7(1).
4. Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespín J. GUÍA CLÍNICA ESPAÑOLA DEL ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS. ENFERMERÍA NEFROLÓGICA [Internet]. 2018 [cited 2 January 2020];.
5. Barba Vélez A, Ocharan-Corcuera J. Accesos vasculares para hemodiálisis. Gaceta Médica de Bilbao [Internet]. 2011 [cited 2 January 2020];:63-65.

Capítulo 190

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

LAURA MONTES PÉREZ

DAVID SUÁREZ CASTRO

1 Introducción

La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y mucosas, debido a concentraciones elevadas de bilirrubina sérica. La mayoría de la veces es un cuadro benigno, pero si la concentración es muy elevada puede traspasar la barrera hematoencefálica y producir una encefalopatía llamada kernicterus. El tratamiento en las unidades de neonatología es la fototerapia.

La bilirrubina se produce a partir de la degradación del hematíe en el sistema reticuloendotelial, se conoce como bilirrubina indirecta o no conjugada, liposoluble o tóxica. La bilirrubina indirecta pasa a la sangre y es transportada ligada a la albúmina hasta el hígado donde se transforma en bilirrubina directa conjugada, hidrosoluble o no tóxica. Se elimina del organismo en forma de heces y orina. En el feto existe una enzima ,que desconjuga la bilirrubina y pasa a la sangre en forma de bilirrubina indirecta, que será metabolizada por la madre a través de la placenta.

2 Objetivos

- Establecer la valoración, cuidados general y específicos de enfermería en el neonato durante el tratamiento de fototerapia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos científicas en artículos, relacionados con el tema en un período de tiempo que abarca desde el 2013 hasta el 2015.

Las palabras claves para la búsqueda han sido ictericia, neonatal, fototerapia, cuidados, enfermería.

4 Resultados

- Valoración: coloración de piel y mucosas, medición de bilirrubina sérica, medición de bilirrubina a través de la piel, valorar signos de deshidratación e hipocalcemia, valoración de factores de riesgo de hiperbilirrubinemia grave.

- Cuidados generales :monitorización de constantes ,incluyendo, temperatura (T^a), tensión arterial (TA), humedad y Saturación de oxígeno (O₂), mantener normotermia, pruebas complementarias (analítica, grupo, Rh, Coombs directo si la madre es Rh negativo, canalizar vía venosa y dar tratamiento farmacológico si precisa.

- Cuidados específicos: no dar cremas ni lociones corporales, protección ocular, del cordón umbilical, del escroto y del sensor de saturación. Cambios posturales frecuentes. Vigilar características de las heces y orina. Peso diario. Apagar lámpara de fototerapia durante extracción de bilirrubina sérica, para lavado ocular y estimulación visual.

Colocar lámpara a la altura adecuada, retirar medidas de contención, comprobar el equipo, proteger de la luz a los recién nacidos cercanos (uso de cobertores en las incubadoras).

5 Discusión-Conclusión

Debido a que la ictericia neonatal es una enfermedad frecuente en el recién nacido y puede producir la separación madre-hijo los primeros días de vida, es

muy importante un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones y alargar el tratamiento en el tiempo. Por eso el cuidado de enfermería es vital para el tratamiento y el éxito del tratamiento con fototerapia.

6 Bibliografía

- Correa Valenzuela SE, García Campos ML. Proceso enfermero a recién nacido con hiperbilirrubinemia basado en el modelo de adaptación de Roy. *Enferm Universitaria –Mex.* 2015; 12(4): 226-34.
- Omeñaca Tere F, González Gallardo M. Ictericia neonatal .*Pediatría Integral* 2014.
- Fuden. Varios autores. Manual de rutas de cuidados al paciente pediátrico.2013

Capítulo 191

HEPATITIS C: DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN

ELENA MERCHÁN MARCOS

MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ

LORENA LAVANDERA GARCIA

1 Introducción

En 1988 una compañía americana, anuncio que había clonado y expresado en *E.coli* un virus de hepatitis no A, no B, cogido del plasma de un chimpancé infectado y desarrollaron una forma serológica capaz de detectar anticuerpos frente al nuevo virus. Este virus nuevo fue llamado hepatitis C(VHC) y fue el responsable de más del 90 % de las hepatitis postransfusionales y del 40% de las hepatitis esporádicas no A no B.

El VHC es un virus esférico y encapsulado que pertenece a la familia de los flaviviridae. Su tamaño es de 40-60 nm. Está formado por una envoltura lipídica y su genoma contiene una única cadena de ARN constituida por 9400 nucleótidos.

EL VHC tiene una amplia variabilidad genética ya que al tratarse de un virus con un genoma formado por ARN tiene un alto porcentaje de mutación producidos por errores en los mecanismos enzimáticos ARN polimerasa-ARN dependiente durante el proceso de replicación y, en segundo lugar, por la ausencia de mecan-

ismo correctores asociados (que sí tienen las ADN polimerasas de los virus ADN y los organismo celulares).

Los pacientes suelen estar infectados por sólo un genotipo del VHC, pero suele presentar varias especies. Una vez infectado, la gran variabilidad genética permite al VHC desarrollar mecanismos adaptativos que hacen evadir la respuesta inmune o la presión farmacológica y esto implica en la prevención de la infección, a través del desarrollo de una vacuna eficaz para su tratamiento.

Epidemiología:

La infección de VHC supone un problema de salud pública debido a la su alta evolución a la cronicidad, siendo esta la primera causa de transplante hepático en Europa y en EE. UU y la principal causa de cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular en el mundo occidental y Japón. La prevalencia global de la hepatitis crónica C se sitúa alrededor de un 3 %.

Hay 150 millones de portadores crónicos del virus en el mundo. En los países industrializados el VHC es el responsable del 20 % de los casos de hepatitis aguda, el 70% de los casos de hepatitis crónica, el 40% de los casos de cirrosis, el 60 % de los casos de carcinoma hepatocelular y el 30% de los casos de trasplantes hepáticos.

El principal factor de riesgo para el VHC es el uso compartido de agujas en drogodependientes endovenosos.

La prevalencia en estos pacientes es del 80-90% e incluso superior. La mayoría de ellos se infectan por el VHC durante el primer año. En los drogodependientes de cocaína por vía intranasal también se ha observado una prevalencia de infección por el virus superior a la población general. La epistaxis que se producen en estos usuarios y el hecho de compartir objetos para inhalar la droga podría ser la explicación.

También las exposiciones parenterales inaparentes pueden darse en personas en personas que conviven con pacientes infectados por VHC y en personas que ocasionalmente tiene un contacto con su sangre por maniobras como: tatuajes, manicuras, piercing. Por otra parte también hay casos sin factor de riesgo conocido y en los que existen antecedentes de inyecciones en la infancia con jeringas que no eran de un solo uso.

La transmisión sexual del VHC es poco frecuente, la prevalencia en parejas homosexuales o heterosexuales infectados es muy baja, aunque es más alta en personas

con múltiples parejas. El embarazo no está contraindicado en mujeres infectadas por VCH. La transmisión vertical es poco frecuente y el tipo de parto no parece influir en la transmisión vertical del VHC. En el 15 % de los casos la hepatitis C cede espontáneamente y a los 10 años de seguimiento el 50-80 % de estos pacientes pierden los anti-vhc.

El 85 % de los pacientes con infección aguda por VHC desarrollan hepatitis crónica. La mayoría de los pacientes con evidencia bioquímica de hepatitis crónica presentan solo lesiones necro-inflamatorias leves o moderadas con mínima fibrosis y no sucumbirán a la enfermedad hepática, sin embargo el 20 % de los pacientes con hepatitis crónica C desarrollarán cirrosis en 10-20 años y pueden llegar a fallecer como consecuencia de sus complicaciones si no se realiza un trasplante hepático.

Los factores de riesgo importantes para el desarrollo de cirrosis son:

- La edad avanzada en el momento de la infección (>50 años): estos pacientes tienen una enfermedad más rápidamente progresiva, mientras que en pacientes jóvenes es más lenta.
- Alcoholismo: Diferentes estudios muestran que el alcohol es un importante cofactor en la progresión de hepatitis crónica a cirrosis.
- Coinfección por el VIH-VHC: los pacientes con coinfección VIH-VHC progresan más rápidamente a cirrosis que los infectados solo con VHC.
- Coinfección por el virus de la hepatitis B.

La cirrosis secundaria a infección crónica por VHC es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de carcinoma hepatocelular (CHC) en los países occidentales: Se estima que entre el 1-4 % de estos pacientes desarrollarán un CHC cada año, esto apoya la necesidad de hacer una ecografía cada 6 o 12 meses abdominal y la determinación de alfa-fetoproteína plasmática cada 6 meses.

A menudo, el CHC afecta a pacientes con infección de VCH en fases avanzadas de la enfermedad, después de varias décadas. Es importante saber que el desarrollo de carcinoma hepatocelular es infrecuente en pacientes con hepatitis crónica C sin cirrosis.

Diagnóstico de la infección:

Como pruebas diagnósticas de screening de hepatitis C se utilizan técnicas de enzoinmunoanálisis (ELISA), económicas, sencillas y muy sensibles pero no distinguen entre infección aguda crónica o resuelta.

Con los ELISA de segunda y tercera generación, el anti-VHC se detecta en una hepatitis aguda dentro de las dos primeras semanas a partir de la elevación inicial de las transaminasas.

Si la infección se resuelve, la reactividad para anti-VCH se debilita pero el anticuerpo puede ser detectado durante largo tiempo. Si la infección se cronifica, hecho frecuente, suele permanecer detectable de forma continua.

Las técnicas más recientes, de tercera generación, incorporan antígenos del core y de las regiones NS3/NS4 Y NS5, y son de mayor sensibilidad. No obstante, continúan teniendo el inconveniente de su valor predictivo positivo, muy alto en grupos de alto riesgo como los ADVP (90,95%), pero con elevados falsos positivos en grupos con prevalencias de infecciones bajas.

En estos casos la infección debe ser confirmada mediante una prueba de inmunoblot (RIBA: recombinant immunoblot assay) o mediante la determinación del ARN-VHC en suero. El RIBA se aplica por tanto para confirmar el diagnóstico en casos en el que un ELISA sea positivo y el paciente pertenezca a una población de bajo riesgo, ya que identifica anticuerpos frente a antígenos individuales del VHC, por lo que es más específico que el ELISA.

Biopsia hepática:

La necesidad de hacer una biopsia hepática previo a la instauración del tratamiento antiviral en pacientes infectados por el VHC es un tema discutido. A favor se basa en que el tratamiento antiviral para el VHC sea apoyado entre otros parámetros en la necesidad de un criterio histológico que justificará el tratamiento y también en que el grado de severidad histológica se ha mostrado común factor predictivo de respuesta terapéutica, habiéndose utilizado para indicar, posponer o incluso rechazar el tratamiento. Otros argumentos que pueden ser utilizados en contra de la realización de esta prueba son su carácter invasivo, no exento de posibles complicaciones médicas y la inseguridad de los resultados obtenidos, mediatizados por la elección de la zona donde se realiza la punción-biopsia e, incluso por la interpretación del patólogo.

Los comités asesores continúan recomendando en los pacientes infectados por el VHC la realización de la biopsia. En cualquier caso, parece aconsejable obtener en el futuro marcadores no invasivos de actividad de la enfermedad.

Generalmente se utiliza la biopsia transcutánea, que está contraindicada en cuadros de coagulopatía severa, enfermedades hepáticas terminales y en infectados por VHC con transaminasas dentro de la normalidad.

Los casos con cirrosis hepática compensada pueden ser tratados con especial vigilancia de las cifras de hematíes, leucocitos y plaquetas.

En los pacientes con cirrosis hepática descompensada está contraindicado el tratamiento combinado.

Tratamiento de la infección por VH:

Aunque la evolución de la hepatitis crónica C puede ser benigna, especialmente tras pocos años de evolución, la aparición a largo plazo de lesiones graves e irreversibles es muy frecuente, por lo que es necesario identificar y tratar a los pacientes susceptibles de tratamiento.

El diagnóstico de hepatitis crónica por VHC se basa en la práctica clínica en la asociación de elevación persistente de las transaminasas y presencia de antiVHC. No obstante, antes de recibir un tratamiento antiviral debe determinarse el genotipo del VHC y la carga viral, para calcular la duración prevista del tratamiento, mientras que la biopsia no es imprescindible, aunque es recomendable efectuarla para valorar el grado de lesión y la extensión de la fibrosis.

Hasta ahora, el tratamiento utilizado consistía en la administración de interferón alfa a dosis de 3 MU 3 por veces semana durante un año. Debido a la que la administración de monoterapia con interferón alfa ha estado lejos de proporcionar resultados satisfactorios, se ha intentado desde hace años, mejorar y racionalizar el tratamiento para la hepatitis crónica C. Por una parte se ha intentado identificar que tipo de pacientes son los que responden mejor al tratamiento convencional con interferón, al objeto de administrar ese tratamiento a los más susceptibles de resultar beneficiados.

Hace pocos meses el tratamiento de la hepatitis crónica C se basaba en la monoterapia con interferón alfa. Los resultados de este tratamiento, el único que estuvo disponible durante más de una década fueron bastante decepcionantes, ya que no más del 20-25% de los pacientes tratados presentaban una respuesta favorable. Algunas modificaciones como: aumentar la dosis de interferón o combinarlo con otros fármacos no consiguieron mejorar significativamente los resultados. En el caso de pacientes infectados con VIH, la monoterapia estándar con interferón alfa proporcionó resultados pobres, aunque variables, con tasas de respuesta sostenida entre un 0% en algunos estudios y el 22 % en las series más favorables. La tasa de respuesta fue, además menor en los pacientes más inmunodeprimidos.

En los últimos tiempos la terapéutica de la hepatitis crónica C ha experimen-

tado cambios sustanciales con la introducción del tratamiento combinado con interferon alfa y ribavirina. La ribavirina es un nucleoside sintético, hidrosoluble, con, con aceptable biodisponibilidad oral y con actividad antiviral y probablemente inmunosupresora. Tiene poca toxicidad, aunque suele producir hemólisis, que puede tener repercusiones serias en pacientes cardiopatas, hiperuricemia y puede ser teratógeno.

La ribavirina, en monoterapia, disminuye la hipertransaminemia, pero no modifica, o escasamente modifica, los niveles de viremia. Sin embargo, la administración conjunta de interferon alfa-2b a dosis convencional y la ribavirina a dosis de 100-1200 mg diarios, proporciona mejores resultados que la monoterapia con interferon a las mismas dosis.

Actualmente la dosificación recomendada de ribavirina es de 1000-1200 mg diarios repartidos en dos dosis dependiendo del peso del paciente, aunque es posible que dosis inferiores puedan ser igualmente eficaces.

Es aconsejable el tratamiento en pacientes con elevada persistencia de las transaminasas, viremia VHC positive y hallazgos de fibrosis y moderada inflamación en la biopsia hepática que no presenten alcoholismo y otras contraindicaciones del tratamiento.

En los pacientes con lesiones hepáticas leves, especialmente sino se detecta fibrosis en la biopsia, la indicación de la terapia es menos clara, ya que el riesgo de progresión a cirrosis, a corto plazo o medio plazo es escaso. La duración del tratamiento está determinada por el genotipo viral. Los pacientes con infección por genotipo 1, deben ser tratados durante 12 meses, mientras que los infectados por genotipo 2 o 3 han de ser tratados durante 6 meses.

El tratamiento debe interrumpirse a las 24 semanas si la viremia continua siendo positivo, ya que las posibilidades de respuesta sostenida si se prolonga el tratamiento 48 semanas son nulas.

Si la viremia es negativa a las 24 semanas y el paciente esta infectado por genotipo 1 se aconseja continuar el tratamiento hasta alcanzar un año, aunque puede ser suficientes 6 meses de tratamiento si la carga viral inicial era inferior a 800.000 UI/ml o a 2.000.000 copias/ml. SE han descrito diferentes tipos de respuesta al tratamiento antiviral: ausencia de, respuesta parcial(normalización parcial o complete de transaminasas y/o de ARN-VHC en plasma al final del tratamiento con recaída tras la supresión de este) y respuesta sostenida(normalización de las transaminasas y negativización del ARN-VHC en plasma después de los seis meses posteriores a la finalización del tratamiento).

La respuesta sostenida se ha asociado a un claro beneficio clínico (disminución de la morbimortalidad de causa hepática) y beneficio histológico mantenido en el tiempo (regresión de las lesiones hepáticas).

Previamente al inicio del tratamiento debe efectuarse:

- Hemograma con recuento de plaquetas.
- Creatinina sérica.
- Función tiroidal y anticuerpos antitiroidales.

En pacientes de edad avanzada, diabéticos, hipertensos o con antecedentes de cardiopatía, además es aconsejable la evaluación del estado cardiológico. En las mujeres en edad fértil es preciso hacer un teste de embarazo y recomendar medidas anticonceptivas si han de recibir tratamiento con ribavirina es importante También asegurar la ausencia de alcohol y drogas.

No hay un límite para de edad para efectuar los tratamiento antivirals en la hepatitis C, pero es recomendable no tratar a enfermos con más de 65 de edad, que pueden tolerar mal el tratatamiento. Existen factores tras inicio de tratamiento predictores de la respuesta a más largo plazo.En ese sentido, la normalización rápida de las transaminasas (antes de la ocho semana a la doce semana de tratamiento) y la negativización de la viremia plásmatica a la duodécima semana de tratamiento han sido considerados como factores predictorios de la respuesta al final del tratamiento y de la respuesta sostenida.

El interferon pegilado (interferon-PEG) es una nueva presentación farmacológica del interferon obtenida mediante la union fisicoquímica de una molécula de interferon alfa recombinante a una molécula de polietilenglicol.Ellos permite retrasar su aclaramiento, prolongar y mantener su actividad y,consecuentemente,mejorar su eficacia.El interferon-PEG se administra por via subcutánea y tras su liberación rápida, hay una eliminación lenta, consiguiéndose picos de concentración prolongados, durante al menos 90 horas, con una fase ulterior de eliminación gradual a lo largo de varios días. Ello permite un efecto terapéutico sostenido con una única inyección semanal. Existen dos interferones alfa pegilados,el derivado del interferon alfa-2a(pegasys) y el derivado del interferon alfa-2b (Peg Intron), con diferencias en el método de pegilación y por tanto, también en su metabolismo y biodisponibilidad.

No es posible todavía saber si alguno de los dos interferones pegilados presenta mayor eficacia que el otro, ya que los estudios realizados con cada unos de ellos son dificilmente comparables, ni tampoco si alguno ocasiona mayores efec-

tos secundarios. Si conocemos, en cambio, que la eficacia de la monoterapia con interferon-PEG se aproximan a la combinación con interferon convencional más ribavirina. Además los resultados sugieren que la eficacia del interferon-PEG podría aumentar si se administra en asociación con ribavirina e incluso que puede permitir la utilización de dosis más bajas de ribavirina, lo que permitiría disminuir la toxicidad del tratamiento y reducir su coste.

Monotorización del tratamiento:

El consejo asesor para el tratamiento de las hepatitis virales ha aconsejado contemplar la seguridad y la eficacia del tratamiento, elaborando las siguientes Recomendaciones de monotorización del tratamiento.

Seguridad:

El hemograma (recuento de leucocitos, neutrófilos, linfocitos y hemoglobina) y el recuento plaquetar deben determinarse cada semana o cada 15 días durante el primer mes de tratamiento, en función de si el paciente presenta o no riesgo coronario. Después los controles deben realizarse cada 2-3 meses durante todo el periodo de tratamiento y, tras finalizarlo, cada 3 meses.

La función tiroidal (TSH) debe determinarse cada 3 meses durante el tratamiento y, tras finalizarlo, cada 6 meses.

La analítica general, incluyendo la GPT, triglicéridos, creatinina, bilirrubina y ácido úrico (en los pacientes que reciben tratamiento combinado por el riesgo de crisis de gota) debe efectuarse cada 3 meses durante y después del tratamiento.

Los enfermos y enfermas en edad reproductiva deben utilizar métodos anticonceptivos durante todo el tiempo del tratamiento y hasta 6 meses después de haberlo finalizado, ante el riesgo de posibles efectos teratógenos de la ribavirina.

En general se debe reducir la dosis de interferon al 50% ante la leucopenia inferior a 1500/mm³, neutropenia inferior a 750 mm³ y plaquetopenia inferior a 50.000/mm³. La dosis de ribavirina se debe reducir al 50% ante una hemoglobina inferior a 10 g/dl o una disminución de sus niveles igual o superior a 2g/dl durante 4 semanas en pacientes con riesgo coronario, así como ante un aumento de la bilirrubina indirecta superior a 5 mg/dl.

El tratamiento (tanto de interferon como de ribavirina) debe suspenderse definitivamente ante una leucopenia inferior a 8,5 g/dl o bien inferior a 12 g/dl después de haber disminuido la dosis en paciente con riesgo coronario, elevación de GPT superior a dos veces el valor normal, bilirrubina indirecta superior a 4 mg/dl

durante más de 4 semanas y aparición de enfermedad tiroidal.

Eficacia:

La respuesta al tratamiento con interferon en monoterapia o la terapia combinada con interferon más ribavirina se evaluará mediante la determinación del ARN-VHC sérico cualitativo a los 6 meses. El tratamiento deberá suspenderse si el ARN-VHC es todavía positivo en los enfermos en que se pretendía realizar tratamiento durante 12 meses. Se considerará que ha habido tratamiento respuesta al tratamiento cuando la GPT sea normal y el ARN-VHC sérico sea negativa justo antes de finalizar el tratamiento. Se considerará que hay respuesta sostenida cuando la GPT sea normal y el ARN-VHC sea negativa a los 6 meses de finalizar el tratamiento. Como seguimiento, parece recomendable y costo-efectivo realizar anualmente una determinación de GPT y, en caso de que ésta aumente, determinar el ARN-VHC sérico cualitativo. No existe unanimidad en el tiempo en que debería realizarse este seguimiento clínico.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la importancia del diagnóstico y prevención precoz de la enfermedad e investigar sobre la historia de la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Identificar los grupos de riesgo y las estrategias de prevención.
- Mostrar las medidas farmacológicas contra la hepatitis C y sus medidas de seguridad.

3 Metodología

Se hizo una revisión sistemática en bases, Web of Science, Pubmed, clinical Key, Google académico. Sin restricción del idioma, y sin límite de fechas hasta la actualidad (2018). La selección de artículos fue hecha por un investigador, se buscaron revisiones sistemáticas, estudios casos, y estudios de diseño aleatorio, relacionado con el virus de la hepatitis C y todo relacionado con ella, de cada uno de los estudios se sacó información del título, autor y año. Se obtuvo un total de 25 artículos. Utilizando las palabras clave: hepatitis C, Virus, vacuna, enfermedad y prevención.

4 Resultados

De la búsqueda hecha de las bases de datos se encontraron 25 artículos, de los cuales 17 reunían los criterios de inclusión, más de la mitad de la literatura encontrada sobre la hepatitis C, demuestra un grave problema de salud pública por su evolución a la cronicidad. Es la primera causa de trasplante hepático en Europa y EE.UU. El primer factor de riesgo de VHC es el uso compartido de jeringuillas en pacientes drogodependientes diagnóstico de la enfermedad es sencillo y económico y se utilizan técnicas de enzimonioanálisis

5 Discusión-Conclusión

El paciente portador del virus de la hepatitis C es un paciente complejo, aunque con un amplio conocimiento de la enfermedad. Desde el punto de vista médico, se están llevando a cabo muchos avances, desde nuevas pruebas diagnósticas, aparición de nuevos fármacos, hasta el aumento en la supervivencia de estos pacientes.

Sim embargo ante el descubrimiento de nuevos fármacos, que han supuesto una disminución en la gravedad y número de efectos secundarios, surge la necesidad de atender otros aspectos relacionados con la cronicidad de la enfermedad.

También destacar el interés de llevar a cabo campañas de prevención (como vacunas para la hepatitis A y hepatitis C) en grupos de riesgo.

- La hepatitis C Ha aumentado la prevalencia en los últimos años por lo que es necesario campañas de prevención
- Es un problema de salud pública por su evolución a la cronicidad
- Es la primera causa de trasplante hepático en Europa y EE.UU.

6 Bibliografía

1. Serra C,Torres M,Campins M. Riesgo de infección por el virus de la hepatitis C en personal sanitario:evidencias,actitudes y probabilidades de prevención postexposición.Med Clin (Bar) 1997; 108:629-35.
2. Bruguera M,Campins M,Esteban R,Gatell JM,Martínez M,Navas JG et al.com actuar quan un metge és portador del virus de la immunodeficiència humana o dels virus de'l hepatitis B o C.Quaderns de la bona praxi 1997;núm 7.
3. National Institutes of Health:Consensus Development Conference Panel Statement:Management of Hepatitis C.Hepatology 1997;26:2S-10S.

4. De Medina M, schiff ER. Hepatitis C: diagnostic assays. *Semin Liver Dis* 1995;15:33-40.
5. Lok AS, Gunaratnam NT. Diagnosis of hepatitis C. *Hepatology* 1997;26(suppl 1):48 S-56 S.
6. García-Samaniego J, Rodríguez M, Berenguer J, Rodríguez-Rosado R, Carbo J, Asensi V et al. Hepatocellular carcinoma in HIV-infected patients with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 2001;116:179-83.
7. Foster GR, Thomas HC. Therapeutic options for HCV management of the infected individual. *Ballieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000;14:255-64.
8. Sánchez-Quijano A, Andreu J, Gavilán F, Luque F, Abad MA, Soto B et al. Influence of HIV-1 on the natural course of chronic parentally acquired hepatitis C. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14:949-53.
9. J. Rodés. *Medicina interna*. 2º ed. Barcelona: Masson; 1997. cap 11. p. 1520 - 1535.
10. Luis Carrasco, Jose M^a Almendral del Río. *Virus patógenos*. 3ª ed. Madrid: Helice; 2006. cap 17 p. 365-375.
11. Farreras R. *Medicina Interna*. 16 ed. Barcelona: Elsevier; 2009 cap 16. p. 341-352.
12. María Martínez-Rebollar, María Larrousse, Marta Calvo, Ana Muñoz, Ana González, Montse Loncá, et al. Estado actual de la hepatitis aguda C. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 2011 Agosto; 29(3).
13. R. Jiménez Galán, Á Albacete Ramirez, P. Monje Agudo, Y. Borrego Izquierdo. Nuevos fármacos en el abordaje terapéutico de la hepatitis C. *Farmacia Hospitalaria*. 2014;3(3).
14. Bruno Pozzetto, Meriam Memmi, Olivier Garraud, Xavier Roblin, Philippe Berthelot. Health care-associated hepatitis C virus infection. *World Journal of Gastroenterol*. 2014 Diciembre; 20 (46).
15. Bruguera M. Prevención de la hepatitis virales. *Enfermedades infecciosas y microbiología*. 2006 octubre; 24(10).
16. Bruguera M. Hígado y deporte. *Medicina clínica*. 2004 Enero; 122(03).
17. Holcomb SS. Cuidar de un paciente con hepatitis Crónica. *Nursing*. 2009 Junio-Julio; 27(6).

Capítulo 192

MARCAJE DEL ESTOMA.

LEYRE IBERO PEMAN

ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE

ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ

CARMELA TROYAS VISUS

CRISTINA HUARTE USTARROZ

1 Introducción

Una ostomía es una apertura (estoma) de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, pudiendo comprometer el aparato digestivo y/o el urinario. De acuerdo al segmento exteriorizado reciben una determinada denominación (urostomía-ileostomía-colostomía), pero independientemente a esto, la piel alrededor de la apertura se la denomina piel periestomal y requiere unos cuidados específicos.

El marcaje del estoma es la técnica mediante la cual se ubica sobre la piel del paciente el punto donde se localizara el posible estoma. Se realiza antes de la cirugía en función de sus características físicas y del tipo de intervención que se le va a practicar, entre otros aspectos. Su objetivo principal, es el de seleccionar la mejor ubicación para un estoma funcional, bien perfundido y libre de tensión para garantizar la correcta adaptación de los dispositivos de ostomía, evitando así futuras complicaciones

2 Objetivos

- Mostrar la importancia que tiene un buen marcaje y cómo afecta en el paciente.
- Conocer el procedimiento para realizar un buen marcaje y aspectos a tener en cuenta.

3 Metodología

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

Palabras clave: estoma, marcaje, ubicación.

4 Resultados

- Existen multitud de estudios con nivel de evidencia 2A que reflejan que los pacientes ostomizados a quienes se les realiza un adecuado marcaje preoperatorio por parte de un profesional entrenado en la técnica presentan una menor incidencia de complicaciones postoperatorias. Además de presentar menos complicaciones, cuenta con otras muchas ventajas: mayor autonomía en el cuidado y manejo, mayor aceptación, recuperación más rápida, etc.
- La realización de un estoma crea un gran impacto al paciente afectando a nivel biopsicosocial. Antes de llevar a cabo el marcaje, debemos revisar la historia del paciente y realizar tanto una entrevista personal como una exploración física valorando: características corporales, capacidades personales, situación familiar y social, actividad física y laboral. Además, tendremos en cuenta las zonas que se deben de evitar, ya que pueden dificultar la correcta adaptación como son las prominencias óseas, depresión umbilical, pliegues, hernias previas, piel lesionada, etc.
- Procedimiento:
Prepara en material necesario: rotulador que se pueda borrar, rotulador permanente, dispositivos de ostomía y apósito de film transparente.
Explicar el procedimiento al paciente y animarle a participar en él.

Pedirle que se tumbe y descubra su abdomen para valorarlo y localizar el músculo recto del abdomen propicio para el masaje de la futura ostomía.

Dibujar el triángulo estomal en el cuadrante inferior del abdomen correspondiente al tipo de ostomía que se va a realizar. Sus vértices deben de coincidir con el ombligo, la cresta iliaca y la línea media del pubis, trazando después las bisectrices. El punto de inserción indica el lugar preferente para la ubicación del estoma. Verificar que el punto obtenido se encuentra dentro del músculo recto.

- Comprobación del marcaje: pedir al paciente que se siente, se ponga de pie y se incline hacia adelante, modificar el punto si fuera necesario y verificar que la ubicación del estoma se encuentra en zona de buena visibilidad para el paciente, marcando además de forma bilateral y cubriendo con apósito transparente.

5 Discusión-Conclusión

Un estoma que ha sido previamente marcado de forma correcta, contribuye a mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados y a mantener la salud de su piel periestomal. Un paciente ostomizado con un estoma bien ubicado, al disminuir las complicaciones postoperatorias y aumentar su seguridad e independencia, reduce los costes asociados a las consultas de un profesional sanitario y los derivados del uso de dispositivos /o accesorios de ostomía.

6 Bibliografía

- El correcto marcaje del estoma, condición indispensable en la calidad de vida del ostomizado, revista portales médicos.
- Recio Medina, Francisco Javier; López Rodríguez, Luis. El marcaje del estoma y su repercusión en la calidad de vida y en las complicaciones postoperatorias en pacientes con colostomías. Biblioteca Lascasas, 2017; V13.
- Corella Calatayud, JM; Vázquez Prado, A; Tarragón Sayas, MA; Mas Vila, T; Corella Mas, JM; Corella Mas, L. Estomas. Manual de Enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) 2005.
- Hollister education. Marcaje del estoma. Guía de ayuda para el profesional.

Capítulo 193

EFECTIVIDAD DEL SISTEMA VAC EN LA CURA Y CICATRIZACIÓN DE HERIDAS.

VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ

AIDA GARCIA ARDURA

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El sistema de cierre asistido por vacío (VAC) es un método no invasivo y dinámico que facilita la cicatrización mediante una presión negativa ejercida sobre la herida. A día de hoy es habitual su uso tanto hospitalaria como ambulatoriamente para el tratamiento de úlceras y heridas por segunda intención o crónicas. Conocer su efectividad resulta importante para decidir su priorización respecto a otros apósitos convencionales en la práctica asistencial y poder así mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el costo sociosanitario.

Esta terapia utiliza una espuma de poro abierto que se coloca sobre la herida y que luego se sellará con un film transparente creando un ambiente de oclusión en la herida ausente de gérmenes. A continuación se aplicará una fuerza de succión a través de un dispositivo tipo tubo de drenaje que se colocará sobre el apósito primero o espuma. Entre las ventajas de la VAC destaca su capacidad de acelerar la cicatrización reduciendo el edema, estimular el flujo sanguíneo, generar un ambiente húmedo, reducir la colonización bacteriana y estimular la formación de tejido de granulación. Su aplicación está indicada en heridas crónicas

(úlceras venosas, por decúbito, diabéticas, etc), traumáticas o agudas tras complicaciones quirúrgicas. Es un sistema de uso habitualmente hospitalario pues precisa un tipo de cura especializado realizado por personal sanitario y entrenado en su funcionamiento. El sistema es portátil favoreciendo la posibilidad de alta y tratamiento ambulatorio con revisión, vigilancia y cura en consulta.

2 Objetivos

- Valorar el beneficio-efectividad del uso de la terapia VAC en el tratamiento de heridas para su cicatrización y curación.

3 Metodología

La mayoría de las revisiones surgen de la necesidad de clarificar una incertidumbre sobre un determinado tema sobre el cual ya existen algunos estudios preexistentes. o hay un número exigible de artículos. Hay revisiones sistemáticas que se realizan simplemente para poner en evidencia las lagunas del conocimiento. Establecida la incertidumbre que queremos resolver, y que da título al trabajo, nos queda dilucidar las bases de datos a las que hemos acudido por medio de un protocolo de búsqueda. Un protocolo de búsqueda supone un plan de proceso detallado y explícito tanto de las bases de datos que se van a utilizar como de los pasos que se van a seguir. Este protocolo permite un rastreo sistemático de información, que además al ser transparente y explícito hace posible su reproducibilidad.

Comenzamos con la identificación de las bases de datos.

Cuiden: Es una base de datos pertenecientes a Ciberindex, plataforma especializada en la gestión del conocimiento en cuidados de salud que tiene como misión proporcionar a los profesionales sanitarios soluciones prácticas e innovadoras para la ayuda en la toma de decisiones fundamentadas en el conocimiento científico. En nuestra búsqueda , usamos como palabras clave “VAC, heridas” obteniendo un artículo adecuado a nuestro tema de estudio.

Enfispo: Base de datos perteneciente a la Universidad Complutense de Madrid, que permite la consulta del catálogo de artículos de revistas en español que reciben en la biblioteca de la facultad de enfermería, fisioterapia, y podología. Nuestras palabras clave fueron “VAC, heridas” no obteniendo ningún artículo que se adhiera a nuestra incertidumbre.

Cuidatge: Base de datos de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Recoge los artículos de las revistas recibidas en la biblioteca de la E.U.

Las directrices para nuestra búsqueda fue VAC + heridas . No se encontró ningún resultado satisfactorio.

Google académico: Es un buscador que permite localizar documentos académicos como artículos , tesis, libros, y resúmenes de fuentes diversas como editoriales universitarias, asociaciones profesionales, y otras organizaciones. Los resultados aparecen ordenados considerando el texto completo , el número de citas recibidas, el autor, la publicación, fuente, etc. Es un buen recurso para buscar en muchas fuentes a la vez.

Se usaron como palabras clave "VAC, heridas" y obteniéndose, 4 resultados que encajaban en nuestra búsqueda.

Pubmed: Es un servicio creado por National Library of Medicine y la National Center for Biotechnology Information dependiente del Instituto Nacional de la Salud de los EEUU. Desde Pubmed podemos acceder a las citas y resúmenes de Medline, que es la base de datos más importante de la National Library of Medicine y abarca los campos de Medicina, Enfermería, Odontología, Veterinaria, Ciencias preclínicas y Salud Pública.

Nuestras palabras clave fueron " VAC AND wounds " y se encontró un artículo.

4 Resultados

- Según los artículos revisados la terapia fue aplicada en heridas crónicas, úlceras diabéticas, heridas quirúrgicas complicadas incluso injertos en pacientes pediátricos. En los pacientes estudiados con heridas complejas y presencia de contaminación grave o fistulas que exponían por tanto su vida en un gran riesgo , la tasa de supervivencia y curación fue del 90% con una estancia hospitalaria de unos 38 días, quedándose atrás por tanto un 10% que sufrieron en su gran mayoría un shock séptico.

- La aplicación del método de cierre por presión negativa en enfermos diabéticos y/o con úlceras por presión produjo exitosas tasas de reducción del área de la herida en un 90% de los casos estudiados, reducción del tiempo de curación a 3.9 semanas, restando una menos a los que fueron tratados con apósito convencional, y mejorando la calidad de vida al suponer una cura más duradera pudiendo ser prolongado el periodo entre curas.

- En cuanto a la aplicación en el paciente pediátrico, el cierre y cicatrización de injerto en 7 de 8 pacientes propuestos para el estudio fue un objetivo cumplido tras una estancia de unos 13 días.

5 Discusión-Conclusión

La terapia de cierre por vacío es un sistema seguro y efectivo para el tratamiento de heridas, caracterizándose por la reducción del área afecta, eliminando el exceso de fluidos de drenaje que impide la sobreinfección y mantiene el área lo más aséptico posible, y estimulando la angiogénesis para su cicatrización. Esta técnica tan habitual en hospitales facilita el control y curas por enfermería, reduciendo el número de curas por día, la carga asistencial y mejorando la calidad de los cuidados.

A nivel de gestión sanitaria, reduce la estancia al ingreso, el número de consultas y el gasto económico. Supone por tanto una técnica con muchas aplicaciones y beneficios a nuestro alcance que no debemos desaprovechar siempre teniendo en cuenta individualmente cada caso a tratar.

6 Bibliografía

- T. Wild, F. Otto, L. Mojarrad, M. Kellner, P. Götzinger. Vacuum therapy-basics, indication, contraindication and cost listing. *Ther Umsch*, 64 (2007), pp. 495-503 <http://dx.doi.org/10.1024/0040-5930.64.9.495> | Medline
- European Wound Management Association. EWMA [sede web]. 1991 [acceso 22 octubre 2009]. Disponible en <http://www.EWMA.org>.
- A. Muñoz, J.I. Landa. VAC Therapy. Aplicación en Cirugía General. Documento de Consenso. Reunión (2007), L. Heller, S. Levin, C. Butler.
- Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing. *The American Journal of Surgery*, 191 (2006), pp. 165-172
- A. Brox-Jiménez, R. Ruiz-Luque, C. Torres-Arcos, P. Parra-Membrives, D. Díaz-Gómez, L. Gómez-Bujedo, et al. Experience with the Bogota Bag technique for temporary abdominal closure. *Cir Esp*, 82 (2007), pp. 150-154 Medline
- F. Robledo-Ogazon, J. Mier y Diaz, P. Sánchez Fernández, R. Suarez Moreno, A. Vargas Rivas, L. Bojalil Duran. Uso del sistema de cierre asistido al vacío VAC® en el tratamiento de las heridas quirúrgicas infectadas. Experiencia clínica. *Cir Cir*, 74 (2006), pp. 107-113

- J. Olejnik, I. Sedlak, I. Brychta, I. Tibensky. Vacuum supported laparostomy-an effective treatment of intraabdominal infection. *Bratisl Lek Listy*, 108 (2007), pp. 320-323 Medline
- P. Boele van Hensbroek, J. Wind, M. Dijkgraaf, O. Busch, J. Goslings. Temporary closure of the open abdomen: a systematic review on delayed primary fascial closure in patients with an open abdomen. *World J Surg*, 33 (2009), pp. 199-207 <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-008-9867-3> | Medline
- A. Alan de Costa. Making a virtue of necessity: managing the open abdomen. *ANZ J Surg*, 76 (2006), pp. 356-363 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.2006.03638.x> | Medline
- J.P. Arigon, O. Chapuis, E. Sarrazin, F. Pons, A. Bouix, R. Jancovici. Managing the open abdomen with vacuum-assisted closure therapy: retrospective evaluation of 22 patients. *J Chir (Paris)*, 145 (2008), pp. 252-261
- *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2013 Jul-Aug;57(4):282-5. doi: 10.1016/j.recot.2013.04.004. Epub 2013 Jul 5.
- Barreira F, Carriquiry C. Tratamiento de heridas utilizando presión negativa tópica. *Biomedicina*. 2006; 2(2): p. 122-30. 2. Instituto Nacional de Estadística. España; 2015.
- Díaz González JM, Narro Llorente RA, Domínguez Cherit J, Contreras Ruiz J. Relevancia del tratamiento integral del paciente con heridas extensas previo a la terapia con presión negativa. *Dematología Rev Mex*. 2008; 52(4): p. 182-7.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. España; 2013 [acceso 4 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Jiménez Jiménez CE. Terapia de presión negativa: una nueva modalidad terapéutica en el manejo de heridas complejas, experiencia clínica con 87 casos y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir*. 2007; 22(4): p. 209-24.
- Sarabia Cobo CM, Castanedo Pfeiffer C. ¿En qué consiste la presión tópica negativa? ¿Es eficaz/eficiente en el cierre de heridas complejas? Revisión del tema. *Gerokomos*. 2014; 25(1): p. 44-7.
- Gastelu-Iturri Bilbao J, Atienza Merino G. Evaluación de la eficacia y seguridad de la presión negativa en el tratamiento de las heridas crónicas. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2005.
- Lorenzo Hernández MP, Hernández Cano RM, Soria Suárez MI. Chronic wounds treated in an emergency service of primary health care. *Enfermería Global*. 2014; (35): p. 32-40.

- Trujillo Martín M, García Pérez L, Serrano Aguilar P. Efectividad, seguridad y costeefectividad de la terapia por presión negativa tópica para el tratamiento de las heridas crónicas: una revisión sistemática. *Med Clin.* 2011; 137 (7): p. 321-8
- Contreras Fariñas R, Ibáñez Clemente P, Roldán Valenzuela A, Germán Torres de Castro Ó. Guía de práctica clínica. Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Sevilla: Asociación Española de Enfermería vascular y heridas; 2014.

Capítulo 194

CUIDADOS DEL PACIENTE CON OSTOMIA.

ANA ISABEL CIMAS SUÁREZ

SUSANA PRIETO GONZÁLEZ

1 Introducción

Se define ostomía como la exteriorización del intestino delgado (ileostomía) o del intestino grueso (colostomía) a través de la pared abdominal con objeto de crear una salida artificial de las heces al exterior mediante una intervención quirúrgica. La porción de órgano que queda al exterior se denomina estoma.

Los estomas pueden ser temporales o permanentes. Además presentan particularidades dependiendo de la zona anatómica donde se realicen. Se llevan a cabo en individuos con afectación del intestino para favorecer la liberación de desechos intestinales.

2 Objetivos

- Descubir los cuidados que precisan las ostomias por parte del personal sanitario y educar al paciente en la realización de dichos cuidados de forma autónoma.

3 Metodología

Seha realizado una revisión bibliográfica sistemática en la literatura científica al respecto en los últimos años usando bases de datos como: Scielo, Pubmed y

4 Resultados

Los cuidados que precisan los estomas son:

- Mantener una adecuada higiene del estoma con agua y jabón con esponja suave.
- Secado sin frotar.
- Escoger tipo de bolsa y disco en función de las características de estoma y del contenido fecal.
- En cada cambio de disco retirar adhesivos con suavidad.
- Tener en cuenta el diámetro y recortar el disco a medida.
- La colocación de la bolsa se realizará de abajo hacia arriba apretando los anillos y la bolsa.
- Enfermería debe ayudar en la educación y cuidados en las primeras semanas para minimizar estrés que genera en los pacientes fomentando el autocuidado.
- Seguir dieta adecuada evitando alimentos flatulentos y que hagan heces muy líquidas o muy duras. Beber agua.

Informar al paciente de las complicaciones que pueden surgir y que deben consultarse como edema, hemorragia, estenosis, prolapso, retracción, dermatitis y úlcera periestomal.

5 Discusión-Conclusión

La educación sanitaria llevada a cabo por el personal de enfermería en pacientes ostomizados es vital para que éstos afronten de forma positiva los cambios físicos, psicológicos y mejoren su calidad de vida. Una buena educación mejora el proceso de adaptación y le hace tomar el control de la situación logrando su autonomía.

6 Bibliografía

1. García Martínez, C., García Cueto, B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RQR Enfermería Comunitaria (Revista del SESPA) 2017. Noviembre; 5 : 35 - 48.
2. Ortiz, H., Martí, R. J., Foulkes, B. Indicaciones y cuidados de los estomas: Técnicas quirúrgicas. 1ª ed. Barcelona. España, 1994. p.107-130.

3. Tejido, M, Vargas, M.El rol de enfermería frente a pacientes ostomizados. Barcelona.: Editorial Palex. 1993,73.
4. Ferreria,A. Proceso de atención al paciente ostomizado: gestión de cuidados integrales. Montevideo(UY): Ed. Psicomibros Waslala; 2011.

Capítulo 195

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DISFAGIA TRAS UN ICTUS EN SU FASE AGUDA.

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

HELENA RICO BLANCO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

1 Introducción

La disfagia es la incapacidad o dificultad de para tragar alimentos sólidos o líquidos desde la cavidad bucal hasta el estómago. Es un problema común en enfermedades neurológicas , sobre todo en personas que han sufrido un ictus en su fase aguda.

Las complicaciones más importantes derivadas de la disfagia son:

- Malnutrición.
- Deshidratación.
- Aspiración y neumonía.

Para la valoración de la disfagia se utiliza el test clínico de deglución volumen-viscosidad (MECV-V) que tiene estas características:

- Es un test seguro y sencillo.
- Ayuda a prevenir complicaciones derivadas de la disfagia.

- Nos da información acerca de la viscosidad y el volumen adecuado para alimentar al paciente.

2 Objetivos

- Identificar precozmente a los pacientes con disfagia.
- Seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguro para el paciente.

3 Caso clínico

Paciente de 89 años ingresado en la Unidad de Ictus por ictus isquémico de hemisferio derecho. Presenta disartria y hemiparesia de miembro superior izdo después de 48 horas en dieta absoluta y con sueroterapia se inicia tolerancia y para ello se realiza valoración de la disfagia con el test MECV-V.

Material necesario:

- Agua.
- Espesante.
- Jeringa de alimentación de 50ml.
- Vaso para la preparación de viscosidades.
- Pulsioxímetro.
- Aspirador de secreciones por si fuera necesario.

Parámetros de eficacia:

- Adecuado sello labial.
- Residuo oral.
- Residuo faríngeo.
- Deglución fraccionada.

Parámetros de seguridad:

- Disminución de saturación mayor o igual al 3%.
- Tos.
- Cambios de la voz.

Desarrollo del test MECV-V:

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener pulsioxímetro colocado.
- Preparar aspirador.

- Se administra bolos de agua con espesantes introduciendo el bolo siempre en el centro de la boca.
- Se inicia con viscosidad media NÉCTAR y con un volumen de 5ml, si no aparecen signos de alteración de la seguridad se siguen explorando con 10 y 20 ml con la misma textura.
- Si no existen alteraciones de seguridad se explora de la misma forma con textura líquida y después con textura pudding.

4 Resultados

Se realiza test MECV-V con los siguientes resultados: el paciente traga bien líquidos con textura néctar, en volúmenes bajos, medios y altos, también presenta buena tolerancia de agua con textura pudding. Presenta signos de disfagia con agua de textura líquida. El paciente tolera bien agua con textura néctar y pudding, no traga bien líquidos. Se recomienda dieta turmix disfagia y líquidos con espesante de textura néctar.

- Ingesta de fluidos recomendados: viscosidad.
- Líquidos no. Néctar sí. Pudding sí.

5 Discusión-Conclusión

El test MECV-V resulta eficaz y seguro para detectar problemas de disfagia en pacientes vulnerables, se debería aplicar para aumentar el cribado de disfgias en pacientes que lo precisen.

6 Bibliografía

1. Cuidados del paciente tras el ictus. Servicio de neurología del Hospital Universitario de Cabueñes.
2. Manual básico de Neurología para enfermería. Varios autores.
3. Intervenciones de enfermería al paciente con alteraciones neurológicas. Formación Logoss.

Capítulo 196

EL PACIENTE CON PROBLEMAS DE DISFAGIA

NOELIA IGLESIAS BODELON

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

1 Introducción

La disfagia, según la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), la disfagia o deterioro de la deglución se trata de una dificultad para tragar que impide, en mayor o menor medida, el paso de los alimentos líquidos y/o sólidos desde la cavidad oral hasta el estómago (SEMI, 2019).

Según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

(décima revisión) (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, en España, apoyada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (CIE-10-ES), el diagnóstico de disfagia se establece de acuerdo a los tipos que se exponen a continuación (OMS, 2018):

Disfagia no especificada: dificultad para tragar, no especificado de otra manera (NEOM).

Disfagia, fase orofaríngea.

Disfagia, fase faríngea.

Disfagia, fase faringoesofágica.

Otras tipologías: disfagia cervical, disfagia neurógena.

Desde la perspectiva anatómica, se establece como disfagia orofaríngea (DOF) cuando el origen de las alteraciones de la deglución se produce a nivel oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior. Mientras que se conoce como disfagia esofágica (DE) cuando las alteraciones de la deglución se originan en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter esofágico inferior y el cardias (Orts, 2017).

La DOF es una afección altamente prevalente en la actualidad, sobre todo, en tres poblaciones principales en riesgo: personas de edad avanzada, pacientes con enfermedades neurológicas o neurodegenerativas y pacientes con enfermedades de la cabeza y / o el cuello. Ocurre en hasta el 50% de las personas mayores y el 50% de los pacientes con afecciones neurológicas y se asocia con aspiración, complicaciones nutricionales y respiratorias graves e incluso la muerte. Sin embargo, a pesar de la gravedad de la situación, la mayoría de los pacientes no son diagnosticados y no reciben ningún tipo de tratamiento (Rommel y Hamdy, 2016; Ortega, Martín y Clavé, 2017).

Por el contrario, la DE es menos frecuente y menos grave que la DOF, pero conlleva la aparición de síntomas que son mejor reconocidos causados por enfermedades que afectan el sistema nervioso entérico y/o a las capas musculares esofágicas. Esta tipología de disfagia es un síntoma común que suele estar relacionado con enfermedades esofágicas graves como los carcinomas; por lo tanto, un proceso orgánico debe descartarse en primera instancia por endoscopia en todos los pacientes que presentan síntomas de DE. Las etiologías obstructivas más frecuentes son el cáncer de esófago, las estenosis pépticas y la esofagitis eosinofílica.

Actualmente, se están desarrollando sofisticados métodos de investigación y análisis con objeto de realizar diagnósticos certeros de esta patología, que permitan abordar el manejo más adecuado en cada caso (Zerbib y Omari, 2015; Johnston, 2017).

El reconocimiento de la relevancia clínica y las complicaciones de ambos tipos de disfagia está creciendo entre los profesionales de la salud en muchos campos, entre ellos, en el ámbito de la enfermería. Además, la aparición de nuevos métodos para evaluar la función de deglución tanto en la orofaringe como en el esófago, así como los notables avances en la comprensión de la fisiopatología de

estas afecciones, está allanando el camino para una nueva era de investigación intensiva y estrategias terapéuticas activas para los pacientes afectados (Clavé y Shaker, 2015).

De hecho, cabe indicarse que se está desarrollando un campo unificado de deglución, con nuevos perfiles profesionales para cubrir las necesidades de todos los pacientes con disfagia de una manera no fragmentada (Babaei y Shaker, 2014).

Focalizando la temática en el ámbito de la enfermería los profesionales de dicho sector se instauran como los gestores principales en la promoción de la salud de las personas, ya que poseen las capacidades y habilidades necesarias para ello, enseñando y acompañando durante todo el proceso a los pacientes (Alvarado-García, Lamprea-Reyes y Murcia-Tabar, 2017).

Además, la relación más directa que ejerce la enfermería con los pacientes fomenta que estos le otorguen una mayor confianza al personal enfermero que a los profesionales médicos, pudiendo implementar de manera más adecuada y con más interés los cambios que se le sugieran (Boaz et al., 2013).

Cabe realizar un breve inciso en relación a las intervenciones y papel del equipo de enfermería en general, y citar la existencia de la conocida Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), la cual se define como el “proceso por el cual las enfermeras toman decisiones clínicas usando las mejores pruebas disponibles sustentadas en la investigación, su experiencia clínica y las preferencias del paciente, en el contexto de los recursos disponibles” (De Torres, López-Pardo, Domínguez y de Torres, 2008).y permite corroborar la efectividad de los procedimientos llevados a cabo por la enfermería.Finalmente, indicar que el papel del equipo de enfermería en los casos de pacientes con disfagia es importante, sobre todo, en relación a llevarse a cabo una detección temprana de los signos y síntomas clínicos que conlleva la disfagia con objeto de prevenir o reducir las complicaciones derivadas de dicha alteración (Orts, 2017).

Además, una mejora al respecto repercutiría en un menor tiempo de ingreso hospitalario de los pacientes, institucionalidad y gastos económicos globales en salud (Baijens et al., 2016).

HIPÓTESIS DE LA REVISIÓN

La hipótesis que se pretende afirmar o rechazar tras la realización de la presente revisión bibliográfica es: “el papel del equipo de profesionales de enfermería en el manejo de la disfagia estaría adquiriendo una mayor importancia en los últimos 5 años”.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer cuáles son los avances científicos que están aconteciendo en el ámbito de la disfagia, sobre todo, en relación a la función actual que realiza el equipo de enfermería en el caso de pacientes con esta patología.

Objetivos secundarios:

- Recolectar los estudios publicados en la literatura científica en los últimos 5 años en los que se aborde la patología de la disfagia desde la perspectiva del equipo de enfermería.
- Dilucidar las funciones del equipo de enfermería en cuanto a manejo y prevención de la disfagia.
- Identificar las principales intervenciones enfermeras que se desarrollan en el ámbito de la disfagia.

3 Metodología

Con objeto de poder abordar y alcanzar los objetivos propuestos en el presente estudio y, en última instancia, afirmar o rechazar la hipótesis planteada, se ha considerado la realización de un estudio de diseño revisión bibliográfica. A continuación, se exponen las diferentes fases metodológicas que se han llevado a cabo para el desarrollo de la misma.

Las bases de datos en las que se han fundamentado las búsquedas literarias con objeto de recopilar estudios de la literatura científica que pudiera formar parte de la presente revisión han sido: PubMed, MedlinePlus, CUIDEN y Cochrane Library.

Además, se han utilizado una serie de términos MeSH (del inglés “Medical Subjects Headings”) y palabras clave que permitieran la formación de ecuaciones de búsqueda que han sido utilizadas como estrategia para la recopilación de estudios. Los términos MeSH utilizados fueron: “dysphagia”, “nursing care”, y “prevention”, mientras que las palabras clave utilizadas con objeto de focalizar las búsquedas hacia la temática abordada, fueron: “nurse”, “management”, “treatment” and “symptom”.

Cabe indicarse que, para las búsquedas en lengua castellana (en las bases de datos que lo permiten), se han utilizado los mismos términos y palabras clave, trasladados del inglés al castellano. Asimismo, dichos términos y palabras clave se han

conectado por medio de los denominados operadores booleanos, considerados una herramienta eficaz para focalizar las búsquedas literarias en las bases de datos. Los operadores utilizados en la presente revisión han sido, sobre todo, “AND” y en menor medida “OR”.

A continuación, en la Tabla 1 se observan las ecuaciones de búsqueda que se han construido y utilizado para realizar la búsqueda en la base de datos Pubmed, así como los resultados derivados de cada una de las búsquedas, a modo de ejemplo.

Finalmente, indicar que el número total de estudios que se han recopilado tras las búsquedas realizadas en las bases de datos utilizadas ha sido: 524. Si bien, específicamente de cada una han sido:

Pubmed: 270 estudios.

MedlinePlus: 85 estudios.

CUIDEN: 145 estudios.

Cochrane Library: 24 estudios.

4 Resultados

Una vez realizadas las búsquedas bibliográficas con objeto de recolectar estudios que pudieran formar parte de la presente revisión, se han implementado una serie de criterios de selección de artículos, tanto de inclusión como de exclusión, con objeto de acotar el número de estudios a aquellos que realmente pudieran contribuir al alcance de los objetivos propuestos.

5 Discusión-Conclusión

DIAGRAMA DE FLUJO

A continuación, se llevó a cabo el flujo de datos que ha acontecido con el objetivo de realizarse, en última instancia, la selección de los trabajos que, tras cumplir con los criterios de selección implementados y expuestos previamente, se han integrado como parte de la presente revisión bibliográfica.

6 Bibliografía

1. Alvarado-García, A., Lamprea-Reyes, L., y Murcia-Tabar, K. (2017). La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 199-206.

2. Babaei, A. y Shaker, R. (2014). Emergence of deglutology: a transdisciplinary field. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 12(12), 2046-2048.
3. Bajjens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F. et al. (2016). European society for swallowing disorders -European union geriatric medicine society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11,1403-1428.
4. Boaz, M., Rychani, L., Barami, K. et al. (2013). Nurses and nutrition: A survey of knowledge and attitudes regarding nutrition assessment and care of hospitalized elderly patients. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 44,357-364.
5. Clavé, P. y Shaker, R. (2015). Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12, 259-270.
6. De Torres Aured, M, L., López-Pardo Martínez, M., Domínguez Maeso, A., de Torres Olson, C. (2008). La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario: teoría y práctica. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 28(3), 9-19.
7. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. (2018). Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinares.
8. Oesophageal dysphagia: a stepwise approach to diagnosis and management. *The Lancet. Gastroenterology and Hepatology* 2(8), 604-609.OMS (Organización Mundial de la Salud). (2018).
9. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (décima revisión). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
10. Gobierno de España. <https://www.msbs.gob.es/>.

Capítulo 197

FLUIDOTERAPIA PERIOPERATORIA.

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

NOELIA IGLESIAS BODELON

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La administración intravenosa de soluciones de cristaloides como medio para reponer las pérdidas corporales de agua y electrolitos tiene su origen en 1831, en Inglaterra, gracias a Latta y O'Shaughnessy. Observaron en la veno-sección de las personas fallecidas en una epidemia de cólera, que la sangre fluía gota a gota y no de forma continua, lo que les llevo a pensar en una pérdida de volumen intravascular, debido a los vómitos y la diarrea. Esta pérdida de volumen era necesario reponerla, para evitar la deshidratación y la posterior muerte. El primer caso de un paciente tratado con cristaloides fue una mujer, a la que se le inyectó una solución con cloruro sódico fabricada con agua hervida, en la vena basílica. Dicha paciente experimentó una recuperación inicial pero falleció horas después. La reposición de líquidos intravenosos (IV) como idea, tuvo su primera aparición en una publicación el 23 de junio de 1832 en el Lancet. Goltz, afirmó en 1864, que independientemente de la pérdida de células rojas, la pérdida de volumen intravascular era una causa potencial de muerte. Ya en 1879, comenzaron las primeras transfusiones de sangre. Durante este tiempo, se experimentó en perros la reposición de líquidos intravenosos, destacando los investigadores Kronecker

y Sander..Su experimento consistió, en que tras una sangría del 50-60%, esta pérdida era repuesta a través de la vena yugular externa con una solución templada de 6 g de sal cocida; 0,05 g de hidróxido sódico y un litro de agua destilada. En 1881, en Basilea, Bischoff, imitando la solución utilizada por Kronecker y Sander, y a través de un catéter intraarterial, puso en práctica estos resultados en una paciente con anemia aguda postparto. La solución salina 0,9% (SS) intravenosa para la reposición de volumen se aceptó en 1889, y se convirtió a partir de ese momento en un instrumento básico en la resucitación de pacientes. A las soluciones de iones inorgánicos y pequeñas moléculas orgánicas disueltas en agua se les denominó soluciones de cristaloides (1).

Fue durante la Primera Guerra Mundial, cuando las limitaciones de la solución salina 0,9% (SS) intravenosa en el mantenimiento del volumen circulante se hicieron visibles. Debido a estas limitaciones, se comenzó a investigar con otras sustancias que pudieran lograr una mayor permanencia intravascular. Se empezaron a utilizar soluciones intravenosas de goma de acacia (6% en 9% de suero salino) y de salino hipertónico, combinado con la administración de sangre. En los años siguientes, destacó como tratamiento fundamental la reposición intravenosa con solución salina 0,9% para preservar la función renal y disminuir la mortalidad en pacientes críticos (2).

Fue en 1979, cuando Shoemaker et al., expusieron “las ventajas de incluir coloides en la resucitación de pacientes para obtener una rápida recuperación de las constantes hemodinámicas y mantener la presión coloidosmótica y estableció el concepto de resucitación con parámetros supranormales”. Llamamos coloides a las suspensiones de partículas en un medio molecular. Para ser consideradas coloides, las partículas que forman estas suspensiones deben tener unas dimensiones en el intervalo 10 nm-10 μ m. Una de las características más importantes de los coloides es su estabilidad, es decir, son capaces de mantener un estado en el que las partículas que lo forman no se adhieran entre sí. Uno de los factores que influyó en que la reposición del volumen sanguíneo tenía un papel importante en la prevención de la hipoperfusión orgánica, fue el mejor conocimiento de la fisiopatología de la microcirculación y de que el gasto cardíaco estaba determinado por el volumen sanguíneo (3,4).

Fluidoterapia.

La fluidoterapia es la administración de soluciones de forma parenteral. Si nos referimos a fluidoterapia perioperatoria es la administración de soluciones de forma intravenosa siendo su objetivo asegurar una adecuada perfusión y oxige-

nación de los tejidos, marcado por la recuperación y el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y de la volemia. Sin embargo, en nuestra práctica clínica debemos diferenciar dos conceptos distintos. Por un lado, la correcta hidratación o reposición de las pérdidas de líquidos y por otro lado, el mantenimiento de la volemia. Con estos dos conceptos claros y separados, a veces se produce una situación en la que debido al movimiento de fluidos entre compartimentos corporales con pérdida de volumen intravascular hacia un tercer espacio puede provocar una situación de equilibrio hídrico positivo con hipovolemia (5).

En los últimos años, en cuanto a la comprensión y utilización clínica de coloides, cristaloides y de nuevas técnicas de monitorización, ha habido un progreso considerable, y esto ha permitido identificar las distintas situaciones clínicas en relación con la fluidoterapia. Cada tipo de fluido, cristaloides y coloide, tiene su cinética, y los efectos producidos por estos vienen determinados por el tipo de fluido utilizado, por la situación clínica del paciente, por el estado de la volemia y por la integridad de la membrana endotelial. Es, por tanto, por lo que la fluidoterapia debe ser considerada como un tratamiento cuyo efecto en cuanto a permanencia y distribución diferente en los comportamientos corporales (igual que un fármaco) depende de su composición. En los últimos años, se ha experimentado un incremento del conocimiento de los efectos de los distintos sueros, y esto ha permitido que debido al conocimiento de las propiedades físico-químicas de las diversas soluciones de cristaloides y coloides disponibles, la elección de un tipo de fluido u otro, dependiendo de la situación clínica se base en ello (6).

Para una correcta utilización de la fluidoterapia debemos conocer la homeostasis hidroelectrolítica en el individuo sano y los cambios en la homeostasis que se producen en el paciente quirúrgico. En el individuo sano, el agua corporal total es el 60% del peso corporal. De este 60%, dos tercios corresponden al líquido intracelular (LIC) y el otro tercio restante al líquido extracelular (LEC). El líquido extracelular está constituido por líquido intravascular que es aproximadamente un cuarto del total y los tres cuartos restantes, corresponden al líquido intersticial (7).

La administración de soluciones cristaloides, ya sean balanceadas o no, es básico en la reposición de las pérdidas del volumen intravascular e intersticial. La asociación de estas soluciones con coloides, es determinante para estabilizar el volumen circulante durante la cirugía y en el período perioperatorio. La evolución del proceso quirúrgico viene determinada por el tipo de pauta elegida, en cuanto volumen, calidad de los líquidos y relación cristaloides/coloide, ya que un déficit

o exceso de hidratación tiene consecuencias directas sobre la función renal, cardiovascular y pulmonar del paciente. Las soluciones utilizadas en la reposición de la volemia son tres, las soluciones de coloides, las soluciones de cristaloides y las soluciones glucosadas (8,9).

- Las soluciones de cristaloides son soluciones de iones inorgánicos y pequeñas moléculas orgánicas disueltas en agua. Tienen distinta concentración de electrolitos que el plasma y también tienen diferente osmolaridad. Entre los posibles efectos biológicos de los cristaloides está el añadir piruvato a una solución cristaloides, como el Ringer, para aprovechar sus posibles ventajas antioxidantes a nivel del metabolismo celular.

- Las soluciones de coloides son soluciones compuestas por moléculas de tamaño variable y distinto origen como gelatinas, almidón o dextrano, en un medio salino y con concentraciones de electrolitos balanceadas o no. Son soluciones balanceadas aquellas que tienen concentraciones de Na^+ y Cl^- iguales o muy parecidas al plasma. Estas moléculas proporcionan poder osmótico y oncótico, que les confiere la capacidad de una mayor permanencia intravascular y les permite alcanzar un poder de expansión similar o incluso superior al de la albúmina humana, que es el que siempre se utiliza como patrón de referencia. Todas las soluciones de coloides de origen sintético son soluciones polidispersas, es decir, el tamaño de las moléculas en solución no es igual, y su poder de expansión de volumen viene determinado por su peso molecular.

- Las soluciones glucosadas son soluciones constituidas por dextrosa disuelta en agua. Proporcionan agua libre que difunde a través de todos los compartimentos de líquidos del cuerpo. Al no tener iones orgánicos tienen características diferentes a las soluciones cristaloides.

Para no provocar una reposición de líquidos inadecuada, debemos conocer cuál es la situación de homeostasis hidroelectrolítica en el individuo sano y conocer los cambios que se producen en el paciente quirúrgico, lo que incluye los cambios en las necesidades de agua y electrolitos, la distinta distribución de los líquidos corporales...

Pérdida de fluidos perioperatorios. El profesional de enfermería debe conocer cómo el anestesta pautar la fluidoterapia y los factores que tiene en cuenta para ello. Los factores son los siguientes:

- Ayuno preoperatorio: se calcula que el paciente tiene una pérdida de volumen de 80 ml/h durante la abstinencia oral preoperatoria que suele ser de unas 12 h (10).

- Perspiración o evaporación insensible: se calcula que es de 10 ml/kg/día en condiciones normales y esta situación no cambia durante la cirugía. Dos tercios, aproxi-

madamente, de este volumen se pierden a través de la piel. El otro tercio, se pierde por las vías aéreas, que depende de la humedad del aire inhalado. Se consigue una pérdida cercana a 0 si realizamos la ventilación con aire saturado al 100% de agua, mientras que se consigue una pérdida aproximada de 0,5 ml/kg/h si la ventilación la realizamos con aire seco. Tanto la perspiración como el ayuno producen una pérdida de agua cuya reposición deberá ser realizada con suero glucosado al 5% (11).

- Diuresis: debido a la liberación de hormonas de estrés durante la cirugía se aprecia que se produce una disminución de la diuresis. Es de importancia diferenciar una hipotensión inducida por la anestesia y una hipovolemia. La primera, está provocada por vasodilatación y puede reducir el filtrado glomerular, pero no la llegada de sangre arterial al estroma renal. Mientras que la hipovolemia en cambio, produce una disminución de ambas y puede provocar un fracaso renal. Por lo que, durante la cirugía, es aceptable una diuresis escasa, siempre y cuando, la hipovolemia no sea la causa (12).

- Exudación y evaporación de la herida quirúrgica: este factor depende tanto del tamaño de la incisión realizada como de la exposición de las vísceras al ambiente. Dependiendo del tamaño de la incisión varían las pérdidas. La pérdida por exudación y evaporación se mide en g/h para que sea una medida independiente del peso corporal del paciente. Se estima que en los 20 minutos posteriores a la incisión, la pérdida por exteriorización completa de víscera desciende en hasta un 50%. Se puede reducir la evaporación en un 87,5% utilizando como medida el cubrir la víscera expuesta con compresas empapadas con suero o con material plástico específico (13).

- Secuestro en el tercer espacio: se ha considerado clásicamente que el tercer espacio estaba dividido en anatómico y no anatómico. Tras la administración excesiva de soluciones intravenosas, se produce un secuestro de líquido perioperatorio, esto es considerado un fenómeno fisiológico. Se denomina volumen extracelular funcional (VECF) al conjunto formado por el volumen secuestrado junto con el del plasma.

Este líquido, está compuesto por pequeñas cantidades de proteína y pequeñas moléculas capaces de atravesar la barrera vascular intacta. El sistema linfático es el encargado de drenarlo sin que se produzca edema intersticial, y en caso de que este sistema esté sobrepasado por altos volúmenes de fluido, mediante redistribución y aumento de la diuresis, puede ser extraído. Cuando se produce también el fracaso de este último mecanismo, se produce entonces una acumulación patológica de fluidos. Como ejemplos de esta situación están la ascitis, el derrame pleural o el edema en el espacio intersticial de los tejidos traumatizados. Se hace

muy difícil de calcular el fluido acumulado en el espacio intersticial y además, está muy influido por la administración de líquido intravenoso. Un ejemplo es el colón, donde dependiendo del volumen de fluido intravenoso administrado se pueden acumular de 150 a 300 ml(14).

Por el contrario, el espacio no anatómico, ha sido tradicionalmente conocido como tercer espacio cuando no había más especificación. Ha sido considerado como parte constituyente del espacio extracelular, aunque funcional y anatómicamente separado del espacio intersticial debido a su no participación en su equilibrio dinámico, y es por esto por lo que se le ha denominado volumen extracelular no funcional (VENF). El secuestro de líquidos en este espacio no localizado se produciría a causa del trauma o la cirugía mayor. La existencia de este espacio no se ha podido demostrar. Para ello han utilizado técnicas con iones traza radioactivos (SO₃₅, Br₈₂) y otros, para intentar cuantificar este espacio. Debido a la imposibilidad de demostrar la existencia de este espacio, se ha llegado a la conclusión de que el único movimiento de fluidos que se realiza en el perioperatorio en el organismo es el que se realiza del compartimento vascular al intersticial o volumen extracelular funcional, considerando una ficción al tercer espacio no anatómico o no funcional (15).

- Hemorragia quirúrgica: la pérdida producida por el sangrado de la incisión se puede medir mediante gasas, compresas o por contenido aspirado. En la actualidad, a pesar de los avances que se han producido en la monitorización y en el aumento de los conocimientos sobre la homeostasis, se echa en falta la existencia de guías basadas en la evidencia que indiquen el tipo de suero y volumen idóneo de administración de líquidos intravenosos perioperatorios. En los últimos años, la anestesia ha pasado de ser una especialidad exclusivamente practicada por personal médico a estar compuesta también por personal de enfermería como ayudante de anestesia y reanimación, aunque legalmente no exista la especialización.

El personal de enfermería de anestesia realiza, en muchos hospitales, una serie de funciones que van desde la evaluación del enfermo y familia en las visitas preanestesia, a la colaboración con la preparación del enfermo para el acto quirúrgico y también, una vez acabada la intervención, la atención al enfermo en las unidades de reanimación. Considero que debido al papel que en muchos hospitales la enfermería ejerce como ayudante del anestesista, sumado a que el enfermero es el que se ocupa y controla la recuperación del paciente en las horas posteriores al acto quirúrgico, debe tener conocimientos sobre la fluidoterapia realizada previamente a la operación y durante, ya que en caso de complicaciones

debido a una fluidoterapia inadecuada podrá actuar con mayor conocimiento y esto podría repercutir en su estado. El objetivo de este trabajo fue realizar una revisión de la fluidoterapia intravenosa perioperatoria y analizar cómo es, en la actualidad, la situación del personal de enfermería. Así mismo, se realizó una actualización de la información respecto a los distintos tipos de soluciones en relación con su uso, indicaciones, ventajas...

2 Objetivos

- Realizar una revisión sobre una parte del trabajo que engloba la anestesia como es la fluidoterapia perioperatoria y las últimas actualizaciones respecto a ella.
- Conocer la evolución y la situación actual de la enfermería de anestesia y qué posibilidades se abren sobre su situación.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en varias bases de datos como Pubmed, ScienceDirect, Scielo. Esta búsqueda se ha realizado tanto en inglés como en castellano. El criterio de exclusión utilizado en la mayoría de búsquedas ha sido el año de antigüedad del artículo (posteriores a 2002), excepto en la revisión de la parte histórica. También se han descartado artículos que incluían aspectos relacionados con la epidemiología, factores de riesgo y clínica.

Las palabras clave utilizadas han sido: fluidoterapia/fluid therapy, fluidoterapia perioperatoria/perioperative fluid therapy.

Para la base de datos Pubmed se obtuvieron para la búsqueda de “fluidoterapia”, 3 artículos. Para la búsqueda “fluid therapy” se obtuvieron 79964 artículos. Para la búsqueda “perioperative fluid therapy” se obtuvieron 1094 artículos. Se quedaron en 36 artículos al pasar los criterios de exclusión del idioma, del año de publicación y de la relación con la temática. Para la base de datos ScienceDirect se obtuvieron para la búsqueda de “fluidoterapia”, 814 artículos. Para la búsqueda “fluid therapy”, 21 artículos.

Para la búsqueda “perioperative fluid therapy”, 4 artículos. Para la búsqueda “fluidoterapia perioperatoria”, 96 artículos. Tras aplicar los criterios de exclusión, se quedaron en 14. Para la base de datos Scielo se obtuvieron para la búsqueda “fluid therapy”, 3 artículos. Para la búsqueda “perioperative fluid therapy”, 0 artículos.

Para la búsqueda “fluidoterapia perioperatoria”, 1 artículo. Para la búsqueda “fluidoterapia”, 39 artículos. Tras los criterios de exclusión, se quedaron en 11. Posteriormente a estos resultados obtenidos, se realizó una lectura previa con la que se descartaron más artículos que no estaban relacionados con la temática. A consecuencia de estos descartes, y de una lectura más profunda, fueron seleccionados los 14 artículos que conformaron nuestro análisis.

4 Resultados

Durante el periodo perioperatorio el paciente es sometido a un estrés que produce una serie de cambios. Estos cambios dificultan la excreción del exceso de agua y sodio por parte del riñón, provocando una dificultad para mantener el la osmolaridad plasmática. Esto es debido a que el estrés producido por la cirugía, provoca la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAA), y este libera catecolaminas y vasopresina, que al ser hormonas antidiuréticas, causan una retención hidrosalina y oliguria, todo a ello a pesar de la sobrecarga hídrica. Tras el acto quirúrgico, la capacidad del riñón para excretar agua y concentrar orina está muy comprometida, y se puede producir una hiponatremia aunque administremos fluidos hipotónicos. La administración en grandes cantidades, durante la intervención quirúrgica, de suero salino fisiológico al 0,9% puede dar lugar a una acidosis hiperclorémica debido a la presencia de cloro en la composición de este suero (16).

La cinética de los líquidos administrados por vía intravenosa depende del endotelio vascular, que en su porción luminal, está cubierto por glicocálix. El glicocálix, es una capa que está compuesta por proteoglicanos y glicoproteínas. Éstas, forman junto a otras proteínas plasmáticas una superficie fisiológicamente activa. Esta barrera tiene un espesor de 1 μm y realiza una función de barrera vascular. Esta membrana es muy permeable a los pequeños iones. Se utiliza la ley Starling de la osmolaridad para explicar el movimiento de las soluciones electrolíticas a través de las membranas. Starling, es el creador del modelo fisiológico de la barrera vascular. Esta ley depende de factores como la presión oncótica, presencia o no de infección e inflamación, la integridad de la pared vascular, el estado de la hemostasia, las diferentes características de los líquidos administrados y la duración del tratamiento. El principio de la ley de Starling es que la presión hidrostática y la coloidosmótica en los vasos es mayor que en el espacio intersticial, lo que hace necesario la existencia de una presión coloidosmótica mínima en el espacio circulatorio que proporcione una fuerza fisiológicamente activa para

oponerse al gradiente de presión hidrostática y así modular la salida de fluido al espacio intersticial.(17-19)

Existía la recomendación de que los primeros 1000 ml de pérdida de sangre debían ser restituidos por una cantidad 3 o 4 veces superior de soluciones cristaloides o aumentando el flujo de perfusión, pero se ignoraba el descenso del volumen intravascular que se producía. Es por eso, por lo que la sustitución del volumen tras la hemorragia debería realizarse con coloides. Otra razón para el uso de coloides en la reposición de la volemia es, que los cristaloides se distribuyen homogéneamente por el espacio extracelular, permaneciendo solo una quinta parte en el espacio intravascular. Una mayor cantidad de solución cristaloides necesaria para alcanzar una reposición eficaz es antifisiológica y perjudicial al ampliar el volumen del espacio intersticial provocando edema.

Sin embargo, para la reposición de las pérdidas de líquido extracelular, ocasionadas por transpiración insensible y diuresis, están indicadas las soluciones cristaloides para mantener una hidratación correcta sin producir alteraciones en el equilibrio ácido-base.

Moretti et al., demostró que la administración perioperatoria de cristaloides y coloides conjuntamente producían una menor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en cirugía mayor y menos complicaciones postoperatorias. En cuanto a las pautas de reposición de líquidos, se conocen dos, la sueroterapia restrictiva y la sueroterapia liberal. Aunque también, se puede hablar de sueroterapia por objetivos, que se da cuando existe un peligro de muerte inminente en el paciente. La sueroterapia estará guiada por objetivos, estos objetivos de resucitación están marcados por la Surviving Sepsis Campaign Guidelines. La sueroterapia guiada por objetivos es aquella que va dirigida a conseguir unos parámetros hemodinámicos óptimos a través de una presión venosa central (PVC) o presión de oclusión de arteria pulmonar (POAP) y un volumen sistólico máximos que logren una relación más óptima entre el aporte y el consumo de oxígeno.(20,21)

La sueroterapia restrictiva y liberal, difieren en la pauta de reposición de volumen intravenoso, en el período perioperatorio y postoperatorio, siendo la pauta liberal una reposición hídrica mayor de 4 ml/kg/24h y la restrictiva, una reposición menor de 4 ml/kg/24h. Hay estudios que apoyan la sueroterapia restrictiva en cirugía abdominal como los de Lobo et al., que muestran que la administración de 2 litros de cristaloides al día en lugar de 3 litros, permitieron una recuperación más precoz de la función gastrointestinal. Arkilic y colaboradores,

midieron en dos grupos distintos la oxigenación tisular muscular en el brazo del paciente. A un grupo se le administró una sueroterapia liberal y al segundo grupo una sueroterapia restrictiva. Se observó que en el primer grupo, los que fueron sometidos a una sueroterapia liberal, se había producido un aumento de la perfusión tisular y la presión parcial de oxígeno tisular. Otro estudio que muestra lo citado con anterioridad es el de Holte et al. Su estudio se basaba en las repercusiones de la sueroterapia liberal y restrictiva en pacientes en los que se realizaba una colecistectomía por laparoscopia. Un grupo de pacientes fue sometido a una reposición volémica durante la cirugía de 15 ml/kg, la sueroterapia restrictiva, y el otro grupo a 40 ml/kg, la sueroterapia liberal. Se observó en los pacientes que habían sido sometidos a la sueroterapia liberal una mejoría en la función pulmonar, menos náuseas y más pacientes con criterio de alta.(22-24)

La monitorización de la respuesta a la sueroterapia del paciente es una parte esencial para la realización de una fluidoterapia adecuada. Esta monitorización nos sirve para observar y poder corregir los defectos de la precarga circulatoria y evitar una mala perfusión tisular. Una correcta monitorización nos permite conocer el volumen necesario de administración y con ello prevenir o evitar las consecuencias de una infra o sobrehidratación del paciente. La sueroterapia guiada por objetivos siguiendo la Surviving Sepsis Campaigning recomienda mantener en los pacientes unos valores hemodinámicos estables, por lo que se requiere cierta monitorización. Estos valores son la presión venosa central (PVC), la tensión arterial media, la diuresis horaria y la saturación venosa central o mixta de oxígeno. Mantener estos valores hemodinámicos estables es primordial para evitar las consecuencias que una alteración de estos valores puede provocar sobre órganos vitales y órganos no vitales.(21)

El profesional de enfermería participa en las tres fases que componen la operación quirúrgica de un paciente, preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria. La gran parte de complicaciones que se producen durante el intraoperatorio y postoperatorio se deben la realización de una incorrecta fluidoterapia previa al acto quirúrgico. En relación con la fluidoterapia perioperatoria, el profesional de enfermería debe conocer que, en pacientes que van a ser sometidos a una cirugía sin alteración del vaciamiento gástrico, la fluidoterapia oral junto a líquidos no particulados debe ser administrada hasta 2 horas antes de la inducción anestésica. Un estudio, muestra una disminución de la sed preoperatoria, ansiedad, vómitos y náuseas postoperatorios con la administración oral de líquidos glucosados que deben ser administrados hasta 2-3 horas antes de la inducción de la anestesia.(16,25)

Las recomendaciones respecto a la fluidoterapia durante el periodo intraoperatorio según el tipo de cirugía son escasas. La fluidoterapia en el periodo postoperatorio debe realizarse teniendo en cuenta el periodo preoperatorio e intraoperatorio. Debe ser pautada ajustándose a las pérdidas producidas perioperatoriamente. En caso de que el paciente requiera continuar con la administración de fluidos intravenosos, los sueros han de ser de bajo contenido en sodio, debido a que en el postoperatorio es frecuente que el paciente tenga un balance positivo de dicho catión. Esta recomendado el uso de dopexamina asociado a la fluidoterapia en el tratamiento postquirúrgico en pacientes sometidos a cirugías mayores abdominales. La dopexamina provoca una mejora de la oxigenación, perfusión, y disminuye las complicaciones postquirúrgicas y reduce la estancia hospitalaria (1).

Mata y colaboradores (26), realizaron un estudio en un hospital de Mallorca (Hospital Son Llatzer), en el que se realizaba apoyo de enfermería en la consulta preanestésica. Este modelo, en el que la enfermería apoya al anestesista, demuestra su eficacia por la reducción de carga asistencial de los anestesistas y por la mayor seguridad para los pacientes. La colaboración de profesionales no médicos con los anestesistas, se realizó en tres niveles. En el primer nivel, estaba la realización de tareas que son competencias propias de la enfermería como la preparación del paciente, del equipamiento y de los fármacos. En el segundo nivel, el dar ayuda experta a los anestesistas en la fase de anestesia y el postoperatorio en las posibles situaciones críticas o de riesgo que puedan surgir. Y en el tercer nivel, responsabilidad del anestesista, la delegación de funciones previamente establecidas. Se plantea en España, a corto plazo, un nuevo escenario, debido al incremento global de anestias a consecuencia del crecimiento de la población, de las intervenciones quirúrgicas, de una mayor proporción de pacientes de riesgo y de una mayor complejidad de las anestias.

Otro estudio, relata que el personal de enfermería puede asumir funciones relacionadas con la anestesiología. Solo hay tres países en Europa en los que no existe una especialización de enfermería de anestesia, y uno de ellos es España. En España, el profesional de enfermería colabora con el anestesista realizando tareas propias de la misma y como ayuda experta. En España, el acto anestésico se asocia a la presencia física de un anestesista, es un modelo de “un quirófano, un anestesista”. Este modelo deberá romperse aunque aún no existan las condiciones para ello. Estas condiciones para realizar el cambio no existen debido a los obstáculos que se encuentran por parte de los anestesistas, que creen que esto puede ser utilizado para reducir costos, aunque muchos anestesistas estén a favor del cambio.

También existen obstáculos por parte de la enfermería. Estos obstáculos son falta de motivación y actitud negativa hacia la adquisición de responsabilidades de la anestesia, falta de colaboración con los anestesistas por parte de la enfermería quirúrgica, falta de desarrollo de las especialidades en enfermería ya que solo existe la especialidad médico-quirúrgica dentro del ámbito quirúrgico, y que exista un modelo sanitario en el que la estructura médica y la enfermera son paralelas en cuanto a jerarquización y función.(27)

5 Discusión-Conclusión

Creo que la enfermería debe aumentar sus conocimientos sobre este tema, porque al ser una práctica tan usada, debemos conocer todo lo que conlleva esta práctica, incluidos los problemas y consecuencias producidas por una fluidoterapia incorrecta y los objetivos de la fluidoterapia. El incompleto conocimiento en el mantenimiento de este equilibrio, ha originado tratamientos inadecuados que aseguren la correcta proporción hidroelectrolítica en estas circunstancias. Tanto la deficiente, como la excesiva reposición de los fluidos perdidos en estas ocasiones, producen graves consecuencias en el paciente.

Por todas las cuestiones citadas anteriormente, el profesional de enfermería debe conocer los tipos de fluidos utilizados para el mantenimiento del balance hidroelectrolítico y de la volemia, su cinética, en que situaciones deben ser utilizados, ventajas y desventajas de cada uno de ellos, efectos que pueden provocar. Conocer los efectos adversos provocados por la fluidoterapia es otra de las cuestiones que el profesional de enfermería debe conocer. Efectos que en muchas ocasiones vienen producidos por un excesiva administración de líquidos intravenosos, provocando esta sobrehidratación efectos negativos sobre la función cardíaca, la función pulmonar, la recuperación de la motilidad gastrointestinal, la oxigenación tisular y la cicatrización de la herida, la respuesta hormonal a la cirugía y sobre la coagulación. Considero que debido a la aparición de la figura del enfermero de anestesia y el papel que realiza, sumado a que el enfermero es el que se ocupa y controla la recuperación del paciente en las horas posteriores al acto quirúrgico, debe tener conocimientos sobre la fluidoterapia realizada previamente a la operación y durante, ya que en caso de complicaciones debido a una fluidoterapia inadecuada podrá actuar con mayor conocimiento y podrá repercutir ese estado.

Para realizar una fluidoterapia perioperatoria adecuada se hace imprescindible conocer el estado de homeostasis hidroelectrolítica en el individuo sano y los

cambios que se producen en la homeostasis hidroelectrolítica en el paciente quirúrgico. En cuanto a la cinética de los líquidos y la ley de Starling, en la actualidad se ha propuesto que es necesario una puesta al día de este principio, a causa de que en el modelo de Starling se desconocía la existencia del glicocálix, que es el que realmente se encarga de la función de barrera vascular. En principio, los objetivos de la sueroterapia perioperatoria son, hidratar y corregir las pérdidas de volumen con el objetivo de mantener una adecuada perfusión tisular y mantener el estado de homeostasis evitando las complicaciones que puede producir una sobrehidratación. En los últimos años, han aparecido las dos tendencias citadas con anterioridad, la sueroterapia restrictiva y la sueroterapia liberal. El debate entre una reposición u otra ha existido los últimos años. El objetivo de la sueroterapia restrictiva ha sido reducir las complicaciones postoperatorias, como por ejemplo las pulmonares debido a sobrehidratación.

La utilización de cristaloides o coloides en la reposición de las pérdidas hemáticas es un tema en el que existe controversia. Durante años ha existido una polémica sobre si es más conveniente la utilización de coloides o cristaloides para la reposición de la volemia. Se debe rechazar la controversia producida sobre la utilización de cristaloides en vez de coloides. Los cristaloides deben usarse en la reposición de las pérdidas producidas a través de la transpiración insensible y diuresis, y los coloides en la reposición de las pérdidas sanguíneas agudas que no requieren trasfusión. En cuanto a la controversia sobre la relación entre cristaloides y coloides dentro de una pauta de sueroterapia, no se ha observado aun un resultado definitorio, aunque se ha podido observar los beneficios que se producen tras una administración conjunta. Moretti et al, demostró que la administración perioperatoria de cristaloides y coloides conjuntamente producían una menor incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en cirugía mayor y menos complicaciones postoperatorias. En cuanto a las pautas de reposición de líquidos, se conocen dos, la sueroterapia restrictiva y la sueroterapia liberal. Aunque también existe se puede hablar de sueroterapia por objetivos, que se da cuando existe un peligro de muerte inminente en el paciente. La sueroterapia estará guiada por objetivos, estos objetivos de resucitación están marcados por la Surviving Sepsis Campaign Guideliness (20,21).

La sueroterapia guiada por objetivos es aquella que va dirigida con el objetivo de conseguir unos parámetros hemodinámicos óptimos a través de una PVC o POAP y un volumen sistólico máximos que logren una relación más óptima entre el aporte y el consumo de oxígeno. Por otro lado, también existen estudios que muestran que una sueroterapia basada en la restricción de líquidos no es benefi-

ciosa, como el estudio, que midió en dos grupos distintos la oxigenación tisular muscular en el brazo del paciente. Se hace difícil poder posicionarse en favor de los distintos tipos de fluidoterapia mencionados. No existe una fluidoterapia estándar, ni unas pautas de volumen que sean beneficiosas para todos los pacientes, ya que habrá situaciones en las que se produzca una hipovolemia y otras en las que se producirá una sobrehidratación. Y aunque uno de los objetivos de la fluidoterapia es evitar la sobrehidratación excesiva, no hace este hecho que la fluidoterapia restrictiva deba ser la elegida sobre la fluidoterapia liberal.(23)

Debido a todo esto, se ha insistido más en la realización de una reposición hidroelectrolítica guiada por objetivos. En pacientes quirúrgicos valorados como pacientes de alto riesgo, el uso de una fluidoterapia guiada por objetivos mejora el pronóstico. Aunque una fluidoterapia guiada por objetivos está muy influenciada por la monitorización disponible y por la experiencia del personal, y priorizando siempre la prevención de la sobrecarga hídrica. No existen unas normas de fluidoterapia generales, la fluidoterapia perioperatoria depende de muchos factores, uno de los más importantes es el tipo de cirugía al que va a ser sometido el paciente y otro las características del paciente en la relación a la edad, estado físico...

Durante el periodo perioperatorio pueden aparecer situaciones que modifican el volumen intravascular que obligan a su reposición. Las causas de esta alteración del volumen intravascular que hacen necesaria su reposición pueden ser una depleción de agua y solutos provocada por una disminución de la ingesta debido al ayuno, la edad... también por una alteración del nivel de conciencia y por un incremento de las pérdidas debido a las náuseas, vómitos. Los fármacos anestésicos también pueden ser causantes de alteraciones del volumen intravascular durante el periodo perioperatorio provocando una vasodilatación que produce una hipovolemia relativa y también provocando una depresión miocárdica que provoca una reducción del gasto cardíaco (28).

Como última causa que puede alterar el volumen esta la reducción del volumen circulante que puede deberse a pérdidas de volumen sanguíneo, a pérdidas relacionadas con el tercer espacio y a pérdidas de líquido al intersticio por aumento de la permeabilidad capilar provocada por una posible sepsis y otros estados inflamatorios. En relación a la monitorización de la respuesta del paciente a la fluidoterapia, también hay que tener en cuenta como parte importante el estado metabólico del paciente, ya que la hipovolemia produce hipoperfusión tisular, y esta hipoperfusión tisular se traduce por acidosis metabólica (acidosis láctica).(29)

Esta acidosis puede ser provocada por diferentes causas como por ejemplo una excesiva concentración plasmática de cloro debido a una excesiva administración de suero salino fisiológico 0,9%, el cual posee en su concentración iones de Cl. En cuanto a la administración oral de líquido glucosados, su administración produce una reducción de la resistencia a la insulina. Esto está contraindicado si en el paciente existen problemas de vaciamiento gástrico o diabetes. No se recomienda realizar en el paciente una preparación intestinal previa a la cirugía con laxantes, producen una exacerbación de la hipovolemia tras la inducción anestésica, provocando una reposición de mayor volumen que aumenta la probabilidad de producir edemas. Recaltar la importancia de la elección en la composición y volumen del líquido para la reposición de las pérdidas producidas en la preparación de la intervención quirúrgica, durante la intervención y en el postoperatorio, ya que contribuye a reducir la morbimortalidad y se favorece la recuperación del paciente. También es importante evitar la sobrecarga con cristaloides, ya que el objetivo para lograr una fluidoterapia ideal es conseguir un balance de fluidos cero y evitar la sobrecarga.

La enfermería de la anestesia en España no existe como especialización, es junto a Grecia y Croacia, el único país. En el resto de países tienen otro modo de actuación como es el caso de Estados Unidos por ejemplo, donde el profesional de enfermería de anestesia puede actuar de forma autónoma y sin la presencia de un anestesista, donde los cirujanos o también los anestesistas asumen la responsabilidad médica. En países como Holanda o Francia, el profesional de enfermería de anestesia actúa por delegación de un anestesista con su presencia cercana. Es por eso, que hay mucha experiencia en otros países del mundo que demuestran que la enfermería está capacitada para realizar funciones relacionadas con la anestesia, sin que los anestesistas hayan perdido prestigio, que es una de las posibles razones por la que se oponen a la enfermería de la anestesia (28).

El cambio en el modelo en el cual la enfermería se convierta en una parte de la anestesia debe ser liderado por los anestesistas, ya que son los que conocen la responsabilidad que asumen y su carga de trabajo.

6 Bibliografía

- 1. Casanova MP, Garcia JM, Lomillos V, De Luis N, Aguilera L. Fluidoterapia perioperatoria. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2010;57(09):575-585.
- 2. Pelosi P, Gama M. Perioperative intravascular volume replacement and blood transfusion in adults. *Clinical Anaesthesiology.* 2012;26(4):407-500.

- 3. Shoemaker WC, Hauser CJ. Critique of crystalloids versus colloid therapy in shock and shock lung. *Crit Care Med* 1979;7:117-24.
- 4. Thomas GV, Cherpanath Leon PHJ, Johan AB, Groeneveld AB, Bart F. Defining Fluid Responsiveness: A Guide to Patient-Tailored Volume Titration. *J Cardiothorac Vasc An.* 2013;27(6):1079-86.
- 5. Asuero MS, Moral V. Info Colloids. Reposición perioperatoria del volumen intravascular. Barcelona: Fresenius Kabi España SA; 2008.
- 6. Alan R. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. *Clinical Anaesthesiology*.
- 7. Galbis JM. Anestesia en cirugía torácica: un reto en el siglo XXI. *RevEsp Anesthesiol Reanim.* 2010;57(9):575-85.
- 8. Cook S, Brown J. Perioperative fluid therapy. *Anaesth Intens Care Med.* 2009.
- 9. Sweeney R, McKendry RA, Bed A. Perioperative Intravenous Fluid Therapy for Adults. *Ulster Med J.* 2013.
- 10. Brandstrup B. Fluid therapy for the surgical patient. *Best Pract Res Clin.* 2006.
- 11. Reithner L, Johansson H, Strouth L. Insensible perspiration during anaesthesia and surgery. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1980.
- 12. Desborough JP. The stress response to trauma and surgery. *Br J Anaesth.* 2000.
- 13. Lamke LO, Nielsson GE, Reithner HL. Water loss by evaporation from the abdominal cavity during surgery. *Acta Chir Scand.* 1977.
- 14. Chan STF, Kapadia CR, Johnson AW, Radcliffe AG, Dudley HA. Extracellular fluid volume expansion and third space sequestration at the site of small bowel anastomosis. *Br J Surg.* 1983;70(1):36-9.
- 15. Jacob M, Chappell D, Rehm M. The “third space” – fact or fiction?. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2009;23(2):145-57.
- 16. Brady M, Kinn S, Stara P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;26(8):408-11.
- 17. Brettner F, Chappell D, Jacob M. The concept of the glycocalyx - Facts that influence perioperative fluid management. *Trends in Anaesthesia and Critical Care.* 2012;2(4):191-8.
- 18. Rehm M, Zahler S, Lotsch M, Welsch U, Conzen P, Jacob M, et al. Endothelial glycocalyx as an additional barrier determining extravasation of 6% hydroxyethyl starch or 5% albumin solutions in the coronary vascular bed. *Anesthesiology.* 2004.
- 19. Starling E. On the absorption of fluid from the connective tissue spaces. *J Physiol.* 1896;19:312-26.
- 20. Moretti EW, Robertson KM, El-Moalen H, Gan TJ. Intraoperative colloid administration reduces postoperative nausea and vomiting and improves postop-

- erative outcomes compared with crystalloid administration. *AnaesthAnalg* 2003.
- 21. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines for the management of severe sepsis and septic shock. *Crit. Care Med* 2004.
 - 22. Lobo DN, Bostock KA. Effect of salt and water balance on recovery of gastrointestinal function after elective colonic resection: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002.
 - 23. Arkiliç CF, Taguchi A, Sharma N, Ratnaraj J, Sessler DI, Read TE, et al. Supplemental perioperative fluid administration increases tissue oxygen pressure. *Surgery* 2003.
 - 24. Holte K, Klarskov B, Christensen DS, Lund C, Nielsen KG, Bie P, Kehlet H. Liberal versus restrictive fluid administration to improve recovery after laparoscopic cholecystectomy: a randomized, double-blind study. *Ann Surg.* 2004.
 - 25. Nygren J, Soop M, Thorell A, Sree NK, Ljungqvist O. Preoperative oral carbohydrates and postoperative insulin resistance. *Clin Nutr.* 1999;18(2):117-20.
 - 26. Mata J, Moral V, Moya MM, Nolla M, Segura C, Valldeperas I, et al. ¿Es eficaz, segura y eficiente una consulta preanestésica en equipo con enfermería? *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007; 54 (5) : 279 - 87.
 - 27. Canet J, Monedero P. Enfermería de Anestesia en España ¿una verdad incómoda o la caja de los truenos? *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2007.
 - 28. Johnston WE. Fluid restriction in cardiac patients for Noncardiac surgery is beneficial. *Anesth Analg.* 2006.
 - 29. Asuero de Lis MS. Reposición de la volemia durante la anestesia. *RevEsp Anesthesiol Reanim.* 2002.

Capítulo 198

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM) EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

1 Introducción

El síndrome confusional agudo (SCA) representa una de las grandes patologías del anciano y se encuadra dentro de los llamados ‘grandes síndromes geriátricos’. Su incidencia y prevalencia aumentan con la edad, siendo muy frecuente cuando se han superado los 75-80 años y prácticamente desconocida antes de los 60-65. También lo es por venir de la mano de otras enfermedades y problemas muy habituales en la vejez. A pesar de ser denominado de varias maneras diferentes, el término ‘delirium’ es el más utilizado. Para una definición correcta hay que acudir a la Organización Mundial de la Salud (ICD-10 de 1992), o al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). Según el DSM-IV se trata de una ‘alteración del nivel de conciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo (en general horas o días)

y que tiende a ser fluctuante'. Hablaríamos de un síndrome cerebral, orgánico, de etiología multifactorial, caracterizado por alteraciones de la conciencia, atención, percepción, pensamiento, memoria, conducta psicomotriz, emociones y/o del ciclo sueño-vigilia.

Epidemiología:

La incidencia aumenta con la edad. En los servicios de urgencias hospitalarias el cuadro confusional está presente hasta en el 10-30% de los pacientes mayores en el momento de acudir a esa unidad. Su prevalencia en personas mayores de 65 años, una vez producido el ingreso hospitalario, puede variar entre el 14 y el 24%, mientras que la incidencia durante el periodo de hospitalización en este grupo de edad se encuentra entre el 6 y el 56%. Aparece en el 15-53% de los mayores durante el periodo postoperatorio, en el 70-87% de aquellos ingresados en la unidad de cuidados intensivos, en el 60% de los que residen en centros de recuperación funcional o residencias y en el 83% de quienes precisan cuidados paliativos. En el medio comunitario, la prevalencia del delirium es mucho menor (1-2%). Entre los mayores de 85 años que viven en la comunidad puede llegar, sin embargo, hasta el 14%.

2 Objetivos

El objetivo principal:

- Identificar las manifestaciones clínicas del síndrome confusional agudo (SCA) en los pacientes geriátricos, y factores de riesgo.

Como objetivo secundario:

- Establecer un abordaje multidisciplinar en caso de delirium por parte del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de los estudios de carácter científico que trataban el tema del síndrome confusional agudo en los pacientes geriátricos. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed/Medline, Dialnet, Scielo y Google Académico aplicando filtros tanto de inclusión como de exclusión. Así mismo, se revisó la propia bibliografía de las publicaciones seleccionadas.

Las palabras claves fueron: delirium, ancianos, estado confusional, alteraciones cognitivas, paciente geriátrico.

4 Resultados

- Manifestaciones clínicas:

La alteración global de las funciones cognitivas y de la atención, los trastornos del ciclo sueño-vigilia y la exaltación o reducción de la actividad psicomotora constituyen las manifestaciones principales de este síndrome. Se presenta en forma hiperactiva, hipoactiva o mixta hasta en el 50% de los pacientes ancianos, y su aparición se asocia, por lo general, a un mal pronóstico global. Los síntomas aparecen de forma brusca y tienen un curso fluctuante, siendo mucho más pronunciados durante la noche. La duración del cuadro se limita a horas o días. Las características esenciales del SCA son:

- Trastornos de la atención: la inatención es la base de este trastorno.
- Pensamiento desorganizado: este trastorno se evidencia mediante un lenguaje incoherente e irrelevante.
- Trastornos de la percepción: es frecuente una reducción cuantitativa del número de percepciones por unidad de tiempo.
- Disminución del nivel de conciencia: el nivel de conciencia puede fluctuar del estupor a la excitabilidad y viceversa.
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia: en algunas ocasiones existe hipersomnía durante el día e insomnio durante la noche.
- Desorientación: se desorientan primero en el tiempo y posteriormente en el espacio.
- Alteraciones de la memoria.
- Alteraciones de la actividad psicomotora: puede estar aumentada o disminuida.

- Etiología y factores de riesgo:

La etiología del delirium, es generalmente multifactorial. Aunque puede haber una causa única de delirium, generalmente confluyen una vulnerabilidad del paciente (factores predisponentes o factores de riesgo) y una causa aguda o situación de stress que actúa como factor precipitante.

- Factores predisponentes: son los factores que están presentes en un individuo, que confieren vulnerabilidad y disminuyen la resistencia ante los factores precipitantes.

Se incluyen: Características demográficas, Situación cognitiva, Situación Funcional, Déficit sensorial, Ingesta oral escasa, Fármacos, Comorbilidad y Situaciones de estrés emocional.

- Factores precipitantes: los factores que pueden precipitar un delirium son innumerables, todos ellos frecuentes durante la hospitalización y potencialmente

prevenibles o tratables. Los más frecuentes según los estudios clásicos son las infecciones y los fármacos.

- El enfermo debe permanecer sometido a una estrecha vigilancia día y noche por parte de un personal sanitario atento y cualificado, evitando el ruido en exceso, los cambios de habitación o del personal que le atiende, así como enfrentamientos o discusiones en su entorno físico más inmediato para no incrementar su desorientación. La presencia de familiares o cuidadores fácilmente reconocibles puede ser beneficiosa. La habitación debe permanecer bien iluminada con luz clara que ayude a evitar la aparición de ilusiones o alucinaciones visuales. Además, puede ser útil estimular la memoria con relojes, calendarios y letreros, así como emplear prótesis auditivas o gafas para disminuir las deficiencias sensoriales cuando existan.

Los cuidados de enfermería deben asegurar una nutrición e hidratación adecuadas.

El anciano debe ser movilizado en la medida en que ello sea posible. Se deben evitar las vías periféricas y el sondaje vesical. Tienen especial importancia los cuidados del intestino, del tracto urinario y de las zonas de presión, ya que sus complicaciones alargarán el curso de la enfermedad. Insistir en evitar las restricciones físicas siempre que sea posible, ya que a menudo aumentan la agitación. En ocasiones se hace necesario recurrir al tratamiento farmacológico, lo que obliga a un conocimiento correcto de la forma en que deben utilizarse los fármacos con acción psicoactiva.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico es muy variable dependiendo de la causa que haya determinado el SCA y de la situación general previa del paciente. El delirium supone muy frecuentemente un elemento negativo en el pronóstico de la enfermedad de base que presenta el anciano y altera de manera importante su calidad de vida. Este mal pronóstico viene relacionado con una dificultad en la recuperación tras un proceso agudo y supone una prolongación en el tiempo de las estancias hospitalarias.

Además está demostrado un aumento en las tasas de mortalidad comparando pacientes que presentan cuadro de SCA con los que no presentan delirium.

Al igual que con otros grandes síndromes geriátricos es necesaria una intervención multidisciplinar a la hora tanto de prevenir como tratar un SCA. La utilidad

de las medidas preventivas en este terreno está muy contrastada. En términos económicos habría una reducción de más del 15% en cuanto a estancias hospitalarias. Un buen conocimiento de los factores de riesgo del SCA, así como de sus mecanismos de producción más habituales, unido a una supervisión mantenida por parte del equipo multidisciplinar, constituyen las claves para llevar a cabo una prevención adecuada.

6 Bibliografía

- Lázaro-Del Nogal M, Ribera-Casado JM. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. 2009; 1(4):209-21.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. Washington DC: APA; 2000.
- Altimir S. Síndrome confusional en el anciano. In CruzJentoft AJ, ed. *Delirio y trastornos afines en geriatría*. Barcelona: Glosa; 2005. p. 9-17.
- Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014;383:911-22.
- El Síndrome Confusional Agudo en la tercera edad: Factores de riesgo, diagnóstico e intervenciones enfermeras Sonia García Encinas, Laura Liñán Urbano, y Gema López Valderrama. Hospital Torrecárdenas; SAS. *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud*. Vol III, cap 60. P 423-428.

Capítulo 199

MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN: ¿CUÁNTOS PUNTOS SON NECESARIOS EVALUAR?

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

NURIA GONZALEZ PULIDO

PAULA GUTIÉRREZ DIAZ

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

1 Introducción

La neuropatía diabética es una de las complicaciones microvasculares más comunes de la diabetes mellitus, siendo el principal factor de riesgo para el desarrollo de úlceras de pie y amputaciones no traumáticas. Debido a que en sus fases iniciales es asintomática e irreversible, hace que sea aún más importante su detección precoz.

Para su diagnóstico está recomendado utilizar el monofilamento (MF) 5.07 Semmes-Weinstein (SWME), filamento de nylon unido a un mango, que al doblarse aplica una presión constante de 10 g. con independencia de la fuerza con que lo aplique el explorador.

2 Objetivos

- Conocer cuántos puntos son aconsejables examinar en la valoración de la sensibilidad del pie diabético con el uso del MF.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden y Scielo, utilizándose operadores booleanos y las siguientes palabras clave: diabetes mellitus, monofilamento, neuropatía, pie diabético y prevención.

Como criterios de inclusión de los artículos se consideró que tuvieran relación con la pregunta de la búsqueda, una fecha de publicación posterior al 2014, escritos en castellano e inglés. Como criterios de exclusión se consideró aquella documentación anterior a los últimos cinco años, en otros idiomas que no fueran español o inglés.

4 Resultados

- La utilización del MF 5.07 de SWME está recomendada por numerosos estudios y Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia científica. A pesar de ello, tras la búsqueda, se han objetivado variaciones tanto en la ubicación como en el número de puntos a valorar con el MF.
- La mayoría de la bibliografía recomienda realizar el MF en cuatro puntos de cada planta del pie: falange distal del primer dedo y base del metatarso del primer, tercer y quinto dedo; garantizando así una adecuada valoración de la neuropatía diabética.
- Por otro lado, la GPC de la Asociación Española de Enfermería Vascul y Heridas recomienda realizar la prueba del MF en 10 puntos del pie: 9 en la planta, que corresponden al talón, arco interno y externo, tres puntos a nivel de las cabezas metatarsales, primera, centrales y quinta, y otros tres puntos, correspondientes al hallux, tercer y quinto dedo y un último punto en el dorso del pie, situado a nivel interdigital en el primer espacio intermetatarsal.
- Un reciente estudio transversal compara la efectividad del uso del MF en 3, 4 y 10 puntos del pie, concluyendo que la prueba de SWME en 3 puntos puede ser suficiente para la detección de neuropatía diabética.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de no haber un consenso en cuanto al número de puntos a valorar con el MF de SWME, toda la bibliografía coincide en que la exploración con MF es esencial en la detección precoz de neuropatía diabética. Por todo ello, se puede concluir que el diagnóstico de la neuropatía diabética utilizando el MF presenta una mayor sensibilidad y especificidad de predicción de aparición de úlceras y amputación de extremidades inferiores, siendo una exploración fácil, rápida, económica y aceptable para el paciente.

6 Bibliografía

- 1. Fisterra.com. Guía Clínica de Pie diabético [sede Web]. La Coruña: Fisterra.com.
- 2. Fisterra.com. Guía Clínica de Neuropatía d[sede Web]. La Coruña: Fisterra.com.
- 3. Iglesias González R, Roura Olmeda P. ¿Hay que realizar el cribado del pie diabético? ¿Con qué frecuencia? ¿Con qué método?. Guía de actualización en diabetes mellitus tipo 2. Fundación redGDPS. 2015.
- 4. Asociación Española de Enfermería Vasculard y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Tercera edición. Madrid: AEEVH, 2017.
- 5. Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de actuación Pie diabético en Canarias. Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad Servicio Canario de la Salud Dirección General de Programas Asistenciales. 2017.
- 6. Zhang Q, Yi N, Liu S, Zheng H, Qiao X, Xiong Q, et al. Easier operation and similar power of 10 g monofilament test for screening diabetic peripheral neuropathy. J Int Med Res. 2018; 46 (8): 3278 - 3284.

Capítulo 200

ANÁLISIS DEL SUEÑO EN PACIENTES INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.

ALBA ALONSO BERNARDO

1 Introducción

Podemos definir el sueño como una condición fisiológica y periódica del ser humano, durante la cual tienen lugar la coordinación de los distintos mecanismos fisiológicos, la renovación homeostática del sistema nervioso central, etc. Se considera parte de nuestra vida cotidiana y una necesidad biológica para restablecer las funciones psicológicas y físicas del ser humano. El sueño es esencial ya que durante el mismo ocurren una serie de procesos vitales que ayudan a mantener un buen estado de salud. Las recomendaciones para los adultos se sitúan entre siete y ocho horas de sueño al día, aunque existen variaciones en función de las necesidades de cada individuo. Existen estudios que afirman que una mala calidad del sueño puede producir elevación de la presión arterial, aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, etc.

Durante el sueño se alternan las fases del sueño REM y no REM (NREM) con un promedio de cuatro a cinco veces durante la noche. La fase de sueño NREM tiene mayor duración que la fase REM y en esta última es más fácil que el paciente se despierte.

El proceso de hospitalización en sí mismo ya conlleva una alteración del patrón del sueño de los individuos. Sin embargo, las características particulares

de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos hacen que sea necesario realizar un control más exhaustivo del paciente, favoreciendo así la alteración del ritmo circadiano. Las alteraciones del ciclo sueño-vigilia afectan al sistema inmunológico del individuo aumentando el riesgo de sufrir infecciones, y también provocan el descontrol de los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, por lo que el paciente tendrá más riesgo de padecer hipo o hipertensión, taquicardia, hipoxemia, etc.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Determinar los factores que alteran el sueño de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos.

Objetivos específicos:

- Especificar cuáles son las intervenciones de enfermería que más afectan al sueño de los pacientes de cuidados intensivos, evaluando la relación entre el uso de analgésicos y la alteración del ritmo del sueño.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha llevado a cabo una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA en Pubmed, Web of Science, Scopus, Biblioteca Virtual de Salud, Cochrane y Cinalh.

4 Resultados

Para realizar esta revisión sistemática se han tenido en cuenta un total de 10 estudios descriptivos hallados en las diferentes bases de datos, destinados a evaluar las alteraciones de producidas en el sueño de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos.

Todos los estudios consultados fueron realizados en unidades de cuidados críticos y contaron con la participación del personal de enfermería de dichas unidades,

quienes eran los encargados de registrar los diferentes datos de los pacientes. Se encontró una variabilidad en los criterios de inclusión empleados en los distintos estudios, así como en los tamaños de las muestras seleccionadas.

Ugras et al. emplearon los registros de enfermería para obtener la información de los pacientes. Solo dos estudios utilizaron la monitorización como el electroencefalograma frontal y la electromiografía, para realizar un seguimiento del sueño de los pacientes. Otras escalas empleadas en los estudios fueron la escala RASS y SAS utilizadas por Gehlbach et al. y Boesen et al. respectivamente, para evaluar el estado de sedación de los pacientes. Los valores obtenidos con ambas escalas fueron similares en los dos estudios, presentando los pacientes una sedación moderada.

- En 1999 Freedman ya determinó los cuidados de enfermería como uno de los factores más molestos para el descanso de los pacientes. Entre las intervenciones de enfermería más frecuentes durante el periodo de descanso de los pacientes se encuentran: la medición de signos vitales, la extracción de muestras de sangre, el manejo de la nutrición y la realización de tareas de higiene que implican la movilización del paciente. Varios estudios coincidieron que las horas más frecuentes para realizar los cuidados de enfermería durante la noche son las primeras horas de la noche y en torno a las 6 de la mañana.

- En cuanto el uso de fármacos, Navarro García et al. (42) y Boesen et al. (44) llegaron a la conclusión en sus estudios de que la administración de opiáceos a los pacientes, como la morfina no estaba relacionado con la presencia de trastornos del sueño.

Otra serie de factores que interfieren en la calidad del sueño son el dolor, los drenajes, los dispositivos de monitorización, el dormir en una cama ajena, etc. El dolor ya figura reflejado en la bibliografía médica como uno de los principales condicionantes del sueño.

- Todos los autores concluyen en sus estudios que el sueño de los pacientes críticos se ve fracturado debido a la realización de los cuidados enfermeros propios de estas unidades. Por tanto, el papel de las enfermeras es clave para lograr un buen descanso nocturno en estos pacientes. Como hemos mencionado se producen un gran número de intervenciones enfermeras durante los turnos de noche lo que dificulta el proceso normal de sueño en estos pacientes. Es por ello que algunos estudios como el de Navarro Arnedo et al. ven imprescindible diferenciar que tareas de enfermería son imprescindibles y cuáles, reorganizar los cuidados de manera que se pueda garantizar el mayor tiempo de descanso posible y de informar al resto del personal de la importancia de reducir los niveles de ruido.

- Por último, se puede concluir esta revisión señalando la necesidad de realizar más estudios que evalúen especialmente el impacto de las intervenciones de enfermería en el sueño de los pacientes ingresados en las unidades de críticos, y poder así desarrollar nuevas estrategias de cuidados.

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión sistemática se han estudiado los factores que alteran el sueño de los pacientes críticos. A pesar de que los estudios incluidos en esta revisión sistemática muestran una gran heterogeneidad en sus procedimientos de trabajo, una de las conclusiones que podemos extraer es que el personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos tiene un papel importante en la aparición de trastornos del sueño.

Los factores que mostraron mayor alteración del sueño, fueron: el dolor, las alarmas de los sistemas de monitorización y los ruidos del personal de enfermería al hablar. El análisis de los artículos demostró que la administración de analgésicos como la morfina o la presencia de otras patologías como puede ser el delirio no guardan relación directa con la alteración del ritmo de sueño de los pacientes críticos.

6 Bibliografía

- 1. Medina A, Feria DJ, Oscoz G. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso. *Enferm Glob.* 2009; 8.
- 2. Kamdar B, Needham D, Collop N. Sleep deprivation in critical illness: Its role in physical and psychological recovery. *J Intensive Care Med.* 2012;27(2):97-111.
- 3. National Heart, Lung and Blood Institute. Department of Health and Human Services. United States; 2013.
- 4. Gras CB, Hidalgo JL, García YD, Lapeira JT, Ferrer AV, Martínez IP. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria.* 2009; 41 (10): 564 - 9.
- 5. Sociedad Española del Sueño [Internet]. Madrid: Día Mundial del Sueño: Decálogo de la higiene del sueño.
- 6. Dominguez-Rodriguez A, Abreu-Gonzalez P, Sanchez-Sanchez JJ, Kaski JC, Reiter RJ. Melatonin and circadian biology in human cardiovascular disease. *J Pineal Res.* 2010; 49 (1) : 14 - 22.
- 7. Instituto del Sueño [Internet], Madrid: Ciclo del sueño.

- 8. Guía de Practica Clinica sobre trastornos del sueño en la infancia y en la adolescencia en atención primaria.
- 9. Velayos JL, Molerés FJ, Irujo AM, Yllanes D, Paternain B. Bases anatómicas del sueño. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007;30(1):7-17.
- 10. Hofhuis JGM, Langevoort G, Rommes JH, Spronk PE. Sleep disturbances and sedation practices in the intensive care unit-A postal survey in the Netherlands. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012; 28 (3): 141 – 9.
- 11. Tembo AC, Parker V. Factors that impact on sleep in intensive care patients. *Intensive Crit Care Nurs.* 2009; 25 (6): 314 - 22.
- 12. Mitchell ML. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *Aust Crit Care.* 2005; 18: 86 - 7.

Capítulo 201

CONTROL DEL DOLOR TRAS UNA MASTECTOMÍA.

PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS

ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

LAURA VERANO MENENDEZ

RAQUEL MUÑOZ DÍAZ

MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA

1 Introducción

La mastectomía es el término médico que se utiliza para la extirpación quirúrgica de una o ambas mamas de manera parcial o completa. Esta intervención se utiliza principalmente para la prevención en el cáncer de mama y hay varios tipos diferentes, en función de cómo se realiza la cirugía y cuánto tejido se extrae, podemos encontrar:

- Mastectomía simple (o total): en este procedimiento, el cirujano extirpa todo el seno, incluyendo el pezón, la areola y la piel.
- Mastectomía con conservación de piel: se deja intacta la mayor parte de la piel sobre el seno. Se extirpa solamente el tejido mamario, el pezón y la areola.
- Mastectomía con conservación del pezón: el tejido del seno se extirpa, pero la piel y el pezón del seno se dejan en su lugar. Después de este procedimiento se puede realizar una reconstrucción del seno.

- Mastectomía radical modificada: combina una mastectomía simple con la extirpación de los ganglios linfáticos axilares.
- Mastectomía radical: esta cirugía extensa rara vez se realiza hoy día. El cirujano extirpa todo el seno, los ganglios linfáticos axilares y los músculos pectorales .
- Mastectomía doble: cuando se extirpan ambos senos.

Tras una intervención quirúrgica es muy importante el control de dolor en los pacientes, ya que en general, permanecieran hospitalizadas varios días antes de irse de alta, así como, identificar otros síntomas: hinchazón , acumulación de sangre en la zona intervenida, entumecimiento del pecho y Acumulación de líquido transparente en la herida (seroma), ya que todas estos síntomas podrán dar paso a dolor.

2 Objetivos

- Conocer el grado de dolor según la escala EVA, tratamiento analgésico y mejorar el confort tras una mastectomía, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años de edad, ingresada en la planta de ginecología tras ser intervenida de una doble mastectomía doble debido a que presenta una predisposición genética del 87% de padecer cáncer de mama, por una mutación en el gen BRCA. No presenta alergias medicamentosas, ni otros antecedentes personales de interés.

En la planta de hospitalización se le controla el dolor y tensión arterial cada 4 horas las 8 primeras horas tras la intervención, y luego cada 8 horas hasta el alta de la paciente. Se utiliza la escala del dolor EVA , que puntúa el nivel de dolor desde 0 (no presenta nada de dolor) hasta 10 (dolor insoportable, además de valorar las posibles patologías que pudieran dar igualmente dolor torácico descartándose e instaurando un tratamiento analgésico dirigido a la herida quirúrgica. Además de unos cuidados higiénicos tanto corporales como locales en la herida quirúrgica, siempre descartando signos de infección o signos sistémicos como fiebre o exantema generalizado. La paciente gracias al buen control de enfermería, presenta un dolor controlado con analgesia y valorado cuantitativamente con una EVA menor de 4.

4 Resultados

Los principales problemas que se encontraron tras la revisión bibliográfica en bases de datos de los diferentes artículos sobre el manejo del dolor en este tipo de intervenciones fue el ir descartando otras enfermedades potencialmente graves torácicas o de la parte superior del abdomen, que puedan provocar un mal control del dolor causado tras la mastectomía. Se destaca el papel de enfermería ya que es la primera en tener el primer contacto con el paciente, por ello se han de tener claros los signos/síntomas de este síndrome.

5 Discusión-Conclusión

La valoración correcta de un paciente afectado de síndrome posmastectomía requiere una anamnesis cuidadosa que diferencia los diversos componentes que conforman el dolor y así poder plantear un tratamiento racional. Es importante utilizar una escala de dolor fácil, sencilla de utilizar y entender, como puede ser la escala EVA, para así tener un buen registro del dolor.

Esto ayudará al equipo sanitario a mejorar la calidad de los cuidados y repercutirá directamente en una mejora de la salud en los pacientes.

6 Bibliografía

- 1. American cancer society. 2018
- 2. Programa de acción "Cáncer de Mama". Secretaría de Salud. 2017.
- 3. Antoni Font. Universidad Autónoma de Barcelona. Laboratorio de Psicología Oncológica. Facultad de Psicología.
- 4. American Academy of Thermology (2015a). Guidelines for Neuromusculoskeletal Infrared Thermography Sympathetic Skin Response (SSR) Studies. Pan American Journal of Medical Thermology.
- 5. Marlow B, Cartmill T, Cieplucha H, Lo-wrie S. An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer. *Psychooncology* 2003; 12:319-30.
- 6. Farreras, C. Rozman (2012) *Medicina Interna XII Edición* Barcelona: Elsevier.

Capítulo 202

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

NOELIA IGLESIAS BODELON

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

1 Introducción

La personalidad es el conjunto dinámico de características emocionales, de pensamiento y conducta que son exclusivas de cada persona. Hay diversas teorías en psicología, cada una definiendo entre la personalidad y otras conductas psicológicas, sobre cómo se va desarrollando la personalidad o cómo ésta interactúa en los procesos. Los tipos de trastorno de la personalidad (TLP) son:

Trastornos de la personalidad de tipo A :

Paranoide de la personalidad

Esquizoide de la personalidad.

Esquizotípico de la personalidad

Trastornos de la personalidad de tipo B:

Trastorno de la personalidad antisocial.

Trastorno límite de la personalidad.

Trastorno histriónico de la personalidad.
Trastorno narcisista de la personalidad.

Trastornos de la personalidad de tipo C:
Trastorno de la personalidad por evitación.
Trastorno de la personalidad dependiente.
Trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva.

Un trastorno de personalidad se caracteriza por ser un patrón de relación , percepción comportamiento y pensamiento permanente e inflexible tan serio como para ocasionar una angustia así como para evitar que quien lo padece se relacione con su propio entorno.

2 Objetivos

- Elaborar un plan de cuidados para este tipo de trastornos de la personalidad, según las necesidades y diagnósticos de enfermería así como los NIC y NOC.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de enfermería. Las palabras clave utilizadas son trastorno, personalidad, cuidado , enfermería , necesidades y diagnóstico.

4 Resultados

- El tratamiento del paciente con TLP puede abordarse de diversas maneras. Los pacientes con sintomatología poco intensa pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio centrado en psicoterapia individual necesitando o no tratamiento.

- Necesidad de seguridad :

Manejo de la conducta : autolesión. Aumentar el afrontamiento. Manejo ambiental de seguridad. Entrenamiento para controlar impulsos.

Ayuda para el control del enfado . Intervención en caso de crisis. Administración de medicación. Manejo de la conducta Entrenamiento para controlar los impulsos. Apoyo en la protección contra abuso.

Aumentar el afrontamiento .Modificación de la conducta.Establecimiento de objetivos comunes.Enseñanza:proceso de enfermedad.Acuerdo con el paciente.Facilitar la autoresponsabilidad.

Potenciación de la autoestima .Potenciación de la imagen corporal.Apoyo emocional, reestructuración cognitiva.

- Necesidad de comunicación:

Manejo de las alucinaciones.Manejo del delirio.Disminución de la ansiedad.Orientación de la realidad.

Estimulación cognoscitiva.

Manejo de la conducta.

- Necesidad de actividades recreativas:

Apoyo emocional.Aumentar los sistemas de apoyo.

Potenciación de la socialización .Entrenamiento de la asertividad .

Terapia de entrenamiento .

Potenciación de la autoestima .

Facilitar la responsabilidad y acuerdo con el paciente.

- Necesidad de aprender:

Potenciación de la disposición del aprendizaje: mejorar la capacidad y disposición de recibir información.

Enseñanza de medicamentos prescritos.

Enseñanza del proceso de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Para proporcionar unos cuidados de enfermería es necesario trasladarlos a las necesidades de cada paciente de manera individualizada. Se debe saber priorizar los problemas haciendo hincapié en los más importantes , añadiendo o eliminando diagnósticos según vayamos observando las necesidades afectadas o no afectadas en cada momento de los procesos que va sufriendo el paciente tratado siempre a través de una valoración de enfermería.

Es imprescindible que al usar los diagnósticos sea primordial desarrollar la actividad para hacer ver la práctica y así poder satisfacer las necesidades básicas de todos nuestros pacientes que sufren este trastorno de una manera más eficiente. Concienciar al personal sanitario para poder ayudar y mantener una relación

empática con los pacientes que sufren este tipo de trastornos es el principal reto del manejo de estos pacientes.

6 Bibliografía

- 1. Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V [Internet]. Psi.uba.ar. 2011.
- 2. Anderson N, Rubio Larrosa. El Trastorno Límite de la Personalidad [Internet]. Portal sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). 2016 [Acceso el 3 de febrero del 2018]. Disponible en: <https://www.trastornolimito.com/tlp/trastorno-limite-personalidad>
- 3. National Institute of Mental Health. Trastorno Límite de la Personalidad /Borderline Personality Disorder.
- 4. El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. Enfermera Integral. 2015; (Especial): 82.
- 5. García López M, Martín Pérez M, Otín Llop R. Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad Scielo.isciii.es. 2010.
- 6. Jareño Gómez A. Borderline o Trastorno Límite de Personalidad: causas,síntomas y cómo tratarlo [Internet]. europapress.es. 2017.
- 7. Álvarez Tomás I, Andiñón Pérez Ó, Barral Picado C, Calvo Piñero N, Casadella Ventura M, Casañas Sánchez R et al. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad.
- 8. Ferrer Vinardell M. Trastorno límite de la personalidad [Internet].Tesisenred.net. 2013.
- 9.Belerda N. Trastornos de personalidad: Tipos, causas, diagnóstico, consejos y ejemplos [Internet]. Blog CogniFit. 2016.
- 10.Mazaira S. Vertex. Revista Argentina de psiquiatría [Internet].Polemos.com.ar. 2005.
- 11.Corchero M, Balés C, Oliva C, Sola C. Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad Dialnet.unirioja.es. 2012.
- 12.Vásquez-Dextre E. Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio [Internet]. Scielo.org.pe. 2016.
- 13.De la Vega-Rodríguez I, Sánchez-Quintero S. Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite [Dialectical behavioral therapy in borderline personality disorder] .

- 14. Stringer B, van Meijel B, Koekkoek B, Kerkhof A, Beekman A. Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes.
- 15. Jiménez Barbero J, Pérez García M, Rivera Rocamora C, Medina Garrido L, Munuera García V, Sánchez Muñoz M. El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente.

Capítulo 203

ASPECTOS ÉTICOS EN LA TOMA DE DECISIONES DE LA ENFERMERA. ¿QUÉ ES LO MEJOR PARA EL PACIENTE?

BELÉN BLANCO GARCÍA

JORGE PRADO GARCÍA

IRIS GOMEZ MARTÍNEZ

VERÓNICA ÁLVAREZ DE LA MATA

1 Introducción

El dilema ético del que quiero hablar se da muy a menudo en los pacientes de avanzada edad, bien por patologías tipo demencias, Alzheimer o una desorientación temporal entre otras.

2 Objetivos

- Analizar las decisiones de la enfermera dentro del ámbito laboral desde un punto de vista ético.

3 Caso clínico

Análisis y clarificación de los hechos:

El caso del que hablo se trataba de una paciente de 85 años, que ingresa por una insuficiencia cardíaca, con antecedentes de prótesis parcial en cadera derecha y total en izquierda por caídas previas el año pasado y el anterior. Es una paciente que ingresa a primera hora de la tarde, acompañada de su familia, consciente, orientada y poco colaboradora y demandante en general.

La familia y la paciente refieren que no puede movilizarse sola sin muletas ni ayuda parcial. La familia decide irse tras la cena y la paciente se queda sola para dormir, acostada y con las barandillas de la cama levantadas. A media noche en la ronda de enfermería la encontramos levantada revisando el armario, al hablar con ella refiere encontrarse en su casa colocando ropa y esperando que regrese su marido (fallecido hace varios años). Tras el episodio de desorientación, se avisa al médico de guardia para que nos pauté "una contención s/p", para evitar una caída accidental durante el tiempo que la paciente está sola en la habitación.

Al día siguiente la paciente está sentada en el sillón cuando llega la familia, sigue bastante desorientada y lleva un cinturón de sujeción para evitar que se levante sola del sillón. La familia refiere que no quiere que atemos a su abuela bajo ningún concepto. El médico informa a la paciente y a su hijo de las posibles consecuencias de retirar las sujeciones. Y aun así se le retira el cinturón de sujeción. El dilema comienza las siguientes noches cuando se va la familia, al quedarse la paciente sola, desorientada, en la cama, enfermería decide apoyarse en la orden médica de sujeción si precisa y atar a la paciente, aun a sabiendas de que la familia no quiere que se haga, para evitar que tenga una caída a lo largo del turno, en las horas que la paciente está sola. Retirando las sujeciones un tiempo antes de que lleguen los familiares para evitar discusiones.

Identificación de conflictos y problemas éticos:

La paciente, refiere que no quiere estar atada, pero sigue pajo un fuerte estado de desorientación e intenta levantarse de la cama o del sillón a menudo. La familia no quiere que se ate a la paciente en ningún momento del día o la noche.

El médico informa a la paciente y familia, ordena quitar el cinturón ante las exigencias, pero no retira la orden de sujeción si precisa.

Enfermería se ve en el dilema de decidir entre órdenes verbales y/o escritas. También debe decidir si obedecer a la familia o actuar en contra de sus deseos por el bien del paciente. El médico debería decidir claramente qué metodología de actuación seguir, dado que conoce la situación y no tiene implicaciones emocionales.

Análisis y discusión de cada uno separadamente:

La paciente, refiere que no quiere estar atada, pero sigue pajo un fuerte estado de desorientación e intenta levantarse de la cama o del sillón a menudo. La familia no quiere que se ate a la paciente en ningún momento del día o la noche.

La paciente y su cuidador principal (su único hijo) son informados por el médico de las posibles consecuencias de una caída accidental en los momentos en los que se queda sola, y aun así ambos deciden que no quieren sujeciones. Dada la desorientación de la paciente se toma como criterio principal el del familiar cercano más allegado, su hijo en este caso. La paciente no recuerda haber sido atada en ningún momento.

El médico debería decidir y definir claramente qué metodología de actuación seguir, dado que conoce la situación y no tiene implicaciones emocionales. ¿Hace bien el médico dejando esa ambigüedad en las órdenes para que enfermería decida bajo su propio criterio? o debe obedecer las indicaciones del responsable del propio paciente aun a sabiendas de que ésta intentará levantarse con un riesgo de caída accidental bastante alto. Legalmente si enfermería decide sujetar al paciente estaría respaldada por la orden escrita de "contención si precisa", por otro lado si dicha orden está puesta, ¿por qué retira las sujeciones antes de que llegue la familia al día siguiente? Se debe priorizar en este caso los deseos del familiar sobre lo que el enfermero considera más oportuno, o el médico debería implicarse más en el asunto y dejar clara la actuación de enfermería ante tal situación. El médico informa a la paciente y familia, y ordena quitar el cinturón ante las exigencias, pero no retira la orden de sujeción si precisa. El médico informa como dice la ley y actúa según la decisión del paciente, y/o del representante en este caso y ordena verbalmente retirar las sujeciones, pero no retira las órdenes escritas, dejando una ambigüedad en las órdenes para que el enfermero actúe a criterio.

Enfermería se ve en el dilema de decidir entre órdenes verbales y/o escritas. También debe decidir si obedecer a la familia o actuar en contra de sus deseos por el bien del paciente.- Enfermería tiene que decidir si ataja las indicaciones del familiar responsable del paciente, y/o actúa según criterio propio, apoyándose en la orden escrita de "Sujeción si precisa", para evitar una caída accidental de la paciente.

¿Debería obedecer la indicación del familiar y arriesgarse a que la paciente se levante sola cuando normalmente lo hace con bastante ayuda? Por otro lado la orden escrita dice que puede poner sujeciones si lo considera oportuno, ¿sería correcto contravenir con los deseos de la familia en favor de lo que considera mejor para la paciente?, ¿Es más responsable obviar una orden verbal ante una

escrita, si el juicio de la persona indica que es lo más correcto? Son dilemas con los que el enfermero debe mediar a menudo.

4 Resultados

Momento ontológico.

Todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto. Si sometemos el desarrollo de la situación a los cuatro principios morales básicos para orientar la toma de decisiones el resultado es el siguiente.

En cuanto al principio de Autonomía, la paciente, aun habiendo ingresado con sus facultades plenamente activas, consciente y orientada, a lo largo del proceso, ha pasado a ser una persona dependiente de su cuidador principal, en este caso su único hijo. El hijo y la propia paciente son informados de los riesgos de mantener sin sujeción en ciertos momentos del día en los que no hay acompañantes y de los beneficios de la misma. Una vez informados, disponen que no quiere que se contenga a su familiar, aunque tampoco quieren que se caiga, exigen una vigilancia constante para evitarlo, circunstancia poco aceptable dado el número de pacientes ingresados y el personal disponible.

El principio de No Maleficencia, choca claramente con el de Autonomía, desde dos puntos de vista importantes, evitar que el paciente sufra un daño físico que sería la posible caída con sus consecuencias, y evitar el daño psicológico a la familia al ver a su familiar contenido, aunque esto último no es del todo claro ya que es una confrontación directa con la Autonomía del paciente y a la decisiones tomadas por ellos.

El principio de Beneficencia es el que aplican los profesionales de la salud, en este caso enfermería cuando decide priorizar el bienestar físico del paciente a la autonomía del mismo. Y en el caso de la medicina, dejando al enfermero cubierto, ante la decisión de contener al paciente.

El principio de Justicia queda definido en cuanto a que la decisión del paciente está clara, pero el modo de actuación no está tan claro. Enfermería actúa bajo órdenes expresas, las dilaciones éticas ya son otra cosa.

Todos los principios chocan con el de Autonomía en este caso. Se debería de priorizar la decisión del responsable familiar ante toda situación, aun a sabiendas de que el riesgo de caída del paciente es muy grande o se debería obedecer las indicaciones familiares que en este caso son como las del propio paciente, frente a cualquier pensamiento propio del personal sanitario a sabiendas de que puede ser perjudicial para el propio paciente.

Momento teleológico.

Las consecuencias pueden ser una nueva caída de una paciente, dependiente, poco orientada, y con antecedentes de caídas importantes. Por otro lado es una clara violación del derecho de la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, y a su derecho a negarse al tratamiento, como dice la Ley General de Sanidad en lo referente a derechos del paciente. La cuestión es decidir qué clase de conflicto es este. Si ataca directamente a los derechos del paciente o si prima el bienestar del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El mejor curso de acción depende del cristal con que se mire, si atendemos a respetar los deseos del paciente o de su representante en este caso, que sería lo más normal, los profesionales sanitarios no deberían emitir juicios al respecto y deberían de acatar las decisiones fueran cuales fueran las consecuencias posibles en este caso. Dejando al margen que tu experiencia como profesional te dice que esa persona se caerá y pasará a ser una persona completamente dependiente.

Si lo vemos desde el punto de vista de enfermería, las órdenes médicas están para cumplirlas y si está escrito por el médico que con éste paciente se puede usar contención mecánica si el profesional de enfermería lo estima oportuno, es porque puede y debe hacerlo si así lo considera. El dilema entra cuando el profesional decide retirar dicha contención antes de la llegada de la familia para evitar conflictos.

A mi modo de verlo es el médico debería dejar más clara su posición ante el problema y no delegar en esta toma de decisiones. Yo como profesional de enfermería creo en el pleno derecho del paciente a decidir sobre sus cuidados. Aunque también es cierto que la comunicación con la familia en este caso la hace el médico y no el enfermero, este último solo ataja las órdenes recibidas como mejor considera oportuno.

6 Bibliografía

- Sádaba, J. Principios de bioética laica. Editorial GEDISA, 2018; Vol. 380004.
- Velasco, JMB. ¿Qué es la bioética personalista? Un análisis de su especificidad y de sus fundamentos teóricos. Cuadernos de bioética . 2013; 24(1): 17-30.
- Gea-Sánchez, M., Terés-Vidal, L., Briones-Vozmediano, E., Molina, F., Gastaldo, D., & Otero-García, L. Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. Gaceta sanitaria. 2016; 30(3): 178-183.

- García Moyano, L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioethica*. 2015; 21(2): 311-317.
- García Cabeza, M.E. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas de Enfermería* . 2014; 17(1):70-74.
- García-Moyano, L. M., Pellicer-García, B., Arrazola-Alberdi, O. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016; 16(1): 72-79.
- Vera-Carrasco, O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Revista Médica La Paz*. 2013; 19(2); 73-82.
- Fernández-Rodríguez, Á., Zabala-Blanco, J. Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*. 2014; 25(2): 63-67.
- Camps, V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. *Educación Médica*. 2015; 16(1): 3-8.
- Guerro, A.R. Hacia una gerontología más humana. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*. 2016; 32(2); 1-11.
- Díaz Alfonso, H., Lemus Fajardo, N. M., Gonzáles Cosme, W., Monduy, L., Lidia, O., Gort Cuba, O. Repercusión ética del cuidador agotado en la calidad de vida de los ancianos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2015; 19(3): 478-490.
- Cordero, P. R., Trigo, J. A. L., Pedraz, H. M., Rubio, J. M. P. Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*. 2015; 50(1): 35-38.
- González-Domínguez, R., Castillo-Feliciano, L. M., Avilés, A. G. P. Valoración gerontogeriatrica integral: comparación diagnóstica entre el módulo gerontológico y la consulta externa. *Atención familiar*. 2014; 21(1): 2-6.

Capítulo 204

BENEFICIOS EN LA REALIZACIÓN DE EJERCICIOS INTRADIÁLISIS

IRIS GOMEZ MARTÍNEZ

VERÓNICA ÁLVAREZ DE LA MATA

BELÉN BLANCO GARCÍA

JORGE PRADO GARCÍA

1 Introducción

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea que sustituye la función renal en casos de malfuncionamiento agudo o crónico de los riñones. Se trata de una modalidad de tratamiento en el que casi todos los pacientes son crónicos y necesitan dializarse tras sufrir durante años una insuficiencia renal. Son muchos los estudios que avalan que ha habido un importante aumento de la media de edad en los últimos años, probablemente impulsado por el aumento de la esperanza de vida en nuestro país.

El problema de los pacientes de edad avanzada es que presentan comorbilidad, una mayor dependencia y todo ello los convierte en pacientes de alta complejidad. Por ello es necesario intentar mantener la capacidad mental y física durante el mayor tiempo posible. En condiciones normales, la hemodiálisis es un tratamiento al que se someten tres días por semana, una media de cuatro horas. Hay tres opciones para poder dializar a un paciente renal:

- Fístula arteriovenosa (FAV).

- Prótesis vascular de politetrafluoroetileno (PTFE).
- Catéter venoso central (CVC), que puede ser tunelizado o temporal.

En los dos primeros accesos, una condición imprescindible es que el paciente mantenga el brazo de la FAV o PTFE inmovilizado, ya que en ambos casos, hay dos agujas de calibre grueso puncionando el brazo. Una se utiliza como arteria (extrae la sangre al dializador), y la otra como vena (introduce la sangre ya filtrada). En el tercer acceso venoso, pueden tener algo más de movilidad. En el caso de los CVC tunelizados, suelen colocarse en la vena yugular o en la vena carótida, y en este caso, pueden mover los brazos y piernas con total libertad; en cambio, si son CVC temporales, suelen colocarse en la vena femoral y por lo tanto estos pacientes, tendrán limitada la movilidad de la pierna donde se encuentra el catéter.

De todos modos la hemodiálisis implica estar esas cuatro horas de tratamiento en una cama o en un sillón prácticamente inmovilizados, y si tenemos en cuenta que son pacientes con mucha comorbilidad y diversos problemas derivados de la propia enfermedad renal (cardiopatías, diabetes mellitus, osteoporosis, etcétera), cobra una importancia vital que realicen algún tipo de ejercicio para conseguir mantener sus capacidades físicas durante el mayor tiempo posible. Debido a esto, ya se han realizado estudios en distintos hospitales, en los que se han implantado ejercicios de baja intensidad durante la sesión de hemodiálisis.

2 Objetivos

- Conocer los beneficios de los ejercicios en los pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Describir las ventajas tras la realización de los ejercicios.
- Conocer las dificultades con las que se encuentra el personal y los propios pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos acotada a los últimos cinco años, en varias bases de datos (Dialnet, Cochrane y Pubmed) en idioma inglés y castellano. Se excluyeron aquellos artículos que no aportaban interés en base a nuestros objetivos. Palabras clave: hemodiálisis, ejercicio físico, intradiálisis, beneficios, calidad de vida.

4 Resultados

En la mayor parte de los estudios analizados, realizan una comparación antes y después de la implantación de los ejercicios intradiálisis.

Hacen esa comparación en tres esferas, basadas en la posible mejora del sistema cardiovascular, del sistema musculoesquelético y del estado emocional. Como comentábamos en la introducción, los pacientes mayores tienen varias patologías, y si a eso añadimos la insuficiencia renal, el sistema cardiovascular se ve muy dañado. Tras consultar varios estudios, se objetiva que con la realización de al menos 30 minutos de ejercicios de baja intensidad por día de hemodiálisis, se consigue una reducción de las cifras de tensión arterial y una mejora del riego arterial y el retorno venoso en los miembros inferiores.

En el sistema musculoesquelético los pacientes que realizaron los ejercicios, tenían una mejora en la movilidad muscular, mayor resistencia y menos calambres durante la sesión. Por último, en cuanto al estado emocional, al ver que iban mejorando poco a poco y comprobando sus propios avances, casi el 85% de los pacientes refirieron sentirse “menos inútiles” y más contentos. Teniendo una mayor satisfacción personal tras las mejoras musculoesqueléticas.

Las dificultades que se describen suelen ser en su mayoría relacionadas con las competencias del personal. En muchos casos, los profesionales referían que el trabajo corresponde a los fisioterapeutas, no teniendo en cuenta que lo que se intenta, es que los pacientes creen un hábito de ejercicios, y no una terapia rehabilitadora. También se describen los problemas derivados de los pacientes, ya que muchos días no querían hacer los ejercicios por pereza, malestar, etcétera.

5 Discusión-Conclusión

El ejercicio físico es indispensable para todas las personas independientemente de su edad y sus capacidades. Hay que adaptar el ejercicio a cada persona y de forma individual realizar alguna actividad física por pequeña que sea. Las mejoras no siempre son grandes, pero las hay, y en estos pacientes es muy importante mantener el mayor tiempo posible aquellas capacidades que aunque les cueste trabajo, puedan realizar.

Al igual que mantener una dieta equilibrada y sana, una higiene correcta y una buena hidratación de la piel, es fundamental, mantener un nivel de independencia para evitar los efectos secundarios del encamamiento y la inactividad, así como

del deterioro cognitivo.

6 Bibliografía

- Barbero Narbona, E., Tejeda Araez, E., Herrera Morales, C., Montserrat García, S., Gascó Coscojuela, N., & Junyent Iglesias, E. (2016). Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 29-35.
- Becerra, O. M. S., Salazar, A. M. P., & Hernández, A. E. (2019). ¿Cuál es la seguridad de un programa de ejercicio, como intervención, durante la hemodiálisis para el paciente con enfermedad renal crónica?. *Revista Colombiana de Nefrología*, 6(1), 35-47.
- Cigarroa, I., Barriga, R., Michéas, C., Zapata-Lamana, R., Soto, C., & Manukian, T. (2016). Efectos de un programa de ejercicio de fuerza-resistencia muscular en la capacidad funcional, fuerza y calidad de vida de adultos con enfermedad renal.
- Collazos, J. E. M., & Bermúdez, H. F. C. (2017). Ejercicio físico y enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 35(4), 212-219.
- Contreras Martos, G. M., Delgado Rodríguez, M., Martínez Villar, J., Parra Mozas, I., Borrego Utiel, F., & Segura Torres, P. (2011). Eficacia de un programa de entrenamiento intradiálisis de fuerza-resistencia en combinación con electroestimulación neuromuscular: mejora en la capacidad funcional, fuerza, y calidad de vida. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 14(2), 112-119.
- Cuesta-Vargas, A. I., & Corpas, C. V. (2016). Actividad física, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 16(61), 99-109.
- Esteve Simo, V., Junqué Jiménez, A., Moreno Guzmán, F., Carneiro Oliveira, J., Fulquet Nicolas, M., Pou Potau, M., ... & Ramirez de Arellano, M. (2015). Beneficios del ejercicio físico de baja intensidad durante la sesión de hemodiálisis en el paciente anciano. *Revista de la sociedad española de Nefrología*, 35(4), 385-394.
- Junqué Jiménez, A., Esteve Simó, V., Tomás Bernaveu, E., Paz López, Ó., Iza Pinedo, G., Luceño Solé, I., ... & Ramírez de Arellano, M. (2015). Resultado de un programa adaptado de ejercicio físico en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 18(1), 11-18.
- Molina-Robles, E., Colomer-Codinachs, M., Roquet-Bohils, M., Chirveches-Pérez, E., Ortiz-Jurado, P., & Subirana-Casacuberta, M. (2018). Efectividad de una

intervención educativa y de ejercicio físico sobre la capacidad funcional de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Clínica*, 28(3), 162-170.

- Ortega Pérez de Villar, L., Antolí García, S., Pérez, L., ^a Jesús, M., Cuenca, A., José, J., ... & Segura Ortí, E. (2016). Comparación de un programa de ejercicio intradiálisis frente a ejercicio domiciliario sobre capacidad física funcional y nivel de actividad física. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 45-54.

- Rebollo-Rubio, A., Morales-Asencio, J. M., Pons-Raventos, M. E., & Mansilla-Francisco, J. J. (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. *Nefrología (Madrid)*, 35(1), 92-109.

Valqui Leonardo, R., & Bustinza Orosco, C. C. (2019). Beneficios del ejercicio físico intradiálisis, en usuarios hemodializados con enfermedad renal crónica.

Capítulo 205

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN ENFERMERA.

PAOLA MORÁN CABAL

ALICIA SILVERIO GONZÁLEZ

1 Introducción

El propósito de la enfermería es prestar cuidados de calidad, respetando los derechos, valores, creencias y costumbres de todas las personas, fomentando siempre la seguridad. Una de las funciones de nuestra profesión es la administración de fármacos. Por ello, en el transcurso de la carrera profesional, se hace fundamental la adquisición de habilidades y conocimientos farmacológicos, fisiológicos y técnicos, para realizar esta función con confianza y responsabilidad. Sin embargo, existen situaciones en que la calidad de dicha función se ve afectada de manera negativa, a causa de errores, incidentes y confusiones, producidos en el manejo de los recursos poniendo en peligro la seguridad y bienestar de los pacientes.

Debido a la complejidad y amplia gama de la industria farmacéutica, la administración y toma de un medicamento es la penúltima fase de un arduo proceso que se desarrolla en el hospital llamado Cadena Terapéutica. La complejidad de cada una de las fases, puede dar lugar a posibles errores de medicación (EM). Se denomina cadena terapéutica del medicamento a las etapas del proceso del sistema de utilización de fármacos. Un error de medicación es definido por la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP)

como: “Cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios, del paciente o consumidor. Tales eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”.

La seguridad del paciente, constituye la prioridad de los sistemas sanitarios. Desde siempre, se han conocido los errores y negligencias médicas, pero no fue hasta la década de los 90, que gracias a la publicación de una serie de estudios epidemiológicos que dieron a conocer la magnitud de los EM, se le dio importancia a la gran dimensión de éstos. A raíz de los estudios sobre EM elaborados en los últimos veinte años, se han desarrollado diferentes organismos implicados en el uso seguro de medicamentos, que se encargan de desarrollar estándares y estrategias para evitar los EM y fomentar la seguridad del paciente a nivel internacional y nacional. La encargada de la gestión y liderazgo sanitario a nivel mundial es la Organización Mundial de la Salud (OMS). A nivel Europeo, La European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) trabaja en la elaboración de sistemas que permitan la mejora de la seguridad de los pacientes, mediante acuerdos con la industria farmacéutica. La Agencia Europea del medicamento (EMA), se encarga de la farmacovigilancia, analizando datos, evaluando y autorizando nuevas comercializaciones, asesorando a la industria farmacéutica, etc.

La NCCMERP publicó la primera taxonomía de errores de medicación en 1998, con el fin de unificar criterios para el registro y análisis de estos eventos, incluyendo 13 tipos y varios subtipos de errores. En España, actualmente en los hospitales y otros centros sanitarios se utiliza como herramienta de análisis de notificación de errores una versión adaptada a los sistemas Españoles de utilización de fármacos, elaborada por un grupo de facultativos del país (grupo Ruíz-Jarabo 2000) y coordinada por la delegación Española del Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP). Algunos errores contemplados en la taxonomía son:

- Error de prescripción.
- Dispensación de un medicamento deteriorado.
- Error de omisión, no dispensar o administrar una dosis prescrita.
- Dosis inadecuada, dispensar o administrar una dosis superior o inferior a la prescrita, o una dosis suspendida.
- Error de preparación, manipulación o formulación incorrecta de un medicamento.

- Administración de dosis no prescritas.
- Error de registro.

El ISMP, publica periódicamente listados de EM en España, revisa y analiza todos los informes elaborados por los centros sanitarios, colaborando con la industria farmacéutica para reducir y prevenir los errores derivados de denominación, etiquetado, embalaje y dispositivo de administración.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de errores de medicación en la administración de fármacos por parte de enfermería existen en la literatura científica.
- Conocer las causas más frecuentes de errores de medicación en la administración y si la implementación de mejoras tecnológicas ha hecho variar el número de errores farmacológicos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, obteniéndose 44 artículos publicados desde 2010 a 2016.

4 Resultados

- Según el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS), realizado en el 2005 y publicado en el 2006 por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, con el fin de determinar los efectos adversos en los hospitales Españoles, mediante la revisión de 5.755 historias clínicas de 24 hospitales, detectó que en un 8,4% de las historias, se registró algún efecto adverso, de los cuales, el 37,4% son provocados por errores de medicación, la prevalencia fue del 9,3% y el 43% podría haberse evitado. Además, pueden ser la causa del 4,7% de los ingresos hospitalarios con un coste medio por estancia de 3000€/persona.
- Las causas más frecuentes de error son las órdenes médicas telefónicas, los lapsus y las interrupciones.
- Por último, se encuentran menos EM con mejoras tecnológicas durante el proceso que sin ellas.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, están cobrando importancia los temas relacionados con la seguridad del paciente, y los errores de medicación son uno de ellos. Hemos considerado relevante realizar un estudio sobre la última fase del proceso, la administración, ya que la bibliografía disponible suele centrarse en el proceso en general, sin incidir en ninguna etapa. Los resultados obtenidos nos muestran un porcentaje considerable de EM en la administración. Este dato resulta alarmante, ya que los errores que suceden en este último tramo suelen tener repercusiones en el paciente, debido a que no existe ninguna barrera que pueda detectarlos e impedirlos. En el momento en que se produce un daño en el usuario por parte de un error humano, éste pierde la confianza en el profesional en particular y en el sistema en general, además de necesitar, en muchas ocasiones, un aumento de la vigilancia, ingreso o plan terapéutico adicional.

Esta frecuencia de errores de medicación varía en función del servicio que analicemos, y además, estas diferencias son estadísticamente significativas. En esta revisión se han determinado como más frecuentes los EM en unidades de cirugía, urgencias y UCI. La primera unidad puede venir debido al abanico de pacientes de todas las franjas de edad que pueden ingresar, ya que se encontrarían hospitalizados en ella todos aquellos pacientes intervenidos que necesiten de observación o curas durante un tiempo determinado. Este hecho implica que cada usuario tiene sus patologías de base, y que aunque puedan no ser el motivo principal de ingreso, han de tenerse en cuenta e integrarse en el plan de curas, motivo por el cual, la cantidad de fármacos y patologías diversas que podamos encontrar en unidades de cirugía superen la complejidad de otras más especializadas en este sentido.

En cuanto al servicio de urgencias, el hecho de que haya una elevada tasa de EM era un resultado que esperábamos por las características propias que tiene. La elevada carga de trabajo que sufren los profesionales de este tipo de unidades, así como la necesidad de una respuesta rápida y la complejidad de los pacientes que acuden, hace que sean más propensos a padecer lapsus o distracciones y, a su vez, que ocurran EM. En referencia a la UCI, uno de los posibles motivos de la alta incidencia de EM puede ser el estado crítico del paciente, que en ocasiones también necesita de una rápida actuación y que, a su vez, suele ser portador de un elevado número de fármacos, generalmente todos endovenosos, y con todos los elementos tecnológicos necesarios a su alrededor: bombas de infusión continua, ventilación mecánica, monitorización completa, etc.

Las causas que se han encontrado como más frecuentes han sido los lapsus y las interrupciones. Podemos considerar que los lapsus son un elemento inherente en todas las personas, y que cualquiera puede cometer un error promovido por un despiste. Incidir en este punto resulta complicado, ya que la gran cantidad de trabajo que puede llegar a haber en un servicio hospitalario puede provocar el olvido. En cambio, si se puede incidir en las interrupciones. En este caso, se trata de un tema cultural. En nuestra sociedad, está totalmente normalizado el interrumpir al personal de enfermería aunque esté realizando alguna tarea.

Resulta habitual ver como otro profesional pregunta o informa a la enfermera cuando ésta se encuentra administrando un fármaco a un paciente, o encontrar un familiar resolviendo sus dudas en el pasillo mientras se prepara la medicación. Todas estas situaciones son las que deberían eliminarse, y probablemente los EM descenderían considerablemente, ya que todos aquellos motivados por las interrupciones probablemente desaparecerían. Además, haciendo referencia a los sistemas informáticos, que cada vez son más utilizados, ya hemos visto que disminuyen considerablemente los EM pero pueden provocar errores nuevos o aumentar algunos que no sucedían con tanta frecuencia. Por ello, consideramos que todos los procesos implantados necesitan de posterior revisión, para poder ver si realmente son tan eficientes como parecen, y mejorar aquellas carencias que puedan encontrarse.

Podemos concluir que existe un gran número de errores cometidos durante la administración y que un elevado porcentaje de estos son evitables. Aún así, no conocemos la totalidad de EM que se producen, debido a un concepto cultural erróneo sobre la equivocación, que impide que todos los profesionales notifiquen y admitan su error para que éste pueda ser analizado y eliminada la causa que lo motivó en caso de que sea posible. Existe un elevado porcentaje de EM en la administración. Es necesario realizar intervenciones dirigidas a reducirlos, y podrían ir encaminadas a eliminar o disminuir la posibilidad de que ocurran una de las principales causas de EM: las interrupciones durante la preparación y administración de fármacos.

6 Bibliografía

- 1. Organización Mundial de la Salud [en línea]. Clasificación internacional de la OMS para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2009.
- 2. Otero MJ, Martín R, Domínguez A. Seguridad de medicamentos. Abreviaturas, símbolos y expresiones de dosis asociados a errores de medicación. Farm Hosp.

2004;28(2):141-4.

- 3. Otero MJ. Curso de formación continuada en farmacoterapia de la SEFH. Arán Ediciones S.L. Madrid, 2007.
- 4. Poon E, Keohane C, Yoon C, Ditmore M, Bane A, Levtizion-Korach O et al. Effect of bar-code technology on the safety of medication administration. *N Engl J Med.* 2010; 362:1693-707.
- 5. Otero MJ. Errores de medicación y gestión de riesgo. *Rev Esp Salud Pública.* 2003; 77: 527-540.
- 6. Khon LT, Corrigan JM, Donalson MS. To err is human: building a safer health system. Institute Of Medicine. Academy Press, 1999.
- 7. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid: 2006.
- 8. Tomás S, Chánovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. EVADUR: Eventos Adversos ligados a la asistencia en los servicios de Urgencias de hospitales españoles. *Emergencias.* 2010; 22: 415-28.
- 9. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud [en línea]. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid: 2006.
- 10. Wright K. The role of nurses in medicine administration errors. *Nurs Stand.* 2013; 27(44):35-40.
- 11. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ.* 2000; 320(7237):768-70.
- 12. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention [en línea]. Taxonomy medication errors. NCCMERP, 1998.[fecha de acceso: 20.06.2017]. Disponible en: <http://nccmerp.org/aboutmederrors.htm>
- 13. Lisby M, Nielsen LP, Mainz J. Errors in the medication process: frequency, type and potential. *Int J Qual Health Care.* 2005; 17(1): 15-22.

Capítulo 206

ANESTÉSICOS INTRAVENOSOS.

MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ

ALBERTO LAVIANA SUÁREZ

NOELIA SANCHEZ VALLES

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La inducción anestésica, corresponde al período de tiempo de la anestesia general, en el cual se busca la pérdida de la consciencia con el fin de iniciar un procedimiento quirúrgico (realización de cirugía), diagnóstico (algunas tomografías en los niños) o similar (curaciones o cambios de gasas), que desencadene dolor, o que sea necesario mantener inmóvil el paciente.

La inducción puede lograrse mediante drogas que se administran por vía intravenosa como es el caso de los fármacos que se analizan en éste trabajo, por drogas que se administran por vía inhalada como sucede con los anestésicos volátiles, o con combinación de ambos (intravenoso más inhalado), como frecuentemente se hace.

En la actualidad, la anestesia intravenosa es, con mucho, la más utilizada en Europa. Las formas de anestesia son muy variadas; un esquema bastante generalizado puede ser: inducción rápida con un agente intravenoso, utilización de paralizantes musculares, mantenimiento con agentes que producen neuroleptoanalgésia, y complemento ocasional con algún anestésico inhalatorio. Dentro de este

esquema existen múltiples variantes según el tipo de intervención quirúrgica, el estado fisiopatológico del paciente y la experiencia personal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Definir el concepto de anestesia intravenosa.

Objetivos secundarios:

- Distinguir los distintos anestésicos.
- Conocer los mecanismos de acción y la farmacocinética.
- Aprender las dosis y su presentación.
- Distinguir las ventajas y desventajas de la anestesia intravenosa.

3 Metodología

El trabajo se realiza mediante la revisión bibliográfica de información recopilada de diferentes fuentes bibliográficas. Para la revisión se han utilizado las siguientes estrategias de búsqueda:

- Bases de datos: Dialnet, Pubmed, Google Académico.
- Publicaciones científicas y relacionadas con los anestésicos intravenosos.
- Páginas web de diferentes entidades científicas de origen nacional.

La bibliografía utilizada fue revisada de manera manual y se adaptó correctamente a los objetivos que se marcaron desde el inicio de la revisión. La búsqueda se realizó mediante el uso de palabras clave que permitieron realizar una selección la bibliografía, evitando aquellos artículos que no eran de interés para el trabajo.

Es una revisión bibliográfica de tipo descriptivo. Para las referencias de las revisiones bibliográficas he utilizado las normas Vancouver. La muestra de estudio se realizó mediante una búsqueda bibliográfica de documentos, artículos y leyes relacionados con la temática del trabajo. Se accedió a páginas y documentos online así como a revistas del tema.

4 Resultados

Se han obtenido los siguientes resultados:

- Son fármacos capaces de producir de manera reversible una insensibilidad total, hasta llegar al estado de inconciencia.
- Existen distintos tipos de anestésicos intravenosos entre los que se encuentran los barbitúricos, propofol, ketamina, benzodiazepinas y etomidato.
- Cada anestésico tiene una serie de mecanismos de acción, una farmacocinética y efectos que han de ser conocidos antes de su uso para así evitar complicaciones que puedan comprometer al paciente.
- Se ha de conocer sus dosis y formas de presentación ya que todos producen afectaciones en el sistema cardiovascular, respiratorio y en el sistema nervioso central.
- En los que se refiere a las ventajas y desventajas en la anestesia existen más ventajas ya que actualmente existe mucho control de los anestésicos a la hora de aplicarlos, evitando así posibles complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Anestésicos endovenosos son aquellos fármacos capaces de producir de manera reversible una insensibilidad total, administrados por vía intravenosa. Hasta llegar al estado de inconciencia que define una anestesia general, existen toda una serie de estados intermedios que van desde la ansiolisis hasta el estado de coma que definen lo que habitualmente se llama sedación. Dado que no hay ninguna droga endovenosa anestésica, excepto la Ketamina, el término se emplea para designar aquellas sustancias con propiedades anestésicas (hipnóticas, analgésicas, ansiolíticas, relajantes...) que no son gases y que se utilizan por vía endovenosa.

El anestésico ideal sería aquel que además de reunir estas propiedades anestésicas, no presentase toxicidad tisular ni efectos colaterales y proporcionase un despertar completo y predecible. En la práctica habitual, consideraremos anestésicos endovenosos como aquellos fármacos que se usan para inducir estados que van desde sedación a la anestesia general o que se usan como coadyuvantes durante la realización de una anestesia. Debido a la inmensidad de fármacos con utilidad clínica en anestesia nos centraremos básicamente en los hipnóticos.

Los agentes utilizados en la anestesia intravenosa son:

Barbitúricos.

Benzodiazepinas.

Ketamina.

Propofol.

Etomidato.

Barbitúricos:

Los barbitúricos son los fármacos hipnóticos más estudiados y los primeros en introducirse en clínica. El primer compuesto fue descubierto por Bardet en 1921, en 1934 Lundy descubrió el tiopental. Todos ellos tienen en común el núcleo de ácido barbitúrico en su molécula.

Mecanismo de acción:

- Deprimen el sistema reticular activador del tallo encefálico.
- Suprimen la transmisión de neurotransmisores excitadores (acetilcolina).
- Aumentan neurotransmisores inhibidores (GABA- Ácido gamma amino-butírico).
- Interfieren la liberación de neurotransmisores pre-sinápticos e interaccionan de forma selectiva sobre los receptores post-sinápticos.

Farmacocinética:

Absorción: Pueden absorberse por vía endovenosa, intramuscular y rectal. En anestesia se administran endovenosos. Antes de la aparición de las benzodiazepinas se administraron por vía oral para el tratamiento del insomnio.

Distribución: Acostumbran a ser muy liposolubles. La duración clínica de los fármacos usados viene determinada por redistribución salvo en caso de dosis repetidas o perfusión continua que saturan los compartimentos periféricos. Su fijación a proteínas es del 80%.

Metabolismo hepático. Metabolitos hidrosolubles inactivos.

Eliminación hepática. Aumentada en el caso del metohexital.

Efectos farmacológicos:

Sistema Cardio-vascular: la tensión arterial por vasodilatación periférica y \downarrow frecuencia cardíaca por efecto vagolítico central. El gasto cardíaco se mantiene igual por el aumento de la FC y de la contractilidad debida a reflejos de los barorreceptores. Disminuyen la TA y el GC. En la HTA sus efectos hemodinámicos depresores son más marcados, en el caso de HTA no tratada o mal controlada tendremos un perfil de inestabilidad hemodinámica característica tras la inducción.

Respiración: Disminuyen la respuesta ventilatoria a la hipercapnia y la hipoxia. La Apnea tras la inducción es habitual. Disminuyen el volumen corriente y la frecuencia respiratoria en el despertar.

SNC: Disminuyen el flujo sanguíneo cerebral por vasoconstricción, pero al aumentar la presión de perfusión cerebral, disminuyen el consumo de oxígeno cerebral hasta un 50%. Dosis altas seguidas de perfusión producen protección cerebral a isquemias focales, pero aumentan largamente la duración de sus efectos hipnóticos.

Benzodiazepinas:

Todas las benzodiazepinas tienen efectos hipnóticos, sedantes, ansiolíticos, anti-convulsionantes y producen cierto grado de relajación muscular. Las diferencias entre ellas estriban en pequeñas modificaciones químicas.

Mecanismo de acción:

- El núcleo benzodiazepínico se une a un receptor específico del córtex cerebral llamado "benzodiazepínico", que aumenta los efectos inhibidores de varios neurotransmisores.
- Se diferencian de otros hipnóticos por presentar un antagonista específico: Flumazenil, que es una Imidazobenzodiazepina con afinidad pero sin actividad sobre el receptor.
- Tienen una relación estructura-actividad muy alta, con lo que pequeñas modificaciones afectan la potencia, la biotransformación y la hidrosolubilidad de las moléculas.

Farmacocinética:

Presentan una absorción prácticamente por todas las vías: PO, IM, EV, SC, epidural.

Su distribución tiene un tiempo medio de 3-10 min. Se fijan entre un 90-98% a proteínas plasmáticas.

El metabolismo es hepático por Glucurono-conjugación.

La eliminación de los metabolitos (muchos de ellos activos) es por orina.

Las Benzodiazepinas de uso clínico habitual son:

MIDAZOLAM: Se caracteriza por ser hidrosoluble a pH ácido y liposoluble a pH fisiológico. Presenta un alto Vd. y un metabolismo hepático rápido que le proporcionan una duración clínica de aproximadamente 2 horas.

DIAZEPAM: Es muy liposoluble. Tiene un alto Vd. y un metabolismo hepático lento (30h). Su pico plasmático aparece entre las 6-12 horas debido a la circulación enterohepática y a sus metabolitos activos. Su duración clínica es larga.

LORAZEPAM: Muy liposoluble. Tiene un Vd. bajo y un metabolismo hepático de 15 horas. Por su alta afinidad por el receptor presenta una duración clínica larga.

Efectos farmacológicos:

Cardio-vascular: Presentan efectos depresivos mínimos aunque aumentan la FC por un posible efecto atropínico principalmente del diazepam. En pacientes con mal estado general, hipertensos y con gran ansiedad producen hipotensión. En el shock deben administrarse a bajas dosis. Midazolam reduce más la TA y las RVP que Diazepam.

Respiratorio: Disminuyen la respuesta al CO₂. Bajas dosis pueden producir paro respiratorio.

SNC: Reducen el VÖ₂, el FSC y la PIC pero menos que los barbitúricos. Son Antiepilepticos. Producen Amnesia retrógrada y son ansiolíticos (son útiles en la premedicación). Tienen efectos relajantes musculares a nivel espinal. No son analgésicos.

Todos ellos presentan una recuperación larga que los hacen poco adecuados para la inducción y mantenimiento de la anestesia.

Ketamina:

La Ketamina es el anestésico endovenoso más atípico. Su efecto se ha descrito como anestesia disociativa, en la que el paciente parece despierto pero no responde a estímulos, incluso nociceptivos.

Mecanismo de acción:

Actualmente se tiene evidencia científica que la mayoría de acciones de la Ketamina se debe a la interacción con 3 receptores:

- Receptores NMDA: inhibe este neurotransmisor que actúa modelando la memoria, el desarrollo y plasticidad del dolor. Siendo este el mecanismo más importante.
- Receptores opiáceos: es un agonista kappa y antagonista mu.
- Receptores colinérgicos: produce efectos colinérgicos antimuscarínicos.

Farmacocinética:

Su absorción puede ser EV o IM. Se ha usado por vía espinal. Su distribución inicial tiene un t_{1/2a} 10- 15 min. El metabolismo es hepático con metabolitos activos (Norketamina). Produce inducción enzimática muy importante. Aparece tolerancia con dosis múltiples. El tiempo de eliminación es de 2 horas. Eliminación renal.

Efectos farmacológicos:

Cardio-vascular: Produce una estimulación central del S.N. simpático. Aumenta la TA, FC, GC, PAP, Trabajo miocárdico. Está contraindicada en pacientes con coronariopatías, HTA no controlada, ICCV y aneurismas.

Respiración: Es un potente broncodilatador. Produce una salivación excesiva. No provoca depresión respiratoria salvo si se asocia a opiáceos, de hecho, se han descrito efectos estimulantes sobre la ventilación.

SNC: Estos efectos se cree actualmente que son transitorios aunque no existen criterios unánimes al respecto. Por ello en principio está contraindicada en lesiones ocupantes de espacio del SNC. Da lugar a mioclonias y efectos psicomiméticos

adversos: ilusiones, delirios, pesadillas, al despertar que son menos frecuentes en niños y al asociar una premedicación con BZD. Produce ANALGESIA y Amnesia.

Propofol:

Probablemente es el hipnótico más utilizado en la actualidad. Es el 2-6-diidopropilfenol. Su mecanismo de acción se debe a que facilita la neurotransmisión inhibitoria del GABA. No es hidrosoluble. Es característico el dolor durante la inyección, que se relaciona tanto con el calibre de la vía venosa como su localización. Carece de conservantes y dado su potencial capacidad nutricional para microorganismos es recomendable evitar manipulaciones y desecharlo transcurridas 6 horas de su preparación, ya que se han descrito casos de infección, reacciones febriles y procesos sépticos si no se siguen estas normas básicas.

Farmacocinética:

- Su Absorción es únicamente endovenosa. Presenta una fase de redistribución rápida de 2-4 minutos ya que su volumen de distribución es 3-4 l.
- Su eliminación presenta una primera fase rápida con tiempo medio de 30-50 minutos y una segunda fase lenta de 180-300 minutos por su acumulación en tejido graso. Estas dos fases explican el hecho que el despertar depende de la duración de la perfusión.
- Su metabolismo hepático y extrahepático no se afectan significativamente en insuficiencia renal ni hepática y es 10 veces más rápido que el de los barbitúricos.
- Presenta un despertar “sin resaca” con relación al tiempo anestésico. Hay que disminuir las dosis de inducción en pacientes de edad avanzada ya que al disminuir su volumen de distribución se puede producir sobredosificación y aumentarlas en pacientes pediátricos por lo contrario.
- El uso de sistemas de TCI (target controlled infusion) permite ajustar las dosis de perfusión a la edad del paciente y duración de la anestesia de forma satisfactoria con menos probabilidades de despertares tardíos.

Efectos farmacológicos:

- Efectos cardiovasculares: Disminuye la TA, las resistencias vasculares, la contractilidad miocárdica, el VO₂ cardiaco y la precarga. La hipotensión leve post-inducción es habitual y se debe a una disminución de la respuesta barorrefleja, sobre todo en ancianos, por lo que se aconseja no administrarlo en inyección muy rápida. Disminuye el GC en pacientes con mala función ventricular.
- Efectos respiratorios: Produce una depresión ventilatoria intensa, incluso Apnea. Inhibe la respuesta a hipercapnia. Produce una gran depresión de los reflejos de las vías aéreas por lo que el laringoespasma y broncoespasma tras la intubación son infrecuentes.

- Efectos cerebrales: Disminuye el FSC y la PIC. La autorregulación cerebral y la respuesta vascular al CO₂ están conservadas.

Etomidato:

Etomidato es un fármaco derivado imidazólico con propiedades de corticoesteroide que se usa en pacientes con inestabilidad hemodinámica. Su administración en perfusión continua endovenosa tiene capacidad de supresión córtico-adrenal que se asocia a mayor mortalidad postoperatoria, por lo que su uso se limita a la inducción.

Mecanismo de acción:

- Deprime el sistema reticular activador y simula los efectos inhibidores del GABA.
- Efectos desinhibidores extrapiramidales (mioclonias 30-60%).

Farmacocinética:

Es Hidrosoluble a pH ácido y liposoluble a pH fisiológico, por lo que se administra en solución acuosa y produce frecuentemente dolor a la inyección endovenosa. De administración únicamente endovenosa. Presenta una distribución cerebral rápida (a pH fisiológico es muy liposoluble y aumenta su fracción libre) a pesar de su alta fijación a la albúmina.

Dado su alto volumen de distribución (4,5 l) su vida media de eliminación es prolongada (70-120 minutos), pero al metabolizarse rápidamente por microsomas hepáticos y esterasas plasmáticas alcanza concentraciones subhipnóticas y por lo tanto presenta una corta duración de acción clínica. Presenta un metabolito inactivo excretado por orina.

Efectos farmacológicos:

Cardiovascular: Presenta mínima repercusión hemodinámica. Disminuyen las resistencias vasculares periféricas, por lo que se reduce un 10% la TA. GC y contractilidad no suelen alterarse significativamente, salvo en pacientes con valvulopatía mitro-aórtica que descienden levemente. No libera histamina.

Respiratorio: No suele producir apnea y sólo se deprime la ventilación si se asocia a opiáceos.

SNC: Reduce el metabolismo basal, FSC y PIC de manera similar a los barbitúricos. La PPC se mantiene igual. Aumenta los Potenciales Evocados Somatosensibles. No es analgésico. Presenta una incidencia más elevada de NVPO que los barbitúricos. · Sistema endocrino: Produce una inhibición transitoria de la síntesis cortisol y aldosterona tras la inducción y una supresión corticosuprarenal en perfusión continua que se asocia a incremento de la mortalidad postoperatoria.

Otros: Disminuye la presión intraocular (PIO). Inhibe la síntesis de ácido aminolevulínico aunque no parece desencadenar crisis de porfiria. Produce fasciculaciones transitorias en párpados.

Dosis y formas de presentación.

Los anestésicos intravenosos pueden producir hipotensión arterial, por disminución de la actividad del centro vasomotor, produciendo vasodilatación periférica y bradicardia, son potentes depresores del centro respiratorio, en ocasiones llegando a presentar apnea, broncoespasmo y laringoespasmo. Del mismo modo disminuyen el metabolismo y consumo de oxígeno por el cerebro, lo cual puede llegar a producir: sueño, agitación y delirio, asimismo pueden prevenir las convulsiones y disminuir la hipertensión intracraneal.

La Ketamina se diferencia de los otros fármacos, en que produce hipertensión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca, por una mayor actividad simpática. También puede presentar palpitaciones y paro cardiaco a diferencia del tiopental sódico y la propanidida.

Contraindicaciones.

Los anestésicos intravenosos están contraindicados en pacientes con:

Shock hipovolémico.

Insuficiencia cardiaca.

Asma.

Trombosis.

Pericarditis constrictiva.

Insuficiencia renal.

Insuficiencia hepática.

Porfiria.

La Ketamina no debe administrarse en individuos con hipertensión arterial, antecedentes de accidentes cerebro vascular e insuficiencia cardiaca, y la Propanidida no debe aplicarse en anemia hemolítica, nefropatías con función renal restringida y shock hipovolémico.

Ventajas y desventajas de la anestesia intravenosa.

Las ventajas que presentan los anestésicos intravenosos para el anestesista son:

- Es una técnica relativamente sencilla.
- La rapidez con la que se establece la inducción anestésica.
- Tiene la posibilidad de aumentar la concentración y el tiempo de la anestesia.

Ventajas para el paciente:

- Restablecimiento rápido de la conciencia y el estado de alerta.

Las desventajas de la anestesia intravenosa para el anestesista:

- Presenta dificultad de reversión en caso de sobredosis.
- Existe siempre el peligro de apnea y de hipotensión.

Desventajas para el paciente:

- El margen de seguridad de estas drogas es pequeño.
- Los efectos farmacológicos tienen corta duración.

Discusión y conclusiones.

A partir de los resultados obtenidos en este trabajo y en relación con los objetivos planteados, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- El anestésico ideal sería aquel que además de reunir las propiedades ideales anestésicas, no presentase toxicidad tisular ni efectos colaterales y que proporcionase un despertar completo y predecible.
- Los anestésicos más usados en la actualidad son los citados en este trabajo siendo los dos más utilizados el propofol y el midazolam debido a sus propiedades.
- La principal ventaja a la hora de usar los anestésicos es la sencillez de la técnica así como la rapidez con la que se induce la anestesia. Por el contrario la principal desventaja es la dificultad para revertir sus efectos en caso de sobredosis.
- La mayoría suelen producir hipotensión y bradicardia excepto la ketamina que produce hipertensión y aumento de la frecuencia cardíaca.
- Existen una serie de patologías o situaciones en las que el uso de los anestésicos intravenosos están contraindicados como es el caso del shock, insuficiencia renal, cardíaca... en los cuales si se usan se ha de tener una especial consideración ya que se pueden producir complicaciones y efectos secundarios con mayor facilidad que en otras situaciones.
- La enfermería tiene un papel muy importante a la hora de administrar estos fármacos ya que ha de conocer sus efectos y complicaciones así como las dosis y las vías de administración que se han de utilizar en función de la situación.

6 Bibliografía

1. <https://www.academia.cat/>.
2. <http://www.fcn.unp.edu.ar/sitio/farmacologia/>.
3. <http://ocw.uv.es/ciencias-de-la-salud/>.
4. <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php>.
5. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/>.

6. <https://es.slideshare.net/kenyaefi/anestresicos-intravenosos>.
7. <http://www.scartd.org/arxius/santiveri02.PDF>.
8. <https://es.slideshare.net/web.princesa/anestresicos-intravenosos>.
9. <https://prezi.com/mxaaazi6risy/anestresicos-intravenosos/>.
10. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP02.pdf>.
11. <http://www.elergonomista.com/farmacologia/ag.htm>.

Capítulo 207

NEUMONÍA NOSOCOMIAL O NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL.

VERONICA ALONSO PONTÓN

1 Introducción

La neumonía nosocomial (NN) define como una enfermedad inflamatoria del parénquima pulmonar causada por agentes infecciosos no presentes en el momento del ingreso hospitalario, y cuyos síntomas se desarrollan a las 48 horas o más después del ingreso. Es muy importante conocer los microorganismos más frecuentemente responsables de estas infecciones en cada hospital y en cada unidad de cuidados intensivos y los patrones de sensibilidad antimicrobiana local para reducir la incidencia de tratamiento antibiótico inapropiado y mejorar el pronóstico de los pacientes. Además, deben utilizarse de forma rutinaria diferentes estrategias de prevención de la NN con el fin de reducir los factores de riesgo relacionados con la aparición de estas infecciones.

2 Objetivos

- Conocer qué es una neumonía nosocomial, su tratamiento y las estrategias en su manejo y prevención.

3 Metodología

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

Descriptores: Neumonía nosocomial, infección nosocomial, antibioterapia, microorganisms ,prevention, disinfection

4 Resultados

- La patogenia de la infección depende de la invasión del parénquima pulmonar por microorganismos patógenos adquiridos a través de aerosoles, por vía hematogena o, con más frecuencia, por aspiración del contenido orofaríngeo o gástrico. En la mayor parte de los casos el tratamiento antibiótico deberá administrarse inicialmente de forma empírica. Es fundamental que se instaure lo más precoz posible, dada la elevada mortalidad que puede comportar la neumonía, especialmente si la antibioticoterapia no es la adecuada. Para una correcta elección del tratamiento deben tenerse en cuenta diferentes factores, como la flora bacteriana propia del hospital, las resistencias a los antibióticos, tratamientos previos y factores inherentes al huésped que puede predisponer a uno u otro microorganismo.

- Algunas de las estrategias implicadas en la prevención de la neumonía adquirida en el hospital son: higiene de manos con lavado y/o desinfección por parte del personal sanitario, antes y después del contacto con los pacientes. Además: aspiración de secreciones subglóticas, ventilación mecánica no invasiva, evitar cambios o manipulación de las tubuladuras del respirador; evitar traslados intrahospitalarios innecesarios; desinfección rigurosa de equipos respiratorios y prevención de contaminación de aerosoles; posición semiincorporada del paciente a un ángulo de 30-45° para disminuir el reflujo y la aspiración; entre otras medidas.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo

de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- es.slideshare.net/neumonía-nosocomial elsevier.es files.ld.cu/bibliomed neumour.net medlineplus.gov fesemi.org
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 208

TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS.

LARA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La historia del dolor es la historia del hombre, y a lo largo de ella se ha creado, olvidado y nuevamente generado métodos para suprimir el dolor. La forma de interpretar y tratar el dolor desde el período empírico hasta la actualidad ha presentado una gran variabilidad en función de las creencias, los conocimientos y el desarrollo científico de las diversas civilizaciones en todos estos siglos, existiendo una gran diversidad de vestigios arqueológicos y piezas históricas que sugieren en algunos casos, y demuestran en otros, la forma de abordar este problema.

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, aunque puede llegar a cronificarse. En este tipo de dolor intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos sobre los que influyen factores psicológicos, de conducta y emocionales.

Aunque el dolor postoperatorio es aquel que aparece como consecuencia del acto quirúrgico, el ámbito de actuación en el cual nos movemos es algo más amplio, y hemos de referirnos al dolor en el perioperatorio, entendiendo éste como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos. Las características e intensidad del dolor postoperatorio son previsibles, por lo que lo ideal es anticiparnos a éste evitando así sus inconvenientes y complicaciones.

2 Objetivos

- Analizar las relaciones y asociaciones entre el dolor y los pacientes postquirúrgicos.
- Establecer los factores que influyen en el dolor postoperatorio.
- Analizar las repercusiones del dolor postoperatorio.
- Valorar el dolor postoperatorio, tratamiento farmacológico y no farmacológico.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se han llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática cualitativa de la información existente sobre el tratamiento del dolor en pacientes post-operados. La información se obtuvo de artículos científicos, tesis doctorales y estudios publicados, mediante distintas bases de datos. El objeto de estudio fue la producción científica nacional e internacional de los últimos años y su relación con el tratamiento del dolor en pacientes postquirúrgicos. Se emplearon las siguientes bases de datos: Medline, Science-direct, Pubmed. Las palabras clave utilizadas fueron: dolor, agudo, postcirugía. El idioma principal de la mayoría de los artículos encontrados fue el castellano.

4 Resultados

Tras analizar los artículos obtenidos durante la búsqueda bibliográfica se obtuvieron los siguientes resultados:

- Factores que influyen en el dolor postoperatorio:

El dolor postoperatorio se plantea como una problemática no dependiente de un solo factor, en este caso el propio acto quirúrgico, sino ligada a una serie de factores que en conjunto explicarían la variabilidad en la magnitud del dolor experimentado por cada paciente⁵.

Estos factores se pueden agrupar en tres grandes grupos:

A). Dependientes del paciente: no se puede afirmar que no existen diferencias en la percepción del dolor debidas a la edad, y que los neonatos y los ancianos poseen la misma percepción dolorosa que el resto de la población; sin embargo, a diferencia de otras etapas de la vida, lo que varía es la respuesta frente a los fármacos. Tanto los neonatos como los ancianos presentan una sensibilidad aumentada frente a los efectos farmacológicos de los opiáceos, lo que propicia que los ancianos presenten un mayor y más prolongado alivio del dolor que el resto de la población frente al mismo tratamiento analgésico. La relación entre el sexo

y el dolor es controvertida. Así, mientras algunos autores no han encontrado relación entre el sexo y el alivio del dolor experimentado por los pacientes tras intervenciones quirúrgicas, otros apuntan que las mujeres presentan más dolor postoperatorio. Otros factores dependientes del paciente son los factores socio-culturales y étnicos, pero existen pocos estudios que recojan que la etnia, la condición socioeconómica, el nivel cultural o las creencias religiosas sean factores a tener en cuenta a la hora de valorar la respuesta del paciente a la estimulación nociceptiva.

Por otro lado, al estado emocional del paciente tras la intervención quirúrgica puede ejercer una gran influencia en la valoración del dolor postoperatorio. Este estado emocional va a depender de varios factores como son: factores predisponentes (tipo de personalidad, historia familiar...) sobre los que no se puede actuar; factores ocasionales (estrés del ingreso, incertidumbre, ansiedad) donde probablemente con una buena atención e información se podría actuar con éxito; vivencias u otras experiencias dolorosas previas.

B). Dependientes del tipo de intervención quirúrgica: el tipo de cirugía es el factor condicionante de mayor importancia de la intensidad y dolor postoperatorio. La influencia directa del acto quirúrgico sobre el dolor postoperatorio viene determinada por la localización de la intervención, la naturaleza, el tipo y extensión de la misma.

C). Dependientes de la técnica anestésica: la técnica anestésica, tanto pre como intra o postoperatoria va a influir en la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio.

Formas de administración: los pacientes con infusión continua presentan menos dolor que los que recibieron dosis fraccionadas.

Vías de administración: la vía espinal prolonga más la acción analgésica

Técnicas locorreregionales: los bloqueos locorreregionales mejoran y retrasan la aparición del dolor

- Repercusiones del dolor postoperatorio:

La identificación y el control del dolor requieren una atención muy especial por parte del personal encargado del cuidado de los pacientes operados, dadas las importantes repercusiones en la morbilidad y la mortalidad que tiene la correcta recuperación del paciente tras la intervención quirúrgica.

Complicaciones respiratorias:

El deterioro de la función respiratoria es una de las complicaciones más impor-

tantes en el período postoperatorio inmediato, con una incidencia que oscila entre el 5 y el 25%, incrementándose hasta el 6 y el 65% cuando la intervención afecta a la región torácica o al hemi-abdomen superior. Se ha estimado que las complicaciones respiratorias son causa del 25% de la mortalidad postoperatoria. Como principales factores implicados en el desarrollo de complicaciones pulmonares postoperatorias son la edad, tabaquismo, estado nutricional, patología asociada, tipo de cirugía, técnica quirúrgica y duración de la intervención.

Complicaciones cardiovasculares.

Las alteraciones cardiovasculares son, junto a las complicaciones pulmonares, una de las causas importantes de mortalidad postoperatoria, cerca de un 23% de las muertes se asocian con estas complicaciones. Tiene lugar un aumento de la frecuencia cardíaca y de las resistencias vasculares periféricas con el consiguiente incremento de la presión arterial media, del índice cardíaco y del consumo de oxígeno por parte del miocardio. Es importante reseñar que el tromboembolismo pulmonar es la causa más frecuente de muerte súbita en los primeros diez días después de la cirugía, debido a la inmovilidad del paciente por el dolor.

Complicaciones endocrino-metabólicas.

El dolor es uno de los factores implicados en la activación del sistema simpático y la estimulación del eje endocrino hipotálamo-hipofisario-suprarrenal². Esta alteración neurohormonal se traduce en la aparición de: hiperglucemia, glucosuria, oliguria con retención hidrosalina, incremento de la lipólisis con liberación de ácidos grasos, aumento de los cuerpos cetónicos, del ácido láctico, entre otras.

Complicaciones digestivas.

Las complicaciones digestivas postoperatorias vienen determinadas por el descenso de la actividad digestiva e incluyen alteraciones como distensión abdominal, náuseas, vómitos o íleo paralítico. Dichas complicaciones se agravan con los opioides, ya que deprimen el funcionalismo gastrointestinal. Una complicación digestiva que merece una especial atención es la presencia de náuseas y vómitos, con una incidencia entre el 25-30%¹⁰.

Complicaciones urológicas.

El dolor postoperatorio produce una disminución de la movilidad uretral y vesical que conduce hacia la retención urinaria.

Complicaciones musculoesqueléticas.

Debido a la inmovilidad postoperatoria con limitación funcional se produce atrofia muscular con el consiguiente retraso en la recuperación funcional.

Complicaciones psicológicas.

Las reacciones de tipo psicológico ante el dolor se corresponden con emociones tales como la angustia, miedo, depresión y aprensión. Por otra parte, el dolor postoperatorio puede dar lugar a insomnio y trastornos de conducta que contribuyen a dificultar la recuperación normal del paciente operado. Se ha comprobado que pacientes que recibieron técnicas psicológicas preoperatorias experimentaron menor dolor postoperatorio.

- Valoración del dolor postoperatorio

La evaluación del dolor es la primera etapa del proceso de atención de enfermería al paciente que lo sufre². Para medir el dolor es importante utilizar instrumentos fiables, objetivos y que faciliten la evaluación del dolor en todos los tipos de pacientes. Para ello se disponen de escalas y cuestionarios de evaluación del dolor². Estas escalas de medición nos permiten hacer una valoración inicial y comprobar el efecto de los tratamientos administrados. Algunas de las escalas más utilizadas son: Escala Keele, Melzack, Andersen y el cuestionario de McGill como escalas verbales, el Test de Lattinen como escala numérica, la escala de Grises o de Luester de estilo gráfica y las Caras de Wong-Baker como escala de expresión facial.

- Tratamiento del dolor postoperatorio

La JACHO en su documento sobre “Dolor: conocimiento, valoración, manejo y tratamientos” describe los pasos que se han de realizar a nivel institucional para obtener un tratamiento del dolor adecuado.

El dolor postoperatorio inadecuadamente tratado puede comprometer la recuperación del paciente al aumentar la morbi-mortalidad y prolongar el ingreso hospitalario.

En múltiples estudios, se ha publicado que más de un 50% de los pacientes tienen un control insuficiente de su dolor a lo largo del período postoperatorio. Son muchas las causas que conducen a un tratamiento inadecuado del dolor, entre otras. Algunas de estas causas son: Medicación insuficiente, formación inadecuada de los profesionales, comunicación inadecuada entre los profesionales y los pacientes, ausencia de tratamientos individualizados, retraso en el inicio de la analgesia, métodos inadecuados en la administración del fármaco o fármacos inadecuados, entre otras.

Pero debemos tener en cuenta que el objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio será minimizar o eliminar el discomfort, facilitar el proceso de recuperación y evitar los efectos adversos. Se puede afirmar que, con la apropiada prevención y el adecuado tratamiento de los síntomas postoperatorios, se podría disminuir en

un 9,6% la duración media de la estancia postoperatoria tras la anestesia general.

Métodos farmacológicos:

AINES: constituyen el tratamiento principal para el dolor leve y moderado, y pueden ser asociados a los opiáceos. La combinación de AINES con opioides en el período postoperatorio inmediato no sólo incluye una mejoría en la analgesia sino también la necesidad de una menor dosis de opiáceos con la consiguiente mejoría en la función respiratoria, la disminución de náuseas y vómitos, y una menor sedación^{2, 10}.

Los AINES más comúnmente utilizados son el ácido acetilsalicílico, el paracetamol, el ibuprofeno, el naproxeno, el diclofenaco, el piroxicam, el ketorolaco, la indometacina y el metamizol.

Opioides: los fármacos opiáceos o mórficos, solos o combinados con AINE, son la base del tratamiento del dolor severo⁶. Existen dos grandes grupos: los opiáceos menores o débiles y los opiáceos mayores. Para el tratamiento del dolor severo con origen en las estructuras viscerales profundas será necesario el uso de opiáceos mayores. Los opioides menores se usan generalmente asociados a AINES debido a su menor acción analgésica. Dentro de los opioides menores se encuentran la codeína, el dextropropoxifeno y el tramadol. Entre los opioides mayores se encuentran la morfina, la metadona, la petidina/meperidina y la buprenorfina.

Anestésicos locales: son los analgésicos más eficaces y poderosos en el dolor localizado cuando se pueden administrar para bloquear impulsos neurales que provienen de la zona lesionada. La inyección directa de anestésicos locales puede provocar una analgesia efectiva y segura en determinadas intervenciones. La prilocaína, lidocaína y mepivacaína constituyen los principales anestésicos locales de vida media, mientras que la tetracaína, bupivacaína y ropivacaína pertenecen a los anestésicos locales de vida larga.

Métodos no farmacológicos:

TENS (estimulación eléctrica transcutánea): consiste en la colocación de dos electrodos de carga contraria próximos al territorio doloroso y a través de los mismos se genera una corriente eléctrica de baja intensidad y alta frecuencia. La TENS es una técnica de fácil realización, inocua y de bajo coste, con beneficios demostrados en la reducción de la analgesia convencional.

Crioanalgesia: consiste en bloquear la conducción nerviosa mediante la aplicación percutánea o directa sobre el nervio de temperaturas de congelación. Es una técnica de fácil ejecución, sus efectos analgésicos son duraderos (entre 15 y 40 días) y no suele haber complicaciones.

Técnicas psicológicas: existen una gran variedad de técnicas psicológicas. La hipnosis, relajación, autocontrol y una adecuada información sobre el procedimiento quirúrgico y técnica anestésica pueden ser útiles en el período preoperatorio.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los importantes avances que se han producido en el control y el tratamiento del dolor, con la aparición de nuevos fármacos y técnicas analgésicas, cada vez más eficaces, todavía en la actualidad las referencias al fracaso en el control del dolor postoperatorio son continuas. Son muchas las actuaciones enfermeras encaminadas al cuidado del paciente postoperatorio, con especial referencia al control del dolor. Es por ello, que la enfermera juega un papel fundamental durante toda la estancia hospitalaria del paciente en el manejo de ese dolor y en hacer que el enfermo esté lo más confortable posible.

Con respecto a la satisfacción de los pacientes en el manejo del dolor postoperatorio, existen estudios que demuestran que no existe correlación entre la satisfacción del paciente y la eficacia en el tratamiento del dolor, ya que los pacientes tienden a expresar satisfacción con el tratamiento médico recibido a pesar de haber experimentado niveles significativos de dolor.

Por otro lado, se han encontrado otros estudios, que al analizar la relación entre el grado de satisfacción de los pacientes y el tiempo percibido transcurrido desde que se solicita la analgesia y ésta es administrada, existe una mayor satisfacción en los pacientes a los que se les administró la analgesia en menos de 15 minutos que los que tuvieron que esperar más tras la solicitud de ésta. Sin embargo, es importante evaluar la satisfacción de los pacientes respecto al tratamiento recibido para poder responder a cualquier problema que pudiera surgir, teniendo en cuenta, que la medición de la satisfacción del paciente, hoy día, es considerado uno de los objetivos prioritarios de la práctica médica.

6 Bibliografía

- 1. Torres LM, Elorza J, Gómez-Sancho M, Micó JA, Muriel C, Regig E et al. Medicina del dolor. Barcelona: Masson; 1997.
- 2. Mosteiro Díaz, MP. Dolor y cuidados enfermeros 1ª ed. Madrid: DAE; 2010.
- 3. Landa García I, Larraínzar Garijo R, Moñino Ruiz P, De la Torre Liébana R, Zaragoza García F. Dolor postoperatorio en España: Primer documento de consenso. Madrid: Asociación Española de Cirujanos; 2005.

- 4. Vidal MA, Torres LM, De Andrés JA, Moreno-Azcoitia M. Estudio Observacional sobre el dolor postoperatorio leve o moderado desde el punto de vista del anestesiólogo en España. *PATHOS. Rev Soc Esp Dolor.* 2007; 8: 550-567.
- 5. Soler Company E, Faus Soler MT, Montaner Abasolo MC. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. *Farm Hosp.* 2000; 24 (3): 123-135.
- 6. Muñoz JM. Manual de dolor agudo postoperatorio. Madrid: Ergon; 2010.
- 7. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000; 7: 465-476.
- 8. Gallego JI, Rodríguez de la Torre MR, Vázquez-Guerrero JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004; 11: 197-202.
- 9. Longás Valián J, Cuarteto Lobera J. Manual del anestesiólogo: URPA y REA. Madrid: Ergon; 2007.
- 10. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. 2001; 8: 194-211.
- 11. Soler Company E, Faus Soler MT, Montaner Abasolo MC, Morales Olivas F. Estudio de utilización de analgésicos en el tratamiento del dolor postoperatorio. *Farm Hosp.* 2001; 25 (3): 150-155.
- 12. Protocolo de tratamiento del dolor postoperatorio. Comisión Farmacoterapéutica. Hospital General CSU Vall d'Hebron.
- 13. Bermejo A, García F, Herrera A, Pérez A, Romero H, Vargas L. Analgesia postoperatoria en la sala de reanimación postanestésica: incidencia de complicaciones. V Reunión de la Sociedad del Dolor. Granada; 2001.

Capítulo 209

PECULIARIDADES TERAPÉUTICAS EN EL ANCIANO

LARA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La farmacología geriátrica adquiere cada día más importancia, ya que los países desarrollados, donde la tasa de fecundidad y esperanza de vida ha experimentado en las últimas décadas cambios opuestos, muestran sociedades en franco proceso de envejecimiento y donde los mayores de 65 años superan ya el 19% de la población y el 4,1% (1.757.560) pasa la barrera de los 80 años.

Este grupo de población consume un porcentaje más elevado de fármacos que cualquier otro sector de la población. Este consumo o polimedicación es, en parte, consecuencia del incremento de pluripatologías que concurren en un mismo individuo y también por la larga duración que tienen muchas de estas afecciones en el anciano.

El coste social, económico y sanitario de esta situación obliga a centrar esfuerzos, profundizar en el estudio y prestar especial atención a las características de este gran colectivo de edad avanzada.

El tratamiento de la gran mayoría de estas enfermedades está basado en la utilización de un gran número de fármacos, surgiendo así una entidad en sí misma, la farmacología geriátrica, que presta especial interés desde las indicaciones, consumo, efectos adversos, automedicación, politerapia hasta la repercusión en el gasto farmacéutico. Los ancianos pueden responder de forma diferente que los adultos a los fármacos administrados. Por tanto, se ha de valorar cada situación de

enfermedad de manera individual, pues los factores que influyen en la respuesta del anciano a las medidas terapéuticas son múltiples y relacionados entre sí.

El consumo diario medio por anciano oscila entre dos y tres fármacos y más del 75% lo consume de forma crónica.

La OMS considera la falta de adherencia terapéutica a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de salud pública.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enseñar al anciano a reconocer las partes esenciales de una prescripción de medicación.

Objetivos secundarios:

- Facilitar la comprensión del fármaco, sus acciones y efectos adversos como resultado de sobredosis, uso por vía distinta a la indicada, alteraciones de la eliminación que originen efecto acumulativo y polimedicación.

- Identificar alteraciones sensorceptivas y/o cognitivas en el anciano que lo sitúe en alto riesgo en relación con la medicación, así como estrategias para garantizar el cumplimiento terapéutico haciendo hincapié en la implicación de la familia.

- Elaborar planes sencillos para facilitar el cumplimiento del tratamiento del anciano en su domicilio.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática cualitativa sobre la información existente del tema elegido. La información se seleccionó a través de artículos científicos, tesis doctorales y estudios publicados a través de las bases de datos existentes. El objeto de estudio fue la producción científica nacional e internacional de los últimos años. Las bases de datos utilizadas fueron: Medline, Science direct, pubmed y google académico. Las palabras clave fueron: peculiaridades, terapéuticas, anciano. El idioma principal para elegir de las referencias bibliográficas publicadas fue el castellano.

4 Resultados

Haynes et al. describían el incumplimiento terapéutico en 1976 “como el grado en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de la dieta o la modificación del estilo de vida, coinciden con la prescripción médica”. La falta de eficacia del tratamiento por incumplimiento hace que el médico, que en muchas ocasiones ignora este hecho, no pueda valorar con claridad la utilidad del tratamiento y piense que el diagnóstico y/o el tratamiento no sean correctos. Esta circunstancia puede condicionar que se someta al paciente a pruebas complementarias innecesarias, a dosis más altas de las habituales o a tratamientos más agresivos, lo que produce un incremento de los riesgos para el paciente.

El paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera que cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se le debe considerar un mero cumplidor de las prescripciones médicas, sino una persona que toma decisiones autónomas y con el cual el médico debe establecer una alianza para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos. Este planteamiento ha abierto el debate sobre qué término define mejor este problema, “cumplimiento o adherencia”; algunos autores afirman que es mejor el término adherencia porque da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente, mientras que el término cumplimiento inculpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia u olvido.

El término adherencia, además, responsabiliza al médico para crear un contexto (informando sobre la importancia y los objetivos del tratamiento y sobre los conocimientos que se tienen de la enfermedad) en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y, en última instancia, mejore la efectividad de los tratamientos farmacológicos.

Factores que influyen en la adherencia:

En general se admiten como factores relacionados con la adherencia los siguientes:

- Las características sociodemográficas del paciente, el sexo y la edad, aunque no sean especialmente relevantes si hay que tener en cuenta las situaciones de pérdida de memoria o de confusión con los envases que se genera en las personas mayores, o por el contrario, la dejadez o menor importancia que pueden dar per-

sonas más jóvenes. Por otro lado, la edad avanzada se asocia con pluripatología y polimedicación que sin duda sí es un factor determinante en la falta de adherencia. Los niveles de instrucción o el nivel socioeconómico tampoco han sido muy destacados como factores influyentes, aunque habría que considerar su relación con un mejor conocimiento de la enfermedad en los pacientes con niveles de formación altos y clases sociales altas. En cualquier caso, estas variables sí que tienen que ser tenidas en cuenta a la hora de abordar estrategias de actuación diferenciadas.

- Otro grupo de factores que hay que considerar en el estudio de la adherencia son los relacionados con las características de la enfermedad, tales como la presencia o ausencia de sintomatología, el pronóstico y las expectativas de curación, el carácter crónico o agudo de la enfermedad, el tiempo de duración, etc.

- El tipo de tratamiento es determinante en el mejor o peor cumplimiento. La variable fundamental es la complejidad del tratamiento en la medida en que interfieran con los hábitos y la vida cotidiana de los pacientes, es decir, el nº de fármacos, de dosis, y los condicionantes horarios, calendarios o alimentarios de la pauta. También la presencia de efectos adversos o la falta de eficacia. Obviamente los tratamientos farmacológicos muestran una mayor adherencia que los no farmacológicos, sobre todo los cambios en los hábitos de vida (ejercicio, dietas o tabaquismo).

- La relación con el sistema asistencial es el cuarto grupo de factores determinantes de la adherencia. En primer lugar, la disponibilidad o facilidad de accesos al sistema asistencial y posteriormente la buena comunicación y confianza mutua con su médico y enfermera son claves en la mejora de la adherencia. El que exista un seguimiento, control y continuidad entre los distintos niveles asistenciales (primaria, hospitalaria) coordinando los protocolos y pautas de tratamiento, resulta fundamental a la hora de evitar los abandonos o un cumplimiento defectuoso.

- Este último grupo de factores nos lleva a otros menos estudiados como son los que se refieren al comportamiento, a las actitudes del paciente ante su enfermedad y tratamiento y que tienen que ver con el concepto de adherencia que antes hemos visto. El compromiso del paciente, asumiendo su enfermedad y el esfuerzo por mejorar su situación, dependerán en gran medida de los apoyos (asistenciales y familiares) que disponga.

Características que influyen en la medicación del anciano:

Podemos considerar tres tipos de factores: Los derivados de los cambios biológicos, los que tienen su origen en la pluripatología del anciano y los factores socio-culturales.

Modificaciones biológicas:

El envejecimiento se asocia a una serie de cambios en el organismo que van a tener una influencia decisiva en el comportamiento de los fármacos. En su conjunto todos estos cambios pueden ser englobados como modificaciones farmacocinéticas (absorción, distribución, metabolismo y eliminación) y farmacodinámicas.

- Absorción. La disminución del área de absorción y elevación del pH estomacal pueden influir en el aumento de la absorción de determinados fármacos. Por otra parte, hay fármacos que retrasan el vaciamiento gástrico, ya lento en los ancianos (antiácidos, analgésicos, narcóticos, anticolinérgicos) y fármacos con efectos anticolinérgicos, (fenotiazinas, anti-parkinsonianos, antidepresivos tricíclicos). La absorción intestinal puede verse alterada por la disminución de la perfusión mesentérica y la menor cantidad de células absorbentes.

- Distribución. Se ve afectada por la reducción de agua y masa muscular y por el aumento de grasa corporal, influyendo en la relación entre la concentración del fármaco y su distribución en el organismo. Otro factor es la disminución de la concentración de albúmina plasmática, pudiendo modificar también la acción del medicamento, aumentando su fracción libre, lo que puede incrementar su toxicidad y el riesgo de interacciones en situaciones de polimedicación. Un ejemplo son los antiinflamatorios, que desplazan de su unión a las proteínas plasmáticas, los fármacos anticoagulantes e hipoglucemiantes, aumentando su acción.

- Metabolismo. A los 65 años de edad, la perfusión hepática ha disminuido en un 40% del nivel que existía a los 25 años, afectando a fármacos que utilizan esta vía (paracetamol, benzodiazepinas).

- Eliminación. Hay un descenso del flujo plasmático renal, aclaramiento de creatinina y función renal, lo que modifica la eliminación del fármaco y, por tanto, prolonga su vida media, pudiendo producir concentraciones excesivas del fármaco y toxicidad (digoxina, penicilina, litio).

Pluripatología:

Se admite que el 36% de los ancianos tiene más de tres enfermedades crónicas que se acompañan de secuelas (insuficiencia renal, hepática, hipertiroidismo o hipotiroidismo) y que muchas veces limitan el funcionamiento de órganos y sis-

temas, pudiendo modificar por sí mismas la respuesta frente a los medicamentos. Además, algunos fármacos administrados para el tratamiento de estas enfermedades pueden ocasionar interacciones que disminuyen la respuesta terapéutica o potencian la toxicidad. La pluripatología, pues, obliga a tomar en consideración el conjunto de procesos que presenta el individuo a la hora de elegir un tratamiento farmacológico con el fin de evitar efectos indeseables.

Factores socioculturales:

Son también un importante condicionante de la respuesta farmacológica aspectos como:

- Automedicación. Más frecuente en la población anciana que en otras edades y mayor entre los ancianos de un nivel cultural elevado.
- Incumplimiento terapéutico. Se deriva de las dificultades de comprensión y a veces de una falta de información por parte de los sanitarios. Otros aspectos que favorecen este hecho son la pérdida de memoria, con o sin disminución de la capacidad intelectual, la aceptación o rechazo del tratamiento por parte del anciano, la situación económica o la soledad entre otros.
- Hábitos dietéticos. Su modificación está condicionada por aspectos socioeconómicos que muchas veces afectan al estado nutricional.

Fármacos de consumo más frecuentes en geriatría:

- Agonistas β -adrenérgicos:

Salbutamol, fenoterol: Se usan como broncodilatadores, en forma de aerosoles o nebulizadores, informando del correcto uso del nebulizador. Se aconseja utilizarlo a la hora de levantarse y acostarse, y cuando el paciente note sensación de opresión torácica, tos, respiración sibilante o disnea.

- Antidepresivos:

Tricíclicos: Amitriptilina y nortriptilina. Son más eficaces en la depresión endógena que en la reactiva. Difieren por acción sedante, efectos adversos y rapidez de acción. A sus efectos anticolinérgicos pueden sumarse los producidos por otras medicaciones que recibe el anciano como anti-parkinsonianos, cardiotónicos e hipotensores y fenotiazinas. En general están indicados en ancianos deprimidos que cursan con gran ansiedad.

Tetracíclicos: Naprotilina, mianserina. La primera de acción sedante. Son más

eficaces en depresiones reactivas (más frecuentes en los ancianos) y tienen la ventaja de su menor toxicidad, aunque su mayor peligro es la hipotensión arterial. Fluoxetina: Se recomienda en las depresiones inhibidas en las que existan contraindicaciones a la medicación anticolinérgica (prostatismo, glaucoma, demencia).

Trazodona: Está indicada en las depresiones ansioso-agitadas, con gran componente psicótico, agresividad o negativismo.

- Antidiabéticos orales:

Todas las sulfonilureas pueden producir hipoglucemia grave e inesperada incluso a dosis correctas.

- Cardiotónicos:

El más utilizado es la digoxina. Se administra por vía oral (en los ancianos es peligroso la vía venosa), comenzando a dosis bajas, siendo preferible la dosis única diaria. Se elimina por filtración glomerular, lo que explica la toxicidad en presencia de un bajo aclaramiento renal. Dado que las formas farmacéuticas sólidas presentan diferencias de biodisponibilidad, no es aconsejable cambiar una marca de digoxina por otra, en un paciente acostumbrado a una preparación determinada.

- Diuréticos:

Furosemida: Es el diurético que más se emplea en los ancianos con fallo renal, ya que sólo responden a altas dosis de furosemida.

- Hipnóticos:

Benzodiazepinas: Pueden clasificarse según su semivida plasmática y su duración de acción.

A) De acción larga (diazepam, clordiazepóxido, flurazepam), que pueden acumularse en pacientes ancianos, produciendo somnolencia diurna, confusión y un mayor riesgo de caídas. 2. De acción intermedia (lorazepam y tepazepam), que presentan menos tendencia a acumularse en los pacientes de edad avanzada.

B) De acción corta (triazolam o el oxazepam), que aunque presenten menos tendencia a acumularse que los anteriores, deben emplearse con precaución, ya que se ha demostrado un aumento de la susceptibilidad a presentar alteraciones de memoria en personas mayores que toman triazolam. Se utilizan para tratar procesos de ansiedad o insomnio, aunque ocasionalmente pueden ser prescritos para disminuir la agitación en pacientes con demencia. Aunque las benzodiazepinas pueden ofrecer un claro beneficio a corto plazo, a menudo pierden su efecto cuando se emplean durante períodos más prolongados.

Se ha establecido una relación entre el uso de psicofármacos en general y la disminución de la función sensitiva motora, con caídas en personas mayores.

- Antiparkinsonianos

Levodopa: Está indicada en ancianos con hipocinesia, pero el temblor no suele mejorar. No en el parkinsonismo inducido por fármacos y se ha de comenzar con dosis muy bajas.

- Analgésicos:

Pentazocina: Su efecto analgésico es inferior al de la morfina, pero presenta menos efectos adversos (no afecta a la pupila y no produce espasmo de los conductos biliares y pancreáticos), aunque puede ocasionar alucinaciones, pesadillas en los sueños y alteraciones psíquicas. Hay una serie de consideraciones que deben tenerse en cuenta: la asociación con otra medicación no opiácea (analgésicos menores, antidepressivos, antiinflamatorios) debe hacerse con sumo cuidado en los ancianos, ya que existe peligro de caídas por hipotensión y son más sensibles a los efectos depresores respiratorios. En los ancianos es posible que aparezcan tolerancia y dependencia física, pero la adicción es muy infrecuente.

Ácido acetilsalicílico: Los ancianos abusan más de su consumo y lo toman habitualmente como energizante por las mañanas, sedante por la noche, analgésico de primera elección o como antiagregante plaquetario. En la actualidad se estudia la posibilidad de que 40 mg en días alternos logren el efecto antiagregante deseado en los ancianos.

- Neurolépticos antipsicóticos:

Fenotiazinas (tioridazina). Tiene pocos efectos extrapiramidales y buena tolerancia. Está indicada en la agitación, psicosis paranoide y alucinaciones. Es necesario vigilar la aparición de hipotensión postural y cambios en el electrocardiograma (alargamiento del espacio QT, alteraciones de la onda T).

Butirofenonas (haloperidol). Provoca graves efectos extrapiramidales, por lo que deben vigilarse las dosis.

Risperidona. Antipsicótico atípico de pocos efectos secundarios (insomnio y ansiedad al principio del tratamiento), además de cefaleas y efectos extrapiramidales. Desaconsejado el manejo de vehículos y maquinarias especiales.

- Antagonistas del calcio:

Nifedipino: Indicado como antianginoso y sin embargo más útil como vasodilatador periférico e hipotensor por la producción de taquicardias reflejas. De gran eficacia en pacientes ancianos. Está contraindicada en la insuficiencia hepática.

- Otros:

Colirios: Algunos contienen fenilefrina, con acción dilatadora pupilar, por lo que ha de tenerse en cuenta para no confundir con un signo de enfermedad neurológica. Antes de la exploración de fondo de ojo es preferible dilatar la pupila con fenilefrina al 2,5% que no afecta a la acomodación ni emborrona la visión de cerca, pero no debe hacerse en ojos con tendencia al glaucoma agudo, así como ancianos con diabetes, hipertensión, cardiopatía e hipertiroidismo. Tampoco deben aplicarse los corticoides en colirios, ya que pueden alcanzar una alta concentración en el segmento anterior del ojo y la córnea quedando riesgo de infecciones externas.

Laxantes: En general, los laxantes están indicados en ancianos activos que no presentan inmovilidad por accidente cerebrovascular, síndrome multiinfarto prolongado, siendo en estos casos más recomendable utilizar enemas de limpieza de forma periódica, pues los laxantes pueden agravar el impacto fecal que tan frecuentemente se presenta.

Cuidados de enfermería:

Los problemas más frecuentes derivados del consumo de fármacos entre la población anciana son la polimedicación y la automedicación. El personal de enfermería debe proporcionar información sobre la medicación al anciano, familiares o personas próximas, insistiendo sobre los posibles efectos adversos, así como en la comunicación de la aparición de éstos al médico y/o la enfermera.

Además, la posibilidad de presentar reacciones adversas es mayor en ancianos que en adultos, en ancianos que toman varios medicamentos a un mismo tiempo, en mujeres ancianas que en hombres y en ancianos con poco peso y con problemas de disminución de la función renal, irrigación periférica, en especial perfusión cerebral y ventilación pulmonar. Por ello, se sugieren algunas consideraciones que se deben tener en cuenta en la planificación de cuidados para ayudar a cumplir el tratamiento:

Controlar el tratamiento.

Además de obtener información sobre el consumo de fármacos que lleva a cabo en la actualidad, conviene contrastarla y programar visitas en el centro de salud o en el propio domicilio. Resulta muy útil la tarjeta de medicación, donde se anotan todos los fármacos que toma, cuándo se inicia la administración, cuándo debe terminar, horario y forma de tomarlos. Es conveniente sea el propio anciano quien conserve esta tarjeta.

Facilitar al anciano la comprensión del tratamiento.

En primer lugar se hará una valoración completa de las capacidades intelectuales, físicas y ambientales, así como de las condiciones familiares y de la vivienda del anciano. Después se darán explicaciones teniendo en cuenta que la persona mayor tiene más dificultades que el adulto para entender o retener la información que se le da al mismo tiempo.

Facilitar el cumplimiento del tratamiento.

La enfermera debe revisar periódicamente con el propio anciano o con la persona más próxima el régimen terapéutico que debe seguir hasta finalizar el tratamiento. Con ello puede detectarse cualquier incorrección en las dosis, horarios o forma de tomar la medicación, y, si es preciso, adoptar nuevas formas que faciliten al anciano el mejor cumplimiento terapéutico.

Además, la enfermera valorará el alcance de las limitaciones del anciano; así, en los casos de déficit de memoria pondrá en marcha una serie de medidas que facilitarán un seguimiento correcto:

- Etiquetar los envases de forma que resulte fácil su identificación y diferenciación, debiendo constar el nombre, su utilidad, la dosis y horario de administración.
- Valorar con el anciano los horarios de sus actividades diarias y comidas con el fin de adecuar la toma a su ritmo cotidiano y hábitos de alimentación.
- Confeccionar una gráfica de la medicación, que conviene diseñar en colaboración con el anciano y de acuerdo a sus necesidades, de forma que le facilite tanto recordar el medicamento, dosis y horario, como confirmarle que lo ha realizado, ya que deberá marcarlo cada vez que tome la dosis. El diseño de la gráfica debe incluir: nombre del fármaco, indicación, características externas (forma, color), horario de tomas, instrucciones para tomar el fármaco, así como precauciones en caso de aparición de efectos adversos. En caso de que el anciano no sepa leer o tenga dificultad para ello, se puede acordar el diseño por medio de colores y dibujos, y se recomienda colocar la tabla en un lugar visible y próximo a los medicamentos para recordar el horario de las tomas. En personas que viven solas suele ser útil utilizar un despertador.

Si la dificultad del anciano estriba en la manipulación de los medicamentos, como en el caso de los temblores, artritis, etc., las medidas que hay que tomar serán:

1. Para los envases que disponen de tapones de seguridad, puede cambiarse el tapón por otro de tipo corriente, evitando cambiar el envase para que no haya errores.
2. En los fármacos de presentación líquida puede utilizarse un adaptador de

botella y la jeringa de medicación oral. Otra posibilidad es el llenado de los vasitos por otra persona para un período determinado. Estos vasitos están graduados y son de distintos colores, y se tapan y destapan con facilidad.

3. El uso de utensilios como los trituradores de pastillas pueden ser útiles en algunos casos.

4. Los dispositivos dosificadores para jeringuillas facilitan la medicación precisa de la dosis de insulina.

5. La lente de aumento sirve a los ancianos con déficit de visión para leer las marcas de la jeringa, es de material de plástico y se adapta al cuerpo de ésta.

5 Discusión-Conclusión

La adherencia o cumplimentación terapéutica incluye tanto el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos como el seguimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas o la adopción de cambios de estilos de vida en los pacientes.

La medición del incumplimiento es compleja. Ni existe un criterio ideal de incumplimiento ni un método de medición que incluya todos los componentes de este concepto. Los métodos directos no están disponibles para la mayoría de los fármacos y los métodos indirectos tienden a sobreestimar el grado de cumplimentación.

Los factores asociados con el incumplimiento son múltiples e interrelacionados y pueden detectarse en el ámbito del paciente, del tratamiento, del entorno socio-familiar y en el del propio profesional sanitario.

Las estrategias de prevención primaria del incumplimiento se basan en mejorar la calidad de la entrevista clínica y la relación médico-paciente.

Algunas causas de incumplimiento terapéutico se deben a no aceptar el diagnóstico, la negación de la enfermedad, la estigmatización, los efectos secundarios, la percepción de falta de beneficio del tratamiento, los cambios en el entorno y aspectos económicos que son de los más predominantes.

Por ello, se debe concientizar a los familiares y al enfermo sobre su padecimiento, explicándoles todas sus dudas sobre la enfermedad, de que es un padecimiento de tipo crónico, que requiere de constancia y compromiso; identificar las medidas de prevención acerca de las complicaciones, para evitar recaídas y síntomas adversos que pueden aumentar o reaparecer debido a la falta de información, y se debe de preguntar si comprendieron toda la información, o replantearla, ya que los resultados de las investigaciones sobre el tema refieren que si esto se lleva

a cabo, va a contribuir en el binomio enfermo/familiar para tener una adecuada adherencia terapéutica.

6 Bibliografía

1. Castells Molina S, Hernández Pérez M. Farmacología en enfermería 3ª edición. Elsevier.
2. Adherence to long-term Therapies. Evidence for action. World Health Organization. 2003.
3. Wilson HG. Adherence or compliance? Changes in terminology. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 161-162.
4. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (Documento OMS traducido). Organización Mundial de la Salud, 2004.
5. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27(8):559-68.
6. García M, Torres MP, Ballesteros E. *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: Masson; 2000.
7. Lilley A. *Farmacología en Enfermería*. Madrid: Harcourt; 2000.
8. Mosquera JM, Galdós P. *Farmacología Clínica para Enfermería*. 3.ªed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2001.
9. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Therapeutic adherence. How difficult it is to comply!. 2011;43(7):343–344.
10. Salinas Cruz E. Adherencia terapéutica. *Enf Neurol (Mex)* 2012; 11(2):102-104.

Capítulo 210

CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS EN EL PACIENTE ONCO-HEMATOLÓGICO.

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

SARA SÁNCHEZ JUARROS

NOELIA MORENO SANROMÁN

1 Introducción

La mucositis es una reacción inflamatoria que afecta a todo el tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Se presenta como complicación del tratamiento antineoplásico que puede aparecer durante y tras los tratamientos para el cáncer. Su origen es debido a los efectos citotóxicos de la quimioterapia y/o los efectos locales de la radiación sobre la mucosa oral que puede manifestarse como eritema e incluso ulceraciones.

La localización más frecuente de esta patología suele ser en labios, suelo de la boca, mucosa del paladar blando y lengua. Los pacientes con mucositis suelen presentar sequedad de boca, dificultad en la deglución, quemazón, dolor etc. Los fármacos antineoplásicos en infusión continua y la quimioterapia a dosis elevadas, son más probables que produzcan mucositis que afectan a la cavidad oral.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones y cuidados de enfermería respecto a la mucositis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Sin restricciones en el idioma se realiza una revisión bibliográfica mediante los siguientes descriptores: mucositis, quimioterapia, radioterapia y tratamiento.

4 Resultados

- El paciente que padezca este tipo de patología deberá de tener una correcta higiene bucal para así reducir la incidencia de aparición de la misma y la gravedad de los efectos del tratamiento oncológico. Para ello, se llevará a cabo un cepillado diario tanto de los dientes, lengua y encías después de la comidas como la realización de enjuagues orales con colutorios antes de acostarse.
 - Las enfermeras en las plantas hospitalarias recomendarán a los pacientes con una mucositis ya instaurada las siguientes medidas a seguir:
 - Enjuagues con una solución salina o bicarbonato cada 2-4 horas.
 - En las mucosas con presencia de úlceras evitar la aplicación de agua oxigenada ya que impedirá la granulación del tejido y su curación.
 - Evitar las comidas muy calientes o aquellas comidas que contengan picante.
 - Tomar una dieta blanda y aumentar el consumo de líquidos fríos.
 - Evitar el consumo del tabaco y del alcohol.
- Además de estas medidas se utilizan una serie de tratamientos para resolver dicho problema como puede ser los anestésicos (lidocaína), antiséptico bucales (clorhexidina) o crioterapia entre otros.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que el personal de enfermería refuerce las medidas preventivas en la aparición de esta patología, puesto que una vez que la mucositis es instaurada los tratamientos disponibles en la actualidad han presentado resultados poco efectivos. Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Puyal, M.; Jiménez, C.; Chimenos, E.; López, J. & Juliá, A. Protocolo de estudio y tratamiento de la Mucositis bucal en los pacientes con hemopatías malignas. *Med. Oral*, 8:10-8, 2003
- Molina Giraldo, S. M. & Estupiñán Guzmán, J. R. Mucositis oral en el paciente con terapia antineoplásica. *Med. U. P. B.*, 29(2):135-43, 2010.
- Erdem, O. & Güngörmüs, Z. The effect of royal jelly on oral mucositis in patients undergoing radiotherapy and chemotherapy. *Holist. Nurs. Pract.*, 28(4):242-6, 2014

Capítulo 211

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC).

MAURO SANTAMARÍA SUÁREZ

ALBERTO LAVIANA SUÁREZ

NOELIA SANCHEZ VALLES

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

1 Introducción

La ERC es una condición clínica cada vez más frecuente, que está asociada a riesgo de fallo renal, enfermedad cardiovascular y otras complicaciones serias. Actualmente representa un problema de salud pública global por su carácter epidémico, alto costo y elevada morbi-mortalidad. Se requieren estrategias de detección precoz para poder prevenir su desarrollo y complicaciones futuras. La nueva definición de enfermedad renal crónica y su clasificación en estadios según velocidad de filtración glomerular (VFG) facilita su pesquisa y manejo. Las estrategias de pesquisa se basan en la medición de la presión arterial, detección de albuminuria y estimación de la velocidad de filtrado glomerular mediante fórmulas basadas en la creatinina plasmática. Los grupos de mayor riesgo son los pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial o historia familiar de nefropatía.

La enfermedad renal crónica (ERC), al igual que otras enfermedades crónicas con gran prevalencia como la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus

(DM), son claros ejemplos de la necesidad de unificación de criterios y coordinación entre los diversos profesionales implicados en su atención, desde el laboratorio clínico pasando por la atención primaria hasta la atención especializada. Durante la última década, el reconocimiento de la ERC ha permitido a la nefrología trascender de una especialidad que atendía patologías de baja incidencia-prevalencia como las enfermedades nefrológicas clásicas (glomerulonefritis, síndrome nefrótico) y que en sus estadios avanzados precisaban de tratamiento sustitutivo como son la diálisis o trasplante renal. Todo ello ha hecho aconsejable no sólo su diagnóstico y detección precoz sino también aumentar su grado de conocimiento y coordinación entre distintos niveles asistenciales.

Es necesario tener en cuenta que se trata de una enfermedad generalmente de fácil reconocimiento y que existen algunos tratamientos que pueden prevenir el desarrollo y retrasar su progresión a estadios terminales. Asimismo es posible detectar y reducir las complicaciones sistémicas secundarias (anemia, hiperparatiroidismo secundario, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal aguda, infecciones, deterioro físico y cognitivo, etc.). Por todo ello, la ERC se ha convertido en una patología que ha pasado de ser una enfermedad grave que afectaba a pocos individuos y que debía ser atendida por nefrólogos, a una patología común de gravedad variable, que precisa de su conocimiento por otras especialidades y por las autoridades sanitarias.

2 Objetivos

- Definir la insuficiencia renal crónica y su conocer su epidemiología.
- Clasificar los tipos de insuficiencia.
- Conocer los factores de riesgo de la IRC.
- Enumerar los distintos tipos de tratamientos.
- Explicar sus distintos efectos.
- Analizar al tipo de pacientes y población a los que van dirigidos.

3 Metodología

El trabajo se realizará mediante la revisión bibliográfica de tipo descriptivo de información recopilada de diferentes fuentes bibliográficas. Se realizará mediante una búsqueda bibliográfica de documentos y artículos relacionados con la temática del trabajo. Para la revisión se han utilizado las siguientes estrategias de búsqueda: bases de datos: Dialnet, Pubmed, Google Académico; publicaciones

científicas y oficiales relacionadas con la insuficiencia renal crónica y la diálisis peritoneal; páginas web de diferentes entidades científicas de origen nacional y europeo.

La bibliografía utilizada se ha revisado de manera manual y se ha adaptado correctamente a los objetivos que se marcaron desde el inicio de la revisión. La búsqueda se ha realizado mediante el uso de palabras clave que permitirán realizar una selección la bibliografía, evitando aquellos artículos que no eran de interés para el trabajo.

4 Resultados

Definición.

La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por una tasa de filtrado glomerular (TFG) < 60 mL/ min o como la presencia de daño renal durante más de 3 meses, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria. El término enfermedad fue utilizado para cambiar la visión que se tenía de la enfermedad renal crónica (ERC) sólo como una condición de riesgo por un modelo conceptual de enfermedad, así como para enfatizar la necesidad de acciones que mejoren los resultados en relación a la prevención, detección, evaluación y tratamiento de esta enfermedad. Por otro lado, un periodo de tiempo mayor de 3 meses con una TFG disminuida o con marcadores de daño renal presentes, sugiere, en base a un juicio clínico prudente, la cronicidad de la enfermedad en ausencia de niveles de TFG o marcadores de daño renal previos. La TFG es ampliamente aceptada como el mejor índice para medir la función renal.

Las razones por las cuales el umbral de 60 mL/minuto/ 1.73 m fue elegido para el diagnóstico de ERC son las siguientes: este umbral de TFG se encuentra por arriba del nivel asociado con falla renal (TFG < 15 mL/minuto/ 1.73 m² SC), lo que abre una ventana de tiempo para llevar a cabo medidas preventivas que eviten o retrasen la progresión a falla renal. Por otro lado, es un nivel que está por debajo de la TFG que tiene el 50% de la población adulta. Además, una TFG por debajo de este umbral se asocia con un incremento en las complicaciones propias de la ERC y con resultados adversos que incluyen un aumento en las complicaciones cardiovasculares, morbilidad y mortalidad en estos pacientes con y sin diabetes mellitus. Finalmente, este umbral y niveles menores de TFG pueden ser calculados con una precisión aceptable mediante ecuaciones de estimación basados en

la cifra de creatinina sérica.

En relación a los marcadores de daño renal, la proteinuria ha sido comprobada como factor de progresión de la enfermedad renal, por lo que la cuantificación de la excreción urinaria de albúmina es la recomendada, debido a que un incremento en su excreción constituye la manifestación más temprana de ERC secundaria a diabetes u otras enfermedades glomerulares y nefrosclerosis hipertensiva. Por otro lado, la albuminuria también puede presentarse en enfermedades túbulo intersticiales, enfermedad renal poliquística y en enfermedades en el riñón trasplantado. El método recomendado para su medición es el cociente albúmina (mg)/creatinina(g) en una muestra aislada de orina, con un umbral de 30 mg/g. Las razones para utilizar esta cifra como umbral son las siguientes: se encuentra 2 o 3 veces por arriba del valor de excreción normal de albúmina; valores por arriba de 30 mg/g son infrecuentes en hombres y mujeres sanos menores de 40 años; valores por arriba de este umbral representan marcadores tempranos de daño renal por diabetes, enfermedades glomerulares e hipertensión arterial; valores mayores se asocian con resultados adversos como progresión de la enfermedad renal y el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en personas con y sin diabetes.

Finalmente, se ha comprobado que aquellas terapias que reducen la albuminuria retrasan la progresión de la enfermedad renal diabética y no diabética. Otros marcadores de daño renal como son las anormalidades en el sedimento urinario (cilindros, hematuria, células epiteliales, etc.), anormalidades en estudios de imagen (riñones poliquísticos, hidronefrosis, disminución del tamaño renal y aumento en su ecogenicidad) y anormalidades en la composición de la sangre y orina que definen síndromes tubulares (acidosis tubular renal, diabetes insípida nefrogénica, síndrome de Fanconi, etc.) son tomados en cuenta, debido a que pueden asociarse con una disminución en el funcionamiento renal .

Etiología y fisiopatología. Las causas de IRC se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal, seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

La TFG puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin de-

scenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG. La pérdida estructural y funcional del tejido renal son lo que intentan mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo. En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la β_2 microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórico proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular .

Factores de riesgo. Los factores de riesgo cardiovascular que favorecen la aparición o afectan la progresión de la ERC se clasifican en modificables y no modificables .

Modificables.

- Control de la presión arterial. El control de la presión arterial (PA) es una meta clara dentro del manejo del paciente con ERC. La elevación de las cifras de PA elevada a nivel sistémico, se han relacionado con un aumento de la la presión a nivel del glomérulo, ocasionando alteraciones crónicas hemodinámicas de la arteriola aferente y llevando a un fenómeno conocido como hiperfiltración adaptativa. Esta es posiblemente la fase inicial de la ERC. Los cambios hemodinámicos de mayor relevancia en este proceso son: respuesta compensadora de la nefrona para mantener la FG; vasodilatación renal primaria, que ocurre en los pacientes con diabetes mellitus y otros desordenes; reducción compensatoria de la permeabilidad de la pared del capilar glomerular a pequeños solutos y agua. La caída de la FG es soportada por un aumento de la presión intraglomerular, respuesta mediada por una reducción del flujo hacia la macula densa con la subsecuente activación túbulo glomerular. Es importante recalcar que no solo las patologías que comprometen el glomérulo tienen importancia en la progresión de la ERC; también encontramos patologías que comprometen el túbulo, causando lesión del mismo y una progresión acelerada de la enfermedad renal.

- Proteinuria. El control de la proteinuria es una meta terapéutica bien establecida en el paciente con ERC, como lo recomienda la American Heart Association. La presencia de proteinuria se ha considerado como un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular y progresión de la enfermedad renal. Múltiples estudios y varias revisiones sistemáticas de la literatura confirman la asociación entre la proteinuria y la presentación de eventos cardiovasculares. Dentro de los mecanismos propuestos de lesión renal se encuentran: la toxicidad mesangial, hiperplasia y sobrecarga tubular, toxicidad directa relacionada con compuestos filtrados y posteriormente reabsorbidos a nivel tubular como transferrina, hierro y albumina unida a ácidos grasos; el incremento marcado en la filtración de proteínas y la reabsorción proximal de las mismas causa lesión del túbulo por liberación de lisozimas dentro del intersticio; el disminuir el grado de proteinuria con medicamentos y un mejor control de la PA pueden disminuir los cambios hemodinámicos a nivel del glomérulo lo que conduce a menor lesión y finalmente a disminuirla tasa de pérdida de función renal.

- Dislipemia. Se ha demostrado que el control metabólico, la hiperlipidemia y la acidosis metabólica se pueden relacionar con progresión de la ERC. El estudio SHARP proporcionó evidencia adecuada acerca de la eficacia y seguridad de dis-

minuir los niveles de colesterol LDL en la incidencia de eventos ateroscleróticos mayores, en pacientes con ERC sin terapia de soporte renal. Aunque se encontró descenso en el deterioro de la FG en pacientes tratados con simvastatina, no se alcanzó diferencia significativa en términos estadísticos. La estatina puede tener un efecto renoprotector en aquellos pacientes con ERC y enfermedad cardiovascular.

- Tabaquismo. El tabaco incrementa la PA y afecta la hemodinámica renal tanto en pacientes diabéticos como en los no diabéticos, el tabaco es un factor de progresión independiente de la ERC.
- Fósforo. La acumulación de fósforo es un problema frecuente en los pacientes con ERC, el cual se inicia tan pronto como la función renal disminuye. Los niveles altos de fosforo se asocian con una progresión más acelerada de FG en el paciente ERC. Otro mecanismo implicado en el desarrollo de fibrosis y atrofia tubular es el depósito de calcio en el intersticio renal, lo que lleva a procesos inflamatorios crónicos llevando a fibrosis y atrofia tubular.
- Niveles plasmáticos de aldosterona. Los niveles altos de aldosterona ha demostrado que pueden contribuir al deterioro de la función renal, como resultado de exceso en la estimulación del receptor mineralocorticoide, resultando en remodelación y aparición de fibrosis intersticial. Pocos estudios han mostrado beneficio con la administración de antagonistas de los receptores mineralocorticoides en ERC. El uso de bloqueadores parciales del receptor como la espironolactona, ha sido estudiado para disminuir la proteinuria sin embargo el desarrollo de hiperpotasemia ha limitado su uso en la práctica clínica, pero si se ha demostrado disminución en los niveles de proteinuria.
- Hiperuricemia. La elevación de los niveles de ácido úrico se presenta en los pacientes con ERC, por disminución en la excreción urinaria. La hiperuricemia ha demostrado ser un factor de progresión de la enfermedad renal, en parte por disminución en la perfusión renal por estimulación en la proliferación de la musculatura en la arteriola aferente. Los estudios clínicos han mostrado resultados contradictorios, sin tener la capacidad de demostrar asociación directa que las cifras elevadas de ácido úrico aceleren el deterioro de la función renal, por lo anterior, se deber examinar con detenimiento la utilización de medicamentos con el propósito del control de hiperuricemia y no emplearlos de manera rutinaria.
- Obesidad. La obesidad ha sido determinada en varios estudios como un factor de riesgo para el desarrollo de ERC y progresión de la misma. Se ha visto en la población obesa hay una mayor prevalencia de proteinuria, como hallazgo en la histopatología renal de estos pacientes. Dentro de los cambios hemodinámicos reportados se ven fenómenos de hiperfiltración glomerular en los pacientes obesos,

así como reabsorción de sodio tubular mayor al promedio de la población general. La hiperlipidemia es un trastorno frecuente en los pacientes obesos, como la hiperglicemia y otros trastornos metabólicos. La activación del sistema renina angiotensina aldosterona proveniente del tejido adiposo visceral favorece la elevación de los niveles plasmáticos de renina y angiotensina II característicos de estos pacientes y que contribuyen a los cambios hemodinámicos y renales. Los niveles altos de aldosterona son comunes en los obesos y estos niveles de aldosterona son independientes de los niveles de renina, favoreciendo más reabsorción de sodio a nivel de la nefrona distal. En estos pacientes la hiperinsulinemia favorece la presencia de factores de crecimiento dependientes de insulina que llevan a la formación de glomeruloesclerosis. La leptina y adiponectina han mostrado correlación con eventos cardiovasculares y ERC.

- Hiperglicemia. En la actualidad es claro que un buen control de la glicemia, lleva a retardo en el deterioro de la función renal .
- Alcohol y otras. El consumo de alcohol puede favorecer la hipertensión y ser factor de progresión de la ERC. La ERC como factor de riesgo cardiovascular.

No modificables.

- Predisposición genética. Múltiples estudios genéticos han sugerido relación entre la ERC y la variedad de polimorfismos de múltiples genes que sintetizan moléculas, como son los factores del eje sistema renina angiotensina aldosterona, la óxido nítrico sintetasa, el factor de necrosis tumoral alfa y múltiples citoquinas.
- Factores raciales. Tienen un papel muy especial en la susceptibilidad a la ERC, reflejada en la alta prevalencia de HTA y DM en la población afroamericana y en los afro-caribeños. Factores socioeconómicos como la deprivación social y el estado socioeconómico bajo, se ha asociado con aumento en la prevalencia de ERC.
- Factores materno-fetales. La desnutrición materna durante el embarazo y el exceso de ingesta de calorías por el recién nacido, pueden favorecer la aparición de HTA, DM, síndrome metabólico y ERC en la vida adulta. El bajo peso al nacer se ha asociado con HTA. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica de nefronas al nacer (oligonefronia), que por la incapacidad de manejar cantidades altas de solutos y cargas de sal, lleva a hipertrofia compensatoria, que favorece la aparición de glomeruloesclerosis y ERC.
- Edad. La tasa de progresión de la ERC es influenciada por el incremento progresivo de la edad.
- Género. En análisis univariados, el género masculino se asoció con mayor deterioro de la FG.

Manifestaciones clínicas.

Un riñón con una TFG normal filtra una gran cantidad de sodio, el cual es reabsorbido en su mayoría, excretándose en orina menos del 1% de la fracción filtrada. Conforme disminuye la función renal, se presentan alteraciones del balance hidroelectrolítico que se traducen en retención de sal, disminución de la capacidad de concentrar la orina y posteriormente se ve afectada la capacidad de excretar agua en orina, disminuyendo el volumen urinario diario y reteniéndose agua, lo que lleva a edema manifestado por aumento de peso e incluso insuficiencia cardíaca y edema pulmonar. La hipertensión arterial es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su causa principal. Por sí misma, la hipertensión causa más daño renal, cayendo en un círculo vicioso que perpetúa el deterioro de la función renal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada.

La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de $30\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$. La anemia ocasiona un aumento del gasto cardíaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardíacas, angina, insuficiencia cardíaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico. La uremia produce disfunción plaquetaria manifestada como diátesis hemorrágica.

Los pacientes de IRC también presentan acidosis, hiperglucemia, malnutrición y aumento de la osmolaridad sérica. Otra de las complicaciones de la uremia es una leve intolerancia a carbohidratos. En las mujeres con IRC es común la amenorrea y la incapacidad de llevar un embarazo a término. Una vez que la TFG disminuye a menos de $20\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$, se presentan síntomas como anorexia, hipo, náusea, vómito y pérdida de peso que son los síntomas más tempranos de la uremia. Los pacientes presentan aliento urémico debido al desdoblamiento del amonio en la saliva, que se asocia a sabor metálico. Los pacientes con IRC cursan con síntomas tempranos de disfunción del sistema nervioso central causados por la uremia como dificultad para concentrarse, somnolencia e insomnio. Posteriormente se presentan cambios de comportamiento, pérdida de la memoria y errores de juicio, que pueden asociarse con irritabilidad neuromuscular como hipo, calambres y fasciculaciones.

En el estado urémico terminal es común observar asterixis, clonus y corea, así como estupor, convulsiones y finalmente coma. La neuropatía periférica ocurre con frecuencia afectando más los nervios sensitivos de las extremidades inferi-

ores en las porciones distales. Su presencia es una indicación firme de iniciar TRR. Una de las manifestaciones más comunes es el síndrome de piernas inquietas. Si la diálisis no se instituye en cuanto aparecen las alteraciones sensitivas, progresa a anomalías motoras con pérdida de los reflejos osteomusculares, debilidad, parálisis del nervio peroneo, que se aprecia como pie caído y finalmente cuadriplegia flácida. Algunas etiologías de la IRC, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardiaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardiaco. Por lo general no se observa hiperkalemia clínicamente significativa hasta que la TFG cae por debajo de 10 ml/min/1.73 m² o el paciente recibe una carga adicional de potasio.

Los riñones juegan un papel fundamental en la regulación del equilibrio ácido base en el organismo. En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo. En un inicio los pacientes presentan acidosis de brecha aniónica normal, sin embargo, conforme progresa la enfermedad renal aumenta la brecha aniónica con una disminución recíproca del bicarbonato en sangre. En la mayoría de los pacientes se observa una acidosis leve, por lo general con pH superior a 7.3, sin embargo pueden presentarse manifestaciones severas de un desequilibrio ácido base cuando el paciente se expone a un exceso de ácido o pérdidas alcalinas, como ocurre en la diarrea. Los riñones y el hueso son importantes reguladores del metabolismo del calcio y del fósforo. Al deteriorarse la función renal, disminuye la síntesis de vitamina D, baja el nivel de calcio y aumenta el de fosfato. La hiperfosfatemia se presenta en estadios avanzados de la insuficiencia renal, en pacientes con TFG menor a 20 ml/min/1.73m², siendo esta una de las principales causas de hiperparatiroidismo en los pacientes con IRC. El exceso de fosfato disminuye la síntesis de vitamina D activa y esto a su vez resulta en una caída del nivel sérico de calcio, que es el estímulo principal para la secreción de paratohormona (PTH).

En aproximadamente 35% y 90% de los pacientes con IRCT existe evidencia de alteraciones óseas a nivel radiológico e histológico, respectivamente, a pesar de que menos del 10% presentan síntomas clínicos de enfermedad ósea antes de requerir diálisis. En los pacientes con enfermedad renal crónica se observan principalmente dos tipos de trastornos óseos, que se reflejan como fragilidad ósea: la osteítis fibrosa quística y la osteomalacia que progresa a enfermedad ósea ad-

inámica.

Las manifestaciones dermatológicas de la uremia incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos. Algunos pacientes presentan una coloración grisácea a broncea debido a la acumulación de hierro secundaria a repetidas transfusiones, aunque se ve menos con la administración de eritropoyetina. En estados avanzados, la cantidad de urea presente en el sudor es tan alta que se precipita en forma de un fino polvo blanquecino conocido como escarcha urémica.

En la IRC hay una pérdida gradual de la función renal de modo que en las etapas tempranas con frecuencia los pacientes están asintomáticos y puede no detectarse la enfermedad hasta que el daño renal es muy severo. El daño renal puede diagnosticarse directamente al observar alteraciones histológicas en la biopsia renal, o bien indirectamente por albuminuria o proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en las pruebas de imagen. Debido a que la TFG disminuye con la edad, la prevalencia de la enfermedad renal crónica aumenta con la ella y se estima que aproximadamente el 17% de las personas mayores de 60 años tienen una TFG menor a $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$.

Recomendaciones y seguimiento. Es importante seguir las siguientes recomendaciones:

- Los grupos de pacientes en riesgo de desarrollar ERC y a los que se debe efectuar cribado son: hipertensos, o diabéticos, o con enfermedad cardiovascular establecida, o familiares de pacientes con ERC.
- El cribado de ERC consiste en evaluar el filtrado glomerular (FG) mediante ecuaciones basadas en la creatinina sérica estandarizada (MDRD-IDMS y/o CKD-EPI) y el cociente albúmina/creatinina (ACR) en muestra simple de orina (valor normal $< 30\text{ mg/g}$), al menos una vez al año.
- El diagnóstico de ERC no debe basarse en una única determinación de FG y/o ACR. Siempre debe confirmarse.
- La medida del aclaramiento de creatinina mediante la recogida de orina de 24 horas no mejora, salvo en determinadas circunstancias, la estimación del FG obtenido a partir de las ecuaciones.
- En los informes del laboratorio clínico la determinación de creatinina sérica debe acompañarse de una estimación del filtrado glomerular obtenido a partir de una fórmula de estimación basada en la creatinina estandarizada. También deben de establecerse los medios para disminuir la imprecisión y variabilidad de

la determinación de albuminuria.

- En varones mayores de 60 años con ERC de reciente diagnóstico debe descartarse mediante ecografía la presencia de patología obstructiva de la vía urinaria.
- En el tratamiento del paciente con ERC debe intensificarse el control de los factores de riesgo vascular clásicos con los siguientes objetivos: objetivo de control de presión arterial: < 130-139 / 80-85 mm Hg, en general. Aproximarse a 130/80 mmHg en diabéticos con ERC y daño de órgano diana (albuminuria y/o eFG < 60 ml/min/1,73m²). En presencia de albuminuria importante (ACR > 500 mg/g) puede ser aconsejable objetivos inferiores (< 125/75 mm Hg) especialmente en pacientes de edad < 70 años y sin evidencia de enfermedad vascular asociada; objetivo de control de dislipemia: LDL < 100 mg/dL, HDL > 40 mg/dL; objetivo de control de diabetes: HbA1c (convencional) < 7% (NGSP/DCTT) (equivalente a < 5,3% si el método de determinación es el estandarizado de acuerdo al IFCC); objetivo de control de la albuminuria: ACR < 300 mg/g, mediante la utilización de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARAI) o inhibidores directos de la renina. o Medidas higiénico-dietéticas: control del peso y suspensión de hábito tabáquico.
- El paciente con insuficiencia renal (ERC 3-5) y muy especialmente el anciano es muy susceptible a la yatrogenia. Debe prestarse especial atención a: evitar, siempre que sea posible, el uso de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs); evitar la hiperpotasemia asociada al uso de fármacos. Especial precaución con la asociación de diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona, eplerenona, amiloride), a otros fármacos que retienen potasio (IECAs, ARAII, Inhibidores de la renina, AINEs, betabloqueantes); utilizar con precaución la metformina y los antidiabéticos orales de eliminación renal. No administrar en ERC - 4 y de forma individualizada; evitando, en la medida de lo posible la realización de pruebas con contrastes yodados; ajustando cualquier fármaco al filtrado glomerular de cada paciente.
- La derivación a Nefrología se hará teniendo en cuenta el estadio de la ERC, la edad del paciente, la velocidad de progresión de la insuficiencia renal, el grado de albuminuria, el grado de control de la TA, y la presencia o aparición de signos de alarma (10).

Tratamiento.

La enfermedad renal es una patología crónica, los objetivos terapéuticos están dirigidos a disminuir y tratar complicaciones asociadas a dicha patología y preparar al paciente para un tratamiento renal sustitutivo. Los tratamientos sustitutivos de la función renal son: el trasplante renal de donante vivo o muerto y las dos

modalidades de diálisis: hemodiálisis y diálisis peritoneal (11).

Tratamiento conservador. Este tratamiento persigue enlentecer el deterioro renal y corregir los factores que lo provocan, prevenir y tratar las complicaciones que genera la enfermedad, encaminar hacia un tratamiento sustitutivo y educar tanto al paciente como a la familia. También puede ser la modalidad de tratamiento seleccionado por los pacientes en lugar de un tratamiento renal sustitutivo. Las medidas que se realizan ante dicha situación son:

- Aportar una nutrición adecuada: proteínas: cuando el aclaramiento desciende de 30 ml/min instaurar una dieta hipoproteica de 0'6 g/kg de proteínas diarias; aporte de calorías de 35-50 kcal/kg diarias.
- Limitar la producción de toxinas urémicas, con manejo de agua y electrolitos: sodio y agua: mantener un aporte suficiente acorde a la diuresis de cada paciente; potasio: si existe buena diuresis no se restringe, pero si existe oliguria o hiperpotasemia por sobrecarga se restringe.
- Prevenir y resolver alteraciones del equilibrio hídrico y electrolítico: hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo fósforo-calcio, alteraciones del metabolismo lipídico.

Tratamiento renal sustitutivo. En el momento en el cual la enfermedad renal ha progresado hasta llegar a un estadio avanzado, se precisa una terapia de remplazo renal. Entre las modalidades de tratamiento se encuentra:

- Trasplante renal.
- Hemodiálisis.
- Diálisis peritoneal.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad renal crónica supone un problema de salud pública que precisa una atención sanitaria especializada. Es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal, la cual afecta a gran parte de la población en la que vivimos y el objetivo del tratamiento es sustituir el riñón y mantener la homeostasia lo más posible.

Aún en nuestros días, aunque el equipo multidisciplinar esté formado y sea hábil para evitar complicaciones, la disminución de la función renal es irreversible. La angustia y el estrés que genera la enfermedad en el paciente y en su familia es una situación común que el profesional ha de saber reconducir para así facilitar la situación.

Actualmente la enfermedad requiere la educación de la población en cuanto al tratamiento y la importancia del mismo ya que la enfermedad puede llegar a desequilibrios que puedan poner al paciente y a la familia en situaciones no deseables. Es muy importante que tanto el paciente como la familia tengan la suficiente información y conocimientos de el cuadro clínico, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Dra. Aida Venado Estrada ,Dr. José Andrés Moreno López ,Marian Rodríguez Alvarado Dr. Malaquias López Cervantes [sede web] Insuficiencia Renal Crónica.
- Edgar Dehesa López [sede web] Enfermedad renal crónica; definición y clasificación.
- Roberto D'Achiardi Rey M.D, FACP, Juan Guillermo Vargas M.D, MACP, Jorge Enrique Echeverri M.D, Mauricio Moreno M.D, Gustavo Quiroz M.D [sede web] Factores de riesgo de enfermedad renal crónica.
- Carlos Mario Henao Velasquez [sede web] Enfermedad Renal Crónica.
- Manuel Gorostidi, Rafael Santamaría, Roberto Alcázar, Gema Fernández-Fresnedo, Josep M. Galcerán , Marián Goicoechea , Anna Oliveras , José Portolés , Esther Rubio 2014 Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología [sede web] Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica.
- Sylvia E. Rosas, M.D., M.S.C.E [sede web] Enfermedad Renal Crónica.
- Enrique Andrés Ribes Servicio de Nefrología. Fundació Puigvert. Barcelona [sede web] Fisiopatología de la insuficiencia renal crónica.
- Juan C Flores, Miriam Alvo, Hernán Borja, Jorge Morales, Jorge Vega, Carlos Zúñiga, Hans Müller, Jorge Münzenmayer [sede web] Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones.
- Sociedad Madrileña de Nefrología [sede web] Recomendaciones sobre la detección, seguimiento y criterios de derivación de la enfermedad renal crónica.
- Ana Gómez Carracedo Estefanía Arias Muñana Concepción Jiménez Rojas [sede web] Insuficiencia Renal Crónica.
- Hurtado-Aréstegui, Abdías [sede web] Manejo de la enfermedad renal crónica.
- Sergio Márquez-Peláez, Araceli Caro-Martínez, Daniel Adam-Blanco, Antonio Olry-de-Labry-Lima, José Antonio Navarro-Caballero, Leticia García-Mochón y Jaime Espin-Balbino [sede web] Eficiencia de la diálisis peritoneal frente a hemodiálisis para el tratamiento de la insuficiencia renal.

- M. Carmen Villar Bustos, Azucena González Sanz [sede web] terapia de diálisis peritoneal.

Capítulo 212

¿POVIDONA IODADA O CLORHEXIDINA? LIMPIEZA DE CATÉTER DE ACCESO VENOSO CENTRAL.

VANESA OCAÑA DIAZ

1 Introducción

Años atrás, en numerosos servicios de hospitalización, se utilizaba en la práctica diaria la povidona iodada no sólo para desinfectar superficies antes de una intervención quirúrgica sino también para la desinfección de catéteres de acceso venoso central. Tras unos años, esto ha cambiado, empezando a aparecer en las guías de actuación clínica y/o protocolos la clorhexidina como agente desinfectante prioritario.

En este trabajo, se pretende analizar en la bibliografía existente cuál de los dos (povidona iodada o clorhexidina) es mejor para la desinfección del lugar de inserción del catéter.; la función de cada producto y la evidencia científica que respalda cuál es mejor.

El CVC está muy extendido en los servicios hospitalarios por su uso terapéutico y diagnóstico por tanto es fundamental la asepsia tanto en su inserción, fijación y mantenimiento. Así, con esto, pretendemos llevar a la práctica guías y protocolos conociendo el por qué del uso de estos antisépticos y siendo una vez más la evidencia científica la base de nuestras actuaciones en enfermería.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las propiedades de la povidona iodada.

Objetivos secundarios:

- Saber las propiedades de la clorhexidina.
- En la limpieza del catéter, cuál es mejor y más indicada para esta función.
- Comparación de la clorhexidina y povidona iodada.

3 Metodología

El objetivo de este trabajo es vislumbrar que desinfectante es el más idóneo para los catéteres de acceso venoso central. Por ello, la pregunta surgió mientras estaba trabajando en el servicio de nefrología. ¿Por qué hasta hace 5 años se usaba la povidona iodada (betadine), y ahora la clorhexidina? ¿Realmente uno es más adecuado que el otro? ¿Qué evidencia científica hay sobre el uso de los mismos? Para ello, realicé una revisión bibliográfica dentro de las principales fuentes de investigación: Pubmed, Cochrane, Scielo, Google Académico, y en protocolos de Consejería de Sanidad de Valencia, Perú, Galicia o Cantabria, entre otros.

- Como descriptores primarios se usaron: povidona iodada, clorhexidina y catéteres.
- Como descriptores secundarios: betadine, catéteres de acceso central, desinfección y limpieza.

Los archivos que se escogieron debían tener una antigüedad menor a 5 años. Aun así, admití varios con una antigüedad superior debido a la dificultad de este cribado inicial. Por ello, hubo dificultades para encontrar referencias bibliográficas actuales y sobre todo que hiciesen una comparativa de ambos relacionada con catéter de acceso venoso central.

A continuación, se exponen los artículos principales que se escogen y su correspondiente clasificación (Antisépticos, cuidados de enfermería en catéteres periféricos, comparación entre antisépticos, eficacia antisépticos), base de datos y año.

En el primer cuadro que se expone, realizo una clasificación de guías, protocolos y demás artículos relacionados con los antisépticos en general, para dar a conocer cuales hay, sus funciones y sus contraindicaciones si tuviesen:

Aunque esta revisión bibliográfica está enfocada en los dos antisépticos antes mencionados, es bueno tener una mínima referencia de los mismos para extrapolarlos no solamente a catéteres de acceso venoso central.

4 Resultados

Tras la recopilación de numerosos artículos, guías y protocolos debemos saber la diferencia fundamental entre el uso de un antiséptico y un desinfectante. El antiséptico se usa para la preparación de la piel cuando vamos a intervenir quirúrgicamente a un paciente o en la inserción de un catéter venoso central o periférico; higiene de manos y para curar la zona de inserción del catéter ya mencionado. (28)

Sin embargo, el desinfectante es para aplicarlo en superficies que ya están limpias.

Por tanto, el antiséptico se usa en tejidos vivos y el desinfectante elimina microorganismos en superficies inanimadas. (29)

Una vez que sabemos la diferencia, hablaremos de la clorhexidina:

Pertenece al grupo químico de las biguanidas, la cual tiene una alta actividad antibacteriana y baja toxicidad en mamíferos siendo no tan irritante con piel, mucosas o membranas. Debido a su posible aplicación en mucosas, su uso se ha extendido en deontología. Tiene un algo poder antibacteriano porque su absorción es por difusión pasiva a través de las membranas celulares, consiguiendo su efecto a los 20 segundos. Es activa contra bacterias gram +, gram -, anaerobias y aerobias contra hongos y levaduras en menor cantidad. No tiene efecto contra esporas. (30)

La podemos encontrar con presentación comercial: desde solución jabonosa, en base alcohólica, base acuosa, solución oral o en gel/esponja. La clorhexidina si se combina con el alcohol tiene mayor eficacia porque se une la rapidez de inicio del alcohol frente a su capacidad residual. (31)

Pero lo más importante, ¿para qué se usa?

A continuación, tras ver las propiedades de la clorhexidina, expondremos las características principales de la povidona iodada, conocida como betadine:

Es un antiséptico que se conoce como halogenado, puesto que su componente principal que es el yodo penetra la pared celular provocando su muerte (33). Actualmente, se usan más los iodóforos por su actividad antiséptica, solubilidad, liberación prolongada y disminución de la irritación en la piel.

En el mercado se presenta en base acuosa, alcohol yodado y solución jabonosa. Actúa frente bacterias, hongos, virus, micobacterias y células con y sin envoltura lipídica.

Sabiendo esto, dentro de los antisépticos encontramos en primer lugar el alcohol 70° en solución como los más potentes usados en el hospital frente a la povidona yodada 5% solución tópica en último lugar siendo la clorhexidina el antiséptico intermedio tanto al 2% como al 0,5 %. (35). Ambos son los más usados para preparar la zona quirúrgica. (36)

Una vez recopilada toda esta información, la gran cuestión a resolver es: ¿En un cateterismo, ¿qué antiséptico es mejor?

En primer lugar, debemos conocer lo que es un catéter, entendiéndose como un tubo de diverso grosor y material utilizado como medio terapéutico o diagnóstico.

En este trabajo, se aborda el catéter de acceso venoso central, como su nombre indica es aquel que se usa para acceder a la vena más central, que suele ser la subclavia, y circulación para administrar medicamentos, líquidos, transfusiones de sangre y otros medicamentos.

El catéter debido a su uso diagnóstico y terapéutico tiene gran utilidad, pero la técnica debe hacerse con la máxima asepsia y esterilidad tanto antes, durante y después de su colocación.

Como su uso es muy común, es frecuente complicaciones siendo la más grave la infección. Por ello, ¿cuál es el más idóneo? ¿Qué antiséptico escoger?

La enfermera tiene un gran papel como proveedora de los mejores cuidados para el mantenimiento del mismo. Dentro de las técnicas para el mantenimiento de un catéter, no sólo es la asepsia de la técnica sino también una buena higiene.

Así pues, la higiene, sobre todo de las manos, es el primer eslabón para realizar una asepsia y cuidado del catéter.

La higiene de manos se debe hacer:

- A) Antes del contacto con el paciente.
- B) Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
- C) Después de exposición a fluidos corporales.
- D) Después del contacto con el paciente.
- D) Después del contacto con el entorno del paciente.

Tras la higiene de manos, es recomendable el uso de todo material estéril para la manipulación del catéter.

Entre estos materiales además de gasas, jeringas, agujas, guantes, etc.; está la

antisepsia de la piel. En este momento responderemos a la pregunta: ¿cuál es el más idóneo?

Para explicar esto, haremos una clasificación: cuál es el antiséptico mejor para la piel, para quemaduras, en unidad de nefrología y por último en CVC.

- En general, para desinfectar el campo quirúrgico, en este caso cualquier parte de nuestro cuerpo, ambos antisépticos mencionados son los más utilizados.
- En un estudio comparativo, para la prevención de infecciones de la herida quirúrgica, se realizó una revisión bibliográfica de diversos estudios:
- Ensayos clínicos aleatorios con 351 pacientes destacó que el número de infecciones era menor con la clorhexidina.
- Otras revisiones sistemáticas con más de 5031 pacientes el resultado fue similar, siendo la clorhexidina el antiséptico que reduce más las infecciones.
- Metaanálisis del año 2010 que incluye a 3614 pacientes, define lo mismo respecto a la clorhexidina.

Y en otro estudio que incluye a 849 pacientes la infección por uso en clorhexidina era menor respecto a la povidona yodada. (37)

- En un artículo publicado en 2017 se compara el uso de gluconato de clorhexidina versus povidona, resolviendo que el primero es mucho más eficaz en la prevención de infecciones en la herida quirúrgica. (38)

Si extrapolamos el uso de estos antisépticos a quemaduras, los resultados son los siguientes:

En una valoración estadística realizada en 2012 usando modelos de Regresión Logística y Regresión de Cox, se concluyó, tras revisar a 150 quemados con infección por *Staphylococcus aureus*, que los pacientes que se han tratados con clorhexidina tienen menos infecciones que los que han usado povidona yodada. (39)

En último lugar, comentar el uso de estos antisépticos en la unidad de Nefrología: (40) Se llevó a cabo un proyecto llamada Dialsepsia conformado por 15 expertos en Nefrología y enfermería con el consenso: el antiséptico más adecuado para la desinfección en la piel en la unidad de nefrología es la clorhexidina alcohólica al 2% y al 70%, aunque se prefiere el uso en base acuosa. También se prefirió este antiséptico para la zona de punción del catéter de hemodiálisis, siendo innecesario el uso de antibiótico como profilaxis.

Para el mantenimiento del mismo se prefirió el mismo antiséptico, lavando previamente con agua y jabón la fístula. (41)

Para la desinfección de la zona de punción la clorhexidina alcohólica seguida de la acuosa.

Sin embargo, la sustancia que se prefiere para cuidar el orificio de salida durante la cicatrización es el suero hipertónico en un 60% versus la clorhexidina en un 20%.

En otro protocolo que revisa el CVC en pacientes con hemodiálisis concluye: (42) que se usa la clorhexidina tanto para la inserción y mantenimiento del mismo, puesto que el uso continuado de la povidona iodada altera la composición del catéter. Por tanto, se concluye que la clorhexidina es el más indicado, frente a la povidona iodada que si el fabricante del catéter así lo indica no debe usarse.

Del año 2017 se encontró un estudio observacional que comparó el uso de clorhexidina/povidona iodada frente a prontosan solución. Los resultados no fueron significativos, pero se arrojó ampliar la muestra puesto que la tasa de infecciones era menor usando el prontosan respecto a estos antisépticos. (43)

Con todo esto que hemos visto queda claro el uso de la clorhexidina como antiséptico de primera elección frente a la povidona iodada. Pero, ¿y en los catéteres de acceso venoso central?

En un estudio de la revista chilena de infectología, se llevó a cabo el estudio porque hasta ese momento no había estudios concluyentes que nos vislumbrara qué antiséptico usar como primera opción. Se encontró ocho trabajos controlados randomizados que comparaban estos antisépticos. Los resultados fueron similares, pero si se recomendaba el uso de clorhexidina en aquellos CVC con alta tasa de infección o que su colocación hubiese supuesto gran dificultad. (44)

Y en otro ensayo clínico aleatorio se evalúa la efectividad del uso de clorhexidina en catéter venoso central: se incluyó 43 pacientes en el grupo de intervención frente a 42 en grupo de control el cual no se curaba con clorhexidina. Su edad promedio era 55 años y se demostró una reducción significativa de infecciones con el uso de la clorhexidina (45)

Todos estos estudios que he destacado por ser actuales, nos informan de la importancia del uso de clorhexidina frente a la povidona iodada, pero, ¿qué nos dicen las guías y protocolos?

En el protocolo de Sescam, del Hospital Universitario de Albacete, nos dice cómo prevenir la infección respecto al catéter arterial, CVC y Swanz-ganz. Para ello nos aconseja el uso de clorhexidina al 2% destacando que en Estados Unidos la povidona iodada es el más usado, aunque la solución acuosa de gluconato de clorhexidina al 2% reduce más las tasas de bacterias respecto al alcohol o povidona. (46)

En otro protocolo de la Fundación Hospital Juve, nos habla de la inserción y mantenimiento de CVC, siendo preferible la clorhexidina frente a povidona yodada, por el material del catéter. (47)

Y otro ejemplo que tenemos es en la Agencia Valenciana de Salud. La última guía de uso de antisépticos nos aconseja el uso de clorhexidina alcohólica al 2% para inserción de catéteres central frente al 1% para catéteres periféricos.

5 Discusión-Conclusión

- Debo destacar que la búsqueda de estudios que comparasen estos dos antisépticos ha tenido la dificultad añadida de que había pocos estudios actualizados.
- Aun así, con las guías y la bibliografía encontrada se justifica el uso de clorhexidina en todas sus presentaciones por encima del betadine, con la ventaja de que su uso es más seguro en niños y embarazadas.
- Día a día en mi trabajo procuro llevar con la máxima precisión los protocolos, pero es imprescindible entender el uso que hacemos de los mismos y la evidencia científica que lo respalda. Por eso, expongo este trabajo y espero que le sirva a muchos profesionales de ayuda como me ha servido a mí.

6 Bibliografía

- 1 Alexis Diomedi, Eliana Chacón, Luis Delpiano, Beatrice Hervé, M. Irene Jemena, Myriam Medel et al. Antiseptics and disinfectants: aiming at rational use. Recommendations of the Advisory Committee on Healthcare Associated Infections. Sociedad Chilena de Infectología. RCI. 2017. 34 (2) 156-174.
2. Yuri Carvajal Bañados. Desinfectantes y antisépticos. Puerto Montt. 2016.
- 3 Nai Ming Lai, Nai An Lai, Elizabeth O’Riordan, Nathorn Chaiyakunapruk, Jacqueline E Taylor, Kenneth Tan. Antisepsia de la piel para la reducción de las infecciones relacionadas con el catéter venoso central. Cochrane. 2016.
4. Miguel Ángel Rodríguez Calero, Sylvia M. Amorós Cerdá, Eva Pérez Juan, Daniel Hernández Sánchez, Grupo de trabajo para el estudio del cuidado del acceso vascular con antisépticos (ECAVA). Antisépticos para la prevención de la infección relacionada con catéteres vasculares. Revisión sistemática. Scielo. 2019.
5. Guía de antisépticos y desinfectantes. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Madrid. 2013.
6. Protocolo de utilización de antisépticos. Comisión de infecciones. Agencia Valenciana de Salud.

7. Juan José Maya, Sory J. Ruiz, Robinson Pacheco, Sandra Iliana Valderrama. Papel de la clorhexidina en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. *Asociación Colombiana de Infectología*. 2016. 15(2). 98-107.
8. J. M. Arévalo, J. L. Arribas, M. J. Hernández, M. Lizán. Guía de utilización de antisépticos.
9. Junta de Galicia. Procedimiento de canalización y cuidados de la vía venosa periférica. 2019.
10. Rafael García Maset; Marta Albalade Ramón; María Dolores Arenas Jiménez; Vicente Esteve Simón; Teresa García Falcón et al Emilio Sánchez Álvarez. Informe del estudio Delphi del proyecto dial sepsia para determinar el grado de acuerdo en el abordaje antiséptico de la hemodiálisis y de la diálisis peritoneal. C y E. 2018. (3)
11. L. Lorente. Antisepsia en la colocación y mantenimiento de los catéteres endovasculares. *Medicina Intensiva*. 2019- 43. 39-43.
12. Lisseth Anaya Aldoradin; Deisy Medrano Herhuay. Conocimiento y práctica de la enfermera profesional en el cuidado del paciente con catéter venoso central. Lima- Perú 2016.
13. Lai NM, Lai NA, O’Riordan E, Chaiyakunapruk N, Taylor JE, Tan K Antisepsia de la piel para la reducción de las infecciones relacionadas con el catéter venoso central. *Cochrane*. 2016.
14. Comisión de Infección, profilaxis y política antibiótica. Protocolo inserción y mantenimiento de catéter venoso central. Fundación Hospital de Jove. 2015.
15. Edivane Pedrolo; Mitzy Tannia Reichembach Danski; Stela Adami Vayego. Curativo de clorhexidina y gasa y esparadrapo para catéter venoso central: ensayo clínico aleatorio. *Revista Latin Am*. 2014. 22 (5)
16. Francisco Antolín Juárez, Gerardo Barquin Pomar, Miren Edurne Biain Ezquerro, Javier Burón Mediavilla, Laura Crespo Pellón et al Mónica Galind Palazuelos. Guía para la inserción y mantenimiento de los catéteres. SCS. 2014
17. Proyecto Piloto multicéntrico estrategia multifactorial. “Flebitis Zero” Abril 2015.
18. Inmaculada Pastor Ramírez; María Isabel Cebrian Camins; Ana Isabel Muñoz Jiménez; Lidia Martínez Morcillo; Llanos Soriano Escobar; Isabel López Sánchez; Ana María Piqueras Carrión; Fernando García López. Protocolo de prevención de infección relacionada con catéter venoso central (inserción central y periférica). Catéter arterial y catéter de Swanz- Ganz. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
19. González Bolívar, R.; García López, B; Solar Beltrán, S. Prevención de infecciones de los catéteres Venosos Centrales en los pacientes sometidos a hemod-

íalisis.

20. Coronado Vega, Amanda Adelina. Eficacia del gluconato de clorhexidina vs yodopovidona para prevenir infecciones en la herida operatoria del paciente quirúrgico. 2017. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE_-1d61b3553dd503088b4dabb8cf33301b/Description#tabnav.

21. Ballen Mesa, Laura; Gonzalez Moliné, Gisela; Torras Cuesta, Georgina. Clorhexidina vs povidona yodada. Estudio Comparativo. 6° Congreso Internacional Virtual de enfermería y Fisioterapia “Ciudad de Granada”.

Capítulo 213

EL LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

CARLOTA ACOSTA BERNARDO

VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

AIDA GARCIA ARDURA

1 Introducción

El concepto del lavado de manos con agentes antisépticos surgió en el comienzo del siglo XIX. Las primeras evidencias datan de 1847. Semmelweis (1818-1865), médico de origen Húngaro, consiguió disminuir la tasa de mortalidad en las puerperas en un 70% al descubrir la relación existente entre la sepsis puerperal y la falta de lavado de manos. La sección de obstetricia del hospital general de Viena donde Semmelweis trabajaba estaba dividida en dos subsecciones : la primera destinada a los partos atendidos por Semmelweis y sus estudiantes de medicina ,y la segunda para los atendidos por comadronas.

Descubrió que en la primera subsección se perdía más del 10% de parturientas por fiebre puerperal , mientras que en la segunda el porcentaje era inferior al 1%. Esto se debía a que los estudiantes y el propio Semmelweis acudían a la sala de disección o autopsia y posteriormente iban a examinar la las parturientas sin haberse lavado las manos correctamente. A partir de este momento, se establecen las primeras pautas del lavado de manos.

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas seguida de un aclarado de agua abundante con el fin de eliminar la

suciedad, materia orgánica, flora habitual y transitoria y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona.

En nuestra piel están presentes diferentes tipos de bacterias formando parte de nuestra flora, que puede dividirse en dos tipos flora transitoria o contaminante que se encuentra en la capa más superficial de la piel y es la que se puede eliminar mediante técnicas de lavado, y la flora residente que es la que se encuentra en capas más profundas y que es más difícil de eliminar.

Tipo de lavado de manos: Según el objetivo del lavado se pueden distinguir dos tipos: el lavado de manos convencional: eliminar la suciedad y reducir microorganismos transitorios de la piel; y el quirúrgico: eliminar la flora transitoria y al máximo la flora resistente de las manos.

LAVADO CONVENCIONAL O RUTINARIO

Su objetivo principal es eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de la piel. Está indicado siempre que las manos estén sucias, antes de comenzar con las tareas diarias, antes y después de ir al baño y de comer, tras la realización de curas y manipulación de fluidos corporales, y siempre antes de realizar una técnica estéril invasiva (lavado de manos quirúrgico). La técnica se llevará a cabo humedeciendo las manos con agua y aplicando jabón, frotando durante al menos 15 segundos y aclarando con abundante agua.

El uso de soluciones alcohólicas son la alternativa más válida al lavado rutinario de las manos entre paciente y paciente. Consiste en aplicar soluciones alcohólicas en las manos y frotar hasta que esa solución se seque. El frotado debe durar entre 20-30 segundos, y si las manos se secan antes de ese tiempo la cantidad de producto utilizado habrá sido insuficiente y por lo tanto el lavado no será correcto.

Está indicado tras el lavado rutinario, entre paciente y paciente, antes de pasar de una técnica a otra con un mismo paciente, antes de la manipulación de vías venosas, antes de la preparación y administración de medicación, y antes de la colocación de los guantes. El principal beneficio de estas soluciones es que tienen una gran rapidez de acción, amplio espectro y no requieren de un lavado previo de las manos (salvo que existan restos de materia orgánica).

LAVADO QUIRÚRGICO

El objetivo es reducir al máximo tanto la flora bacteriana transitoria como la residente de las manos. No deben utilizarse cepillos ni esponjas, ya que su uso

aumenta la irritación de la piel y pueden favorecer a la dispersión de microorganismos durante el lavado. Está indicado antes de una intervención quirúrgica y ante cualquier procedimiento invasivo que requiera un alto grado de asepsia.

La técnica conlleva una serie de pasos:

- Primer paso: lavado convencional de manos hasta el codo.
- Segundo paso: aclarar con abundante agua y realizar un secado minucioso.
- Tercer paso: usar el codo para accionar el dosificador y verter solución antiséptica alcohólica en la palma de la mano.
- Cuarto paso: frotar antebrazos hasta por encima de los codos (30 segundos). Frotar con otra dosis el tercio distal de antebrazos (30 segundos).
- Quinto paso: aplicar una última dosis frotando las manos hasta la evaporación total de la solución alcohólica.

Entre las recomendaciones generales para el lavado de manos se encuentran:

- Mantener las uñas cortas y limpias . No utilizar uñas artificiales. Además las uñas largas son más difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes.
- No usar anillos , relojes ni pulseras ya que su uso dificulta el lavado y estos objetos pueden actuar como reservorio.
- No cepillar las manos y antebrazos para no lesionar la piel; no es aconsejable el uso de agua caliente porque se aumenta la posibilidad de irritación y sequedad, y por tanto se facilita la proliferación de microorganismos. Se recomienda el uso de agua tibia.
- Tras la jornada de trabajo usar cremas protectoras de la piel.

Los sanitarios se contaminan con microorganismos nosocomiales al entrar en contacto con el paciente o su ambiente al realizar las diferentes técnicas propias de su jornada laboral : monitorización del paciente, preparación del campo quirúrgico etc.

Cada año, cientos de millones de pacientes de todo el mundo se ven afectados por infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Como consecuencia, algunas personas se enferman gravemente, deben permanecer más tiempo en el hospital, quedan discapacitadas por un largo periodo o mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación da lugar a una carga económica importante para los sistemas de salud.

Las infecciones hospitalarias o nosocomiales presentan muchas de las características de un problema importante de seguridad del paciente. Se producen por nu-

merosas causas relacionadas con los sistemas, procesos de la atención sanitaria y comportamientos individuales. La mayoría de ellas se pueden prevenir mediante una buena higiene de las manos, limpiándose las en el momento oportuno y de forma apropiada.

La OMS ofrece los siguientes datos con respecto a las tasas de infección nosocomial :

- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.
- En los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%. En Inglaterra, más de 100.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5.000 muertes directamente relacionadas con la infección.

Ante los datos existentes que demuestran la importancia del problema, en España contamos con el estudio E PINE, (Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España) que se lleva a cabo entre diversos centros del territorio español y que está coordinado por la sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene. Los datos son recogidos localmente por los servicios de control de infecciones de los hospitales que participan. Así, los datos recogidos sirven para realizar estudios anuales sobre la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles, lo cual permite tener una visión generalizada sobre la importancia de estas, permitiendo plantearse una serie de medidas u otras además de su valor informativo y de permitir la comparación entre unos hospitales u otros para poder evaluar así la calidad de los cuidados en unos y otros.

Cada año más hospitales se van adhiriendo a él, ya que permite obtener información sobre la evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales. En 1990 formaban parte del estudio 126 centros, en 2015 ya eran 269.

Según los datos más recientes, en los hospitales generales típicos, la localización más frecuente de infección nosocomial es la respiratoria (21.4%), seguida de las heridas quirúrgicas (20.9%), las urinarias (20.1%) y las bacteriemias (15.3%). Según datos del sistema de vigilancia Norteamericano los microorganismos aislados en cultivos de heridas quirúrgicas más habituales son *Staphylococcus aureus*, *SCN* (Estafilococos coagulasa negativos), *Enterococcus spp*, *Escherichia Coli*, y, *Pseudomonas aeruginosa*. Dentro de la Unión Europea, los *Staphylococcus aureus* en-

cabezan la lista, causando un 27-40% de las infecciones quirúrgicas seguidos por el 6-11% por las SCN, el 315 por EscherichiaColi, y el 7-10% por Pseudomonas.

La infección en el sitio quirúrgico (ISQ) es aquella relacionada con el procedimiento operatorio que ocurre en la incisión o en su cercanía durante los 30 días siguientes a la intervención, salvo en los casos en los que se haya colocado un implante en los que se alarga el periodo susceptible hasta un año.

Estas infecciones ocupan el segundo lugar dentro de las nosocomiales siendo la más frecuente en los pacientes quirúrgicos.

En un estudio español de 2002 en 2.794 pacientes quirúrgicos se halló una tasa de ISQ del 17,7% de los pacientes intervenidos, sin embargo tras el uso de un programa de vigilancia de infecciones nosocomiales en Madrid (Indicadores Clínicos de Mejora Continua de Calidad) se encontró una tasa de incidencia acumulada de 5,91 % en 16.141 pacientes estudiados.

Es evidente, que junto a su importancia económica destaca su relevancia clínica ya que supone un riesgo para los pacientes debido a su influencia sobre morbilidad y mortalidad. Por ello, la medida de la incidencia de la infección del sitio quirúrgico es un principal indicador de los programas de calidad de la mayoría de nuestros hospitales.

La CDC clasifica las infecciones de la herida quirúrgica en incisionales y órgano espacio. Las incisionales se dividen en dos tipos dependiendo de su profundidad: infecciones incisionales superficiales, que afectan a piel y a tejido celular subcutáneo e, infecciones incisionales profundas, que afectan a tejidos blandos profundos (fascia, músculo). Las infecciones órgano-espacio se denominan a las que afectan otras estructuras ajenas a la piel (peritoneo, órgano). Actualmente, las medidas de prevención y control de las infecciones nosocomiales se dirigen a los tres eslabones de la cadena de transmisión:

- Modificar el reservorio ambiental: manejo adecuado de aguas y basuras, control de alimentos, mantenimiento de las medidas de asepsia o eliminación del agente en los nichos ambientales (superficies de trabajos, reservorios húmedos en ventilación mecánica...) mediante procedimientos químicos o físicos.
- Interrumpir la transmisión. Las mejores aportaciones han sido los cambios en el comportamiento de la higiene personal, específicamente en la higiene de manos entre tareas, en la preparación de comidas, y en el cuidado de enfermos. También es muy importante el uso adecuado de barreras, incluyendo la utilización de guantes, gorros y protección ocular, como también el uso de mascarillas de alta

eficacia para prevenir la transmisión respiratoria. Aún así, la medida más importante y de mayor valor para la prevención y control de infecciones nosocomiales sigue siendo la higiene de manos rutinaria antes, y después de cada contacto con cada paciente. Un método comúnmente utilizado para interrumpir la transmisión de patógenos en instituciones sanitarias es el aislamiento de pacientes que están colonizados o infectados por un patógeno concreto.

- Proteger al huésped ,profilaxis antibiótica . La inmunización, activa y pasiva, es el método más efectivo de protección individual y comunitaria frente a enfermedades epidémicas. La preparación prequirúrgica y la utilización de una única dosis o tratamientos cortos de antibióticos preoperatorio para reducir la probabilidad de infección se han convertido en una actuación estandarizada de la práctica quirúrgica.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

1 . Están diseñadas para aplicarlas en la atención y cuidado de todos los pacientes independientemente de su diagnóstico o presunto estado de infección.

2. Se deben aplicar a:

- Sangre.

- Todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones (excepto el sudor), independientemente de si contienen o no sangre visible: secreciones vaginales, líquido amniótico, leche materna, semen, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido pericárdico y exudados.

- Piel no intacta.

- Membranas mucosas.

3. Sus objetivos son:

- Prevenir la transmisión de patógenos hemáticos y la transmisión por fluidos corporales, independientemente de que su origen sea conocido o no.

- Prevenir la transmisión de otros patógenos en el hospital.

4. Las medidas que constituyen las precauciones estándar son:

- La vacunación frente a la Hepatitis B del personal sanitario.

- Normas de higiene personal.

- El uso de elementos de protección de barrera.

- El cuidado con los objetos cortantes.

- La esterilización y desinfección correcta de instrumentos y superficies, aplicados en la atención a todos los pacientes.

La más importante de las medidas para el control de las infecciones en el medio

sanitario es la higiene de manos, antes, durante y después de atender a cada paciente, aunque se hayan utilizado guantes, cuando las manos se hayan manchado con materiales potencialmente contaminados, y si se han manchado con sangre o líquidos orgánicos.

La higiene de manos también se ha de recomendar a los familiares de los pacientes antes de entrar y al salir de las habitaciones. Antes de iniciar la jornada laboral, los cortes y heridas siempre se deben cubrir con apósitos impermeables, y las lesiones cutáneas de las manos se cubrirán con guantes. De igual forma se retirarán anillos y joyas.

Los principales elementos de protección de barrera para prevenir la exposición a sangre, fluidos corporales que contengan sangre y otros fluidos (líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico, semen, secreciones vaginales y leche materna) son: guantes, mascarillas, protectores oculares y batas. El tipo de barrera protectora a utilizar debe ser adecuado al procedimiento que se va a realizar.

GUANTES

- Utilizar guantes no exime la necesidad de la higiene de manos, porque los guantes pueden tener defectos pequeños o inaparentes, o incluso pueden producirse durante el uso; de esta forma, las manos quedarían contaminadas al quitárselos. El error de no cambiarse los guantes entre contactos con pacientes es un riesgo para el control de la infección.
- Constituyen la protección de barrera más importante. A pesar de no evitar los pinchazos con objetos tienen un efecto protector, ya que se ha demostrado que recibir un pinchazo a través de unos guantes de látex se reduce el volumen de sangre transferido en, por lo menos, un 50%. Hecho fundamental, ya que el riesgo de infección depende en gran medida de la cantidad de virus inoculada.
- Son obligatorios siempre que el trabajador sanitario presente cortes, heridas o lesiones cutáneas. No es necesaria su utilización si se va a establecer contacto con piel intacta del paciente.
- Se usarán en las siguientes circunstancias: Manejo sangre, fluidos corporales contaminados con sangre, tejidos o los fluidos ya señalados. Al manejar objetos, materiales o superficies contaminados con sangre o con los fluidos corporales. En procedimientos invasivos.
- Los guantes se cambiarán tras el contacto con cada paciente. Si durante su empleo se perforasen, es preciso quitárselos, lavarse inmediatamente las manos, y ponerse un par nuevo.

- Los guantes se cambiarán tras el contacto con cada paciente. Si durante su empleo se perforasen, es preciso quitárselos, lavarse inmediatamente las manos, y ponerse un par nuevo.
- Los guantes se cambiarán tras el contacto con cada paciente. Si durante su empleo se perforasen, es preciso quitárselos, lavarse inmediatamente las manos, y ponerse un par nuevo.

MASCARILLAS

- Únicamente cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales a las mucosas oral o nasal.
- Algunas actividades que aconsejan el empleo de mascarillas son: endoscopia, aspiración de secreciones, manipulación del equipo de fisioterapia respiratoria, la práctica de procedimientos invasivos asociados a producción de aerosoles (autopsias, intubaciones, etc.), asistencia en hemorragias vasculares importantes, odontostomatología.

PROTECTORES OCULARES

- Cuando se prevea la producción de salpicaduras de sangre o líquidos corporales a la mucosa ocular.

BATAS

- Cuando se prevea la producción de grandes salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos, por ejemplo, asistencia a un parto, asistencia a politraumatizados en urgencias, realización de curas de gran extensión, etc.
- En circunstancias especiales puede obtenerse una protección adicional mediante el empleo de delantales impermeables bajo la bata.

MANEJO DE OBJETOS PUNZANTES O CORTANTES

- Los trabajadores sanitarios deberán manejar con extraordinario cuidado las agujas y los instrumentos cortantes usados.
- Las precauciones se deberán adoptar durante y tras su utilización, al limpiarlos y en su eliminación.
- Una vez utilizadas, las agujas no deben ser reencapuchadas, ni sometidas a ninguna manipulación.
- Para su eliminación, las agujas y otros instrumentos cortantes o punzantes deben ser colocados en envases resistentes a la punción, que estarán localizados en la zona que vayan a ser utilizados. Nunca se llenarán los envases totalmente,

puesto que las agujas que sobresalen de los contenedores constituyen un riesgo importante para las personas que las manejen.

- Siempre que sea posible, los trabajadores sanitarios que utilicen instrumentos cortantes o punzantes deben deshacerse personalmente de los mismos. Nunca se dejarán estos objetos cortantes abandonados sobre una superficie, ya que existe riesgo de que otros trabajadores sufran accidentes. Ello es especialmente necesario tras intervenciones realizadas junto a la cama del enfermo.
- Se tendrá especial cuidado en que no haya objetos cortantes en la ropa que vaya a la lavandería, ya que pueden producir accidentes a los trabajadores que la manipulen.

ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN DE INSTRUMENTOS Y SUPERFICIES

- En la medida de lo posible, todos los objetos o instrumentos que penetren en los tejidos o entren en contacto con sangre o con mucosas o piel no intactas serán de un solo uso. En caso de que ello no sea posible, estos objetos o instrumentos se deben esterilizar entre paciente y paciente.
- Antes de la esterilización o desinfección es necesaria una limpieza previa. Los desinfectantes más potentes pueden no ejercer su acción si la sangre u otras sustancias les impiden alcanzar la superficie sobre la que deben actuar. Por ello, todos los objetos que vayan a ser desinfectados o esterilizados deben ser sometidos a una limpieza previa que elimine la sangre u otras sustancias de su superficie. Tras su limpieza, los objetos deben ser aclarados antes de ser desinfectados o esterilizados.

2 Objetivos

Exponer, mediante una revisión bibliográfica, el estado de la cuestión y las últimas recomendaciones existentes sobre el lavado de manos quirúrgico, con el fin de establecer, en caso de no aparecer, unas pautas o protocolos que, en base a la evidencia científica encontrada, puedan servir para unificar criterios y mejorar la seguridad del paciente.

3 Metodología

La mayoría de las revisiones surgen de la necesidad de clarificar una incertidumbre sobre un determinado tema sobre el cual ya existen algunos estudios preexistentes, o hay un número exigible de artículos. Hay revisiones sistemáticas que

se realizan simplemente para poner en evidencia las lagunas del conocimiento.

Establecida la incertidumbre que queremos resolver, y que da título al trabajo, nos queda dilucidar las bases de datos a las que hemos acudido por medio de un protocolo de búsqueda. Un protocolo de búsqueda supone un plan de proceso detallado y explícito tanto de las bases de datos que se van a utilizar como de los pasos que se van a seguir. Este protocolo permite un rastreo sistemático de información, que además al ser transparente y explícito hace posible su reproducibilidad.

Comenzamos con la identificación de las bases de datos:

- Cuiden: Es una base de datos pertenecientes a Ciberindex, plataforma especializada en la gestión del conocimiento en cuidados de salud que tiene como misión proporcionar a los profesionales sanitarios soluciones prácticas e innovadoras para la ayuda en la toma de decisiones fundamentadas en el conocimiento científico. En nuestra búsqueda , usamos como palabras clave “Lavado Manos Quirófano” obteniendo un total de 6 artículos adecuados a nuestro tema de estudio.
- Enfispo: Base de datos perteneciente a la Universidad Complutense de Madrid, que permite la consulta del catálogo de artículos de revistas en español que reciben en la biblioteca de la facultad de enfermería, fisioterapia, y podología. Nuestras palabras clave fueron “Lavado Manos Quirófano” obteniendo un artículo que se adhiere a nuestra incertidumbre.
- Cuidatge: Base de datos de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili. Recoge los artículos de las revistas recibidas en la biblioteca de la E.U. Las directrices para nuestra búsqueda fue Lavado + Manos + Quirófano. No encontramos ningún resultado satisfactorio.
- Google académico: Es un buscador que permite localizar documentos académicos como artículos , tesis, libros, y resúmenes de fuentes diversas como editoriales universitarias, asociaciones profesionales, y otras organizaciones. Los resultados aparecen ordenados considerando el texto completo , el número de citas recibidas, el autor, la publicación fuente, etc. Es un buen recurso para buscar en muchas fuentes a la vez.
- Pubmed: Es un servicio creado por National Library of Medicine y la National Center for Biotechnology Information dependiente del Instituto Nacional de la Salud de los EEUU. Desde Pubmed podemos acceder a las citas y resúmenes de Medline, que es la base de datos más importante de la National Library of Medicine y abarca los campos de Medicina, Enfermería, Odontología, Veterinaria, Ciencias preclínicas y Salud Pública. Nuestras palabras clave fueron “ Hand Disinfection AND operating room “ y se encontraron 2 artículos.

- Crochane : Es una base de búsqueda Iberoamericana. Se usó como palabras clave “Lavado Manos Quirófano” obteniéndose un resultado positivo.

4 Resultados

La mayor parte de los artículos no nos aportó una información adicional diferente a la que se puede acceder a través de los manuales de enfermería y actualizaciones existentes.

La gran parte de los artículos hacían referencia a temas, como el uso de los anti-sépticos , siendo contradictorios con respecto a la existencia de diferencias entre el lavado acuoso y el alcohólico.

Sí bien es cierto, que todos los artículos destacaban la necesidad de evaluar constantemente la efectividad de la técnicas así como de actualizarla con las nuevas pautas científicas establecidas.

Con respecto a la enfermería y la importancia del lavado quirúrgico sólo se encontró un artículo que relacionaba el papel de las enfermeras en la prevención de la infección nosocomial (realización del campo estéril, distribución de material)

5 Discusión-Conclusión

Destacamos nuestra sorpresa al descubrir la precariedad de los estudios e investigaciones realizadas a nivel enfermero y la poca documentación actualizada.

Entendemos la importancia del lavado de manos para la prevención de enfermedades e infecciones , aunque la evidencia a nivel científico sea escasa.

Dada la importancia de la enfermera en el área quirúrgica como en el resto del medio sanitario, no llegamos a comprender la falta de investigación entre nuestro colectivo.

Por último, creemos que es necesario evaluar constantemente la técnica del lavado de manos quirúrgico , evaluando su efectividad , aportando nuevos datos , realizando reuniones de enfermería e instruyendo al nuevo personal, así como la actualización de los protocolos existentes con un único fin, garantizar la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in healthcare settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.
- Boyce JM, PotterBynoe G, Opal SM, Dziobek L, Medeiros AA. A common source-outbreak of *Staphylococcus epidermidis* infections among patients undergoing cardiac surgery. *J Infect*
- Dewar NE, Gravens DL. Effectiveness of septsisol antiseptic foam as a surgical scrub agent. *Appl Microbiol* 1973;26:544-549.
- Rotter M. Hand washing and hand disinfection. In: Mayhall CG, ed. *Hospital epidemiology and infection control*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. Ch. 87.
- Widmer AF. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub? *Clin Infect Dis* 2000;31:136-143. and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Morb Mortal Wkly Rev* 2002;51(RR16): 17-18.
- Franco Paredes C, Kuri Morales P, et al. Síndrome agudo respiratorio severo: un panorama mundial de la epidemia. *Salud Publica Mex* 2003;45(3):157-158.
- Aguilar MG, Piacitelly GM, Juárez PC. Exposición ocupacional a plomo inorgánico en una imprenta de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1999;41(1):42-54.
- Flores CJ, Escobedo ChE, Franco del Río G, et al. Brote epidémico por *Serratia marcescens* en un servicio de neonatología. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1988;45:512-516.
- Padilla BG, Guiscafré GH, Martínez GM, et al. Epidemiología de las infecciones nosocomiales en un hospital pediátrico. *Salud Publica Mex* 1986;28: 599-610.
- Michels JV, Westphal JA, Goncalves AR, Caldeira TM. Avaliação da eficácia de um método educativo na rotina de lavar as mãos em UTI. *Rev Bras Ter Intens* 2002;14:52-54.
- Peña-Viveros R, Rodríguez Moctezuma JR, López Carmona JM, et al. Conocimiento y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un servicio de urgencias. *Rev Mex Med Urg* 2002;1:43-47.
- Trampuz A, Widmer AF. Hand hygiene: a frequently missed lifesaving opportunity during patient care. *Mayo Clin Proc* 2004;79:109-116.
- Goldmann D, Larson E. Handwashing and nosocomial infections. *N Engl J Med* 1992;327:120-122
- Rotter ML. Hand washing, hand disinfection, and skin disinfection. En: Wenzel RP, editor. *Prevention and control of nosocomial infections*. Third edi-

tion. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997. p. 691-709.

- Hanninen O, Farago M, Monos E. Semmelweis discovery and its Finnish followup. *Acta Physiol* 2003;90:8395.
- Boyce JM, Pittet D. Guidelines for hand hygiene in HealthCare settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene Task Force. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002;23(Suppl):S3-S40.
- Granato PA. Pathogenic and indigenous microorganisms of humans. En: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, editors. *Manual of clinical microbiology*. Eighth edition. Washington, US: ASM Press; 2003. p. 44-54.
- Daschner FD. How costeffective is the present use of antiseptics? *J Hosp Infect* 1988;11(Suppl A):227- 235.
- Larson E. A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1988;9:28-36.
- Larson E. Skin hygiene and infection prevention: more of the same or different approaches? *Clin Infect Dis* 1999;29:1287- 194.
- Webster J, Faogali JL, Cartwright D. Elimination of methicillinresistant *Staphylococcus aureus* from a neonatal intensive care unit after hand washing with triclosan. *J Paediatr Child Health* 1994;30:59-64.
- Zafar AB, Butler RC, Reese DJ, Gaydos LA, Mennonona PA. Use of 0.3% triclosan (Bacti Stat) to eradicate an outbreak of methicillinresistant *Staphylococcus aureus* in a neonatal nursery. *Am J Infect Control* 1995;23:200- 208.
- Fridkin SK, Pear SM, Williamson TH, Galgiani JN, Jarvis WR. The role of understaffing in central venous catheterassociated bloodstream infections. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:150-158.
- Vicca AF. Nursing staff workload as a determinant of methicillinresistant *Staphylococcus aureus* spread in an adult intensive therapy unit. *J Hosp Infect* 1999;43: 109-113.
- Doebbeling BN, Stanley GL, Sheetz Ct, et al. Comparative efficacy of alternative handwashing agents in reducing nosocomial infections in intensive care units. *N Engl J Med* 1992;327:88-93.
- Geiss HK, Heeg P. Handwashingagents and nosocomial infections. *N Engl J Med* 1992;327: 1390.
- Taroni F, Moro ML, Binkin N. Handwashin agents and nosocomial infections. *N Engl J Med* 1992; 327: 1390.
- Wilcox MH, Spencer RC. Handwashing agents and nosocomial infections. *N Engl J Med* 1992;327: 1390.
- Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control*

Hosp Epidemiol 2000; 21:381- 386.

- Atkinson LJ. Técnicas de quirófano de Berry y Khon. 4.ª ed. México: McGrawHill Interamericana; 1994.
- Brooks SM. Enfermería de quirófano. 2.ª ed. México: Interamericana; 1981.
- Dewitt SC. Fundamentos de enfermería médicoquirúrgica. 4.ª ed. Editorial Mosby; 1999.
- Dison N. Técnicas de enfermería clínica. 4.ª ed. México: Interamericana; 1983.
- Esteban de la Torre A, Portero Fraile MP. Técnicas de enfermería. 3.ª edición revisada y ampliada. Barcelona: Ediciones Rol ; 1988.
- HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias [Internet] .n.d. Lavado de manos
- OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet].n.d. Organización Mundial de la Salud
- Agencia de Calidad del SNS. "Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud". Marzo, 2006.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008.
- Healthcare Commission. NHS Performance Ratings 2004/2005. Commission for Healthcare Audit and Inspection 2005.

Capítulo 214

LA ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA

RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ

ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

MARTA RAMOS GARCÍA

CARLA PÉREZ MORÁN

1 Introducción

El proceso de comunicar ha existido desde siempre pues el ser humano está continuamente expresándose, ya sea de forma verbal o no verbal, intencionada o no con el entorno por ello ha de formar parte y debe ser base de la enfermería siendo un componente imprescindible en su actividad. Dentro de dicho proceso, el contenido, es decir la información, tiene gran importancia y se extiende más allá del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en esto la enfermera es protagonista y precursora: la información en enfermería forma parte del cuidado reduciendo así el estrés de paciente y familia, se preocupa por los sentimientos y proporciona información oportuna y eficaz que ayude a lo largo del proceso de enfermedad.

Además, la investigación ha desmentido que el compartir información con el paciente dañe más que beneficie y se ha demostrado en diversos estudios que aquellos pacientes informados sobre su situación hablan con más claridad sobre

su enfermedad con las familias, tienen mayor capacidad de identificación, están más satisfechos con el personal sanitario, comprenden mejor las explicaciones, pierden menos esperanza y desarrollan más confianza en el cuidado que reciben. La información al paciente o familia es un proceso continuo y se debe partir de qué es lo que quiere saber el paciente y su familia y hasta dónde quieren que se extienda dicha información.

2 Objetivos

- Definir los conceptos de comunicación e información.
- Describir las barreras comunicativas entre enfermera-paciente y enfermera-familia.
- Conocer estrategias de enfermería en la comunicación e información.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases datos como PubMed, Clinical Key y Cuiden y también en fuentes primarias como "The New England Journal of Medicine" y "Metas de Enfermería". También se ha indagado en el buscador Google Académico. Han sido usadas para ello palabras clave extraídas de los tesauros MESH y DECS y términos de lenguaje libre.

- DECS: "Enfermería", "Comunicación", "Comunicación no Verbal", "Lenguaje", "Información", "Cuidados".
- MESH: "Information", "Nursing", "Communication", "Nonverbal Communication".
- Lenguaje libre: "Comunicación", "Enfermería", "Palliative care", "Nursing", "Information", "Información".
- Booleanos: "AND" y "OR"

Como criterios de inclusión: texto completo, que estén redactadas en castellano o inglés, que sean artículos con una antigüedad máxima de 15 años y que se centren en la temática de este trabajo. Estos criterios se han cumplido en toda la búsqueda salvo en dos excepciones que se ha considerado necesario incluir por su utilidad y relación con la materia del trabajo.

4 Resultados

Comunicación e información: según el Diccionario de la Real Academia Española el término “Comunicación” presenta varios significados, entre los principales:

- Acción y efecto de comunicar o comunicarse.
- Trato, correspondencia entre dos o más personas.
- Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.

Debido a la condición polisémica del concepto sus objetivos se pueden agrupar en: informar, alentar, inducir, averiguar, distraer. Así pues, el término “Comunicación” está estrechamente relacionado con el de “Información” por ser ésta uno de sus objetivos y componentes, y según el Diccionario de la Real Academia Española algunos de sus significados son los siguientes:

- Acción y efecto de informar.
- Pruebas que se hacen de la calidad y circunstancias necesarias en una persona para un empleo u honor.
- Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una determinada materia.
- Educación, instrucción, etc.

No es lo mismo informar que transmitir un mensaje de forma unidireccional, es decir, no es lo mismo que el profesional sanitario de la información y el paciente y los familiares la reciban, que establecer un proceso comunicativo, en el que se comparte información, opiniones y sentimientos. La comunicación es un concepto más amplio que la información, pues informar es dar noticias sobre algo y es un hecho más puntual.

Tipos de comunicación:

- Verbal: utiliza un código común tanto al receptor y al emisor y este puede ser escrito, oral, etc. El contenido del mensaje debe estar contextualizado y apoyarse en gestos, actitudes... Algunos de los parámetros a tener en cuenta son la precisión, la claridad, la objetividad, la sencillez, la oportunidad, la pertenencia y la verosimilitud.
- No verbal: fortalece y consolida el mensaje, se expresa mediante el lenguaje corporal y/o visual resumiéndose sus técnicas en expresión facial, mirada, sonrisa, gestos, movimientos, posturas, contacto físico, proximidad y distancia, aspectos personales y apariencia física.

No olvidar la paralingüística, elementos no verbales que acompañan a la emisión del mensaje y que contextualizan e influyen en la interpretación del mensaje,

como por ejemplo el volumen y tono de voz, la intensidad, el ritmo, velocidad de emisión, pausas, entonación, énfasis, llanto, risa, suspiros y silencios.

Barreras en la comunicación: uno de los elementos que forma parte de la comunicación son las barreras o interferencias, estas son alteraciones que sufre la señal durante el proceso comunicativo y que pueden modificar, dificultar o imposibilitar la interpretación del mensaje.

Pueden tener lugar por patologías orgánicas como por ejemplo:

- Patologías del lenguaje: afasia y disfasia.
- Patologías del habla: dislalia, disartria, disglosia.
- Patologías de la lectoescritura: dislexia, agrafia.
- Patología vocal: disfonía.
- Patología psíquica: mutismo selectivo.

No obstante los obstáculos más importantes están relacionados con las escasas habilidades sociales de los profesionales sanitarios como son:

- Escoger momento y lugar inapropiados.
 - Dirigir, mandar, dar soluciones.
 - Acusar, amenazar, culpar.
 - Juzgar, criticar, interpretar, menospreciar.
 - Etiquetar, o utilizar palabras despectivas.
 - Generalizar.
 - Utilizar un lenguaje no adaptado al interlocutor, enfatizar los aspectos negativos.
- Consecuencias de una mala comunicación: el mal uso de la comunicación puede generar en el paciente un aumento de ansiedad, desconfianza, frustración, miedo y pérdida de control sobre su propia vida, entre otros. Sin embargo, también sufren las consecuencias el entorno más cercano del enfermo, por ejemplo:
- Falta de comunicación sobre el pronóstico: da a entender a las familias que los profesionales saben más de lo que comunican y que por tanto se les ocultaba información, generando así una relación de desconfianza.
 - Confusión respecto a los tratamientos realizados especialmente cuando estos son mantenidos hasta un punto en que la muerte es inminente.
 - Uso inapropiado de eufemismos: provocando estrés, confusión e incertidumbre en cuanto a qué esperar.
 - Promoción de falsas esperanzas
 - Sospecha de maleficencia: la ausencia de comunicación durante todo el proceso de la enfermedad en ocasiones puede llevar a la familia a cuestionarse si algo se ha hecho de forma incorrecta o si se ha hecho lo suficiente.

Intervenciones de enfermería: el cuidado ejercido por enfermería requiere de actitudes empáticas basadas en la comprensión, afecto y calidez ya que favorecerá el crecimiento emocional y espiritual. El modelo comunicacional centrado en el paciente beneficia la confianza y ayuda al paciente a expresar sus necesidades, beneficia la negociación y sensibilización ante la emisión de malas noticias evitando así barreras.

Las enfermeras deben tener ciertas habilidades básicas para la comunicación en salud las cuales son:

- Empatía: se manifiesta mediante la comprensión, es decir, poder comprender y experimentar acontecimientos o pensamientos desde la posición del otro.
- Cordialidad: se alcanza mediante el compromiso y el esfuerzo personal por entender la situación, ayuda a que el paciente y su familia se sientan cómodos y libres para expresar sus pensamientos y preocupaciones.
- Educación y respeto: dirigirse al paciente y su familia con respeto, evitando ironías, juicios de valor, humillaciones y burlas, ofrecer una comunicación participativa y no mostrar pena ni piedad.
- Escucha activa-silencios: escuchar siempre para comprender al otro, no estar pensando en lo que se va a decir cuando acabe de hablar, dejar hablar al interlocutor sin interrumpir e interpretar el lenguaje no verbal.
- Uso efectivo del lenguaje: claro y apropiado, facilita la atención y mantiene el interés
- Mantener contacto visual
- Expresiones faciales positivas y sonreír propicia la confianza.
- Vigilar la postura y movimientos: postura erguida y relajada acompañada de gestos beneficia la confianza.
- Demostrar interés hacia lo que se escucha y motivación por el propio trabajo, por medio de feed-back verbal y no verbal, el paciente que se siente escuchado se implicará más en el tratamiento y será más colaborador.
- Personalizar el diálogo, no generalizar y evitar los consejos personales.

5 Discusión-Conclusión

Mediante la información, se resuelve dudas tanto del paciente como de su familia, a través de la comunicación se ofrece apoyo, confort y se reduce la incertidumbre, además, se facilita la expresión de emociones por medio de la escucha activa, así pues, en la atención a los pacientes y su familia la comunicación e información ha de ser pilar fundamental en el cuidado que brinda la enfermería, pues no solo se trata de observar signos y síntomas, también es imprescindible reconocer

las respuestas de los pacientes y su familia al entorno, conocer sus costumbres y estilo de vida de manera que permita detectar necesidades, planificar intervenciones y establecer una relación de ayuda y de calidad, en definitiva un buen clima terapéutico.

6 Bibliografía

- 1. Alférez Maldonado A. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *Revista Española de comunicación en Salud* [Internet] 2012 [acceso 15 de diciembre de 2019]; 3(2): 147-157.
- 2. Goldsmith J, Ferrell B, Wittenberg-Lyles E, Ragan S. Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing* [Internet] 2013 [acceso 15 de diciembre de 2019]; 17(2): 163-167.
- 3. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte* [Internet] 2016 [acceso 15 de diciembre de 2019]; 7(2): 1297-1309.
- 4. McGuire D, Snow K, Haisfield- Wolfe ME, Iyamu F. Pain Assessment in Non-Communicative Adult Palliative Care Patients. *Nursing Clinics of North America* [Internet] 2016 [acceso 15 de diciembre de 2019]; 51(3): 397-431.
- 5. Kourkouta L, Papathanasiou IU. Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-medica* [Internet] 2014 [acceso el 15 de diciembre de 2019]; 26(1): 65-67.
- 6. Pérez García E, Medina Aragón FJ. Aspectos psicosociales en los cuidados paliativos. 1ª ed. Madrid: Enfo Ediciones; 2010.
- 7. Cuesta Gaviño J, Martínez Márquez A, Rodríguez Hurtado A. Informar o no informar a los pacientes paliativos: ¿qué opinan sus familiares?. *Medicina Paliativa* [Internet] 2011 [acceso el 15 de diciembre de 2019]; 19(2): 58-63.
- 8. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2006 [15 de diciembre de 2019]; 29(3): 19-27.
- 9. Adams JA, Anderson RA, Docherty SL, Tulsy JA, Steinhäuser Ke, Bailey DE. Nursing strategies to support family members of ICU patients at high risk of dying. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* [Internet] 2014 [acceso el 15 de diciembre de 2019]; 43(5): 406-415.
- 10. Figueiredo de Sá França JR, Geraldo da Costa SF, Limeira Lopes ME, Lima da Nóbrega MM, Sátiro Xavier de França I. Importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en oncología pediátrica: un enfoque en la Teoría Humanística

- de Enfermería. Revista Latino-Americana Enfermagem [Internet] 2013 [acceso 15 de diciembre de 2019]; 21(3): 1-7.
- 11. Campos Palomo AD, Campos Palomo LD. Introducción a las técnicas de comunicación terapéuticas y no terapéuticas en enfermería. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2012 [acceso el 12 de diciembre de 2019]; 3(2): 133-146.
 - 12. Real Academia Española. Diccionario de lengua española, 23.^a ed. [Internet]. Madrid: Espasa; [actualizada el 17 de octubre de 2014; acceso el 12 de diciembre de 2019].
 - 13. Ramírez P, Müggenberg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Universitaria [Internet] 2015 [acceso el 15 de diciembre de 2019]; 12(3): 134-143.
 - 14. Ramón García R, Segura Sánchez MP, Palanca Cruz MM, Román López P. Habilidades sociales en enfermería. el papel de la comunicación centrado en el familiar. Revista Española de Comunicación en Salud [Internet] 2012 [acceso el 15 de diciembre de 2019]; 3(1): 49-61.
 - 15. Carvalho de Rezende R, Pontes de Oliveira RM, Carvalho de Araujo ST, Felipe Guimaraes TC, Espírito do Espírito Santo FH, Setenta Porto I. Body language in health care: a contribution to nursing communication. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet] 2015 [acceso el 15 de diciembre de 2019]; 68(3): 430-436.

Capítulo 215

SALUD OCULAR ; ADENOVIRUS

LORENA DÍAZ VALCÁRCEL

1 Introducción

La conjuntivitis es una leve inflamación de la conjuntiva (las membranas que recubren el ojo y la superficie interna de los párpados). Entre sus síntomas, figuran los siguientes: ojos rojos, legañas y otras secreciones oculares, lagrimeo y sensación de tener algo dentro del ojo.

Los adenovirus son los virus sin envoltura más grandes y tienen el tamaño máximo factible para ser transportados a través del endosoma (por lo que no precisan la fusión de la envoltura con la membrana celular). Poseen un genoma ADN bicatenario lineal con una proteína terminal, por lo que son clasificados en el Grupo I bajo el esquema de la Clasificación de Baltimore. Son de tamaño medio (70-90 nm), sin envoltura y con forma deltaicosaédrica. Su cápside consta de 240 capsómero con forma hexagonal (hexonas) y pentagonal (pentonas). Las 12 pentonas se localizan en cada uno de los vértices y se componen de una base pentona y una fibra que contiene proteínas de adherencia vírica y puede actuar como hemaglutinina. Tanto la pentona como la fibra son inmunógeno y contienen antígenos específicos de tipo.

Dentro de la cápside contiene el ADN vírico y al menos dos proteínas principales. En el virión del adenovirus existen 11 polipeptidos.

Los adenovirus son capaces de producir infecciones líticas, latentes y transformadoras (en los hamster, pero no en el humano). El virus infecta de forma lítica las células mucoepiteliales del tracto respiratorio, tracto gastrointestinal y conjuntiva o córnea. Persiste en el tejido linfoide (amígdalas, placas de Peyer). Las

proteínas de la fibra vírica determinan la especificidad de la célula diana y la actividad tóxica de la pentona puede dar lugar a la inhibición del transporte celular del ARNm y de la síntesis proteica.

Los anticuerpos son importantes en la resolución de la enfermedad. El virus es resistente a la inactivación. Tiene distribución mundial sin incidencia estacional. Es más frecuente la afectación en niños menores de 14 años y en instituciones cerradas y se transmiten por contacto directo y aguas contaminadas.

La patología ocular infecciosa es una entidad clínica muy frecuente, constituyendo la conjuntivitis y la queratoconjuntivitis de este origen adenovírico, el 70% de la consulta oftalmológica infecciosa; Los brotes de queratoconjuntivitis epidémica (QCE), principalmente causados por adenovirus (ADV), están ampliamente descritos en la literatura tanto en Europa como en EE.UU., la mayoría presenta una fuerte infección común que puede ser una consulta oftalmológica, una piscina, o la comunidad. Se producen además casos secundarios en familias enteras por la alta capacidad de infectación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Acercar al lector a la identificación temprana de signos y síntomas para la detección precoz y la posibilidad de no propagación del virus.

Objetivos secundarios:

- Considerar al médico y personal sanitario como potencial vector en la transmisión del virus.
- Poner especial importancia en las medidas de higiene como lavado de manos frecuente, y uso de toallitas desechables, para secreciones oculares.
- Mantener la agudeza visual conservada, mediante diagnóstico precoz de lesiones y detección subtipo.

3 Metodología

La revisión bibliográfica es considerada como un estudio detallado, selectivo y crítico que integra la información esencial en un artículo; El estudio se realiza a través de búsqueda bibliográfica para la creación de medidas estándares y medidas de educación para la salud ocular; La QCE con frecuencia es causada por Adenovirus, presentando alta transmisibilidad y en el período de incubación es

de 8-12 días, transmitido de persona a persona, por distintos mecanismos, tales como fómites, inoculación directa en la conjuntiva por instrumentos de consulta como tonómetros, herraduras, dedos y soluciones.

La evolución de la qce sigue un patrón claramente establecido como consecuencia de la queratitis epitelial superficial, queratitis epitelial profunda, infiltrados subepiteliales. El cuadro clínico dura de 3-4 semanas y es autolimitado, algunas cepas pueden evolucionar con complicaciones y persistencia de lesiones corneales por varias semanas y meses.

4 Resultados

Conjuntivitis

Síntomas: Triada Conjuntival

- Ardor.
- Prurito.
- Sensación cuerpo extraño.

Signos:

Respuesta inflamatoria vascular:

- Hiperemia
- Hemorragias
- Edema
- Secreción
- Membranas y pseudomembranas.

Respuesta inflamatoria celular:

- Hiperplasia epitelial.
- Foliculos; reacción folicular como una hiperplasia del tej. Linfoide en el estroma, se aprecian como pequeños granos de arroz rodeados de un pequeño vaso.
- Papilas, reacción papilar, más inespecífica con menor valor diagnóstico; se aprecia hiperplasia del tej.conjuntival, con vasos centrales.

Conjuntivitis Adenovírica Clínica:

- Inicio agudo (picor, quemazón, sensación CE, lagrimeo y ojo rojo).
- Inicialmente unilateral (puede bilateralizarse).
- Linfadenopatía preauricular asociada.
- Duración 7-14 días.

Tipos clínicos ;

- Fiebre faringoconjuntival , cursa como infección respiratoria y queratitis (30%)(serotipos 3, 5 y 7): Afecta a personas más jóvenes, y aparece junto con fiebre y faringitis, aunque la afectación corneal es menos frecuente y no aparecen pseudomembranas. El tratamiento es el mismo que la queratoconjuntivitis.

- Queratoconjuntivitis epidémica , cursa sin sintomatología sistémica y queratitis(80% : (serotipos 8 y 19): Presenta una incubación de unos 4 a 10 días. Suele empezar unilateralmente y 2 o 5 días más tarde afecta al otro ojo. Los síntomas son una conjuntivitis folicular, serosa, lagrimeo, edema en los párpados e inflamación conjuntival. Pueden existir infiltrados subepiteliales, que aparecen hacia el día 15 y pueden durar meses. En el 90% de los casos presenta adenopatía preauricular algo dolorosa a la palpación y en algún caso pueden producirse pseudomembranas. Pueden producir fiebre faringoconjuntival.

Secreción acuosa- amarillenta.

Hiperemia bulbar. se trata de una dilatación de los vasos sanguíneos locales.

Hemorragias subconjuntivales: son pequeñas hemorragias que se forman bajo el epitelio subconjuntival.

Folículos + petequias fondo de saco.

Hiposfagmas. Membranas/ pseudomembranas: tejido inflamatorio (detritus, leucocitos..) que se adhiere a la conjuntiva. Cicatrización conjuntival, simbléfaron y acortamiento fondos de saco , cuadro irritación conjuntival crónico -Necesario extraerlas en consulta-

Queratitis Numular:

Respuesta inmune de la córnea al virus . Opacidades subepiteliales redondas separadas.

Afectan AV.

Pueden durar meses/años.

Existen medidas de prevención estándares como son el lavado de manos , , examinar a las sospechas con material desechable , uso de guantes y cotones de algodón para manipular párpados . Para evitar el contagio a través de gotitas a menos de un metro, se recomienda que el paciente use mascarilla durante el examen oftalmológico en la lámpara de hendidura.

5 Discusión-Conclusión

Recomendaciones para evitar el contagio de conjuntivitis vírica:

- Extremar la higiene y lavarse siempre las manos antes de llevarlas a los ojos, indicado sobre todo a personas próximas a pacientes con conjuntivitis.
- Reducir en la medida de lo posible la exposición al sol.
- Utilizar gafas de sol homologadas con filtro solar para rayos UV y también de natación o buceo.
- No compartir toallas, sábanas, ropa, productos cosméticos, ni el protector solar para la cara.
- No frotarse los ojos.
- Acudir a un especialista en caso de que aparezcan los primeros síntomas.
- Lavarse bien las manos con jabón antiséptico y utilizar toallas de papel.
- Evitar tocarte o restregarte los ojos.
- Limpiar toda la secreción alrededor de los ojos varias veces al día.
- No utilizar la misma botella de las gotas para los ojos infectados y para los sano.
- Lavarse las manos después de aplicarse gotas o pomadas para los ojos.
- Lavar las fundas de las almohadas, las toallas, sábanas, paños, gafas con agua caliente y detergente.
- No compartir maquillaje.
- No meterse en la piscina.
- Tirar a la basura las lentes de contacto desechables y los envases que se usaron cuando los ojos estaban infectados.
- Tirar el maquillaje que hayas usado durante este tiempo.
- Limpiar las lentes de contacto de uso prolongado de la manera más adecuada.
- Durante la infección, no usar lentes de contacto, sino gafas hasta que los síntomas hayan pasado.
- Si estás en contacto con una persona con conjuntivitis infecciosa evita el contacto directo.
- Lavarse las manos frecuentemente con agua tibia y jabón o con limpiadores a base de alcohol.

Tratamiento:

- Limpieza con suero fisiológico frío.
- Medidas higiene para evitar contagio..
- Tópico/ sintomático
- AINES: disminuyen molestias
- Antivíricos (Virgan): poca respuesta
- Antibióticos (Tobrex): disminuye secreción, evita sobreinfecciones
- Lágrimas artificiales: integridad película lagrimal.
- Corticoides: Solo si membranas/pseudomembranas o queratitis numular.

6 Bibliografía

1. Oftalmología clínica, J. Kanski, 3º edición Mosby, 1996.
2. Atlas de oftalmología clínica , D. Spalton , R. Hitchings 2º edición Mosby /Doyma, 1995.
3. Fisiopatología de las infecciones por adenovirus, Asoc.médicos residentes del Instituto de Salud del niño
Bermeola G. Luque W., 2001 octubre-2012 marzo, Paediatrica 2002.

Capítulo 216

LA EPILEPSIA: INTERACCIONES Y REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES EPILÉPTICOS A TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA

YAIZA PEREZ GUTIERREZ

PATRICIA ORDAS VAZQUEZ

TANIA GARCÍA GARCÍA

MARTA FERNANDEZ PELLITERO

1 Introducción

Las crisis epilépticas son el resultado de una disfunción fisiológica pasajera del encéfalo, causadas por una descarga eléctrica hipersincrónica, patológica y autolimitada de las neuronas corticales. Las convulsiones representan las principales manifestaciones de la epilepsia, pero no toda convulsión implica epilepsia.

Existen varios tipos de crisis, cada una con alteraciones características de la conducta y electrofisiológicas que se pueden detectar mediante un registro electroencefalográfico (EEG). Las manifestaciones concretas de toda crisis epiléptica dependen de la afectación de toda o de sólo una parte de la corteza cerebral, de

las funciones de las regiones corticales originarias de la crisis, del patrón subsiguiente de propagación de la descarga eléctrica dentro del encéfalo y del grado de participación de las estructuras subcorticales y del tronco del encéfalo.

ETIOLOGÍA DE LA EPILEPSIA

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes. En países desarrollados la incidencia ajustada a la edad oscila entre 24 a 53/100.000 personas años, mientras que la prevalencia de la epilepsia activa oscila entre 4 y 8/1.000 habitantes. Las cifras en países en vías de desarrollo son ligeramente mayores. Desde un punto de vista práctico entre el 0'5 y el 1% de la población sufre epilepsia. La curva de incidencia es bimodal, con un pico muy alto en el primer año de vida, seguido de una caída importante y una incidencia estable durante la primera década. En la adolescencia hay una nueva caída con una incidencia muy baja durante la edad adulta. A partir de la quinta década, la incidencia comienza a ascender de forma rápida y sostenida con una incidencia aún mayor que en el primer año de vida.

TIPOS DE CRISIS EPILÉPTICAS

Existen 3 tipos de Crisis Epilépticas:

- Crisis parciales focales.
- Crisis focalizadas de origen no focal (convulsivas ó no).
- Crisis epilépticas de origen no clasificadas.

DIAGNÓSTICO DE LA EPILEPSIA

El primer paso en el paciente que ha presentado una crisis convulsiva es determinar si el evento paroxístico en cuestión fue de naturaleza epiléptica o no epiléptica. Estas crisis no epilépticas se subdividen en fisiológicas (son el resultado de una alteración orgánica), o psicógenas, (sugieren que son causadas por una alteración psicológica). Es importante reconocer estas crisis como no epilépticas para pautar el tratamiento de forma adecuada ya que el diagnóstico erróneo de epilepsia puede tener consecuencias psicológicas y sociales importantes y puede exponer al sujeto al uso de fármacos antiepilépticos con efectos colaterales potencialmente graves.

Una vez determinado que la crisis es de origen epiléptico, el segundo paso, más complicado, es determinar si dicho episodio ha sido un evento aislado o si indica el comienzo de una epilepsia. La incidencia acumulativa, a lo largo de la vida, de una convulsión aislada o provocada es de alrededor de 9%, mientras que la

incidencia acumulativa de la epilepsia es de 3-4%, de lo que se deduce que sólo un tercio de los pacientes que presentan un cuadro convulsivo aislado desarrollarán una epilepsia y, más importante aún, necesitarán un tratamiento profiláctico.

Las causas más comunes de las convulsiones aisladas incluyen cuadros febriles en los niños, privación masiva del sueño, síndromes de abstinencia alcohólica o medicamentosa, drogas recreacionales, uso de estimulantes, hipoglucemia o hipoxia y ciertos medicamentos (como por ejemplo los antidepresivos tricíclicos).

Hay varias técnicas diagnósticas. La técnica más utilizada es el Electroencefalograma (EEG), ya que registra la actividad eléctrica cortical mediante la aplicación de 21 electrodos dispuestos de acuerdo a un sistema internacional. Otra de las técnicas son los estudios neuroimágenes, los cuales se deben realizar en todos los pacientes epilépticos sobre todo, si son de comienzo reciente. En las epilepsias generalizadas sintomáticas los estudios radiológicos también aportan información de gran utilidad, así como la tomografía computerizada (TAC), que es capaz de poner en evidencia una gran cantidad de patologías que pueden causar epilepsia, pero no posee la capacidad resolutoria de la resonancia magnética (RNM). Ésta, en condiciones ideales es el procedimiento de elección. d) Tratamiento de la epilepsia

CLASIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS.

Los antiepilepticos se pueden clasificar en:

- Antiepilepticos de primera generación: fenobarbital, fenitoína, etosuximida y primidona.
- Antiepilepticos clásicos de segunda generación: carbamazepina, valproato y benzodiazepinas.
- Nuevos antiepilepticos: felbamato, gabapentina, lamotrigina y vigabatrina.
- Otros antiepilepticos: acetazolamida, corticoides, estiripentol, etobarbital, fosfenitoína, oxcarbazepina, tiagabina, topiramato, remacemida y zonisamida.

Los antiepilepticos de segunda generación, como la carbamazepina y el valproato, han ido sustituyendo a los de primera ya que tienen una eficacia similar, mejor tolerabilidad y mejor perfil farmacocinético. En cuanto a las benzodiazepinas, su uso crónico está limitado por sus efectos secundarios y por el desarrollo de tolerancia. Los antiepilepticos nuevos o de tercera generación se caracterizan por una buena tolerabilidad (aunque algunos dan lugar a reacciones idiosincrásicas indeseables) y porque tienen menos interacciones entre sí con otros fármacos que los de primera generación, siendo algunos de ellos eficaces frente a epilepsias re-

sistentes a los clásicos. Se utilizan principalmente como fármacos coadyuvantes en casos resistentes, pero su papel como primera opción de tratamiento no se ha establecido todavía.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LOS ANTIEPILÉPTICOS.

La acción de los antiepilépticos es en general inespecífica: su efecto estabilizador de la membrana y modificador del tono neurotransmisor ejerce un efecto protector independientemente de la causa específica y muchas veces desconocida, que provoca la crisis. De hecho, la mayor parte de los fármacos antiepilépticos tienen poco efecto sobre el foco epiléptico; más bien impiden la propagación de la descarga a estructuras normales vecinas.

Los efectos de los antiepilépticos que se observan a concentraciones terapéuticas son: la inhibición de los canales de sodio, la facilitación de la inhibición GABAérgica, la inhibición de la excitación glutamatérgica y la inhibición de los canales T de calcio talámicos.

Inhibición de los canales de sodio: Los fármacos como la fenitoína o la carbamazepina que actúan por este mecanismo se fijan a la forma inactiva del canal de sodio dependiente del voltaje (lo que requiere que se active previamente el canal); cuantos más canales se abran, mayor será la posibilidad de que el antiepiléptico se fije a su sitio de acción y lo bloquee; por lo tanto se unen más al canal cuando la neurona está despolarizada que cuando está hiperpolarizada. Este bloqueo dependiente de voltaje es también dependiente del uso (ya que los potenciales de acción que siguen al primero disminuyen en intensidad hasta desaparecer) y dependiente del tiempo (ya que tras la primera descarga hay un tiempo prolongado en el que nuevos estímulos provocan potenciales de menor frecuencia). De esta forma se consigue un efecto selectivo, ya que impiden la propagación de una descarga epiléptica sin afectar la función normal de las neuronas.

La fijación de la fenitoína y la carbamazepina al canal de sodio se produce a concentraciones terapéuticas y en el mismo lugar que la batracotoxina (sitio BTX-B). El fenobarbital, la primidona y el clonazepam actúan sobre el mismo sitio, pero a concentraciones más altas, compatibles con las que se pueden alcanzar en el tratamiento del estado de mal epiléptico, así como el ácido valpróico bloquea las descargas de frecuencia rápida a concentraciones terapéuticas, pero no parece que se fije al mismo lugar que los anteriores.

Potenciación de la inhibición GABAérgica. Puede conseguirse aumentando la síntesis, facilitando la liberación y la acción sobre el receptor e inhibiendo la

recaptación y la degradación. Puesto que el GABA no atraviesa la barrera hema-toencefálica (BHE) se han buscado fármacos, como la progabida, que atraviesen la BHE y se transformen en GABA dentro del SNC. Otra forma de aumentar la síntesis es administrar piridoxina o estimular la glutamildescarboxilasa.

Las benzodiacepinas facilitan la unión del GABA al receptor GABA_a y aumentan la frecuencia con que se abre el canal de cloro, mientras que el fenobarbital actúa directamente sobre el canal de cloro prolongando el tiempo que permanece abierto. El estiripentol y la tiagabina inhiben la recaptación de GABA por la terminación nerviosa y la glía. La vigabatrina inhibe la GABA transaminasa que cataboliza el GABA a succinilsemialdehído en la terminación nerviosa y la glía. En algunos casos, el aumento del tono GABAérgico puede producir efectos proconvulsivos por predominio de la acción desinhibidora sobre la inhibidora.

Inhibición de la excitación glutamatérgica: Puede conseguirse reduciendo la liberación de ácido glutámico y antagonizado su efecto sobre el receptor NMDA. Las benzodiacepinas, la lamitrigina y la fenitoína reducen la liberación de ácido glutámico, pero no está claro en qué cantidad contribuye este efecto a su acción anticonvulsiva. El ácido glutámico actúa sobre diversos tipos de receptores. El receptor NMDA suele estar inactivado por iones de magnesio y solo se activa si existe despolarización de la membrana que desplaza al magnesio, permitiendo la entrada no sólo de sodio sino también de calcio; por ello se considera un receptor “amplificador” que re-excita neuronas que ya habían sido despolarizadas y su antagonismo suele producir efectos anticonvulsivos: los fármacos más potentes son los antagonistas competitivos, como el GGP-39551 y el GGP-37849 y los que actúan directamente sobre el canal como el ADCI o la remacemida; además, el receptor NMDA tiene varios sitios que modulan la acción del ácido glutámico, como el sitio feniciclidina que es inhibido por la dizocilpina y el sitio glicina (equivalente al sitio benzodiazepínico GABAérgico) que es inhibido por el felbamato.

Inhibición de los canales de calcio: La entrada de calcio en la terminación facilita la liberación de neurotransmisores y da lugar a la despolarización mantenida que se observa en los cambios paroxísticos de despolarización de las células que actúan como marcapasos. En el organismo hay al menos 5 canales de calcio que se diferencian en sus características bioeléctricas. La inhibición de los canales L y N a nivel presináptico con concentraciones supraterapéuticas de fenobarbital, fenitoína y carbamazepina reduce la entrada de calcio y la liberación de neurotransmisores; por un mecanismo similar actúan los antagonistas de calcio,

como la flunarizina. Los canales T intervienen en la actividad marcapasos de las neuronas talámicas relacionadas con los ritmos de 3 ciclos por segundo que se observan en el EEG de los pacientes con ausencias; estos canales son inhibidos por el valproato y la etosuximida, lo que puede explicar su efecto antiausencias.

Relación mecanismo-actividad: La mayor parte de los antiepilépticos clásicos, como fenitoína, carbamazepina, etosuximida o valproato, se descubrieron de forma empírica por su eficacia frente a modelos experimentales de convulsiones: los fármacos que protegen frente a las convulsiones provocadas por un electroshock de intensidad máxima eran eficaces frente a convulsiones tónico-clónicas generalizadas y frente a crisis parciales, mientras que los que protegían frente a las convulsiones provocadas por pentolentetrazol eran eficaces frente a ausencias y mioclonías. La búsqueda de nuevos antiepilépticos se ha centrado en aumentar el tono GABAérgico y reducir el tono glutamatérgico. El problema es que no siempre hay una correspondencia entre los efectos sobre los modelos experimentales de convulsiones y la eficacia clínica. En la epilepsia humana, la inhibición del canal de sodio se corresponde con una buena eficacia frente a convulsiones tónico-clónicas generalizadas y crisis parciales, y la inhibición del canal T de calcio con la eficacia frente a ausencias. La correspondencia entre facilitación GABAérgica o inhibición glutamatérgica y eficacia es menos clara; de hecho el espectro de algunos fármacos GABAérgicos, como vigabatrina y tigabina, es parecido al de los fármacos inhibidores de los canales de sodio, como fenitoína y carbamazepina. El amplio espectro de algunos fármacos GABAérgicos (como valproato y benzodiacepinas) y antiglutamatérgicos (como lamotrigina y felbamato) puede explicarse porque actúan por múltiples mecanismos.

CARBAMAZEPINA

La carbamazepina se clasifica como antiepiléptico de segunda generación, siendo uno de los fármacos más utilizados tanto en monoterapia como en terapia combinada para tratar la epilepsia, ya que es un importante inductor enzimático que se elimina fundamentalmente por vía renal, concretamente el 79% en forma de metabolitos inactivos.

Se absorbe en el tubo digestivo y su biodisponibilidad oral es del 70-80%. Se distribuye ampliamente por el organismo y se une a las proteínas plasmáticas en una proporción del 65-85%. La intensidad máxima en plasma se alcanza entre 6 y 18 horas después de su administración oral y la semivida plasmática en adultos es de 10-30 horas y en niños de 8-19 horas.

Está indicado como anticonvulsivo de todas las crisis epilépticas con excepción de las crisis de ausencia. Es muy útil en las epilepsias focales, en el síndrome de Lennox-Gastaut, así como el tratamiento de la neuralgia de trigémino y del glossofaríngeo. Otras de sus aplicaciones menores son los cuadros maniacos, el alcoholismo para aliviar la ansiedad, la diabetes insípida por potenciar la hormona antidiurética, la esclerosis múltiple, el síndrome de Raynaud y los acúfenos.

No antagoniza las convulsiones provocadas por el cardiazol, bloquea los canales de sodio dependiente del voltaje e inhibe la recaptación neuronal de nora-drenalina.

No se puede administrar en los tres primeros meses de la gestación ni durante la lactancia, ya que se elimina por la leche materna. Si se está a tratamiento con este fármaco no se puede conducir vehículos, manejar maquinaria peligrosa ni beber alcohol. Al igual que no se podrá interrumpir el tratamiento bruscamente por el grave riesgo del estado epiléptico.

ANÁLISIS DE LAS INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS DE LA CARBAMAZEPINA

La carbamazepina interacciona con antidepresivos como la venlafaxina, la sumatoria de los efectos antidiuréticos e hipoosmolares de los fármacos puede provocar un cuadro sincopal por hiponatremia sostenida. También interacciona con el telaprevir (antiviral contra la VHC), ya que ésta es un inductor enzimático potente y eso provoca que se puedan producir concentraciones subterapéuticas del antiviral.

La combinación de algunos antiepilépticos no solo aumenta la eficacia, sino también la toxicidad. En el caso de la unión de la carbamazepina con la fenitoína (inhibidores de sodio), se producen alteraciones neurológicas, son aditivas y producen efectos sedantes.

ANÁLISIS DE LAS REACCIONES ADVERSAS DE LA CARBAMAZEPINA

A continuación se clasifican las interacciones y reacciones de la carbamazepina por sistemas fisiológicos:

- Sistema tegumentario: Es uno de los sistemas más afectados en casos con síndrome de hipersensibilidad a fármacos antiepilépticos o también llamado DRESS; la afectación cutánea puede variar desde: exantema maculopapular confluyente con frecuencia pruriginoso, dermatitis exfoliativa, pseudolinfoma, pustulosis exantémica generalizada, Rash cutánea, síndrome de Stevens-Johnson y/o necrólisis

sis epidérmica tóxica.

- Sistema inmunitario: El paciente puede presentar cuadro febril, linfocitosis atípica, agranulocitosis, y/o eosinofilia.
- Sistema nervioso: La carbamazepina provoca problemas en las funciones cognitivas de los pacientes; por ejemplo: sueño, falta de atención, falta de concentración, falta de memoria, lentitud al pensar, hiperactividad, agresividad, impulsibilidad, conducta hostil, descoordinación motriz, astenia. En casos muy graves puede llegar a provocar encefalitis o meningitis.
- Sistema cardiovascular: Puede aparecer trombocitopenia, anemia ó aumento de los parámetros hepáticos (aminotransferasas, enzima de colestasis, hiperbilirrubinemia o coagulopatía).
- Sistema linfático: Cursa con adenopatías laterocervicales y submandibulares.
- Sistema endocrino: Se puede desarrollar hipotiroidismo, tiroiditis ó pancreatitis aguda.
- Sistema o aparato excretor: La carbamazepina tiene bastante repercusión en el riñón, provocando vasculitis, nefritis tubulointersticial aguda e insuficiencia renal.
- Sistema reproductor: Su tratamiento durante el embarazo es teratogénico. Hay estudios que revelan que hijos de madres que han tomado carbamazepina durante su embarazo nacen con defectos en el tubo neural.
- Sistema respiratorio: En el pulmón pueden aparecer complicaciones como la vasculitis, neumonitis intersticial y el distrés respiratorio.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EPILÉPTICOS.

Las enfermeras con conocimientos en pacientes epilépticos mejoran los resultados sobre el conocimiento del paciente ante la enfermedad, la ansiedad, la depresión... llegando a detectar cualquier incidente que pueda ocurrir durante el tratamiento en personas con epilepsia.

La enfermera de la consulta de neurología es la encargada de administrar la medicación por esa razón debe conocer las interacciones y reacciones adversas que puedan provocar este tipo de fármacos.

Deberá de informar al paciente y a su familia sobre los cambios que van a aparecer en sus vidas, informará a la familia cómo comportarse durante una crisis convulsiva y detallará con claridad cómo realizar la toma de medicación: se deberá ir aumentando gradualmente hasta llegar a la dosis deseada y nunca deberá dejar de manera radical los fármacos administrados, a no ser que el paciente esté en riesgo vital, ya que podría provocar una nueva crisis.

2 Objetivos

- Identificar las interacciones medicamentosas y las reacciones adversas al tratamiento con carbamazepina.
- Conocer los cuidados de enfermería de los pacientes epilépticos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane, Cinahl, Scopus y Pubmed.

Para ello se han utilizado los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión.

Pacientes: todo aquel paciente que presente epilepsia, independientemente de su edad o sexo.

Según el tipo de artículo se incluyeron: ensayos clínicos, revisiones sistemáticas e investigaciones cualitativas.

Idiomas: Español, Francés e Inglés.

- Criterios de exclusión.

Pacientes que no están tratados con carbamazepina.

Cartas al director, reseñas bibliográficas, artículos especiales o de colaboración, artículos de opinión o de reflexión, editoriales y artículos de revisión narrativa.

Artículos anteriores al 2004. iv. Artículos que no sea español, inglés, portugués o francés.

4 Resultados

La carbamazepina es un fármaco que se utiliza sobre todo en el tratamiento de la epilepsia pero también en dolores neuropáticos, en determinados trastornos afectivos y en la profilaxis de la migraña.

En este caso los pacientes del estudio han estado a tratamiento para la epilepsia, siendo el fármaco utilizado de segunda generación, siendo sus efectos adversos menores que los de primera generación, pero pudiendo a veces poner en peligro la vida del paciente hasta derivarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las interacciones y efectos adversos de la carbamazepina suelen aparecer por lo general entre la segunda y la octava semana desde la primera administración del fármaco. Otras veces, sin embargo, el tiempo de aparición puede dar lugar a error

no sabiendo distinguir si es una reacción adversa producida por la carbamazepina o bien una interacción entre dos medicamentos.

Hay pocos casos clínicos de interacciones medicamentosas con carbamazepina, uno de ellos está relacionada con los antidepresivos (como son la venlafaxina que produce hiponatremia, y el telaplevir, el cuál es un inductor enzimático potente que no se debe combinar con la carbamazepina).

Para garantizar a la sociedad la calidad y seguridad de los medicamentos desde su investigación hasta su posterior utilización, se puede hacer uso de la web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), en la que aparece la ficha técnica de todos los medicamentos. El personal sanitario debe ser capaz de detectar las sospechas de reacciones adversas (signos y síntomas) y de ser confirmadas, deberán notificarlas para que puedan investigarlo desde dicha web.

Reconocer una reacción adversa o interacción medicamentosa a tiempo es lo más importante para poder empezar a tratarla lo antes posible. La enfermera es la encargada de administrar la medicación, por esa razón deberá tener en cuenta tanto las manifestaciones de las reacciones adversas como las interacciones medicamentosas y así cómo saber actuar en caso de encontrarse con una de ellas.

En el caso de la carbamazepina las reacciones adversas no aparecen hasta las 2 ó 8 semanas después de su administración por ello en cuanto se manifieste algún signo o síntoma sospechoso, se deberán seguir los siguientes pasos para facilitar su detección.

Observar cuadro clínico (signos y síntomas): urticaria, mareos, astenia...en caso de anafilaxia u otros riesgos vitales tomar medidas de urgencia inmediatas.

Anamnesis (teniendo que informarse sobre):

- Enfermedades recurrentes
- Registro de los medicamentos que toma actualmente y los que ha tomado desde hace un mes
- Proceso por el cual se le administró el fármaco, vía de administración del fármaco, tiempo de administración y cantidad administrada
- Descripción del cuadro clínico y evolución
- Interacciones y reacciones medicamentosas previas.

Cuando a un paciente se le diagnostica un síndrome de hipersensibilidad relacionado a fármacos antiepilépticos, en la mayoría de las ocasiones este

tratamiento ha de ser suspendido en la mayor brevedad posible, ya que un retraso en la suspensión del fármaco podría ser mortal para el paciente, debiendo tener en cuenta que al suspenderlos de forma tan radical pueden provocar un descontrol en las crisis epilépticas.

Este tipo de medicación es utilizada de manera crónica por lo que mientras no se certifique que el tratamiento expuesto sea el adecuado, se debe tener especial cuidado y mantener un seguimiento exhaustivo del paciente ya que puede perjudicarles a nivel psicológico, físico y social.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica podemos concluir lo siguiente:

- Las reacciones adversas graves de la carbamazepina en pacientes epilépticos cursan con varios síntomas: cuadro febril, exantema maculo-papular, dermatitis exfoliativa, Rash cutánea, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, afectación visceral, linfocitosis atípica, eosinofilia y en raras ocasiones trombocitopenia, agranulocitosis o anemia. Otras reacciones adversas más leves son: mal estar general, somnolencia, diarrea, fatiga, temblor, falta de concentración.
- Las interacciones medicamentosas de la carbamazepina en pacientes epilépticos son Telaplevir (Hepatitis C), Venlafaxina (depresión) y anticonceptivos hormonales. También se dan politerapias de antiepilépticos con carbamazepina que perjudican al paciente y solo aumentan la toxicidad del fármaco, sin aumentar su beneficio.
- Es fundamental que la enfermería reconozca las reacciones adversas e interacciones medicamentosas, para poder actuar de la forma más rápida posible.

6 Bibliografía

1. Lewis P. Rowland. Neurología de Merrit. 10ª ed. McGraw-Hill Interamericana: Madrid
2. Mulrone S. E., Myers A.K. Netter. Fundamentos de fisiología. 1ª ed. Barcelona: Elsevier
3. Florez J. Farmacología humana. 3ª ed. Barcelona: Masson, S.A
4. Allegri R.F., Antico J., Asconapé J.J., Cersósimo M.G., Ciriano D., Correale J. Neurología. 1ª ed. Madrid: panamericana

5. Velasco A, San Román L, Serrano J, Martínez-Sierra R, Cadavid I. *Farmacología fundamental*. Madrid: McGraw-Hill
6. National institute for health and care excellence
7. Armijo JA, Herranz JL. Rational combination therapy in epilepsy. II. Clinical and pharmacological aspects. *Rev Neurol*.
8. Peces R, Azorín S, Peces C, Selgas R. Extended hemoperfusion in the treatment of acute carbamazepine intoxication. *Nefrología*.
9. Alvarez-Ruiz S, Delgado Y, Aragües M, Fraga J, Sánchez-Pérez J, Fernández-Herrera J. Mycosis fungoides-type eruptions induced by carbamazepine. *Actas Dermosifiliogr*.
10. Gutiérrez-Alvarez AM, Moreno-López CL. [The risk of defects in the neural tube caused by valproic acid and carbamazepine]. *Rev Neurol*.
11. Andrade R, García-Espinosa A, Machado-Rojas A, GarcíaGonzález ME, Trápaga-Quincoces O, Morales-Chacón LM. A prospective, open, controlled and randomised study of clobazam versus carbamazepine in patients with frequent episodes of Rolandic epilepsy. *Rev Neurol*.
12. Ruiz Ginés MA, García García S, Ruiz Ginés JA, TzeKiong E, Fernández Rodríguez E. Symptomatic secondary hyponatraemia due to combined treatment anticonvulsant and antidepressant: risk of sudden death in epilepsy? *An Med Interna*.
13. Powell G, Saunders M, Marson A. Carbamazepina de liberación inmediata versus carbamazepina de liberación controlada en el tratamiento de la epilepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
14. Durán-Ferreras, Mir-Mercades J, Morales Martínez M.D., Martínez Parra C. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome with severe skin and renal impact carbamazepine. *Rev Neurol*.
15. Hernández R, Fernández M, Miranda G, Suástegui R. Disminución del ácido fólico y alteraciones cognitivas en pacientes con epilepsia tratados con fenitoína o carbamazepina, estudio piloto. *Investigación clínica*.
16. Crespo Perez L, Moreira V, Cano Ruiz A, Gobernado Serrano J M, Cobo Ibañez N, Milicua Salameo JM. Síndrome de hipersensibilidad a anticomieles: una entidad para recordar. *Gastroenterología y Hepatología*.
17. Berenguer Berenguer J, González-García J. Interacciones farmacocinéticas de telaprevir con otros fármacos. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*.
18. Mercadé Cerdá J M, Sancho Reger J, Mauri Llerda J A, López González F J, Salas Puig X. *Guía oficial de la práctica clínica en epilepsia*. 1ed. Madrid: Luzan 5, S A
19. Maqueda Martínez M A, Martín Ibañez L. *La habilidad de comunicar: cami-*

nando hacia el paciente.

Capítulo 217

LEVOSIMENDÁN: MECANISMOS DE ACCIÓN Y USO TRAS CIRUGÍA CARDÍACA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

RUBÉN VALLES SUÁREZ

GUILLERMO SOTO HUERGA

1 Introducción

El levosimendán es un fármaco de uso actual perteneciente a la familia farmacológica de los inodilatadores, derivado de la piridazona-dinitrilo que sensibiliza la troponina C y favorece la unión con el calcio (Ca^{++}) aumentando la contracción del miocardio. En la actualidad, el levosimendán se utiliza en el tratamiento de pacientes con diversa patología cardíaca para optimizar el estado hemodinámico, ya sea una situación previa o postcirugía. Cada vez se utiliza más este fármaco, siendo relevante conocer su manejo, administración e indicaciones, siendo objeto de estudio de este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer los principales mecanismos de acción y analizar el uso clínico del levosimendán en pacientes tras una cirugía cardíaca.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los mecanismos de acción principales del levosimendán son 3:

- Inotropismo: produce un aumento de la contracción miocárdica sin aumento en la demanda de oxígeno.
- Vasodilatación: origina la apertura de los canales cito-K[ATP] del músculo liso posibilitando la vasodilatación arterial y venosa.
- Cardioprotección: presenta mecanismos directos e indirectos. Directos debido a la apertura de los canales mito-K[ATP] (mediadores de la protección celular); Indirectos por la optimización en la vasodilatación del corazón.

Además, el levosimendán también posee efectos, aunque en menor medida sobre el sistema nervioso y en la inhibición de la fosfodiesterasa-III.

Centrando la atención en el uso del Levosimendán en las cirugías cardíacas, en el artículo de Maharaj y Metaxa sobre su uso en revascularización coronaria demostraron un descenso en la mortalidad tras la cirugía, así como una menor estancia en las unidades hospitalización. Pérez Vela et al. analizó el uso del levosimendán tras un trasplante cardíaco en pacientes con tratamiento poco efectivo a base de aminas de uso frecuentes, observando mejoría hemodinámica y supresión del tratamiento con aminas.

Levin R et al. comparan los efectos del levosimendán con la dobutamina tras la cirugía y pese a que los dos mejoran los parámetros hemodinámicos, la mejoría del levosimendán es mayor con relación a la mortalidad, la aparición de efectos cardiogénicos adversos. Un estudio similar realizado por Álvarez J et al, obtiene resultados similares.

5 Discusión-Conclusión

En los artículos revisados, el uso del levosimendán se utiliza para numerosas cirugías cardíacas, como la revascularización coronaria o la disfunción ventricular tras el trasplante cardíaco, así como para la insuficiencia cardíaca y otros procesos. En todos ellos, la mejoría clínica es evidente tras el uso del levosimendán. Por otra parte, gran parte de los estudios equiparan la eficacia del levosimendán con la dobutamina, en los que se observan mejores resultados con el uso del primero. Los avances en farmacología y en este caso la cardiológica, exigen de su conocimiento por parte de enfermería para un mejor cuidado integral del paciente dentro del equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

- 1. Maharaj R, Metaxa V. Levosimendan and mortality after coronary revascularization: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Crit Care*. 2011; 15: R140
- 2. Pérez Vela, José L., et al. "Utilidad de levosimendán en la disfunción ventricular postoperatoria del injerto en el trasplante cardiaco." *Revista Española de Cardiología*. 61.5 (2008). Web. 02 Ene. 2020.
- 3. Salgado-Pastor SJ, Martínez-Ramírez L, Arce-Salinas CA. Levosimendán: farmacología, mecanismos de acción y usos actuales. *Revista Mexicana de Cardiología*. Vol. 26.3 (2015).
- 4. Levin, Ricardo, et al. "The Calcium Sensitizer Levosimendan Gives Superior Results to Dobutamine in Postoperative Low Cardiac Output Syndrome." *Revista Española de Cardiología*. 61.5 (2008). Web. 02 Ene. 2020.
- 5. Álvarez, J, Bouzada M, Fernández AL, Caruezo V, Taboada M, Rodríguez J, et al.
Comparación de los efectos hemodinámicos del levosimendan con dobutamina en pacientes con bajo gasto después de cirugía cardiaca.. *Rev Esp Cardiol*, 59 (2006), pp. 338-45
- 6. García González MJ, Domínguez Rodríguez A, Ferrer Hita JJ.
Utility of levosimendan, a new calcium sensitizing agent, in the treatment of cardiogenic shock due to myocardial stunning in patients with ST segment elevation myocardial infarction: a series of cases.. *J Clin Pharmacol*, 45 (2005), pp. 704-8

Capítulo 218

CONOCIMIENTOS DE DOLOR EN LAS UNIDADES QUIRÚRGICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

MARÍA TERESA FERNANDEZ-JARDON ALVAREZ

LAURA FERNÁNDEZ LOREDO

1 Introducción

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño"(1). Actualmente, el dolor es considerado el quinto signo vital junto con la temperatura, la frecuencia cardíaca y respiratoria y la tensión arterial. Esto concierne al personal de enfermería y a los estudiantes de la importancia de la educación en el conocimiento del dolor (2,3).

Fisiopatología del dolor.

En la fisiopatología del dolor intervienen el sistema nervioso central y el periférico. Los receptores que captan los estímulos dolorosos y los transmiten son los nociceptores. Estos nociceptores se encuentran en la piel, tendones, músculos, articulaciones, córnea y fascias y la naturaleza de los estímulos que reciben puede ser química, mecánica o térmica. Cuando los nociceptores captan el estímulo, este se envía a través de potenciales de acción a la asta posterior de la

médula espinal, de ahí, se transmite a la formación reticular, el tálamo, el sistema límbico y la corteza cerebral. En este punto es donde se percibe el estímulo doloroso que será de distinta intensidad dependiendo de la persona(3).

Tipos de dolor.Podemos clasificar el dolor de muchas maneras, a continuación, hablaremos de aquellas más importantes (3-6):

- Según su duración: El dolor agudo es el que tiene menos de seis meses de duración, se asocia a una lesión y suele cesar cuando esta se cura. El dolor crónico es aquel que tiene más de seis meses de duración, es constante y no se asocia a una lesión en concreto.
- Según la localización: El dolor somático se caracteriza por ser fácil de localizar y aparece en estructuras del cuerpo como la piel, sistema musculoesquelético, vasos sanguíneos... El visceral no es muy preciso y con una difícil localización. Se origina en los órganos.
- Según la intensidad: Dolor leve que permite llevar a cabo actividades de la vida diaria, moderado que dificulta estas actividades e intenso que es un dolor insostenible.
- Según el curso: En primer lugar, el continuo que varía la intensidad del dolor, pero nunca cesa y el dolor episódico el cual se interrumpe puntualmente. Este último aparece al realizar una actividad concreta, antes de administrar la siguiente dosis de analgésico o sin una causa relacionada.
- Según enfermedad oncológica o no oncológica: Los pacientes oncológicos presentan dolor y afecta directamente a su calidad de vida siendo el propio tumor la principal causa de esto. El dolor en oncología está presente entre el 30-50% de pacientes que son tratados y este porcentaje aumenta a 70-90% en aquellos que padecen metástasis.

Valoración del dolor.

La principal forma de valorar el dolor correctamente reside en considerar lo que el paciente refiere y no solo en su expresión facial, sin embargo, este es un error muy común en enfermería (7). La valoración del dolor nos permite un buen control de este, por ello tiene que ser estudiado con regularidad (8), según Pérez-Guerrero AC et al. (9) el adecuado manejo del dolor es un indicador de buena práctica clínica y de calidad asistencial. Para medirlo nos ayudamos de escalas adaptadas a las condiciones y características del paciente (edad, nivel de consciencia y cultural...) y tras obtener los resultados llevamos a cabo medidas para paliarlo (8). Para asegurar su efectividad, las escalas deben de ser entendibles, rápidas y aptas para cualquier tipo de paciente (3,10). A continuación, citaremos las más relevantes:

1. Escala visual analógica (EVA): Mide el nivel de dolor mediante una línea de 10cm con ambos extremos señalizados donde el extremo izquierdo representará la ausencia de dolor y el extremo derecho el máximo dolor (3,10,11).
 2. Escala numérica: Entre 0 y 10 el paciente debe indicar su intensidad de dolor (3,10,11).
 3. Escala descriptiva simple: En una línea horizontal aparece representado: no dolor, dolor ligero, moderado, intenso e insoportable, de ahí el paciente tendrá que elegir la que más represente su nivel de dolor (3,10,11).
 4. Escala de expresiones faciales: Formada por seis rostros con distintas expresiones empezando por la izquierda, cara feliz, representando la ausencia de dolor, hasta el extremo derecho, cara quejumbrosa, que representaría el dolor intenso (3,10,11).
- Las 4 escalas descritas anteriormente son unidimensionales, miden solo la intensidad del dolor y por ello son rápidas y eficaces para dolores agudos; a continuación, hablaremos de escalas multidimensionales (10,11).
5. Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ): Empleado desde 1975 para conocer otras dimensiones del dolor; su localización, intensidad, características... Al igual que el resto de los cuestionarios multidimensionales, es útil para el estudio de dolores crónicos (10,11).
 6. Breve cuestionario del dolor (BPI): Evalúa el estado mental del paciente y su interferencia en las actividades diarias. También valora la efectividad de la analgesia, intensidad y nivel de dolor... Este cuestionario autoadministrado es útil para seguir el dolor en pacientes oncológicos (10,12).

Tratamiento del dolor.

- Intervención farmacológica. La OMS creó en 1986 una escalera analgésica para facilitar la decisión a la hora de elegir un tratamiento analgésico en función de la intensidad que el paciente refiere, sobre todo en pacientes oncológicos. Tras comprobar su efectividad en este tipo de pacientes, se empezó a usar para pacientes con dolor no oncológico. La escalera se basa en tres escalones donde se incrementa la potencia del fármaco analgésico a medida que se progresa. Se inicia en el primer escalón y si los fármacos no son efectivos se intercalan aquellos que pertenezcan al segundo, junto con coadyuvantes o no. En el caso de que el techo analgésico de los segundos fuera insuficiente se pasaría a asociar los opioides del tercer escalón junto con los analgésicos del primero, con o sin coadyuvantes. Sin embargo, para los dolores postoperatorios o agudos se necesita un protocolo que alivie el dolor de forma inmediata y según la intensidad de dolor que el paciente sufre en el momento y no de manera progresiva. Para ello se modificó la escalera analgésica y se creó el concepto de "Ascensor Analgésico" en el

cual se escoge el fármaco en función de: dolor leve, dolor moderado, intenso e insoportable (6,13,14).

- Intervención no farmacológica. Las intervenciones no farmacológicas son aquellas que alivian el dolor sin necesidad de administrar medicación. Pueden ser complementarias a las farmacológicas o, en algunos casos, ser efectivas ellas solas. Actualmente existen muchas intervenciones de este tipo: el masaje, las técnicas de relajación, la aromaterapia, la musicoterapia, la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (3,15).

Conocimiento del dolor.

El papel de la enfermería en todo lo referido al dolor y su manejo es fundamental, ya que es el profesional que más contacto directo tiene con el paciente. Diferentes autores sostienen que el nivel formativo de los profesionales de enfermería habitualmente no es suficiente en relación a las características y la farmacología específica para paliarlo (2,16). Es por ello, que el estudio del conocimiento y las actitudes de los profesionales de enfermería resulta fundamental a la hora de establecer planes formativos que puedan paliar las deficiencias en este campo. "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain". El cuestionario más conocido para la medición del conocimiento del dolor en el personal de enfermería es el "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain" (KASRP). Se inició su uso en el año 1987 para evaluar a las familias y a la población. Actualmente, evalúa al personal sanitario y proporciona una clasificación del nivel de conocimiento. Aquellos con una nota mayor de 8 obtienen un adecuado nivel, el resto sería inadecuado (17-20).

2 Objetivos

- Conocer el nivel de conocimiento sobre el dolor postoperatorio de los enfermeros en los hospitales.
- Comprobar si existe relación entre el nivel de conocimientos y el sexo, grado académico, edad y años de experiencia.

3 Metodología

En el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de artículos y documentos sobre el nivel de conocimiento sobre el dolor de los enfermeros en los hospitales, medidos con la escala KASRP. Para ello se ha hecho una búsqueda de artículos en bases de datos científicas como Scielo y PubMed

y buscadores como Google Académico y Medline. Se han seleccionado artículos científicos, ponencias de congresos y tesis doctorales, tanto en inglés como en español. Como descriptores se utilizaron las palabras: dolor, dolor postoperatorio, manejo del dolor, enfermería, valoración del dolor.

4 Resultados

Nivel de conocimiento.

Varios autores (2,19,21-27) coinciden que el nivel de conocimiento del dolor por parte de los enfermeros es inadecuado. Por otro lado, los estudios realizados por Francis y Fitzpatrick²⁸ y Brant et al. (29) tienen una calificación alrededor de 7 puntos, que, pese a que siga siendo un inadecuado nivel de conocimientos según los autores de la escala, es una puntuación mucho mayor que la de otros estudios comparados.

Factores sociodemográficos.

En cuanto a la relación entre el sexo y el nivel del conocimiento Al-Qadire y Al Khalaileh (16), Gretarsdottir et al. y Alqahtani y Jones, no encontraron diferencias significativas. De Miguel et al. y otros autores (7,8) concluyeron que no había relación entre el nivel de conocimiento y el grado académico, aunque sí objetivaron que aquellas personas que hubieran asistido a algún curso sobre el dolor obtuvieron más respuestas acertadas que el resto. En estudios como Alqahtani y Jones y Gretarsdottir et al. no encontraron relación estadística entre la experiencia profesional y la edad de los participantes. Sin embargo, en los estudios de Bernardi et al.(7) y Samarkandi encontraron una correlación positiva entre la edad y el nivel de experiencia de los participantes.

Aspectos con menos puntuación.

En un estudio realizado en 2014 en Jordania (18), los resultados mostraron que tanto la dosis de opioides como la vía de administración de estos fueron las preguntas más erradas. Otros autores como Samarkandi et al. ó Erkes et al.(17) también reflejaron unas calificaciones parecidas en estos ítems. Merece la pena resaltar que este último estudio (17) obtuvo una tasa elevada de errores respecto a la farmacología de los opioides ya que fue realizado en enfermeros que ejercían en una unidad de cuidados intensivos usando estos fármacos muy frecuentemente. A pesar de que la referencia más objetiva para valorar el dolor es aquello que el paciente refiere (3), continua existiendo una falsa creencia de que aquellos pacientes con una expresión facial quejumbrosa van a estar experimentando más dolor que los que están sonriendo, esto se ve reflejado en los resultados de las

preguntas de los casos clínicos de los estudios realizados por los autores como Al Qadire M y Al Khalaileh M.(16) ó Brant et al.

5 Discusión-Conclusión

Según hemos podido comprobar haciendo una revisión de los estudios que tratan sobre este tema, concluimos que el conocimiento y las actitudes ante el dolor de los enfermeros es inferior al que se debería tener. Las variables sociodemográficas, en general, no influyen en el resultado final de nivel de conocimientos, aunque, podemos concretar que, pese a que el nivel de estudios no influye, sí obtendrán mayor puntuación aquellas personas que se hayan formado en el tema del dolor postquirúrgico.

Los aspectos que menos puntuación obtienen son aquellas preguntas relacionadas con la farmacología y la valoración del dolor. Pese a que el dolor es un síntoma muy presente e importante en la salud de los pacientes, el conocimiento por parte del profesional sanitario es inadecuado y por ello sería recomendable fomentar su estudio desde la Universidad e impartir formación específica entre los profesionales para así mejorar la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. International Association for the Study of Pain (IASP).
2. Al-Khawaldeh OA, Al-Hussami M, Darawad M. Knowledge and attitudes regarding pain management among Jordanian nursing students. *Nurse Educ Today*. 2013;33(4):339-45.
3. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner y Suddarth. *Enfermería Médico Quirúrgica*. 12.a ed. Vol. 2. Wolters Kluwer- Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
4. Shahriary S, Shiryazdi SM, Shiryazdi SA, Arjomandi A, Haghighi F, Vakili FM, et al. Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(17):7501-6.
5. González Prieto N. Conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de reanimación y URPAS del Hospital Central de Asturias [Trabajo fin de máster]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2015.
6. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología*. 2005;28(3):139-43.

7. Bernardi M, Catania G, Tridello G. Knowledge and Attitudes About Cancer Pain Management: A National Survey of Italian Hospice Nurses. *Cancer Nurs.* 2007;30(2):E20-6.
8. Salvadó-Hernández C, Fuentelsaz-Gallego C, Arcay-Veira C, López-Meléndez C, Villar-Arnal T, Casas-Segala N. Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel iii. *Enferm Clínica.* 2009;19(6):322-9.
9. Pérez-Guerrero AC, Aragón M del C, Torres L. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Rev Soc Esp Dolor.* 2017;24(1):1-3.
10. García Romero J, Fernández Abascal, Jiménez Romero M, Fernández-Abascal Puente A, Sánchez Carrillo F, Gil Fernández M. La medición del dolor: una puesta al día. *Med Integral.* 2002;39(7):317-20.
11. Serrano-Atero M. S, Caballero J, Cañas A, García-Saura P.L, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I). *Rev Soc Esp Dolor.* 2002;9(2):94-108.
12. Ilustre colegio oficial de médicos de Segovia. Dolor. Definición y clasificación [Internet]. Segovia: Ciclo formativo. Ilustre colegio oficial de médicos de Segovia; 2014.
13. Torres L.M, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vázquez J, Micó J. A. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor.* 2002;9(5):289-90.
14. Romero J, Gálvez R, Ruiz S. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS? *Rev Soc Esp Dolor.* 2008;15(1):1-4.
15. Plaza Moya A. Medidas no farmacológicas para controlar el dolor en cuidados paliativos [Internet]. Ciudad Real: Triage; 2018.
16. Al Qadire M, Al Khalaileh M. Jordanian nurses knowledge and attitude regarding pain management. *Pain Manag Nurs.* 2014;15(1):220-8.
17. Erkes EB, Parker VG, Carr RL, Mayo RM. An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. *Pain Manag Nurs.* 2001;2(2):47-53.
18. Alzghoul BI, Abdullah NAC. Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Glob J Health Sci.* 2015;8(6):154-60.
19. Eid T, Manias E, Bucknall T, Almazrooa A. Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain in Saudi Arabia. *Pain Manag Nurs.* 2014;15(4):E25-36.
20. Ferrel, B. McCaffery M. The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP).

Capítulo 219

LINFEDEMA SECUNDARIO A MASTECTOMÍA

NURIA IZQUIERDO MORENO

ESTHER GARCÍA MAZÓN

COVADONGA GARCÍA MAZÓN

1 Introducción

El linfedema es la secuela más importante del tratamiento de cáncer de mama. Se estima que 1 de cada 4 mujeres desarrollará esta complicación. El tiempo de aparición del linfedema es variable, pudiendo ser de semanas, meses o años, sin embargo el 75% de los mismos lo hacen el primer año tras la cirugía. Las pacientes con cáncer de mama tratadas con disección (extirpación) ganglionar axilar poseen un riesgo de desarrollar linfedema de hasta un 10%. Si además de la cirugía, reciben radioterapia en la axila el riesgo se incrementa hasta el 20 -25 %.

El linfedema secundario se produce por la obstrucción o la destrucción de los vasos linfáticos normales. En las mujeres mactectomizadas, la hinchazón del brazo sucede por la interrupción del flujo linfático axilar, debido a la exéresis de los ganglios axilares o la radioterapia o bien a la confluencia de ambos factores.

El sistema linfático es un sistema complejo formado por una serie de órganos y una red de vasos linfáticos. Cada órgano que constituye dicho sistema posee funciones bien definidas y diferenciadas.

Vasos linfáticos

Los vasos linfáticos se encargan de llevar la linfa que se origina a nivel de los tejidos hacia el sistema venoso reincorporándola al torrente circulatorio. Se encuentran presentes en prácticamente todo el organismo (excepto sistema nervioso central, médula ósea y cartílagos). Poseen forma en dedo de guante y se comunican entre sí formando una red de pequeños vasos denominados capilares linfáticos. La linfa es un líquido de color ligeramente amarillento formado en su mayor proporción (90%) por agua. Asimismo la linfa está constituida por proteínas, que desde el torrente circulatorio han pasado a los tejidos, grasas, restos de células muertas, de bacterias, de células malignas (en el caso de un cáncer) y de células presentes en la sangre como linfocitos. La linfa se depura y es filtrada por los ganglios linfáticos antes de retornar a la circulación general.

Desde los capilares sanguíneos sale a los tejidos una cierta cantidad de líquido, que en condiciones normales (90%) es reabsorbido en su mayor parte por los propios capilares. El resto (10%) se elimina a través de los vasos linfáticos. En todo el organismo se forman de 1 a 2 litros de linfa. El sistema linfático posee una gran capacidad de adaptación, por lo que en situaciones en las que se produce mayor salida de líquido de los capilares hacia los tejidos es capaz de absorber el excedente de linfa evitando su acúmulo. La linfa proveniente de las distintas regiones del organismo es recogida por varios troncos linfáticos de gran tamaño. En su interior poseen válvulas que permiten la circulación de la linfa en el sentido correcto. Su destino final es el sistema venoso.

Los ganglios linfáticos

A lo largo del recorrido, los vasos del sistema linfático, presentan engrosamientos que corresponden a los ganglios linfáticos. Estos ganglios constituyen una parte fundamental del sistema linfático ya que poseen funciones inmunitarias importantes. Los ganglios linfáticos se sitúan agrupados tanto en profundidad como en áreas más superficiales a lo largo de todo el organismo, siendo especialmente abundantes en cuello, axilas e ingles. Poseen una forma variable (redondeado, alargado o con forma de habichuela) y un tamaño que oscila entre 0,5 y 1cm. Su tamaño puede aumentar debido a procesos infecciosos o tumorales.

Funciones del sistema linfático:

Recogida de la linfa que se genera en los tejidos y transporte de la misma al torrente circulatorio.

El sistema linfático juega un papel importante en la defensa del organismo.

Ejerce la acción de filtro biológico.

El linfedema es la secuela más importante del tratamiento de cáncer de mama.

Se estima que 1 de cada 4 mujeres desarrollará esta complicación. El tiempo de aparición del linfedema es variable, pudiendo ser de semanas, meses o años, sin embargo el 75% de los mismos lo hacen el primer año tras la cirugía. El linfedema es una enfermedad crónica, incluso con las técnicas de tratamiento actuales. Las personas afectadas pueden llegar a experimentar los siguientes síntomas: dolor, hinchazón del brazo, sensación de tirantez y pesadez en el brazo y posibles infecciones superficiales recurrentes, a los que se suele añadir un amplio cortejo de síntomas psicológicos.

Anatomía del sistema linfático primario. Desde el punto de vista anatómico en el linfedema postmastectomía debemos revisar la especial disposición del sistema linfático, en particular:

- Los troncos linfáticos subclavios.
- La cadena ganglionar axilar.
- Las corrientes linfáticas del miembro superior que no tienen estación ganglionar axilar.

Los troncos subclavios

Los troncos subclavios drenan grandes regiones del cuerpo. El tronco o los troncos subclavios, reúnen la circulación linfática, tanto superficial como profunda, del miembro superior, de una parte de la nuca y de la mitad supraumbilical del tronco. Tienen su origen en los ganglios axilares o cadena ganglionar axilar. Su terminación varía según el costado. Así en el lado derecho va a desembocar a la gran vena linfática, ésta se dirige oblicuamente hacia abajo y va a abrirse en el ángulo de unión de las venas yugular interna y subclavia. En el izquierdo, va a terminar en el cayado del conducto torácico.

Cadena ganglionar axilar

Los ganglios axilares representan el centro principal del drenaje linfático del miembro superior y de las regiones anterolaterales y posterolaterales de la pared del tórax, incluyendo la glándula mamaria. Numerosos autores han dedicado sus esfuerzos a la descripción de estos ganglios (Grosman en 1986, Celsner en 1901, Charpy y Delmare en 1902, Bushmakín en 1912, Sorglus en 1880, Rouviere en 1932), pero es sin duda la clasificación de Caplan (1974) la que mejor se ajusta a la realidad anatómica.

Los ganglios de la axila, al igual que todo el sistema linfático profundo, son satélites a los troncos vasculares principales y sus colaterales.

Se describen a este nivel cuatro cadenas ganglionares, tres verticales que pertenecen a los colaterales de la vena axilar-, y uno horizontal, que sigue el

eje de la arteria y vena axilar. Las tres cadenas ganglionares verticales son:

- Cadena mamaria
- Cadena torácica superior
- Cadena subescapular inferior

Cadena mamaria externa

Se encuentra por delante de los vasos axilares, en la pared anterior del hueco axilar; corre a lo largo de los vasos mamarios externos, entre la segunda y séptima costilla. El número global de ganglios varía entre tres y ocho, cuyo tamaño y número aumentan a medida que nos acercamos a los vasos axilares. En los fetos a término y en los adultos se los puede comprobar en los vaciamentos axilares: el tamaño ganglionar adquiere tal magnitud que se proyecta hacia la base de la axila. Por esta razón, algunos autores consideran a esta cadena como el grupo central de la axila. Esta cadena ganglionar, representa el centro más importante del drenaje linfático del miembro superior, como asimismo de la mama y de la piel de la región anterior y posterior del tórax. Sus vías eferentes se dirigen hacia el vértice de la axila para drenar su linfa en la cadena torácica superior y en la cadena axilar, que forman el grupo infraclavicular de los autores tradicionales. Algunas de las vías eferentes pueden alcanzar el sector medio y superior y solamente el 5% puede atravesar la axila por detrás del paquete vasculonervioso y drenar así su linfa en los ganglios supraclaviculares (la cadena cervical transversa).

Cadena torácica superior

Se encuentra en la pared interna de la axila, detrás de los músculos pectorales, siguiendo a los vasos torácicos superiores. Se hallan solamente dos o tres ganglios linfáticos. Esta cadena recibe el drenaje linfático de la cadena mamaria externa, del pedículo transpectoral de la glándula mamaria, así como el de los músculos pectorales mayores y menor. Los vasos linfáticos eferentes de esta cadena drenan su linfa en la cadena inferior de la vena axilar (cadena infraclavicular de los autores clásicos). Pero, en algunos casos, ya sea por ausencia de esta última o en forma directa, drenan su linfa en el ángulo venoso yúgulo-subclavio (ángulo de Pirogoff) o en la gran vena linfática en el lado derecho.

Cadena subescapular inferior

Los ganglios de esta cadena se localizan en la cara posterior del hueco axilar. Son satélites de los vasos subescapulares inferiores y parcialmente del nervio del músculo dorsal ancho. Se encuentran generalmente entre dos y siete ganglios. Recibe el drenaje de la pared posterior del tórax y en menor porcentaje el drenaje linfático de la pared torácica anterior e interna. Las vías eferentes de esta cadena

se dirigen a la cadena mamaria externa o hacia el vértice de la axila, para volcar su linfa en la cadena de la vena axilar.

Cadena horizontal satélite de la vena axilar

La cadena horizontal es la cadena que sigue el trayecto de los vasos axilares. Se la localiza en la parte superior del hueco axilar, desde la base pectoro-axial hasta el vértice. Esta cadena consta de ocho a diez ganglios y está formada por cuatro cadenas secundarias: anterior, posterior, superior e inferior. Seguidamente analizamos cada una de ellas:

- Cadena anterior: La cadena anterior de la vena axilar se encuentra en la cara anterior de dicha vena. Esta formada por un número de ganglios que varía de dos a cinco.
- Cadena posterior: La cadena posterior de la vena axilar se ubica, generalmente, detrás de la vena axilar. En pocos casos se relaciona con la cara posterior de la arteria y del plexo braquial.
- Cadena superior: La cadena superior de la vena axilar se sitúa en el sector de la desembocadura de la vena cefálica en la cara superior de la vena axilar. En ocasiones está relacionada (es satélite) con la arteria axilar y excepcionalmente con el plexo braquial. El número de ganglios que la constituyen es de 1 a 3.
- Cadena inferior: La cadena inferior de la vena axilar, que es la más constante, se localiza a lo largo de la cara inferior de dicha vena. Sobre todo está presente a nivel del abocamiento de las venas escapular inferior, mamaria externa y torácica superior. La forman de cinco a siete ganglios linfáticos. Las cadenas descritas reciben el drenaje linfático de todas las regiones del miembro superior, de la pared anterior y posterior del tórax y de las tres cadenas verticales de la axila. Las vías eferentes de esta última -cadena horizontal- siguen generalmente a la vena axilar para llegar al ángulo venoso yuguloclavio -o ángulo de Pirogoff-, o formar parte de la gran vena linfática en el lado derecho.

2 Objetivos

- Conocer qué es un linfedema, motivos por el cual se produce, factores de riesgo, así como sus síntomas y posible tratamiento.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- El linfedema es el cúmulo de líquido rico en proteínas (linfa) en una extremidad como resultado de una sobrecarga del sistema linfático, en el que el volumen de linfa acumulada excede a la capacidad de drenaje de la misma. En función de las causas que lo originan existen dos tipos de linfedema:

Primario: debido a alteraciones congénitas del sistema linfático.

Secundario: producido por interrupción o compresión de los vasos linfáticos secundario a procesos tumorales, infecciosos o tratamientos como cirugía o radioterapia.

Esta patología se caracteriza por:

Edema duro, sin fovea: aunque en estadios iniciales si la tiene.

Mejora poco o nada con el decúbito: En un paciente con edema venoso descansa y se levanta sin edema, pero aquí no

Signo de Kaposi-Stemmer: imposibilidad de coger un pellizco o pliegue en la base del segundo dedo del pie (hinchazón tremendo)

- No hay una relación entre el tipo de intervención quirúrgica en el tratamiento del cáncer de mama -mastectomía- y la formación de un linfedema tardío post-mastectomía. La primera descripción del linfedema la dio el propio Halsted y lo llamó "elefantiasis quirúrgica". Describió dos tipos de linfedemas, cuya descripción sigue siendo válida actualmente:

Edema postquirúrgico inmediato.

Aparece rápidamente después de la intervención y se debe en parte a problemas técnicos quirúrgicos o a trombosis venosa axilosubclavia.

Linfedema tardío o secundario:

Aparece tardíamente, algunos años después de la mastectomía. Frecuentemente existe un desencadenante del proceso: infección, traumatismo, radioterapia, etc.

- El riesgo de que se produzca un linfedema después de una mastectomía se ha asociado a diversos factores:

Disección axilar.

Número de ganglios extirpados y estados de los mismos.

Infecciones en la herida de la mastectomía.

Aparición de seromas.

Uso de bisturí eléctrico en la axila.

Radioterapia postmastectomía.

Hasta ahora, la disección axilar (vaciamiento axilar), había sido considerada como el primer factor de riesgo de la formación de un linfedema postmastectomía. Pero un vaciamiento axilar completo de los tres niveles de la axila no presupone por sí solo mayor riesgo de linfedema, a pesar de que la vena axilar, al hacer el vaciamiento, debe quedar “completamente desnuda”, es decir, libre de la grasa y de los vasos linfáticos satélites. Tan solo hay que respetar la adventicia de la misma (siempre que no existan adenopatías adheridas) y los colectores linfáticos que acompañan a la arteria axilar. La presencia de infecciones y seromas, sí que aumenta sustancialmente el riesgo de formación de linfedemas. A nivel axilar, principalmente cerca de la vena axilar, debería evitarse el uso del bisturí eléctrico, ya que las escaras y las lesiones indirectas por calor que produce, favorecen la aparición de linfedema. Un vaciamiento axilar completo haría innecesario, en la mayoría de los casos, el uso de radioterapia postoperatoria a nivel axilar, evitándose la fibrosis de la zona, principal responsable del linfedema posterior. A pesar de aplicar las medidas médico-quirúrgicas más adecuadas, la disminución del drenaje linfático en la axila y las características anatómicas individuales hacen necesario el uso de medidas higiénicas y rehabilitadoras para evitar en lo posible la aparición del linfedema.

5 Discusión-Conclusión

El linfedema no suele desarrollarse de forma brusca, por lo que los primeros síntomas pueden ser la sensación de pesadez en el brazo o endurecimiento de algunas zonas del mismo, las más habituales son las que soportan una presión como la cara anterior del brazo y la región del codo. Rara vez el aumento de volumen es de forma brusca, por lo que conocer estos primeros síntomas puede evitar el desarrollo posterior del volumen del linfedema instaurando un tratamiento precoz de fisioterapia. Al disminuir la capacidad de eliminar la linfa del brazo, se incrementa el riesgo de infección (linfangitis). Los síntomas de la linfangitis son enrojecimiento de la piel, dolor intenso en el brazo, incremento del edema y fiebre. El aumento del perímetro del brazo conlleva un cambio en la apariencia física al que la mujer deberá adaptarse. Estos cambios pueden afectar negativamente a su estado de ánimo y a la forma en que la mujer se ve a sí misma y se relaciona con los demás, llegando en muchos casos a deteriorar de forma importante su cali-

dad de vida. Desarrollar nuevas formas de arreglarse, cuidar su cuerpo y hacer las cosas, incorporando a los hábitos cotidianos las 7 recomendaciones y los ejercicios que el fisioterapeuta le dé, es una buena forma de conseguir disminuir las limitaciones que el linfedema puede conllevar y de continuar disfrutando de la vida.

Medidas Terapéuticas, en el tratamiento conservador hemos de tener en cuenta:

- Medidas psicológicas
- Medidas fisioterapéuticas
- Medidas compresivas
- Medidas farmacológicas
- Medidas higiénicas
- Medidas psicológicas

En los últimos tiempos se ha empezado a conceder una importancia cada vez mayor a aspectos que no son puramente médicos, no solo en el caso del cáncer de mama, sino también de todas sus complicaciones, como parte de la tendencia actual de la medicina moderna a considerar objeto de su atención no solo el estudio de la enfermedad y su tratamiento, sino primordialmente, la atención al ser humano que enferma.

El linfedema postmastectomía se debe considerar como un proceso evolutivo crónico y su resolución terapéutica parcial. Es por ello comprensible que la paciente acepte con dificultad la enfermedad. Generalmente, cuando la paciente acude a un angiólogo ha recurrido ya antes a diversos especialistas, que unas veces no han diagnosticado el proceso, otras se han visto impotentes para su resolución y en ocasiones han intentado, sin base científica, pseudotratamientos que en el mejor de los casos no han modificado la evolución de la enfermedad.

Toda esta situación lleva a la paciente a sufrir en ocasiones graves problemas psicológicos basados en la desesperanza y en los fracasos acaecidos a lo largo de su vida. Por otro lado, las deformaciones físicas del miembro superior afecto que con frecuencia produce el linfedema postmastectomía suelen ser difícilmente aceptadas, sobre todo al tratarse de pacientes del sexo femenino. Ante esta situación el momento del diagnóstico es crítico y la forma de comunicarlo debe tener en cuenta dos cuestiones fundamentales: la verdad y la esperanza. La información ha de ser dada de forma clara y concisa, puesto que para un gran número de mujeres, el conocimiento ayuda a la adaptación.

Será la misma mujer quien decida el grado de información que necesita puesto

que no todas tienen las mismas necesidades, y muy frecuentemente, el psiquismo necesita un período de elaboración para ajustarse a la nueva situación.

Aquí, vale la expresión “llover sobre mojado”, la paciente tuvo su gran trauma con la actuación quirúrgica de la mastectomía y ahora se enfrenta a un segunda trauma, la deformidad del miembro que cambiará su modo de vestir, actividades deportivas, ir o no a la playa, etc.

Si se intenta ocultar la verdad a pacientes que la sospechan, se aumenta la esperanza favoreciendo el aislamiento, y la relación de confianza paciente-médico se resiste de forma muy negativa para la paciente, pudiendo posteriormente interferir la aceptación y cooperación en los tratamientos posteriores. No en vano esta cooperación en el linfedema postmastectomía es fundamental dado que es el linfedema que mejor responde a la terapéutica conservadora.

Han de ser conscientes de que los resultados espectaculares y completamente resolutivos no son de esperar, pero su colaboración resulta imprescindible si pretendemos conseguir los máximos resultados. Estas bases han de quedar bien claras desde el inicio y tanto el médico como la paciente deben ser conscientes del largo y dificultoso camino que han de recorrer.

6 Bibliografía

- Azcona JM, Lorente MC, García López F, Prats Rivera E, La linfografía isotópica. En: Linfedema. Barcelona: Edika Med S.A., 1993
- Jiménez C-ossio JA. Pautas del tratamiento conservador del linfedema. En: Linfedema. Barcelona: Edika Med S.A. 1992.
- Latorre J, Dvavins M, Ignacio Suarez JB, Surcel P, Viver E. Servicio de Angiología Cirugía Vascul ar y Endovascular Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Linfedema postmastectomía. Anales de Cirugía Cardíaca y Vascul ar 2005;11(1):22-37
- Robles JI. Linfedema: una patología olvidada. Central de la Defensa. Universidad Complutense de Madrid Psicología. 2006 3 (1). 71-89
- Asociación Española contra el cáncer. Linfedema: prevención y tratamiento. Madrid. 2018.

Capítulo 220

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.

NOEMI GARCIA SANCHEZ

CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ

SILVIA PEREZ TABOADA

1 Introducción

La intubación endotraqueal es un procedimiento que se basa en la introducción de un tubo a través la nariz o la boca del paciente hasta alcanzar la tráquea. Se realiza en situaciones donde existe compromiso del sistema respiratorio y se requiere de manera artificial mantener la vía aérea.

2 Objetivos

- Proporcionar al usuario vía aérea artificial para alcanzar los niveles de oxígeno deseados y mantenerla permeable.
- Realizar aspiración endotraqueal.
- Administrar algunos fármacos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP).

3 Caso clínico

Como enfermeros, nuestro objetivo es asegurarnos que el material necesario esté en perfectas condiciones para la realización de la técnica. Debemos brindar una

atención de calidad al paciente, mantener la ventilación asistida del mismo, facilitar la aspiración de secreciones del árbol bronquial y disminuir riesgos o complicaciones posprocedimiento.

Asistir al médico, antes y durante el procedimiento. Prepararemos el material y el equipo, además de los medicamentos indicados para la intubación. Tendremos a mano el carro de paradas y verificaremos el buen funcionamiento de las tomas de oxígeno y aire. También comprobaremos el aspirador. Posteriormente a realizaremos los cuidados de Enfermería ante la necesidad de oxigenación con ventilación.

Materiales:

- Laringoscopio, comprobaremos su funcionamiento, verificando la luz de las palas, el médico indicará el tamaño que vamos a utilizar.
- Tubo endotraqueal, se elegirá según el tamaño del paciente, debemos inflar el balón del neumotaponamiento para comprobar que no existen fugas, que está roto o deformado.
- Guía endotraqueal.
- Pinzad de Maguill.
- Jeringa de 10 cc, para inflar el balón.
- Lubricante hidrosoluble.
- Fonendoscopio.
- Guantes.
- Equipo de aspiración de secreciones.
- Sondas de aspiración, diferentes tamaños.
- Medicación necesaria (Sedación, relajación y/o analgesia).
- Aspirador subglótico.
- Detector de Co2.
- Neumomanómetro.
- Cánulas de Guedel.
- Ventilador equipado con valores preestablecidos.
- Tubuladura, censor de flujo, válvula espiratoria, conector giratorio, controlador del neumo.
- Fijador del tubo.
- Equipo de ventilación manual.
- Jackson-rees.

Actividades enfermeros/as para la intubación:

- Monitorización del paciente.
- Canalización de vía venosa.

- Comprobación del balón.
- Lubricar el tubo y guía si el médico considera que es necesario.
- Extraer prótesis dentales.
- Si porta sonda nasogástrica (SNG), conectarla a bolsa.

Procedimiento:

Antes de comenzar debemos informar al paciente si esté se encuentra en un estado de conciencia. Comenzaremos colocando al paciente en decúbito supino para alinear el eje de la boca, faringe, laringe y tráquea, realizaremos una hiperextensión cervical salvo contraindicación. Una vez realizado el lavado de manos y colocados los guantes estériles, abriremos la boca del paciente de forma manual y aspiraremos por si encontramos secreciones en la boca o faringe, ventilaremos y pre oxigenaremos. Entregaremos al médico el laringoscopio, que lo introducirá en el paciente, dándole previamente el tubo endotraqueal elegido.

Una vez colocado, inflaremos el balón del neumotaponamiento y ventilaremos con ambú. Tras comprobar la ventilación mediante la auscultación de ambos pulmones, comenzaremos con la ventilación mecánica y fijaremos el tubo. Comprobaremos mediante RX de tórax la colocación correcta del tubo y deberemos vigilar la presión del balón del neumotaponamiento. Es muy importante por último, anotar en las incidencias del paciente todos los materiales y fecha en la que los hemos usado.

Como cuidados enfermeros posteriores al procedimiento:

- Comprobar por turnos la posición del tubo auscultando ambos pulmones.
- Cambiar la fijación y puntos de apoyo del tubo periódicamente para evitar heridas por fricción.
- Marcar con un rotulador el tubo a nivel de la comisura labial, para controlar su posición y evitar desplazamientos.
- Aspiraremos secreciones cuando sea necesario.
- Realizaremos higiene bucal con colutorio y de la nariz con suero, además de hidratar los labios con vaselina.
- Siempre manipularemos el tubo con estricta asepsia, evitando la obstrucción del TET.
- Finalmente dejaremos al paciente de la formas más cómoda y limpia.

4 Resultados

La intubación endotraqueal es de gran importancia ya que gracias a ella podemos realizar el intercambio de gases, los cuales mantienen a nuestro organismo

con vida, ayudando así a disminuir la mortalidad en pacientes con problemas respiratorios.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera/o debe de tener una formación previa, esto ayuda en gran medida a que el procedimiento se lleve a cabo de forma exitosa.

6 Bibliografía

1. Terapia intensiva. Procedimientos de la American Association of Critical Care Nurses. 3° edición. Editorial Panamericana 1996.

Capítulo 221

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO

MARTA FERNANDEZ PELLITERO

YAIZA PEREZ GUTIERREZ

PATRICIA ORDAS VAZQUEZ

TANIA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

Una ostomía se produce tras una cirugía en la que se establece una comunicación artificial entre una víscera y la pared abdominal. La abertura artificial que resulta en el abdomen por la que se realiza la salida de heces u orina se denomina estoma. Si el estoma surge espontáneamente hablaremos de fistula.

Tipos de ostomías según su función:

- Eliminación:
- Digestivas: ileostomía, colostomía.
- Urinarias: urostomía.
- De ventilación: traqueostomía.
- De nutrición: gastrostomía, yeyunostomía.

Ileostomía: es la ostomía en la que se comunica con el exterior la parte final del intestino delgado (íleon). La localización se encuentra en la parte inferior derecha del abdomen. Las deposiciones suelen ser líquidas, abundantes y más o menos pastosas.

Colostomía: es la ostomía en la que se comunica con el exterior el colon. Existen varios tipos de colostomías que se pueden clasificar según su localización, su duración y según la anatomía del estoma:

Localización: según a que altura del intestino grueso se realice la cirugía se clasifican en ascendentes, transversas y descendentes:

- Colostomía ascendente: se localiza en el lado derecho del abdomen a nivel del colon ascendente. Las deposiciones serán bastante líquidas. No es una intervención muy frecuente.
- Colostomía transversa: se localiza en la parte superior del abdomen y hacia la parte media o derecha del cuerpo, a nivel del colon transverso. Las deposiciones suelen ser blandas. Este tipo de colostomía suele ser temporal.
- Colostomía descendente o sigmoidea: se localiza en el lado inferior izquierdo del abdomen a nivel del colon descendente. Las deposiciones serán consistentes o más o menos predecibles.

Duración: según su duración las colostomías se pueden clasificar en:

- Temporales: de corta duración. Después de un tiempo se pueden revertir.
- Permanentes: son para toda la vida.

Anatomía del estoma: dependiendo de la técnica quirúrgica empleada el estoma puede ser diferente, observándose uno o dos orificios.

- En asa: apariencia de un estoma de gran tamaño observándose dos orificios en el colon transverso conectados entre sí.
- En cañón de escopeta: apariencia de dos estomas completamente independientes.
- Terminal: o de boca única. Existe un único estoma. Es la más común de las colostomías.

Urostomía: es la ostomía en la que se desvía hacia el exterior la orina tras extirpar o evitar la vejiga cuando está enferma o no funciona bien.

Las urostomías pueden ser cutáneas: unilaterales, cuando solo hay un estoma (ureterostomía en "Y") y bilaterales, cuando hay dos estomas (ureterostomía bilateral). O en Bricker: cuando los uréteres se derivan a un asa intestinal que se aboca a la piel, se conoce como urostomía tipo Bricker.

2 Objetivos

Realizar los cuidados necesarios a los pacientes ostomizados por parte de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos de internet de reconocido prestigio en el ámbito sanitario como son Google Académico, Pubmed, Dialnet, Scielo. Se revisan artículos en español entre los años 2015-2019. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron enfermería, cuidados, estoma y ostomía.

4 Resultados

Los profesionales de enfermería son los responsables de llevar a cabo los cuidados y de realizar la educación sanitaria en los pacientes con ostomía. Existen unos puntos a tener en cuenta:

- Estoma: tiene una coloración rojiza que indica un buen suministro de sangre. Es húmedo al tacto, aunque hay que vigilar un exceso de humedad o de secreción mucosa. El estoma es una zona sin sensibilidad, ya que carece de terminaciones nerviosas. No se puede realizar un control voluntario sobre la salida de heces ya que no existen esfínteres. Al principio el estoma tiene mayor tamaño y se va reduciendo con el paso del tiempo. Es importante realizar una buena higiene del estoma con agua y jabón .
- Bolsas de colostomía: existen varios tipos de bolsas, de una pieza o de dos piezas. Los dispositivos de una pieza están formados por una bolsa transparente u opaca de diferente tamaño unida a una lámina adhesiva que puede ser recortable o no. Estas bolsas son muy fáciles de colocar y retirar y apenas se aprecian bajo la ropa.

Los dispositivos de dos piezas están formados por una bolsa transparente u opaca de diferente tamaño y de una placa adhesiva recortable o no que es independiente. Este sistema permite cambiar la bolsa mientras la placa sigue pegada a la piel. Existen dos tipos: con acoplamiento adhesivo y con acoplamiento mecánico. Los dispositivos de recogida o bolsas de ostomía también constan de un filtro para evitar el olor de los gases y de las heces acumuladas en la bolsa. Además todos estos tipos de bolsas a su vez pueden ser abiertas o cerradas.

Los pasos a seguir para el cambio de bolsa son los siguientes:

- Preparación del material necesario.
- La bolsa se despegará siempre de arriba hacia abajo evitando tirones de la piel periestomal.
- Lavado del estoma con agua y jabón neutro.
- Secado de la piel sin frotar.
- Recortar el orificio de la placa adhesiva de acuerdo al tamaño del estoma.

- Colocación de la bolsa siempre de abajo hacia arriba.
- Recomendaciones dietéticas: existen unas recomendaciones a nivel de la dieta que los pacientes con ostomía deben de tener en cuenta para poder conseguir un buen funcionamiento de su estoma. Llevar una dieta sana y equilibrada con un consumo de agua al día entre litro y medio y dos litros. Mantener unos horarios de ingestas regulares para que el tránsito intestinal se regularice. Evitar alimentos que aumentan los gases intestinales y los que aumentan el olor de las heces. Introducir alimentos nuevos en pequeñas cantidades. Intentar evitar el aumento de peso.
- Complicaciones: informar y explicar al paciente los distintos tipos de complicaciones que pueden ocurrir, como son necrosis, estenosis, prolapso, retracción, hernia paraestomal, alteración de la piel periestomal (es la más frecuente).

También necesitará realizar una adecuada educación sanitaria, ya que estos pacientes sufren cambios importantes a todos los niveles , tanto en su imagen corporal como a nivel de bienestar psíquico y social. Son pacientes que deben estar informados en todo momento de lo que se les va a hacer y que necesitan apoyo a todos los niveles. La atención sanitaria a los pacientes ostomizados deberá ser personalizada en cada caso para poder llegar a conseguir una mejor calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La nueva situación que vive el paciente con ostomía le supone cambios muy importantes en su forma de vida y los profesionales en enfermería contribuyen a que los pacientes pueden afrontar estos nuevos cambios de manera más positiva y adaptarse a la nueva situación de forma más fácil y rápida. La educación para la salud de enfermería en pacientes ostomizados es muy importante para conseguir aumentar la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

1. Cancer.org Texas: American Cancer Society.
2. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria.
3. Sanz Martínez S, Méndez Salguero A, Rivas Andrades AJ, Navarro Hernández P. Cuidados de enfermería en el paciente con una ostomía. En: Martos Martínez A, Gázquez Linares JJ, Molero Jurado MM, Pérez-Fuentes MC, Simón MM, Barragán

Martín AB, coordinadores. *Perspectivas y Análisis de la Salud. España: ASUNIV-VEP*;2016. p. 199-203.

4. Galvao Queiroz C, Souza Freitas L, Pinheiro de Medeiros L, Medeiros Melo MD, Sousa de Andrade R, Fernandes Costa IK. Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referencia de ostomizados. *EG [internet]*. 2017 [citado 4 Ene 2018];16(2):1-36.

5. Bonill de las Nieves C, Hueso Montoro C, Celdrán Mañas M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I, Morales Asencio JM. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index Enferm [internet]*. 2013 [citado 19 Abr 2018];22(4):209-213.

6. *Universidadviu.es [Internet]*. Valencia: Universidad Internacional de Valencia; [actualizado 6 Feb 2017; citado 25 Abr 2018].

7. *Enfermeriaactual.com [Internet]*. Actualización en Enfermería (ae).

8. Fuden: Fundación para el desarrollo de la Enfermería [Internet]. Madrid: Fuden; [citado 25 Abr 2018]. Observatorio de Metodología enfermera;1.

Capítulo 222

EFECTIVIDAD DE LA MIEL EN LA CICATRIZACIÓN EN COMPARACIÓN CON APÓSITOS EN HERIDAS AGUDAS

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ

AIDA GARCIA ARDURA

1 Introducción

La miel es una solución supersaturada y viscosa de azúcar que se obtiene del néctar de las flores o de las secreciones de algunas plantas recogido y modificado por la abeja, *Apis mellifera*. Se utiliza desde la antigüedad como un remedio para tratar las heridas.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión fue evaluar los efectos de la miel en comparación con apósitos para heridas (película de poliuretano, gasa de parafina, lino estéril y gasa impregnada en soframicina) y tratamientos tópicos alternativos en la cicatrización de heridas agudas (quemaduras, laceraciones, heridas quirúrgicas) o crónicas (úlceras venosas, pie diabético).

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática, en la que se ha hecho una recopilación de información en distintas plataformas de bases de datos científicos (Medline, Pubmed, Cochrane, Cuiden) y en el buscador Google Académico. Para esta actualización de la revisión, se realizaron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Heridas (Cochrane Wounds Group).

4 Resultados

Se identificaron 26 ensayos elegibles de un total de 3011 que participaron. Tres ensayos evaluaron los efectos de la miel en heridas agudas menores, 11 evaluaron la miel en las quemaduras, 10 incluyeron a pacientes con diferentes heridas crónicas (dos en pacientes con úlceras venosas de las piernas, dos en pacientes con úlceras del pie diabético) y ensayos individuales sobre heridas posoperatorias infectadas, úlceras por presión, leishmaniasis cutánea y gangrena de Fournier. La calidad de la evidencia varió entre diferentes comparaciones y resultados. La calidad de la evidencia se vió disminuida principalmente por el riesgo de sesgo, la imprecisión y en algunos pocos casos, la inconsistencia. A pesar de no estar claro, si hay una diferencia en las tasas de eventos adversos o de infección, hay evidencia de alta calidad de que los apósitos de miel cicatrizan las quemaduras de espesor parcial más rápidamente que los apósitos convencionales. Hay evidencia de muy baja calidad de que las quemaduras tratadas con miel cicatrizan más rápidamente que las tratadas con sulfadiazina de plata, y evidencia de alta calidad de que no hay ninguna diferencia en el riesgo general de cicatrización en seis semanas para la miel en comparación con la sulfadiazina de plata. Se observó una reducción del riesgo general de eventos adversos con miel en relación con la sulfadiazina. Hay evidencia de calidad baja de que la miel cicatriza una población mixta de heridas agudas y crónicas más rápidamente que la sulfadiazina o los apósitos de azúcar. La miel cicatrizó las heridas postoperatorias infectadas más rápidamente que los lavados antisépticos con aplicación de gasa, se asoció con menos eventos adversos. Los efectos de la miel en relación con los comparadores no están claros para: úlceras venosas de la pierna, heridas agudas menores, úlceras del pie diabético, leishmaniasis y heridas crónicas mixtas.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la heterogeneidad de las muestras de pacientes, los comparadores estudiados y la baja evidencia, es difícil establecer conclusiones generales.

La miel parece actuar mejor en la cicatrización de quemaduras parciales que el tratamiento convencional y en la cicatrización de heridas quirúrgicas infectadas más rápido que la gasa y los antisépticos. Se necesitarían más estudios para establecer conclusiones basadas en la evidencia.

6 Bibliografía

-Boyce, S.; Supp, A.; Swope, V. & Warden, D. Vitamin C regulates keratinocyte viability, epidermal barrier, and basement membrane in vitro, and reduces wound contraction after grafting of cultured skin substitutes. *J. Invest. Dermatol.*, 118:565-72, 2002.

-González, E. Modelos experimentales para la evaluación de la acción cicatrizante de medicamentos. *Rev. Cubana farm.* 36(3):189-96, 2002.

-<http://scielo.sld.cu/scielo>.

-Subrahmanyam N. Addition of antioxidants and polyethylene glycol 4000 enhances the healing property of honey in burns. *Annals of Burns and Fire Disasters*, (9)2:2-4, 1996.

-<https://pdfs.semanticscholar.org/>

Capítulo 223

MENÚ SEMANAL PARA ENFERMOS RENALES CRÓNICOS

BEGOÑA MENÉNDEZ LLAMES

LUCIA ALVAREZ PRENDES

XIOMARA EDROSA LÒPEZ

CELIA CANELLADA Riestra

GEMA FERNANDEZ NOVO

1 Introducción

Para conseguir una correcta alimentación en la Enfermedad Renal, es muy importante aprender a manejar los alimentos y obtener de ellos los nutrientes necesarios, en la cantidad y proporción adecuada a cada situación.

El riñón regula la concentración de sustancias como el sodio, potasio, fósforo, agua, etc.. Si el riñón no funciona de manera adecuada, todos ellos se acumulan y alteran los niveles internos.

El truco reside en la elaboración de los platos, junto con los ingredientes y la manipulación de los alimentos.

Con estos menús lo que se quiere conseguir es :

- Aportar una media de unas 2200-2400 kilocalorías.
- Técnicas de disminución de potasio.
- Facilitar la elaboración de una dieta adecuada para el paciente renal.

2 Objetivos

Ayudar a los enfermos renales para que puedan disfrutar de la comida y puedan confiar en que no están incumpliendo sus requisitos nutricionales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica en cuya búsqueda se han utilizado diferentes bases de datos y se han encontrado un total de 120 artículos, de los cuales, se han seleccionado 4 para el desarrollo de este trabajo.

Además se han revisado y consultado libros especializados en dietas para Enfermos Renales Crónicos.

4 Bibliografía

- Errasti P. , Muñoz M., Russolillo G. Cuidados del dietista en el enfermo con insuficiencia renal crónica en tratamientos de hemodiálisis. Nutrición Clínica.
- Nelson, Moxness, Jensen, Gatineau. Dietética y nutrición. Manual Clínica Mayo(Séptima Edición).
- Navia B, Ortega RM. Ingestas recomendadas de energía y nutrientes. En Requejo AM, Ortega RM, eds. Nutriguía.
- Manual de nutrición clínica en atención primaria. Madrid: Editorial Complutense; 2000. p.3-13.
- García MT, García MC. Pesos y medidas caseras y raciones habituales de consumo personal.
- Secretariado de Publicaciones y medios Audiovisuales de la Universidad de León, eds. Nutrición y dietética. León: Universidad de León.

Capítulo 224

PARACENTESIS EVACUADORA. TÉCNICA Y CUÁNDO REALIZARLA

NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA

M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL

RAQUEL MUÑIZ PERERA

1 Introducción

La paracentesis abdominal se realiza en todos los adultos que presentan el primer episodio de ascitis (acumulación de líquido abdominal) de causa desconocida. La evaluación del líquido ascítico determinará si la ascitis se debe a hipertensión portal u otro proceso, como cáncer, infección o pancreatitis.

Existen dos tipos de paracentesis:

- Paracentesis diagnóstica.
- Paracentesis terapéutica o evacuadora: consiste en extraer líquido de la cavidad abdominal que no se ha podido eliminar con otro tratamiento.

Se describe la técnica de la paracentesis terapéutica, procedimiento sencillo y útil, que puede realizarse en el domicilio del paciente si se dispone del entrenamiento adecuado y el equipo tanto material como personal: es recomendable que se cuente con al menos 2 personas para garantizar la asepsia.

La paracentesis abdominal consiste en realizar una punción con un catéter en uno de los laterales del abdomen con el fin de extraer el líquido ascítico acumulado

bien para un control diagnóstico, o para extraer el total del líquido y liberar la tensión de la pared.

Muchos pacientes que van a ser sometidos a paracentesis pueden tener una coagulopatía o trombocitopenia de base como consecuencia de su hepatopatía. Sin embargo, la incidencia de complicaciones hemorrágicas clínicamente significativas en esos pacientes es baja.

Para hacer la paracentesis pueden usarse los catéteres intravenosos de gran calibre comunes, sin embargo, no son catéteres con un diseño específico para el procedimiento y no deberían utilizarse porque tienen un índice de flujo menor y suelen requerir varias punciones, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones. Algunos dispositivos hechos especialmente para paracentesis están equipados con un obturador retráctil romo, para reducir la incidencia de lesión orgánica, y varios orificios de drenaje en el extremo distal del catéter para evitar la interrupción del flujo del líquido ascítico.

Con el paciente en decúbito supino con la cabecera ligeramente elevada se procede a explicar el proceso y se requiere una asepsia especial y unas condiciones de esterilidad lo más rigurosas posibles. El lugar de punción suele elegirse en una de las 2 fosas ilíacas derecha o izquierda a 2-4cm de la línea media. En pacientes con gran obesidad es preferible el abordaje lateral izquierdo porque la pared abdominal es más delgada y el líquido ascítico está a mayor profundidad. La presencia de ascitis en el sitio de punción elegido se evidencia por un cambio de resistencia durante la introducción de la aguja. A veces es necesario guiarse con una ecografía, para evitar asas de intestino.

Normalmente esta técnica la realiza el personal médico, pero se ha de realizar siempre al menos entre 2 personas, por lo que la figura de la enfermería cobra especial interés en esta técnica, ya que siempre está presente en el momento de la punción asistiendo y controlando la esterilidad y asegurándose de que el resultado final es el correcto. En los pacientes con extracción de grandes cantidades de líquido ascítico se les administra expansores del volumen plasmático, que se utilizan en relación con la cantidad de líquido extraído para prevenir la reducción del volumen plasmático, que puede desencadenar un efecto perjudicial sobre el equilibrio hemodinámico y aumentar la morbimortalidad. La albúmina se considera el producto estándar con el cual no se han comparado ninguna expansión del plasma ni otros expansores del plasma, por ejemplo otros coloides.

2 Objetivos

- Conocer la técnica de la paracentesis, complicaciones, así como funciones de enfermería en el desarrollo de la misma.

3 Metodología

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

Búsqueda bibliográfica mediante el uso de descriptores de la salud (DECS) para la obtención de artículos veraces en diferentes bases de datos científicas. Se incluyen artículos principalmente de habla hispana e inglesa.

4 Resultados

- Es una técnica muy importante en los pacientes agudos o crónicos con acumulación de líquido ascítico que les permite una mayor calidad de vida y mantener las patologías crónicas controladas con cierta periodicidad realizando la técnica.
- Las complicaciones que pueden presentarse son poco frecuentes en general. La mayoría de las veces puede aparecer hematoma en el punto de punción o salida espontánea de líquido a través de dicho orificio, así como hipotensión debido a la pérdida de líquidos. Otras más excepcionales pueden ser:

Perforación de la vejiga.

Peritonitis.

Íleo paralítico.

Absceso parietal.

Hemorragia incisional.

Hemoperitoneo.

- Por ello, el personal de enfermería debe controlar y vigilar al paciente durante y después de la paracentesis, controlar la tensión arterial, observar el punto de punción y el líquido extraído, aliviar la ansiedad del paciente y colaborar con el facultativo para solucionar las posibles complicaciones del procedimiento.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con Ascitis crónificada deben acudir de forma periódica al Servicio de urgencias para que se les practique una Paracentesis. Los pacientes con la patología aguda también deben acudir para obtener un diagnóstico y un tratamiento efectivo. Al llevar a cabo de forma rápida y segura esta técnica, disminuimos el tiempo de espera de los pacientes, disminuimos las complicaciones y aumentamos la calidad asistencial.

6 Bibliografía

- Runhyon BA. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. En: Chopra S, Travis AC, editors. UpToDate. Sept 23, 2015.
- Manual de protocolos y actuación en Urgencias. Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo. Coordinador Agustín Julián Jiménez. SANED. 4ª edición 2014. Capítulo 8: Técnicas invasivas en Urgencias, páginas 90-91
- Runyon BA. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology* 2004;39:841-56
- Fortún Pérez de Ciriza MT. Libro electrónico de Temas de Urgencias. Paracentesis. Pamplona: Servicio Navarro de Salud; 2008

Capítulo 225

NEUROBLASTOMA, TRATAMIENTOS ACTUALES Y NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

MÓNICA DACUÑA LÓPEZ

ALMUDENA PANIZO LÓPEZ

CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA

1 Introducción

El neuroblastoma (NB) es el tumor extracraneal sólido más frecuente en la infancia, y el cuarto en frecuencia en el cómputo total de neoplasias infantiles después de las leucemias, los tumores del sistema nervioso central (SNC) y linfomas. Representa el 7% de todos los cánceres pediátricos y es la causa del 15% del total de muertes por procesos oncológicos en la infancia. Presenta un amplio espectro de comportamiento, ya que se trata de la neoplasia en que se han demostrado más casos de regresión espontánea y diferenciación a tumor benigno, mientras que en niños con formas metastásicas puede causar el fallecimiento.

El neuroblastoma puede originarse a lo largo de toda la cadena simpática, por lo que la localización del tumor primitivo puede ser muy variable. Las localizaciones más frecuentes son el abdomen (69%), especialmente en niños mayores, y el mediastino (21%), en lactantes. Un 1% de los casos se diagnostican por las metástasis sin que se pueda localizar el tumor primitivo.

La presentación más común del neuroblastoma es una masa abdominal. Los signos y síntomas más frecuentes de un neuroblastoma se deben a la masa tumoral y las metástasis.

Las metástasis se producen por vía hematológica y linfática y están presentes en el 43% de los niños al diagnóstico, especialmente en los mayores de 1 año, siendo las más frecuentes en la médula ósea, el hueso, el hígado y la piel.

La incidencia del neuroblastoma oscila entre 8 y 10 casos por millón de niños y año. Se han descrito casos familiares de neuroblastoma, pero son raros; en estos casos, se transmite de forma autosómica dominante con penetrancia incompleta. Se ha observado una frecuencia mayor en pacientes afectados de neurofibromatosis y síndrome de Beckwith-Wiedeman.

La mayoría de los diagnósticos se realizan en menores de 5 años, y su detección es rara después de 10 años. Para confirmar el diagnóstico de neuroblastoma hay unos criterios consensuados:

- Diagnóstico anatomopatológico del tejido tumoral con o sin inmunohistoquímica, microscopía electrónica o aumento de catecolaminas urinarias (o séricas) o sus metabolitos (ácido homovanílico, vanilmandélico o dopamina).
- Infiltración de la médula ósea (aspirado o biopsia) por células tumorales y aumento de la excreción urinaria de catecolaminas.

Para el diagnóstico definitivo, se requiere la confirmación histológica. El tejido se obtiene del tumor primario o del aspirado/ biopsia de médula ósea en los niños que tienen afectación metastásica en médula ósea. Se deben realizar 2 aspirados y 2 biopsias de médula ósea para excluir la infiltración. En los lactantes, las biopsias se pueden sustituir por otros 2 aspirados.

El neuroblastoma forma parte del grupo de tumores de células azules, redondas, pequeñas típicas del niño. Se cree que procede de células primitivas del sistema simpático pluripotenciales. Hay 3 patrones histopatológicos clásicos que reflejan un espectro de maduración y diferenciación:

- Neuroblastoma típico: compuesto por células pequeñas, de tamaño uniforme, con núcleo denso hiper cromático y escaso citoplasma. La presencia de prolongaciones neuríticas es patognomónica, lasseudorosetas de Homer-Wright son otro hallazgo frecuente.
- En el otro extremo, el ganglioneuroma es un tumor completamente diferenciado, compuesto de células ganglionares maduras, estroma y células de Schwann.
- El ganglioneuroblastoma es un tumor heterogéneo que presenta características de ambos tumores en diferente proporción. Se subclasifica en difuso o, teniendo

un peor pronóstico este último.

Shimada junto con otros patólogos desarrollaron una clasificación histológica que, combinando la edad del paciente con otros factores, como el grado de diferenciación y el índice de mitosis-cariorrexis, ha demostrado tener valor pronóstico. Recientemente, un grupo de patólogos de Estados Unidos y Europa encabezados por Shimada la han refinado y mejorado, y la han convertido en la INPC (International Neuroblastoma Pathology Classification), que es la clasificación histológica utilizada actualmente por todos los grandes grupos en sus estudios cooperativos.

Para la clasificación de la extensión del neuroblastoma al diagnóstico, se utiliza el International Neuroblastoma Staging System (INSS), y para valorar la respuesta se usa el International Neuroblastoma Response Criteria (INRC):

- Estadio I Tumor localizado confinado al área de origen, resección macroscópica completa con o sin residual microscópico, los ganglios ipsi y contralaterales son negativos microscópicamente.
- Estadio 2A Tumor unilateral con resección macroscópica incompleta, los ganglios ipsi y contralaterales son negativos microscópicamente.
- Estadio 2B Tumor unilateral completa o incompletamente resecado: con ganglios ipsilaterales microscópicamente positivos; los ganglios linfáticos contralaterales son negativos microscópicamente.
- Estadio 3 Tumor que infiltra a través de la línea media, con o sin compromiso de los ganglios linfáticos regionales; o tumor unilateral con invasión a los ganglios linfáticos regionales contralaterales; o tumor en la línea media con invasión bilateral a los ganglios linfáticos.
- Estadio 4 Diseminación del tumor a ganglios linfáticos distantes, hueso, médula ósea, hígado u otros órganos, con excepción de lo definido en E4S.
- Estadio 4S Tumor primario localizado de acuerdo a lo definido para estadios 1 o 2 con diseminación limitada a hígado, piel o médula ósea.

El pronóstico de los pacientes de neuroblastoma se relaciona con los siguientes aspectos:

- Edad en el momento del diagnóstico.
- Sitio del tumor primario.
- Características histológicas del tumor.
- Compromiso de ganglios linfáticos regionales.
- Respuesta al tratamiento.
- Características biológicas.

Algunos de estos factores pronósticos se combinaron para crear grupos de riesgo a fin de ayudar a definir el tratamiento.

2 Objetivos

-El objetivo principal es describir que tipos de tratamientos médicos se utilizan actualmente en el paciente con neuroblastoma.

- Otros objetivos, son la búsqueda de tratamientos innovadores y que líneas de investigación se siguen.

3 Metodología

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

PALABRAS CLAVE: Neuroblastoma, Estadíos, Cáncer, Terapias, Investigación.

4 Resultados

El tratamiento del neuroblastoma consiste en diversas modalidades con el objeto de eliminar las células y evitar su diseminación posterior. Está en función de la edad del niño y del estadio del tumor. La localización del tumor y dónde ha diseminado también se toman en consideración, así como tratamientos previos en sujetos que sufren reactivaciones de la enfermedad.

Los principios de tratamiento usados en el neuroblastoma son cirugía, quimioterapia y radioterapia, más modificadores de la respuesta biológica y/o inmunoterapia, estos últimos de uso reciente. La quimioterapia tiene como fin fundamental matar esas células, la cirugía eliminar el tumor sólido donde se halle, el trasplante de médula ósea pretende destruir la médula ósea invadida por las células del neuroblastoma y reemplazarla por células nuevas que están relativamente libres del mismo. La inmunoterapia actúa directamente sobre algunas células, pero sobre todo ayuda al organismo a crear sus propias defensas para luchar contra

el neuroblastoma. Por último, existen algunas otras modalidades de tratamiento que se utilizan en determinados casos o fases del tratamiento, como es la utilización de isotretinoína o ácido retinoico, para estimular a las células del neuroblastoma a que se desarrollen y maduren y así parar su proceso de división y diseminación.

La utilización de cada uno de ellos y su mayor o menor intensidad van a depender del grupo de riesgo al que se asigne el paciente, es decir, de la anticipación del comportamiento clínico que se espera que tenga cada caso individual.

Cirugía

La cirugía desempeña un papel básico tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Los objetivos de la cirugía inicial son establecer el diagnóstico, suministrar tejido para estudios biológicos, ayudar a la estadificación del tumor e intentar extirparlo sin lesionar estructuras vitales. En el caso de la cirugía retardada, se evalúa la respuesta a la quimioterapia y se extirpa todo el tumor residual posible.

Las posibilidades de extirpación del tumor dependen de su localización, relación con los grandes vasos y características del propio tejido tumoral (friabilidad, hemorragia, etc.). El sacrificio de estructuras vitales debe evitarse en la cirugía diagnóstica, ya que la quimioterapia permite disminuir el tamaño del tumor primario y los ganglios linfáticos, y también cambia la consistencia, con lo que se favorecen extirpaciones retardadas con un número menor de complicaciones.

El grupo de neuroblastoma de la SIOP-Europa (SIOPEN) ha desarrollado unos criterios de riesgo quirúrgico basados en el estudio radiológico. La presencia de cualquiera de los datos de riesgo desaconseja la intervención quirúrgica con intento radical por la gran frecuencia de complicaciones.

Se han publicado complicaciones quirúrgicas en el neuroblastoma entre el 5 y el 25%. Las complicaciones son mucho menores en la cirugía retardada tras la quimioterapia. Las más frecuentes son nefrectomía, hemorragias operatorias, lesión de los vasos renales que conduce a atrofia renal y síndrome de Horner.

Quimioterapia

La quimioterapia es otro de los tratamientos utilizados en pacientes con neuroblastoma. Basada en medicamentos que se administran de manera intravenosa y detienen o destruyen el crecimiento de la célula tumoral. Los fármacos

quimioterápicos más usados son el Carboplatino, Ciclofosfamida, Doxorubicina y Etopósido.

Radioterapia

El neuroblastoma es un tumor radiosensible. La radioterapia se utiliza como tratamiento local. Utiliza grandes dosis de rayos X para eliminar las células cancerosas. Se usa después de la cirugía sobre la zona del tumor sólido e incluso en otros sitios en riesgo de recaída para prevenir que el cáncer vuelva a desarrollarse. En algunos pacientes, la radiación se administra para aumentar el efecto de la quimioterapia en los sitios de las metástasis. Si la enfermedad está avanzada a pesar de la quimioterapia, la radioterapia puede ser utilizada para tratar algún síntoma del cáncer, como el dolor.

Una de las limitaciones más importantes de la radioterapia es que puede dañar los tejidos cercanos y dar lugar a efectos secundarios a largo plazo que en algunas ocasiones pueden ser graves, especialmente en los niños. Sin embargo, en la época actual esta afectación se minimiza casi completamente al utilizar modelos de radioterapia muy focalizados en la zona de la lesión, con la intensidad adecuada, que depende del órgano donde se asienta el tumor, o que está adyacente al mismo y al tipo de paciente que la sufre.

De todos modos, el papel de la radioterapia en el manejo del neuroblastoma está siendo redefinido con el aumento de las quimioterapias múltiples y el incremento en el desarrollo de grupos de tratamiento relacionados con el riesgo, basados en la edad, el estadio y factores biológicos. Y como se ve, siempre con una indicación muy precisa, determinada por el tipo de afectación de cada paciente.

Inmunoterapia

La inmunoterapia se utiliza una vez los tumores han sido extirpados quirúrgicamente, tratados con quimioterapia y cuando el paciente sólo tiene una afectación mínima, (en la médula ósea, por ejemplo) o cuando el paciente tiene ERM. Este modelo de tratamiento está diseñado para capacitar al propio sistema inmunitario para detectar y destruir las células de neuroblastoma que han sobrevivido a la quimioterapia o la radioterapia. El tratamiento consiste en la inyección de una sustancia llamada anticuerpo monoclonal Anti-GD2 en el torrente sanguíneo. Los anticuerpos buscan unirse a las células del neuroblastoma desde donde le indican al sistema inmune dónde están para destruirlas. Por lo general se combina este anticuerpo con una proteína llamada GM-CSF (factor de granulocitos y

macrófagos estimulante de colonias), que estimula las células blancas de defensa mieloide (neutrófilos y macrófagos) para formar y hacer uso de los anticuerpos.

El principal efecto secundario del tratamiento con este Anti-GD2 es una reacción al dolor que requiere tratamiento intensivo para contrarrestarlo. Se debe a que la proteína que existe en la superficie de la célula de neuroblastoma donde se unirá el anticuerpo, también está en las células nerviosas sensitivas dolorosas. A pesar de los efectos secundarios que se producen durante la infusión no se han desarrollado complicaciones a largo plazo asociadas a estos anticuerpos.

Para el neuroblastoma metastático de recaída y también para el que afecta al sistema nervioso central, se está ensayando en algunos centros (MSKCC) la radio inmunoterapia. Para estos tratamientos, los anticuerpos están configurados para llevar a las células tumorales una sustancia radiactiva letal. Los resultados de estos tratamientos han sido particularmente eficaces para la recaída del SNC.

Terapia de diferenciación

La terapia de diferenciación se utiliza para detener el crecimiento y la propagación de cualquier resto de neuroblastoma en los pacientes que están en remisión en el momento de finalizar o cerca de la finalización de la inmunoterapia. Esta terapia consiste en la administración oral, durante un periodo de seis meses, de un medicamento conocido como ácido 13-cis-retinoico o Isotretinoína (Mayesta® Roacután® Dercutane®), en periodos de dos semanas alternas. Esta sustancia facilita o estimula la maduración de las células del neuroblastoma, con el objeto de que pasen a una fase diferente y dejen de crecer de una manera indiscriminada y exagerada. De esta manera, la terapia de diferenciación puede ser capaz de detener cualquier resto de células de neuroblastoma y evitar su replicación y propagación y causar una recaída.

Transplante de médula ósea

El transplante de médula consiste en administrar una formulación de diversas sustancias de quimioterapia a altas dosis que eliminan casi todas las células en desarrollo y crecimiento. Es un tratamiento de elevada toxicidad, provocando la eliminación de la inmunidad del paciente, sensibilizándolo a cualquier germen. Por eso se debe realizar en la cámara de aislamiento, que es un espacio limpio, con unas condiciones de higiene y cuidado del paciente extremadamente especiales. Para recobrar la funcionalidad de la médula se le extrae previamente a la aplicación del tratamiento un concentrado de células progenitoras o células madre,

stem cell en inglés. Estas se inocularán después de la terapia y se anidarán en la médula ósea recuperando la producción de células de defensa y plaquetas de una manera progresiva. Todo el proceso alcanza por término medio unos 21 – 30 días pero puede ser más duradero en la medida que el niño recupere más tardíamente su nivel de inmunocompetencia, o sufra complicaciones.

En el neuroblastoma se ha dudado en los protocolos incluir esta medida terapéutica de una forma estándar. Parece ser que su práctica aumenta en solo un 5% el nº de supervivientes, es decir 1 de cada 20. En la actualidad es una medida protocolizada para poder administrar el tratamiento inmunológico.

Existen una serie de tratamientos innovadores. Como ocurre con la mayoría de los tumores pediátricos, los neuroblastomas son considerados tumores del desarrollo. Solo aparecen en la infancia, siendo los tumores sólidos más frecuentes en el primer año de vida y los terceros más comunes en época infantil. En el caso de los adultos, prácticamente no existen. Son un tipo de tumor que no se puede prevenir y por ello las investigaciones buscan mejorar los tratamientos y terapias. La personalización es clave, sobre todo en los casos más agresivos. Dentro de esos tratamientos se encuentran:

Anticuerpos quiméricos y humanizados

La inmunoterapia es la piedra clave del programa de tratamiento para el neuroblastoma de alto riesgo. El protocolo para la enfermedad metastática (anticuerpo monoclonal 3F8) y la recaída del sistema nervioso central (8H9 anticuerpos monoclonales y 3F8) han demostrado ser prometedores. En la actualidad, los anticuerpos monoclonales se producen en los ratones, lo que se conoce como modelo de anticuerpo murino. Aunque son eficaces en el tratamiento de neuroblastoma en algunos pacientes, las proteínas derivadas del ratón son extrañas al organismo humano y estimular los anticuerpos neutralizantes (anticuerpo humano antirratón, o HAMA Human Antibody Murine Antigen). Cuando los “HAMA” se desarrollan, el tratamiento deja de funcionar. En la actualidad ya existe la tecnología para “humanizar” o “quimerizar” el anticuerpo 3F8. Es decir, conseguir que se parezcan más a los anticuerpos humanos. Los anticuerpos quiméricos son en buena parte humanos y reducirán sustancialmente la incidencia de los primeros HAMA. Estos anticuerpos con aspecto de humanos se modelan y producen con la característica de atraer y enlazar con más fuerza a los receptores de células blancas de defensa inmune. Por tanto, la terapia será mucho más efectiva.

Anticuerpos radiomarcados

Los anticuerpos monoclonales también son tratados con el fin de liberar una sustancia radioactiva. Cuando se unen a una forma de yodo radioactivo (I 124), estos anticuerpos permiten usar un modelo de escáner por emisión de positrones (PET) que de una manera muy precisa detecta los tumores que se han desarrollado en el sistema nervioso central y en las leptomeninges. Una vez se detectan estas células tumorales se puede unir a los anticuerpos otra forma de yodo radioactivo (I131) y utilizarlos para liberar dosis letales de irradiación a las células tumorales sin lesionar las células sanas. En la actualidad hay diversos estudios que están investigando la liberación de otras sustancias unidas a los anticuerpos monoclonales (Bismuto213 y Actinio225), que pueden eliminar las células tumorales con mayor efectividad que el yodo.

Vacunas

Al igual que los anticuerpos monoclonales, las vacunas contra el cáncer pueden entrenar el sistema inmunológico del cuerpo para combatir el cáncer. Estas vacunas instruyen a las células que se ocupan de la inmunidad a reconocer y destruir células de neuroblastoma existentes y aquellas que se pueden desarrollar con posterioridad. Las vacunas contra el cáncer son específicas para determinados tipos de cáncer. En diversos Centros se están haciendo las pruebas preclínicas de varias vacunas específicas para el neuroblastoma. Mientras que algunas vacunas estimulan al cuerpo a producir anticuerpos contra el neuroblastoma, otras vacunas activan los linfocitos para combatir el tumor. Estas vacunas serán probablemente más eficaces para los pacientes con enfermedad residual mínima en un futuro próximo.

Nuevos agentes

En los Centros de referencia se está investigando nuevas formas de atacar el neuroblastoma, en parte mediante el aprovechamiento de nuevos fármacos que ya están en ensayos clínicos en pacientes adultos. Algunos de estos medicamentos pueden aumentar la eficacia de la quimioterapia, sin toxicidad adicional, especialmente en pacientes cuyo tumor se ha vuelto resistente al tratamiento estándar. Otras son hechas para bloquear la capacidad de propagación de las células del neuroblastoma. Las nuevas opciones terapéuticas que se encuentran en fase de preclínica o en fases precoces de ensayo clínico incluyen: los bloqueadores de receptores tirosina cinasa, los fármacos antiangiogénicos, la radioterapia dirigida, los modificadores de la respuesta biológica, las manipulaciones del sistema inmune y la terapia celular y génica. Esfuerzos cooperativos tanto en USA (NCI

pediatric preclinical testing program (PPTP) y el New Approaches to Neuroblastoma Therapy (NANT)) como en Europa (Innovative therapies for Children with Cancer (ITCC)) intentan crear modelos eficientes y rápidos para probar nuevos fármacos tanto en su fase preclínica como en estudios clínicos de Fase I y II. En la evaluación de los múltiples inhibidores de receptores relevantes en la transducción de señales en NB se han demostrado de importancia los inhibidores de IGF1r, Trk (como el CEP-751) o inhibidores de ErBb1 (como Gefitinib) que a pesar de que las células de NB no expresan el receptor, sí actúan de manera indirecta bloqueando otros transportadores de membrana sensibilizando a las células tumorales en la acción de los quimioterápicos. Estas combinaciones de inhibidores de receptores y quimioterapia podrían ser relevantes para aquellos pacientes con resistencia adquirida a los quimioterápicos.

Terapia antiangiogénica

Ha demostrado actividad en algunos modelos animales de neuroblastoma. Además, el concepto de terapia metronómica, basada en la administración de quimioterápicos a bajas dosis de manera continuada con el objetivo de bloquear la acción de las células endoteliales normales que están en fase de rápido crecimiento por estimulación del tumor, fue demostrado en un modelo animal de NB. Se han publicado diversas estrategias de terapia antiangiogénica en NB: los inhibidores de tirosina cinasa múltiples como Sunitinib (estudio de fase 1 por el PPTP), o ZD6474 (anti- RET, VEGFr2 i EGFR) en modelos animales de NB con inhibición potente del crecimiento tumoral al bloquear en paralelo receptores tanto de la célula tumoral como de la célula endotelial; inhibidores de VEGFr específicos como Bevacizumab (Avastin) o AZD2171 (Cediranib), un inhibidor de administración oral, ambos con buenos resultados en los modelos preclínicos y en los cuales se demuestra la potencial eficacia de estos fármacos en la situación de enfermedad mínima residual.

5 Discusión-Conclusión

El neuroblastoma agrupa un espectro muy heterogéneo de tumores que evolucionan de forma radicalmente distinta. La variedad de comportamiento clínico del NB determina un enfoque terapéutico que puede variar entre un abordaje terapéutico intensivo multimodal o una actitud expectante. Por lo tanto, la clasificación precisa de los diferentes subtipos de NB es importante para determinar el tratamiento más apropiado. Actualmente los sistemas de clasificación de riesgo clínico en NB se basan en distintos parámetros clínicos, biológicos y morfológi-

cos. No obstante, todavía existen casos donde estos sistemas de clasificación han mostrado una utilidad clínica limitada.

Por ello, las nuevas líneas de investigación están dirigidas hacia los tratamientos personalizados y menos agresivos con el paciente.

Existen ensayos clínicos con fármacos como el DFMO(d,l- α -difluoromethylornithine) para pacientes con Neuroblastoma de alto riesgo en remisión. Se realiza en Estados Unidos y, cuyo objetivo es el de evaluar la seguridad y la eficacia del DFMO que ha mostrado capacidad inhibidora de una de las vías metabólicas de las células de neuroblastoma en las investigaciones en laboratorio.

En otros hospitales como el Philadelphia Hospital, gracias al descubrimiento de mutaciones en dos genes relacionados que están involucrados en el Neuroblastoma, el cáncer infantil más agresivo, se pueden identificar nuevas pautas en estos cánceres y ayudar a descubrir potenciales nuevos enfoques terapéuticos.

6 Bibliografía

- Brodeur GM. Neuroblastoma. En: Pizzo PA, editor. Principles and practice of pediatric oncology. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins;2002. p. 895.
- Castel V, Garcia-Miguel P, Canete A, Melero C, Navajas A, Ruíz-Jiménez JL, et al. Prospective evaluation of the International Neuroblastoma Staging System (INSS) and the International Neuroblastoma Response Criteria (INRC) in a multicentre setting. Eur J Cancer. 1999;35:606-11. Medline
- Shimada H, Chatten J, Newton WA Jr, Sachs N, Hamoudi AB, Chiba T, et al. Histopathologic prognostic factors in neuroblastic tumors: definition of subtypes of ganglioneuroblastoma and an age-linked classification of neuroblastomas. J Natl Cancer Inst. 1984;73:405-16. Medline
- Cañete A. Controversias actuales y perspectivas futuras en el manejo del neuroblastoma. En: Díez Jiménez L, editor. Neuroblastoma como enfoque multidisciplinar y otras aplicaciones de la MIBG. 1.^a ed. Madrid: 2007. p. 147-60.
- Pugh TJ, Morozova O, Attiyeh EF, et al.: The genetic landscape of high-risk neuroblastoma. Nat Genet 45 (3): 279-84, 2013. [PUBMED Abstract]
- Wang LL, Teshiba R, Ikegaki N, et al.: Augmented expression of MYC and/or MYCN protein defines highly aggressive MYC-driven neuroblastoma: a Children's Oncology Group study. Br J Cancer 113 (1): 57-63, 2015. [PUBMED Abstract]

- <http://www.asociacion-nen.org/>
- <https://www.fneuroblastoma.org/>

Capítulo 226

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA EN LA EXTRAVASACIÓN DE SOLUCIONES DE CONTRASTE YODADO

CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Dentro de las responsabilidades de la enfermería en los servicios de diagnóstico por imagen y radiodiagnóstico, se encuentra la administración de soluciones de Contraste Yodado en las tomografías computerizadas (TC) como parte del procedimiento diagnóstico. Este procedimiento siempre debe estar prescrito por el médico radiólogo responsable de dicho estudio.

Como cualquier administración de medicación, existen varias complicaciones, siendo una de ellas, en especial al ser una administración por vía parenteral intravenosa, la extravasación (o infusión accidental de medicación fuera del vaso sanguíneo hacia los tejidos adyacentes). Pese a su baja tasa de incidencia, e incluso baja tasa de secuelas permanentes, existe un alto riesgo de secuelas en pacientes con características específicas y comorbilidades, para los que la prevención primaria es esencial.

2 Objetivos

- Describir una pauta sencilla para la actuación precoz y eficaz del personal de Enfermería en el caso de extravasación de soluciones de Contraste Yodado.
- Analizar la prevención primaria para evitar las causas de la extravasación.

3 Metodología

Primero se realizó una revisión sistemática de las últimas publicaciones científicas en buscadores Dialnet, IME, CINHALL, Medline, Pubmed y revistas con acceso abierto DOAJ. Se usaron los descriptores: Extravasación, contraste, yodado. Se eligieron los criterios de: estudios radiodiagnósticos, de acceso completo, no comerciales y en español o inglés. Y se obtuvieron 176 resultados de los que se seleccionaron 13. También se valoró el protocolo frente a extravasaciones de contraste yodado del servicio de radiodiagnóstico del hospital universitario de Cabueñes.

Así mismo, se ha consultado la literatura NANDA – NIC – NOC.

A continuación, se realizó una síntesis y esquematización, teniendo especial hincapié en las medidas de prevención, diagnóstico precoz, y tratamiento apropiado a realizar por el personal de enfermería. Todos los documentos valorados sugieren los mismos procedimientos, siendo solo un autor el que aconseja otro tipo de actuaciones distintas a las aquí indicadas.

4 Resultados

Se destacan 2 tipos principales de actuación (descritos en orden de actuación):

Prevención de la extravasación del contraste yodado.

- Evitar insertar catéteres venosos periféricos de calibre bajo, recomendando 20G o 18G.
- Evitar las localizaciones en venas distales y finas. Evitar manos, muñecas, pies y tobillos.
- Preferiblemente, puncionar venas del plexo braquial, sobre todo de gran grosor.
- Evitar el uso de catéteres metálicos por su elevado estrés hemodinámico.
- Verificar la permeabilidad del catéter previamente a la infusión del contraste yodado.
- Realizar, siempre que la prueba lo permita, una infusión de prueba con SSF 0,9% NaCl.
- No utilizar catéteres que tengan un tiempo desde la inserción de más de 48 horas.

Actuación cuando ya se ha producido la extravasación.

Signos locales: edema–eritema–limitación funcional–hematoma.

Síntomas locales: disconfort–dolor–urticaria–parestias–opresión–rigidez.

- Vigilancia intensiva de la infusión in-situ, al lado del paciente, durante la administración para detectar precozmente los signos y síntomas de extravasación.

- Interrumpir inmediatamente la administración de contraste yodado.
- Retirar el catéter mientras se intenta aspirar el contenido extravasado suavemente.
- Avisar al médico radiólogo responsable. Realizar estudio radiográfico si precisa.
- Delimitar el área afectada con un rotulador permanente.
- Elevar el miembro afectado, asegurando una posición superior al corazón.
- Aplicar frío local si hubiera dolor, para tratamiento sintomático inicial.
- Aplicar calor local si no existe dolor, para fomentar la vasodilatación y reabsorción.
- Observación clínica durante 2 horas y reevaluación posterior del tamaño de la zona afectada y remisión de la sintomatología.
- Alta domiciliaria si procede según criterio del médico. Instruir en cuidados de la zona.
- Contactar con el paciente a las 24 horas, para valorar evolución, si hubo alta.
- Registrar el evento adverso adecuadamente y siguiendo los protocolos establecidos.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, la infusión de Contraste Yodado se realiza electrónicamente con aparataje especializado y coordinado con el tomógrafo. La velocidad de infusión y el volumen a infundir son notablemente altos, por lo que un vaso sanguíneo pequeño no puede soportar dicho estrés hemodinámico. La prevención primaria es siempre fundamental y vital y se deben seguir las pautas en todo momento para evitar cualquier daño que se pueda producir (y evitar) al paciente.

Si pese a haber realizado una prevención primaria eficaz, se consuma una extravasación de Contraste Yodado, la parte más importante de la cadena de actuación es la detección precoz seguida siempre de la interrupción inmediata de la infusión. De no realizarse así, se corre el riesgo de extravasar grandes volúmenes de más de 100ml. A menor volumen extravasado, menor riesgo de secuelas.

Una actuación protocolizada, normalizada y eficazmente rápida, es vital para evitar secuelas en estos casos, si bien es cierto que menos del 1% de los pacientes que se someten a estos estudios sufren una extravasación, solo el 5% de las extravasaciones llega a tener secuelas tras las 24 horas, al realizar estas técnicas de prevención en los servicios hospitalarios de radiodiagnóstico.

6 Bibliografía

- Cohan RH, Ellis JH, Garner WL. Extravasation of radiographic contrast material: Recognition, prevention, and treatment. *Radiology*. 1996.
- Federle MP, Chang PJ, Confer S, Ozgun B. Frequency and effects of extravasation of ionic and nonionic CT contrast media during rapid bolus injection. *Radiology*. 1998.
- Cochran ST, Bomyea K, Sayre JW. Trends in adverse events after IV administration of contrast media. *AJR Am J Roentgenol*. 2001.
- Wang CL, Cohan RH, Ellis JH, Adusumilli S, Dunnick NR. Frequency, management, and outcome of extravasation of nonionic iodinated contrast medium in 69,657 intravenous injections. *Radiology*. 2007.
- Bellin MF, Jakobsen JA, Tomassin I, Thomsen HS, Morcos SK, Thomsen HS, et al. Contrast medium extravasation injury: Guidelines for prevention and management. *Eur Radiol*. 2002.
- Schaverien MV, Evison D, McCulley SJ. Management of large volume CT contrast medium extravasation injury: Technical refinement and literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2008.
- Kingston RJ, Young N, Sindhusake DP, Truong M. Study of patients with intravenous contrast extravasation on CT studies, with radiology staff and ward staff cannulations. *J Med Imaging Radiot Oncol*. 2012.
- Jacobs JE, Birnbaum BA, Langlotz CP. Contrast media reactions and extravasation: Relationship to intravenous injection rates. *Radiology*. 2008.
- Wienbeck S, Fischbach R, Kloska SP, Seidensticker P, Osada N, Heindel W, et al. Prospective study of access site complications of automated contrast injection with peripheral venous access in MDCT. *AJR Am J Roentgenol*. 2010.
- Moreno CC, Pinho D, Nelson RC, Sahani DV, Jenkins M, Zabrycki M, et al. Lessons learned from 118,970 multidetector computed tomographic intravenous contrast material administrations: Impact of catheter dwell time and gauge, catheter location, rate of contrast material administration, and patient age. 2013.
- Runge VM, Dickey KM, Williams NM, Peng X. Local tissue toxicity in response to extravascular extravasation of magnetic resonance contrast media. *Invest Radiol*. 2002.
- McAlister WH, Kissane JM. Comparison of soft tissue effects of conventional ionic, low osmolar ionic and nonionic iodine containing contrast material in experimental animals. *Pediatr Radiol*. 1990.
- Siström CL, Gay SB, Peffley L. Extravasation of iopamidol and iohexol during

contrast-enhanced CT: Report of 28 cases. Radiology. 1991.

Capítulo 227

CRIBADO NEONATAL DE METABOLOPATÍAS

ROSAURA GARCÍA LEONARDO

MIRIAM DIAZ PEREZ

ESTHER ALVAREZ-HORNIA PEREZ

COVADONGA MUÑOZ BLANCO

AIDA GARCÍA DE LA RIVA

1 Introducción

El programa de detección precoz de enfermedades congénitas es una estrategia de prevención secundaria fundamental en materia de Salud Pública. Consiste en la obtención de la muestra de sangre capilar procedente del talón del recién nacido mediante la cual es posible identificar una serie de enfermedades que son muy poco frecuentes pero que de no ser tratadas precozmente producen graves consecuencias.

Las primeras pruebas metabólicas se inician en España, al igual que en otros países de nuestro entorno, a finales de la década de los 70. Comienzan en Granada en el año 1968 y posteriormente, su práctica se extiende por el resto del país. En un principio estaban centradas fundamentalmente en el cribado del Hipotiroidismo Congénito y de la Fenilcetonuria, pero más adelante y gracias a la introducción de la espectrometría de masas en tándem (MS/MS) en el cribado neonatal, se detectan múltiples patologías con una única determinación.

Técnica de recogida de la muestra:

La prueba se realiza mediante un análisis de sangre, llevado a cabo por el profesional de enfermería que pincha el talón del recién nacido para extraer unas gotas de sangre. La sangre se recolecta en un papel especial (Whatman-903) y se envía a un laboratorio para analizarla lo antes posible. De manera general la prueba se realiza 48 horas después del nacimiento y antes del alta del recién nacido del hospital.

En primer lugar se desinfecta el talón con alcohol de 70 grados y se seca posteriormente. Se punciona con una lanceta estéril y desechable en una de las caras laterales de la parte plantar del talón. La primera gota de sangre se retira con una gasa estéril. Después se coloca el papel de filtro homologado en contacto con la segunda gota de sangre, hasta que empapa toda la superficie destinada a la mancha de sangre. La mancha debe rellenar todo el círculo dibujado en el papel y empapar bien por ambos lados, de modo que la mancha sea igual por el anverso que por el reverso. La sangre debe recogerse de una sola vez.

Los papeles se secan al aire durante 3 horas en posición horizontal, sin colocar nada encima. Deben conservarse en lugar seco y protegidos de la luz. Finalmente pueden enviarse por correo al laboratorio de referencia.

Enfermedades que detecta la prueba:

- Hipotiroidismo congénito.
- Fenilcetonuria.
- Fibrosis quística.
- Hiperplasia suprarrenal congénita.
- Anemia falciforme.
- Deficiencia de acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena media.
- Deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidrogenasa de cadena larga.
- Acidemia glutárica tipo 1.

2 Objetivos

- Definir cómo se lleva a cabo el cribado neonatal de metabolopatías o prueba del talón y los beneficios que esta prueba conlleva para el recién nacido y los familiares.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de los estudios de carácter científico que trataban el tema del cribado neonatal de metabopatías. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed/Medline, Dialnet, Scielo y Google Académico aplicando filtros tanto de inclusión como de exclusión. Así mismo, se revisó la propia bibliografía de las publicaciones seleccionadas. Las palabras claves fueron: cribado neonatal, pruebas metabólicas, metabopatías, detección precoz, recién nacido.

4 Resultados

El cribado se puede llevar a cabo con el objetivo de identificar, en la fase de latencia, a aquellos individuos que pueden estar enfermos o que presentan un riesgo incrementado de padecer una determinada enfermedad porque presentan un factor de riesgo.

Se trata de separar aquellos individuos que pueden estar enfermos o en riesgo de padecer una determinada enfermedad de aquellos que no lo están. Los métodos de cribado son pruebas capaces de descartar a un alto porcentaje de la población estudiada, de manera que el número de falsos negativos por una baja sensibilidad y de falsos positivos por escasa especificidad, sean mínimos, no se trata de un procedimiento diagnóstico. En los individuos que se obtenga un resultado positivo se realizarán procedimientos diagnósticos posteriores para confirmar la enfermedad y, en su caso, recibir tratamiento.

Los programas de cribado neonatal se consideran una actividad esencial dentro de las actuaciones en materia preventiva en Salud Pública. Entre 1-2 de cada mil recién nacidos, aparentemente sanos, padecen trastornos del metabolismo que, de no tratarse adecuadamente, alguno de ellos puede ser causa de incapacidad.

5 Discusión-Conclusión

El cribado de metabopatías en el recién nacido demuestra una alta eficacia a la hora de reconocer este tipo de patologías. Mediante una pequeña punción en el talón del recién nacido se obtendrán resultados negativos o positivos, y en función de estos se llevará a cabo un estudio mayor de la enfermedad que podría haber adquirido el bebé, pudiendo ampliar el diagnóstico y el pronóstico, y evitando así el agravamiento del caso.

6 Bibliografía

1. Venopunción versus punción en el talón para el cribado metabólico en recién nacidos . Venipuncture versus heel puncture for metabolic screening in newborns. Autores/as: Vanessa Valero Alcón. *Metas Enferm* dic 2014/ene 2015; 17(10): 24-27.
2. Prueba del talón en recién nacidos actualización. Marta Cembranos del Castillo [1] ; Isabel Solís Cienfuegos [1] . *Tiempos de enfermería y salud = Nursing and health times*, ISSN-e 2530-4453, N°. 2, 2017, págs. 22-26
3. Galbe Sánchez-Ventura J.. Cribado neonatal de metabolopatías. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2009 Sep [citado 2020 Ene 04] ; 11(43): 471-484.
4. Screening neonatal Gema Matilde Calderón López, Francisco Jiménez Parrilla, Antonio Losada Martínez. Servicio de Neonatología. H. Infantil. Virgen del Rocío de Sevilla.

Capítulo 228

POSIBLES COMPLICACIONES DE UN ACCESO VASCULAR.

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Una complicación tras la inserción de un catéter venoso periférico es la flebitis que es la inflamación de la capa interna de la vena debido a una alteración del endotelio, pudiendo ser de origen químico, mecánico o infeccioso.

2 Objetivos

- Conocer qué factores pueden incrementar el riesgo de complicaciones en la flebitis.
- Adquirir los conocimientos para evitar dichas complicaciones.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de manuales y artículos académicos sobre la flebitis en Cochrane, Scielo y Google Académico. Palabras clave: Flebitis, inflamación vena, acceso vascular, catéter venoso.

4 Resultados

Algunos factores que incrementan el riesgo de producirse flebitis son:

- Una mala fijación del catéter o no utilizar el material adecuado.
- Elección inadecuada del catéter en función del objetivo terapéutico o el tiempo de duración.
- La no realización de la técnica de forma aséptica.
- Inserción de un catéter cuyo calibre es mayor que el de la vena.
- Inyección de algunos fármacos muy irritantes
- Colocar el catéter en la mano no dominante o en un miembro con paresia.

Como evitar su aparición:

- Se deben tener en cuenta las características del paciente realizando la punción de manera aséptica.
- Utilizar un apósito semipermeable y transparente para cubrir la zona no tapando el punto de inserción y así poder valorar la presencia o no de flebitis.
- Si un catéter no es imprescindible se debe retirar.
- Los equipos de infusión y accesorios han de cambiarse si están sucios, en mal estado o cada 4-7 días. En el caso de los hemoderivados se deben cambiar una vez finalizada la infusión.

Signos y síntomas:

- Inflamación
- La zona está sensible, dolorosa, con calor, pudiendo presentar eritema aunque no siempre es así.
- El cordón venoso es palpable.

Existe una escala para valorar en caso de flebitis el grado de ésta. A esta escala se le conoce con el nombre de escala maddox.

5 Discusión-Conclusión

La flebitis se puede evitar si seguimos una serie de pautas como son la realización de la técnica de inserción de un catéter de manera aséptica, una adecuada elección del calibre del catéter dependiendo de para qué lo vayamos a utilizar así como proporcionar los correctos cuidados para su mantenimiento. El personal de enfermería debe poseer los conocimientos adecuados para prevenir esta complicación.

6 Bibliografía

- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Proyecto seguridad de pacientes. Proyecto piloto multicéntrico. Estrategia multifactorial. Flebitis Zero, 2015.

Capítulo 229

LOBECTOMIA PULMONAR.

MIGUEL REJAS VARONA

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

JAIME CUEVA DE MERA

IRIS UREÑA CARRASCO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

1 Introducción

Los pulmones son un par de órganos en forma de cono que ocupan la mayor parte del espacio en el tórax. Están cubiertos por una membrana llamada pleura y están separados el uno del otro por el mediastino, un área que contiene el corazón y sus grandes vasos, la tráquea, el esófago, el timo y ganglios linfáticos.

El pulmón derecho tiene tres secciones, llamadas lóbulos. El pulmón izquierdo tiene dos lóbulos. Cuando se respira, el aire llega a los pulmones a través de la laringe y la tráquea, alcanzado los bronquios principales. Uno de los bronquios principales conduce al pulmón derecho y el otro al pulmón izquierdo. En los pulmones, los bronquios principales se dividen en bronquios más pequeños (bronquios lobares y segmentarios) y terminan en bronquiolos y alveolos, desde donde el oxígeno pasa a la sangre.

La lobectomía es un procedimiento quirúrgico para extirpar uno de los lóbulos de los pulmones. El procedimiento se suele realizar cuando se identifica un cáncer

de pulmón en estadio inicial, lo que permite preservar el resto de pulmón sano. La lobectomía pulmonar se realiza mediante una toracotomía (apertura del tórax por el costado con separación de las costillas). Cada vez con mayor frecuencia, la lobectomía se realiza mediante un procedimiento mínimamente invasivo, llamado video-cirugía torácica asistida (VATS), mediante el cual, determinados instrumentos quirúrgicos especialmente diseñados se insertan en la cavidad torácica a través de una o dos pequeñas incisiones. Uno de los instrumentos, un toracoscopio, tiene una pequeña cámara y transmite la imagen a un monitor de televisión. El cirujano puede ver los órganos internos en el monitor y realizar la lobectomía sin necesidad de abrir el tórax.

Desde la década pasada, el cáncer de pulmón continúa siendo la principal causa neoplásica de muerte en el mundo y una de las enfermedades de origen respiratorio que ocasionan mayor mortalidad: 900.000 nuevos casos al año en varones y 330.000 en mujeres. En la Unión Europea el cáncer de pulmón es el causante del 21% de todos los cánceres en el varón y del 29% de todas las causas neoplásicas de muerte en ese sexo. El tabaco causa la mayoría de los cánceres de pulmón. A mayor cantidad de cigarrillos diarios que fume al día y cuanto más joven se comienza a fumar, mayor será el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón. La exposición a altos niveles de contaminación, radiación y asbesto también puede aumentar el riesgo. Existen muchos tipos de cáncer de pulmón. Cada uno de ellos crece y se disemina de un modo distinto y se trata de una forma diferente. El tratamiento también depende del estadio. El tratamiento puede incluir quimioterapia, radiación y cirugía.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento de una lobectomía pulmonar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se puede realizar una lobectomía cuando se ha identificado una condición o anomalía pulmonar que requiere extirpación quirúrgica. Un lóbulo puede extirparse para evitar la propagación del patógeno que causa la enfermedad a los otros lóbulos, como en la tuberculosis o en algunos tumores pulmonares cancerosos. Las condiciones del tórax y de los pulmones por las que puede realizarse una lobectomía incluyen, entre otras, las siguientes:

- Tuberculosis. Infección bacteriana crónica que generalmente infecta los pulmones, aunque también puede comprometer otros órganos. La tuberculosis es principalmente una enfermedad que se transmite por el aire (por las expulsiones de aire de las personas infectadas al toser o estornudar).
 - Absceso pulmonar. Acumulación localizada de pus que se puede formar en el pulmón. Si el absceso no desaparece con terapia antibiótica, se lo puede "aislar" para que no infecte al resto del cuerpo.
 - Enfisema. Enfermedad crónica que se produce por la degradación química de las fibras elásticas de los pulmones, lo que interfiere con la expansión y contracción de los pulmones
- Tumor benigno. Masa no cancerosa.

- Cáncer de pulmón. Grupo de cánceres que puede afectar los bronquios, uno o más lóbulos de los pulmones, el revestimiento pleural y/u otro tejido pulmonar
- Micosis. Los hongos son un grupo de microorganismos que, aunque son poco frecuentes, pueden causar infecciones en diversas partes del cuerpo. Las micosis son difíciles de diagnosticar y tratar.

Para llevar a cabo la intervención se debe realizar una toracotomía, es decir, una incisión en el tórax, que permita al cirujano llegar hasta la zona tumoral. Si solamente está afectado un lóbulo se hace una lobectomía. Si están afectados más de un lóbulo o el bronquio principal, la intervención necesaria es la neumonec-tomía. Normalmente se extirpan los ganglios mediastínicos para ver si están o no afectados por el tumor.

La correcta elección de la vía de abordaje al tórax es fundamental para obtener el éxito quirúrgico y un postoperatorio favorable. Debe adaptarse tanto a la patología como a la experiencia del cirujano torácico, buscando el equilibrio entre agresividad y seguridad de la técnica.

- Toracotomía posterolateral. Es posiblemente la vía de abordaje más frecuente al tórax.
- Toracotomía lateral

- Toracotomía amiotómicas posterior y lateral. Respetan el dorsal ancho en su totalidad y abordan el tórax por sus bordes posterior y anterior.
- Toracotomía anterior. Muy útil para biopsias pulmonares en pacientes que no toleren el decúbito lateral y como toracotomía de emergencia.
- Toracotomía de Shaw-Paulson. Está dirigida fundamentalmente al tratamiento de los tumores del sulcus superior que invaden, preferentemente, estructuras posteriores (cuerpos vertebrales, agujeros de conjunción, cadena simpática, ganglio estrellado y/o zona posterior de la primera costilla).
- Toracocervicotomía anterior de Dartevelle.
- Toracosternotomía transversa (incisión «clamshell»).
- Esternotomía media Es posiblemente el abordaje torácico más frecuente debido a su uso en cirugía cardiovascular. En cirugía torácica, los tumores de mediastino y la resección de metástasis pulmonares bilaterales son sus indicaciones más frecuentes.

El paciente se coloca usualmente en posición de decúbito lateral para una toracotomía lateral o en posición semilateral para toracotomía anterolateral. La resección pulmonar asistida por video se realiza usualmente con el paciente en posición de decúbito lateral completo. Bajo circunstancias inusuales, como un procedimiento cardiaco concomitante o para resección de un tumor que invade la vena cava superior, puede realizarse una lobectomía superior derecha a través de una incisión de esternotomía con el paciente en decúbito supino.

El espacio intercostal apropiado para la entrada se identifica luego de seccionar las partes blandas que cubren la pared torácica. Para acceso a través de una toracotomía lateral, usualmente suficiente el quinto espacio intercostal y se usa el cuarto espacio intercostal si el paciente esta posición semilateral. Para pacientes obesos con diafragmas altos, es apropiado usar un espacio intercostal más alto que el seleccionado habitualmente. Si existe la posibilidad de afectación de la pared torácica por cáncer pulmonar, el punto de entrada se selecciona de manera de evitar esta región para poder evaluarla antes de completar la toracotomía.

Apertura y cierre de una toracotomía:

Apertura.

- Se realiza una incisión siguiendo la curvatura de la costilla.
- Los planos subcutáneos se seccionan con bisturí frío o electro bisturí. Los vasos se coagulan, se pinzan o se ligan con seda.
- Se introduce un separador por debajo de los músculos del hombro y se separa la escápula.
- Se realiza una incisión intercostal. Se secciona la costilla libre de sus inserciones,

con una cizalla, se reseca la costilla entera. Se amplía la incisión con separador autoestático para evitar daños tisulares.

Cierre.

- Se colocan puntos pericostales reabsorbibles 2 o 1 alrededor de dos costillas y se reparan los cabos.
- Se usa un aproximador costal para juntar las costillas.
- Se utiliza una sutura continua con materia absorbible 0 para aproximar el periostio entre dos costillas.
- Se cierran los músculos con sutura continua irreabsorbible 0, o con puntos separados.
- El tejido celular subcutáneo se cierra con puntos irreabsorbibles 3-0 sintético.
- La piel se cierra con grapas o con material preferido por el cirujano.
- Se conectan los tubos torácicos a un sistema de drenaje con sellado bajo agua y se cubre la herida con apósitos absorbente y con tela adhesiva.

5 Discusión-Conclusión

Las posibles complicaciones durante y después de la cirugía dependen de la extensión de la cirugía y la condición de salud de la persona. Las complicaciones graves pueden incluir sangrado excesivo, infección de la herida y neumonía. Aunque es poco común, en algunos casos puede que las personas no sobrevivan a la cirugía, razón por la cual la cirugía no es apropiada para todo paciente. La cirugía para el cáncer de pulmón es una operación mayor, y recuperarse de la misma usualmente toma de semanas a meses. Si la cirugía se hace a través de una toracotomía, el cirujano tiene que separar las costillas para llegar al pulmón, y por lo tanto el área adyacente a la incisión dolerá por un tiempo después de la cirugía. Las actividades se limitan durante al menos uno o dos meses. Las personas que se someten a una cirugía torácica asistida por video (VATS) en vez de una toracotomía presentan menos dolor después de la cirugía y suelen recuperarse más rápidamente. Si los pulmones están en buenas condiciones (excepto por la presencia del cáncer) es usual que después de un tiempo se puedan reanudar las actividades normales después de que se extirpó un lóbulo o todo el pulmón.

6 Bibliografía

1. [www.torax.org/cirugia del tórax/](http://www.torax.org/cirugia-del-torax/) Clínica quirúrgica del tórax.
2. [www.aecc.es/sobre el cáncer de pulmón.](http://www.aecc.es/sobre-el-cancer-de-pulmon/)

3. [www.lobectomiapolmonare weebly.com](http://www.lobectomiapolmonare.weebly.com).
4. Triviño A., Congregado A y col. Experiencia y desarrollo de la técnica de lobectomía por cirugía torácica videoasistida.
5. www.cancer.org/español.
6. www.carafirststaywellsolutionsonline.
7. www.cybercancerweebly.com/lobectomíacuteas.htn.
8. Sevilla S., Vaquero M. y col. Incisión y vías de abordaje quirúrgicas. Arch. Bronconeumol. 2011;47 (Supl.8):21-25.
9. Congregado M., Loscertales J. Experiencia y técnica de lobectomía pulmonar por cirugía torácica videoasistida. Rev. Pat. Resp. 2006;9 (Supl1):31.

Capítulo 230

CANALIZACIÓN CATÉTER ARTERIAL POR VÍA RADIAL

SILVIA GOMEZ GONZALEZ

REBECA IVARS NULES

1 Introducción

La monitorización invasiva de la presión arterial es el registro continuo de la presión arterial mediante un catéter intraarterial conectado a un transductor de presión que se realiza con gran frecuencia en las U.C.I. con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

La vía arterial más común, de mejor acceso y con menos complicaciones es la vía radial ya que posee circulación colateral a través de la arteria cubital. El profesional de enfermería generalmente es el que se encarga de dicha técnica y debe estar bien formado y adiestrado.

Está indicada fundamentalmente en:

- Inestabilidad hemodinámica: para un mejor control hemodinámico del paciente inestable tanto en situaciones de hipotensión como de hipertensión.
- Cuando hay que obtener numerosas gasometrías y/o analíticas sanguíneas, para evitar molestias al paciente.

2 Objetivos

- Conocer el funcionamiento del catéter arterial por vía radial.

3 Caso clínico

Previa a la realización de la técnica se realiza el TEST DE ALLEN, que consiste en la comprobación de circulación colateral con el fin de proteger la mano de una posible isquemia en caso de aparición de cualquier complicación.

Actualmente esta técnica es de dudosa fiabilidad ya que es poco objetiva y puede dar falsos positivos o negativos. En la actualidad, la valoración mediante ecografía Doppler es la técnica más fiable y cada vez más utilizada.

El test de Allen consiste en:

- Colocar la palma de la mano hacia arriba, para observar los cambios de color, pidiéndole al paciente que apriete el puño.
- Usando los dedos índice y medio, comprimir al mismo tiempo las arterias radial y cubital, obstruyendo el flujo sanguíneo arterial de la mano, pidiéndole al paciente que abra y cierre la mano varias veces.
- La palma de la mano debe tener un color pálido, al no tener flujo arterial.
- Liberar la presión de la arteria cubital, y vigilar si aparece el color de la palma en unos 5-15 segundos, si esto es así la arteria cubital es permeable.
- Este procedimiento se repite liberando la arteria radial.

Inserción catéter arterial radial

Materiales: se trata de una técnica estéril por lo que requiere bata, gorro, mascarilla y guantes estériles.

- Gasas, compresas y paños estériles para hacer un campo estéril.
- Antiséptico como Clorhexidina 2% o Povidona Yodada 10%.
- Set de cateterización arterial, método Sheldinger.
- Apósitos para fijación del catéter arterial.
- Seda 2/0 o sistema de fijación con cinta adhesiva.
- Suero Fisiológico 500 ml.
- Presurizador, transductor de presión arterial, cable de conexión al monitor.

Técnica:

- Informar al paciente del procedimiento a realizar, si está consciente.
- Proporcionarle un ambiente adecuado y colocarlo cómodamente.
- Preparar todo el material necesario.
- Prepararemos el sistema transductor, conectándolo al suero fisiológico. Purgar el sistema, evitando burbujas de aire. Colocar la válvula al nivel de la aurícula derecha del paciente en posición horizontal o del eje flebostático (4º espacio intercostal de la línea media axilar) y fijarla con cinta adhesiva a la piel y/o cinta de algodón.

- Inflar el presurizador a 300mm Hg.
- Limpiaremos la piel con agua y jabón de clorhexidina y secar completamente.
- Colocarse equipo no estéril (gorro, mascarilla) y equipo estéril (bata y guantes).
- Desinfectar la piel con Clorhexidina 2% o povidona yodada 10 % : dejar secar el antiséptico antes de insertar catéter arterial (30 segundos la clorhexidina y 2 minutos la povidona yodada).
- Hacer campo estéril con paños sobre mano del paciente.
- Con los dedos índice y corazón palparemos el recorrido de la arteria al menos en dos puntos.

Se utiliza el Método de Sheldinger:

- Puncionar la arteria con la aguja con un ángulo no superior a 30°, cuando refluye sangre significa que está canalizada, debe salir con fluidez y ser pulsátil.
- Introducir la guía metálica sin forzar.
- Retirar la aguja y se ejerce presión con unas gasas en el lugar de punción.
- Introducir el catéter a través de la guía, habiendo sacado ésta por el extremo distal del catéter antes de introducirlo.
- Retirar la guía.
- Conectar al sistema de monitorización.

4 Resultados

Es de vital importancia que el profesional de enfermería esté correctamente formado tanto en la parte teórica como en la práctica para la correcta realización de la técnica de canalización del catéter arterial para evitar complicaciones posteriores con el fin de evitar mayores problemas de los que ya posee por sí el paciente crítico.

5 Discusión-Conclusión

Esta técnica comúnmente utilizada en las U.C.I. y realizada por el personal de enfermería la mayoría de ocasiones es de gran utilidad para la monitorización hemodinámica del paciente, facilitando el uso de drogas vasoactivas con respecto a la presión arterial y además podremos obtener muestras sanguíneas minimizando los pinchazos al paciente. El profesional de enfermería debe estar bien formado y adiestrado en dicha técnica y en los cuidados y la resolución de posibles complicaciones como infección, hematomas, trombosis, etc.

6 Bibliografía

1. Romeu-Bordas O., Ballesteros-Peña S. Validez y fiabilidad del test modificado de Allen: una revisión sistemática y metanálisis. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137-6821, Vol. 29, N°. 2 (Abril), 2017, págs. 126-135.
2. Alvarez de la Iglesia M., Antelo González S., Córdoba Carbia R., et al. Cateterización arterial. <https://enferurg.com/wp-content/uploads/2019/03/1105.pdf>.
3. Montalvo Bueno C. Monitorización invasiva de la presión arterial. Indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. https://www.enfermeriadeciudadreal.com/articulo_imprimir.asp?idarticulo=738&accion.
4. Ochagavía A., Baigorri F. Introducción de la serie, Puesta al día: Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. *Med Intensiva*, 35 (2011). Pp 497/498 <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2010.10.10> Medline.

Capítulo 231

TUMORECTOMÍA MÁS BIOPSIA GANGLIO CENTINELA, TÉCNICA ROLL/SNOLL.

MIGUEL REJAS VARONA

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

JAIME CUEVA DE MERA

IRIS UREÑA CARRASCO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

1 Introducción

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) puede considerarse la técnica estándar de estadificación del cáncer de mama en estadios iniciales, permitiendo seleccionar los casos en los que puede evitarse la linfadenectomía axilar y la morbilidad derivada de dicha técnica.

Diferentes estudios han demostrado que el estado del ganglio centinela predice correctamente el estado axilar. La BSGC, permite estudiar el ganglio o ganglios que reciben primariamente el drenaje axilar y realizar sobre los mismos, un estudio anatomopatológico más exhaustivo que en el caso de la linfadenectomía axilar, y además posibilita diagnosticar si existe drenajes extraxilares, consiguiendo una estadificación más precisa. Por este motivo, podemos considerar al ganglio centinela como uno de los más importantes avances en la cirugía conservadora.

Se define como ganglio centinela, aquel que recibe primariamente el drenaje tumoral y está ubicado en el área seleccionada gammagráficamente. Es la primera estación ganglionar que comunica directamente con el tumor. Basado en la idea halstediana de la diseminación tumoral, el tumor seguirá una diseminación ordenada vía linfática al ganglio centinela y de éste a los otros ganglios.

Se define como ganglio secundario o accesorio aquel que identificado o no previamente en la linfogammagrafía tenga una actividad significativamente menor en la misma área de drenaje del ganglio centinela.

Desarrollo y validación de la técnica del ganglio centinela.

La técnica de la BSGC, se basó en la observación que las células tumorales del tumor primario migran a uno o pocos ganglios y de estos al resto de ganglios. La inyección de un colorante vital o de un radiocoloide alrededor del área tumoral permite la identificación del ganglio centinela en la mayoría de pacientes y su estado predice de manera precisa el estado axilar.

A pesar de la variabilidad y de los criterios de selección de la técnica, el ganglio centinela es identificado y predice el estado del resto de ganglios axilares en > 95% de los casos. La tasa de falsos negativos en las descripciones originales fue del 5-10 %, pero disminuye con la experiencia de los cirujanos. Por este motivo, previa introducción de la técnica, suele recomendarse una curva de aprendizaje, o un número de casos hasta conseguir un número óptimo en la tasa de identificación y de falsos negativos.

Técnica ROLL.

Hoy en día el hallazgo mamográfico de una lesión no palpable de mama (LNP) cada día es más frecuente. Este fenómeno viene condicionado por la introducción de las campañas de detección temprana del cáncer de mama, el perfeccionamiento de las técnicas de diagnóstico por imagen, con la introducción de la mamografía digital, ecografía con transductores de alta frecuencia y la resonancia nuclear magnética de mama junto a la mayor concienciaciones de las mujeres por toda la información difundida en los medios de comunicació. Todo ello ha provocado el aumento en la incidencia de la detección de lesiones no palpables de mama con el incremento posterior de tumorectomías y biopsias diagnósticas que requieren una localización previa de la lesión. Los factores que intervienen en la realización de dicha localización son variados; lesión de pequeño tamaño, mama de gran tamaño, mama de consistencia elevada, edad y la naturaleza de la lesión (nódulo vs microcalcificaciones). La cirugía radioguiada es aquella en la que la localización de una estructura es guiada antes y durante el propio acto

quirúrgico por radiación gamma procedente de esa estructura. El concepto de ROLL (radioguided occult lesión localization) consiste en la inyección intratumoral de un radiocoloide poco o nada difusible, guiado radiológicamente normalmente por ecografía o esteroataxia. Estos dos primeros pasos se realizan en el Servicio de Radiología, a continuación se traslada a la paciente al Servicio de Medicina Nuclear para comprobación gammagráfica y marcaje cutáneo. Una vez marcado se dirigen al quirófano donde se realiza la cirugía radioguiada con la detección intraquirúrgica mediante una sonda gammadetectora con comprobación de márgenes de resección (actividad residual en lecho, estudio radiológico y AP). La paciente tiene que visitar distintos servicios y ser vista por distintos especialistas, por lo que se precisa de un trabajo multidisciplinar. Es una técnica alternativa a la localización con arpón, que puede tener como complicaciones, el sangrado, desplazamiento, migración y pneumotórax. Puede utilizarse en cualquier tipo de lesión no palpable de la mama que precisen exéresis, exceptuando el caso de microcalcificaciones difusas o dispersas, que ocupen una zona amplia o aquellas lesiones multifocales o multicéntricas en cuyo caso suele ser recomendable su exéresis mediante localización con arpón.

El objetivo es la utilización de técnicas quirúrgicas menos agresivas con eficacia terapéutica similar a las convencionales como ventajas podemos mencionar la detección rápida y eficaz del tejido tumoral, la confirmación de la resección tumoral completa, la extirpación más circunscrita de la lesión y un mejor resultado estético. Descrita en 1997 en el Instituto de Tumores de Milán, en poco tiempo, surge la necesidad de combinar el ROLL con la BSGC, surgiendo el nuevo concepto de SNOLL (sentinel node and radioguided occult lesión localization). Múltiples protocolos aparecieron según los distintos centros.

2 Objetivos

Conocer los diferentes aspectos relacionados con la técnica de una tumorectomía y biopsia del ganglio centinela según la técnica Roll/Snoll.

3 Metodología

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

revisadas.

4 Resultados

Biopsia selectiva Ganglio centinela:

1. Valoración de la zona de incisión en axila mediante localización del punto de máximo contaje con la sonda de la gamma cámara.
2. Incisión cutánea y disección de tejido subcutáneo hasta abordaje de la grasa axilar. Localización de zona de máximo contaje con la sonda.
3. Localización mediante sonda y visualización del ganglio que muestra mayor contaje. Disección y extracción del ganglio. Es importante valorar el número de cuentas que tiene dicho ganglio para luego buscar ganglio accesorios (Regla del 10%). Confirmación extracorpórea del contaje del ganglio. Se remite a estudio histológico.
4. Revisión de la axila con la sonda y localización de zonas con contaje superior al 10 % del ganglio principal ya extraído. Disección y extracción de dichos ganglio accesorios. Confirmación extracorpórea y envío al Servicio Anatomía Patológica.
5. Nueva revisión con sonda y digital de la cavidad axilar y confirmación de la no presencia de no más ganglios centinelas. En caso de captaciones o tacto patológico se realizara extracción de dichos ganglios. En el segundo caso se marcaran como "ganglio no centinela". Revisión de hemostasia y compresión con gasas empapadas en agua oxigenada rebajada con SFF.

Tumorectomía (técnica Roll):

1. Valoración de la zona de incisión cutánea. Esta vendrá dada por la presencia de un arpón, si es el caso, o por la descripción de las técnicas de diagnostico por la imagen o por el tacto de la tumoración. Si, se realizara la técnica Roll dicha incisión vendría marcada por el punto de mayor contaje con la sonda de la Gammacámara.
2. Disección y localización de la tumoración con extirpación de la misma asegurando unos márgenes libres. En el caso de la técnica Roll confirmaríamos mediante Gammacamara la ausencia de contaje de los bordes que nos permitiría confirmar la extirpación completa de la lesión.
3. Marcaje de la pieza mediante hilos o grapas con una técnica estandarizada para cada servicio, con el fin de orientar al patólogo y que nos pueda confirmar la presencia de márgenes libres o en su caso cual esta afecto. Se remite la pieza quirúrgica para su estudio intraoperatorio para valoración de dichos márgenes, confirmación de la presencia del arpón o coils de marcaje si los hubiera.

4. Ampliación de bordes en caso de bordes afectos según instrucciones del patólogo.
5. Revisión de hemostasia.
6. Realización de colgajos oncoplásticos en aquellos casos que fuera necesarios.
7. Colocación de drenaje aspirativo tipo Redon.
8. Sutura cutánea.

Linfadectomía axilar:

1. Si, tras el estudio histológico del/los ganglios centinelas este/os se encontraran afectos de metástasis tumoral se procedería a realizar una linfadenectomía axilar reglada que incluyera al menos los niveles I y II de Berg.
2. Disección de paquete graso axilar con identificación de las estructuras vasculares y nerviosas evitando su lesión siempre que pueda ser posible. Es de especial relevancia la disección de la vena axilar hasta el nivel III. En las estructuras nerviosas a respetar es de especial consideración evitar la lesión del nervio de Bell.
3. Revisión de hemostasia. Colocación de drenaje aspirativo tipo Redon.
4. Sutura de piel.
5. Vendaje compresivo.

5 Discusión-Conclusión

La BSGC debe realizarse en pacientes con cáncer de mama invasivo o microinvasivo con ganglios clínicamente negativos. El ganglio centinela puede omitirse en aquellos casos en los que la información del estado ganglionar no influenciará el tratamiento adyuvante, como puede ser el caso de mujeres añosas, con tumores pequeños y receptores hormonales positivos. Respecto a los casos de carcinoma in situ, estará indicado asociar una BSGC, cuando existan sospechas de invasión, como cuando se realiza una mastectomía, es un carcinoma in situ extenso o va asociado a una lesión nodular o una masa palpable.

Criterios de indicación y contraindicación. Es recomendable el diagnóstico histológico de carcinoma para indicar la BSGC. También puede considerarse la indicación en casos de pruebas de imagen altamente indicativas de carcinoma y citología compatible con carcinoma. Siguiendo el Consenso sobre la BSGC de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM).

Criterios de indicación:

- Carcinomas infiltrantes T1, T2 y T3, siempre que la axila sea clínica, ecográfica y patológicamente (si procede, ya sea citológica o histológicamente) negativa.
- En los casos de carcinoma intraductal con indicación de mastectomía. Alto riesgo para microinfiltración o infiltración en base a alguno de los siguientes criterios (evidencia 2++): diámetro ≥ 3 cm. Palpable. Alto grado histológico. Comedonecrosis. En el carcinoma de mama en el varón se siguen las mismas indicaciones que en la mujer.

Criterios de exclusión o contraindicación:

- La verificación preoperatoria de afectación ganglionar mediante pruebas de imagen (ecografía) y, al menos, citología de las adenopatías sospechosas con diagnóstico compatible con metástasis de carcinoma
- Carcinoma inflamatorio.
- Radioterapia axilar previa a dosis de 50 Gy.
- Carcinoma localmente avanzado con afectación ganglionar, en ausencia de tratamiento sistémico primario.

No constituyen criterios de contraindicación:

- Biopsia escisional previa, siempre que no aparezcan criterios de exclusión.
- Cirugía mamaria plástica de aumento o reducción previa.
- Tumores multifocales y multicéntricos (evidencia 1).
- Cirugía conservadora con BSGC previa por carcinoma: no hay evidencia para contraindicar una nueva BSGC, aunque es necesaria la valoración individual de cada caso en función de la dosis de irradiación recibida en la axila (evidencia 1+).
- Mujeres gestantes o púerperas lactantes, previa retirada de la lactancia 24 h. Se recomienda utilizar la mínima dosis posible de trazador y el mismo día de la cirugía. En estos casos, está contraindicado el uso de cualquier colorante vital.

En pacientes con axila clínica/ecográficamente negativa de inicio (cN0), puede realizarse la BSGC tanto previa al tratamiento sistémico primario como posterior al mismo (evidencia 1+). En pacientes cN1/N2 de inicio con negativización clínica y ecográfica de la axila tras la neoadyuvancia (cyN0), puede realizarse la BSGC después del tratamiento sistémico primario y evitar la linfadenectomía axilar cuando el GC sea negativo (evidencia 1-). No obstante, series recientes aportan resultados controvertidos al respecto por la alta tasa de falsos negativos secundarios a la terapia sistémica primaria.

Localización del Ganglio Centinela (GC). Se han utilizado diferentes métodos para la localización del ganglio centinela, fundamentalmente los colorantes vi-

tales y los radiocoloides. Dichos métodos, pueden ser complementarios y se utilizan según experiencia y disponibilidad de los distintos grupos de trabajo:

1. Colorantes Vitales. Varios han sido descritos, el azul de metileno, el azul de isosulfán, azul vital, verde indocianina o el índigo carmín. Las tasas de identificación con el uso exclusivo de colorantes vitales se sitúan alrededor del 85%, y pueden presentar problemas de reacciones de hipersensibilidad, edema, urticaria, y desaturación de oxígeno.

2. Radiocoloides. Consisten en pequeñas sustancias coloides constituidas por partículas neutras y biológicamente inertes marcadas con Tc 99, que tras ser inyectadas en el espacio intersticial son absorbidas en pequeña proporción por los vasos linfáticos, siendo atrapados por los macrófagos por un proceso de fagocitosis que ocurre en el seno marginal.

6 Bibliografía

1. Blanco M. Aportación de la Medicina Nuclear en el Cáncer de Mama. Ganglio Centinela y ROLL. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid. 2010.
2. Pla MJ. Técnica de la biopsia ROLL y Ganglio Centinela, ¿Cómo? Y ¿cuando? Programa Oficial de Actualización profesional para Ginecólogos y Obstetras. PROAGO. 2013.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines.
4. Bernet L, Piñero A, Vidal-Sicart S, Cano R. et al. Actualización del consenso del biopsia selectiva de ganglio centinela en cáncer de mama. Rev. Senología Patol. Mamaria 2010; 23(5): 201-8.
5. Bernet L, Piñero A, Vidal-Sicart S, Cano R. et al. Consenso sobre la biopsia selectiva en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Rev. Esp. Patol. 2014 <http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2013.11.001>.
6. Benítez A, Cortés M, Bajén M, Rodríguez A. Sabaté A. Ganglio centinela, ROLL y SNOLL en el cáncer de mama. En "Medicina Nuclear en la práctica clínica" Editorial Aula 2009. Págs: 571-584.
7. Vidal-Sicart S. Ganglio centinela y nuevas técnicas de medicina nuclear en el cáncer de mama. En "Cursos CLINIC de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología" Laboratorios Menarini 2011. Pags: 453-480.
8. Ballester B. Cirugía radioguiada. Arpón vs ROLL: Comunicación 1er Congreso Español de la MAMA. Madrid octubre 2103. Libro de ponencias y comunicaciones págs 9-10.

9. Giménez J. Biopsia selectiva del Ganglio Centinela (bsgc). Comunicación 1er Congreso Español de la MAMA. Madrid octubre 2103. Libro de ponencias y comunicaciones pág 20.
10. Modolell A, Sabadell MD, Izquierdo M, Prats de Puig Lesiones premalignas y preinvasoras en patología mamaria. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. 2013.
11. Sabadell MD, Piñero A, Giménez MJ. Tratamiento quirúrgico. Cirugía primaria. Cirugía en neoadyuvancia. Ganglio centinela. En "Manual de Práctica clínica en Senología Edición 2010. Sociedad de Senología y Patología Mamaria. Págs: 48-51.
12. MPG School of Health. MASTER EN ENFERMERIA QUIRÚRGICA. Temario Curso 2104-2015.

Capítulo 232

BRONQUIOLITIS AGUDA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

SILVIA PEREZ TABOADA

CONCEPCION FERNÁNDEZ RODRIGUEZ

NOEMI GARCIA SANCHEZ

1 Introducción

El VRS (virus respiratorio sincitial) es el virus detectado con más frecuencia (70-80%) en los niños con bronquiolitis, seguido de rinovirus, bocavirus (HBoV), adenovirus, metapneumovirus (hMPV), y con menos frecuencia parainfluenza y virus de la gripe. En términos generales la bronquiolitis aguda es causa de ingreso en un 18 % de los casos de hospitalización pediátrica y afecta normalmente a niños entre 0 a 1 año

2 Objetivos

- Proporcionar información sobre la bronquiolitis aguda.
- Determinar los factores de riesgo de la bronquiolitis aguda.
- Conocer la duración y prevención de la enfermedad en el paciente pediátrico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la materia. Las bases de datos consultadas fueron: Escielo y Pubmed así como el buscador de

Google Académico. Los descriptores utilizados fueron: “bronquiolitis”, “infección respiratoria aguda”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano e inglés) y período temporal (2010-2019). Se descartaron los documentos que no presentaban relación con el tema de estudio, extrayendo del resto los datos pertinentes

4 Resultados

La bronquiolitis aguda es una infección producida en vías respiratorias inferiores. Como consecuencia, los bronquiolos de los pulmones se inflaman aumentando su volumen, de forma que estas pequeñas cavidades se llenan de moco dificultando así el flujo de aire pulmonar y disminuyendo la función respiratoria.

Los síntomas de la bronquiolitis aguda pueden ser confundidos con los pródromos catarrales durante los primeros días, puesto que cursa con congestión nasal, mocos, tos y en ocasiones fiebre no muy alta. Es a partir del cuarto día cuando la afectación llega al bronquio objetivándose en el niño un aumento en la frecuencia respiratoria así como de tos, disnea y silbidos en la respiración que puede llegar a alcanzar una duración de entre tres y seis semanas.

Entre los factores de riesgo, cabe destacar:

- Nacimiento prematuro o bajo peso (< 2500 g).
- Afección cardíaca o pulmonar no diagnosticada.
- Sistema inmunitario debilitado.
- Edad < 6 semanas
- Tabaquismo en el entorno.
- Hacinamiento y pobreza.

Son indicadores de gravedad en el paciente pediátrico, la intolerancia digestiva, letargia, historia de apnea, taquipnea, aleteo nasal, tiraje costal grave, presencia de quejido y cianosis.

En cuanto a la prevención, debemos insistir en el lavado de manos, antes y después del contacto con el niño, lavar superficies y juguetes de tela en contacto boca - mano, evitar el contacto ambiental con humos de tabaco, ventilar los espacios cerrados, evitar el contacto con centros sanitarios, se aconseja prolongar la lactancia materna hasta los seis meses y es importante la utilización de pañuelos desechables.

5 Discusión-Conclusión

La bronquiolitis cursa en sus primeros días con los síntomas de un resfriado común (tos, mucosidad, rinitis, congestión nasal e incluso fiebre baja). Es a partir de cuarto día cuando aparecen complicaciones, siendo los lactantes o niños entre los 3 y 6 meses los más afectados.

Esta enfermedad respiratoria aguda, es la que mayor número de ingresos hospitalarios acarrea en pacientes pediátricos, por lo que resulta de vital importancia adoptar todas las medidas de prevención necesarias que tenemos a nuestro alcance para disminuir la incidencia de la misma, apoyándose en campañas de promoción y concienciación con el fin de evitar contagios innecesarios.

6 Bibliografía

1. Orejón de Luna G., Fernández Rodríguez M.. Bronquiolitis aguda. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2012 Jun [citado 2020 Ene 01]; 14(Suppl 22): 45-49.
2. Medlineplus: Enciclopedia medicavirtual.
3. Ayuso Raya Candelaria, Castillo Serrano Ana, Escobar Rabadán Francisco, Plaza Almeida Josefa. Bronquiolitis en una Zona de Salud urbana: Factores demográficos y medioambientales. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2010 Jun [citado 2020 Ene 03] ; 3(2):71-77.
4. Google académico.

Capítulo 233

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

Los pacientes críticos presentan un estado de estrés metabólico como consecuencia de una actividad metabólica y catabólica aumentada donde el organismo consume sus propias proteínas, en especial las musculares y las hepáticas. Dicho estado de estrés conduce a un rápido proceso de malnutrición proteico-calórica que implica un aumento en el número de complicaciones y una estancia hospitalaria más prolongada.

La evidencia respecto de la efectividad e influencia del soporte nutricional para la obtención de mejores resultados globales en la evolución clínica de los pacientes críticos ha ido en aumento en la última década. Dicho soporte nutricional puede administrarse por vía enteral y/o intravenosa

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente para un manejo correcto de la nutrición enteral y parenteral por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

La profundización en el tema se llevó a cabo a través de bases de datos bibliográficas donde se localizó, recuperó y valoró toda la información existente relacionada con el tema a tratar para, finalmente, realizar una revisión bibliográfica narrativa.

- El tipo de estudio ante el que estamos es una revisión narrativa.
- La base de datos utilizada fue Redalyc. Además se aplicaron las búsquedas en el motor de búsqueda Google Académico.
- Las palabras claves usadas fueron soporte nutricional, nutrición enteral, nutrición parenteral, paciente crítico y unidad de cuidados intensivos.

El proceso de criba de los documentos encontrados se realizó en varias etapas. Primero se llevó a cabo una lectura y selección de los mismos en función de sus títulos, posteriormente se realizó una lectura de todos los resúmenes de los textos elegidos recopilando aquellos que podían acercarse más al tema y finalmente se escogieron aquellos documentos cuyo contenido encajaba con los objetivos de este trabajo

4 Resultados

Nutrición enteral.

La nutrición enteral es la administración de nutrientes a través de un tubo o sonda en el tracto gastrointestinal. El abordaje se escoge de acuerdo con el estado funcional y anatómico del tracto gastrointestinal, el estado de conciencia, la duración de la intervención, la posibilidad y técnica de abordaje y la posibilidad de presentarse complicaciones.

La nutrición enteral pretende conservar o reparar la integridad de la mucosa intestinal, favorecer y mantener la secreción de factores y sistemas inmunoprotectores, inducir la secreción de factores tróficos, estimular el flujo sanguíneo del intestino, mantener la secreción de péptidos que participan en la respuesta inflamatoria sistémica, prevenir úlceras de estrés, disminuir la traslocación bacteriana, aportar nutrientes como fuente de energía y permitir el uso de inmunonutrientes.

Situaciones que dificultan o limitan la nutrición enteral en el paciente crítico:

- Diarrea significativa con alimentos hiperosmolares que ponen en peligro el manejo de los líquidos y los electrolitos.
- Trastornos de la motilidad gástrica, gastroparesia y reflujo gastroesofágico, los cuales incrementan el riesgo de broncoaspiración.

- Posición en decúbito.
- Ciertos medicamentos como la morfina que impide el vaciamiento gástrico intestinal.
- Obstrucción intestinal completa de origen mecánico.
- Fístula intestinal de alto gasto.
- Hemorragia gastrointestinal severa.
- Fase inicial del síndrome del intestino corto.
- Colitis pseudomembranosa severa.

Ventajas de la nutrición enteral:

- Efecto trófico: la ausencia de nutrientes en la luz intestinal provoca la atrofia de las vellosidades intestinales que se mantienen estructuralmente intactas con la presencia de los mismos.
- Efecto barrera: el intestino juega un papel de modulador del catabolismo proteico, limitador de la implantación y proliferación de gérmenes, y modulador inmunológico.
- Aporta al intestino de nutrientes específicos: La nutrición enteral es más fisiológica ya que mantiene el patrón de motilidad intestinal y consigue una mejor utilización de las sustancias nutritivas.
- Mayor seguridad: con el uso de la nutrición enteral se evita el riesgo de sepsis por catéter.
- Menor número de complicaciones: Si las hay son generalmente de menor gravedad.
- Reduce la incidencia de hemorragias digestivas por neutralización del jugo gástrico.
- Es más barata y más fácil de ser administrada.

Tipos de nutrición enteral:

- Dietas poliméricas, fórmulas sin obras en lactosa: son dietas nutricionalmente completas y están compuestas por proteínas intactas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales. Son las dietas estándar y requieren que los pacientes tengan el tracto gastrointestinal intacto.
- Dietas elementales o dietas de fórmula definida: son dietas nutricionalmente completas cuyo interés deriva en que pueden utilizarse en pacientes con un tracto gastrointestinal que no funciona adecuadamente con problemas para la digestión y absorción.
- Fórmulas especiales: son dietas con modificaciones cualitativas y cuantitativas de sus proteínas y de su aporte calórico diseñadas para utilizarse en fallo renal, hepático, respiratorio y en situaciones de hiperglucemias y de estrés metabólico.

Indicaciones de la nutrición enteral en el paciente crítico:

- Enfermedades gastrointestinales.
- Obstrucción esofágica.
- Pancreatitis.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Fístulas intestinales.
- Disfunción orgánica respiratoria (dependencia ventilación mecánica), cardíaca (caquexia cardíaca), intestinal (síndrome del intestino corto), hepática (encefalopatía hepática), renal (uremia), sistema nervioso central (coma), síndrome de disfunción multiorgánico.
- Estados hipermetabólicos.
- Politraumatismos.
- Quemados.
- Sepsis.
- Postoperatorio de cirugía mayor.

Vías de acceso de nutrición enteral:

Técnicas no invasivas.

- Sonda nasogástrica: la vía intragástrica es de elección siempre que no existan contraindicaciones y el vaciamiento gástrico sea adecuado. La ventaja de esta vía es que los nutrientes interactúan de manera fisiológica con las enzimas digestivas y permite la administración segura de diversas medicaciones.
- Sonda nasoyeyunal: es de elección cuando el intestino delgado es funcional pero existe riesgo de complicaciones con la nutrición gástrica como consecuencia de alteraciones en su anatomía o funcionalismo. Las principales indicaciones de esta nutrición son: Riesgo de aspiración pulmonar en patologías que cursan con alteraciones en el nivel de conciencia, intolerancia o contraindicaciones para elevación de la cabecera de la cama a 45° y reflujo gastroesofágico conocido o hernia de hiato sin reflujo comprobado previamente.

Técnicas invasivas: gastrostomía y yeyunostomía quirúrgica o percutánea

Técnicas de administración: administración continua o intermitente.

Aunque ha existido controversia entre ambos métodos se consideran prácticamente equivalentes quedando la indicación de cada uno en dependencia de la tolerancia del paciente, la conveniencia y el costo. Se han documentado ventajas de la nutrición continua por bomba en forma de reducción en la cantidad de residuos gástricos y por lo tanto de broncoaspiración, mayor tolerancia y quizás mejor

aprovechamiento y utilización de los nutrientes. Los pacientes críticamente enfermos suelen tolerar mejor la nutrición continua que la intermitente.

Complicaciones de la nutrición enteral:

- Mecánicas: ulceración de la nariz, obstrucción de la sonda, sinusitis, desplazamiento o salida de la sonda.
- Gastrointestinales: distensión abdominal, vómito (broncoaspiración), estreñimiento o diarrea.
- Infecciosas: contaminación de la mezcla.
- Metabólicas: alteraciones hidroelectrolíticas que pueden ser causadas por diarrea, diuresis osmótica o consumo proteico excesivo y coma hiperosmolar no cetótico caracterizado por hiperglucemia, hipernatremia, hipercloremia e hipopotasemia

Monitorización de la tolerancia y aceptación de nutrición enteral:

- La evidencia de movimientos intestinales por deposición o ruidos intestinales no es requerida para el inicio de la nutrición enteral. La nutrición enteral promueve la motilidad intestinal. Es seguro alimentar al paciente que se encuentra estable hemodinámicamente y con íleo moderado.
- Todos los pacientes deben ser monitorizados para medir la tolerancia a la nutrición enteral (dolor abdominal, distensión, paso de gases y deposición).
- Se debe evitar a toda costa la interrupción no justificada de la nutrición
- Cuando hay residuos menores de 500 mililitros se debe continuar la nutrición con precaución en ausencia de otros signos de intolerancia. Hay que tener en cuenta que la falta de estímulo intestinal prolonga los periodos de íleo.
- El aumento del volumen de los residuos gástricos no se correlaciona con la incidencia de neumonía e incidencia de broncoaspiración
- En los pacientes con nutrición enteral se deben evaluar de manera periódica los riesgos de una potencial broncoaspiración. Se deben implementar siempre las medidas que reducen el riesgo
- Todos los pacientes con nutrición enteral deben estar con la cabecera elevada de la cama entre 30 y 45 grados.
- A todos los pacientes en riesgo de broncoaspiración identificado se les debe colocar nutrición enteral en infusión continua.
- Se debe considerar el lavado de la boca con clorhexidina dos veces al día para disminuir el riesgo de neumonía asociada a la ventilación.

Nutrición parenteral.

La nutrición parenteral consiste en el aporte de nutrientes al organismo por vía venosa, de tal forma que éstos llegan al torrente sanguíneo, evitándose el proceso digestivo y el filtro hepático. Esta nutrición es considerada como una terapia de alto riesgo tanto por su complejidad galénica y el riesgo de contaminación microbiológica como por la elevada probabilidad de que se produzcan errores en el proceso de su utilización.

Se administra por medio de un acceso venoso central localizado en la vena cava superior o inferior, generalmente a través de la vena subclavia, lo que permite la administración de volúmenes y concentraciones altas de mezclas durante periodos prolongados.

Tipos de nutrición parenteral:

- Total o completa: cuando se aportan todos los principios inmediatos necesarios para cubrir las necesidades del paciente. Se administra por una vía venosa central.
- Periférica: cuando el aporte de nutrientes se realiza por vía venosa periférica.
- Periférica hipocalórica: cuando se aportan los requerimientos de proteínas con un bajo aporte calórico. Indicada especialmente en el postoperatorio inmediato. Es apta para su administración por vía venosa periférica.
- Suplementaria: cuando se aporta como suplemento de una dieta oral o enteral.

Complicaciones de la nutrición parenteral:

- Mecánicas: neumotórax, embolismo aéreo.
- Infecciosas: sepsis, tromboflebitis.
- Metabólicas: desequilibrio electrolítico.
- Nutricionales: desequilibrio de Macronutrientes.

Precauciones de la nutrición parenteral:

- La nutrición parenteral se debe preparar en cabinas de flujo (farmacia).
- No debe almacenarse a temperatura ambiente porque favorece el crecimiento bacteriano ni tampoco congelarse.
- Las venas más usuales para su administración son la subclavia y la yugular porque presentan menos incidencia de contaminación e infección que las venas inferiores como la femoral.
- Se debe de vigilar la zona de inserción del catéter. La frecuencia de inspección se establecerá individualmente. Si el paciente tiene sensibilidad en la zona de inserción, fiebre de origen desconocido o cualquier otra manifestación que sugiera infección local o bacteriemia se debe de levantar el apósito.
- Se recomienda que no se utilice la línea de administración para otra finalidad que no sea la administración de nutrición parenteral.

- Los pacientes con nutrición parenteral deben ser controlados para prevenir las complicaciones como infección a través del catéter venoso central, edema, pérdida de peso, signos de reacciones adversas y la compatibilidad con los medicamentos por vía parenteral.
- La bolsa de nutrición parenteral debe cambiarse cada 24 horas. No debe utilizarse si hay turbidez visible, fugas, grietas o su la fecha está caducada.
- Debe revisarse por turno el ritmo de la administración de la bomba de infusión. No se aumentará la velocidad de infusión de la solución nutricional si está retrasada. No se interrumpirá bruscamente; si ocurriera por algún motivo se administrará suero glucosado al 10% al mismo ritmo para evitar hipoglucemias.
- El equipo de infusión se cambiará cada 24 horas, cuando se inicie la bolsa de nutrición parenteral, utilizando la técnica aséptica.

5 Discusión-Conclusión

En el paciente crítico la malnutrición puede ser preexistente, manifestarse al ingreso o desarrollarse de forma evolutiva favorecida por el estado hipermetabólico e hipercatabólico.

La prevalencia de malnutrición se eleva cuando hablamos de pacientes que se encuentran en estado crítico debido a las alteraciones que sufren en el metabolismo de los diferentes sustratos y al déficit de nutrientes.

Atender las alternativas terapéuticas de la nutrición ha de convertirse en parte integral de la práctica enfermera; es fundamental que las enfermeras comprendan el metabolismo de los nutrientes y el manejo nutricional, especialmente en situaciones de cuidados críticos, y tengan los conocimientos necesarios para manejar correctamente la nutrición enteral y la parenteral.

6 Bibliografía

- Esteban, A; Martin, C. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Ed Masson. 2009.
- Fernández, FJ; Ordóñez, FJ; Blesa, AL. Soporte nutricional del paciente crítico: ¿a quié, cómo y cuándo ?. Nutrición Hospitalaria. 2005; 20(2).
- Flordelís, JL. Nutrición enteral en el paciente crítico con inestabilidad hemodinámica. Med Intensiva. 2014.

- SEMICYUC. Recomendaciones para el soporte nutricional y metabólico especializado del paciente crítico. Consenso SEMICYUC-SENPE. 2011.

Capítulo 234

CUIDADOS PSICOLÓGICOS A MUJERES MASTECTOMIZADAS

ELENA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

RAQUEL SEVILLA FERNÁNDEZ

CARLA PÉREZ MORÁN

MARTA RAMOS GARCÍA

1 Introducción

La mastectomía se trata de un procedimiento que se realiza a pacientes, en su mayoría mujeres, que padecen cáncer de mama y que supone la extirpación de uno o ambos pechos. Estos forman parte de la integridad física de una mujer ya que se constituyen como símbolos que representan su sexualidad y feminidad. Socialmente están estereotipados conformándose como ideal estético y de belleza y con un claro remarque sobre su función erótica (1,2,3).

Este resulta un proceso muy agresivo ya que se producen cambios en la percepción que la paciente tiene sobre sí misma. Tiene como consecuencia la aparición de numerosas secuelas no solo a nivel físico sino también a nivel psicológico y estético, ya que la autoestima se ve disminuida por los distintos cambios de imagen que se producen. Estos hacen sentir a la paciente incompleta y que ha perdido aquello que la conforma como mujer. Se ven así sometidas a un proceso de duelo y no solo sufren por el daño físico producido sino también por las consecuencias que la intervención y el tratamiento producen sobre su calidad de vida y su

día a día. Por esta razón es de gran importancia la intervención enfermera desde el primer momento para informarlas sobre los cambios que se van a producir y poder así desarrollar herramientas de ayuda y apoyo psicológico, sexual y social tanto a ella como a su entorno (1,2,4).

2 Objetivos

Determinar los efectos psicológicos que produce la mastectomía en mujeres que han sido mastectomizadas, y las intervenciones más adecuadas a llevar a cabo.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado llevando a cabo una búsqueda bibliográfica: en el motor de búsqueda Google, fuentes primarias como páginas web de organismos oficiales y fuentes secundarias como Dialnet y Pubmed. Para ello se han usado términos como Descriptores de Ciencias de la salud (DeCS): mastectomía, enfermería, sexualidad; y Medical Subject Headings (MeSH): nursing care, mastectomy, sexuality; y operadores booleanos como “AND”.

Los criterios de inclusión usados han sido: bibliografía de no más de 5 años de antigüedad, que estuviera en idioma español, inglés o portugués y que cuyo contenido fuera de interés para el desarrollo del trabajo.

4 Resultados

Los cuidados psicológicos se deben aplicar desde el momento del diagnóstico, ya que este genera una situación de estrés que aumenta según avanza el proceso de enfermedad (5).

1. ¿Cuáles son las emociones que experimenta la mujer durante el proceso? Desde un primer momento surge un sentimiento de negación que se traduce después en sentimientos de desesperanza, amenaza a su futuro y miedo a su a la muerte (1,2). Por esta razón es importante que el equipo de enfermería proporcione la información necesaria y adecuada a las nuevas necesidades de las pacientes para solventar la carencia de conocimientos a las que estas se enfrentan y proveerlas de las herramientas necesarias para afrontar su situación (3,6).

Durante el tratamiento suele producirse un desequilibrio psicológico fomentado

por la inseguridad en sí mismas, el aislamiento social y los numerosos cambios que se producen en su vida cotidiana. También es importante tener en cuenta que las mujeres se enfrentan a un proceso de duelo, ya que los cambios en su nueva imagen debido a la amputación de uno o ambos pechos generan ese sentimiento, además de otros como miedo, estrés, ansiedad, culpa, temor a perder a su pareja y la idea de recidiva en aquellas que han superado la enfermedad, repercutiendo negativamente en su futuro (1,2,4,7).

2. Diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos de enfermería tras una mastectomía experimentados por las pacientes con relación a su nueva situación son (34): trastorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad m/p falta de una parte del cuerpo y baja autoestima situacional r/c alteración de la imagen corporal m/p informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

3. Autoimagen, imagen corporal y sexualidad.

- Autoimagen: “es la representación mental que se obtiene de uno mismo, cómo el cuerpo responde y funciona ante las distintas situaciones. Se conforma como una suma de la propia experiencia del cuerpo, del yo y de las interacciones sociales. Está influenciada por componentes físicos y psicológicos” (8). En las mujeres, las más jóvenes principalmente, esta se ve más perjudicada debido a todos aquellos cambios a nivel físico que se producen derivados del cáncer. Su percepción se ve alterada y les genera una mayor inseguridad ya que ven su salud y vida amenazadas. Está relacionada con la imagen corporal y la sexualidad (8).

- Imagen corporal: se define como “la forma en que una persona percibe y evalúa la integridad de su cuerpo físico” (8). El proceso de enfermedad, cirugía y tratamientos producen consecuencias a nivel corporal que son visibles al resto de la sociedad generando sentimientos de rechazo a sí mismas. La intervención quirúrgica da lugar a una extirpación de la mama perdiéndose su funcionalidad y la quimioterapia y/o radioterapia producen la caída de pelo, disminución de peso y problemas en la piel. Al igual que el ítem anterior, las mujeres jóvenes se conforman como un grupo de riesgo ya que en esta etapa de la vida la imagen corporal y las relaciones sociales son más importantes. Por esta razón se deben desarrollar herramientas que las ayuden a aceptar su nueva imagen y promover el apoyo con su pareja, siempre y cuando ellas se sientan cómodas, sino se tratara de manera individual (8).

- Sexualidad: según la OMS la salud sexual “es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad

de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia” (9). La salud sexual e intimidad son importantes por lo que hay que tratarlas desde el momento del diagnóstico, durante y después del tratamiento (2,10). Se le debe explicar a la paciente que su salud sexual se verá afectada ya que al notarse menos atractiva se genera un mayor estrés desencadenando problemas con su pareja e insatisfacción sexual. Se debe explicar a la paciente todo lo anterior y ofrecerle herramientas para abordarlo y soluciones como el uso de hidratantes y lubricantes vaginales (8).

4. La importancia del apoyo social.

El cáncer de mama afecta a numerosas partes que conforman a una mujer, entre ellas el rol que desempeña como madre, con su pareja o en su trabajo. Este último es muy importante ya que genera un impacto muy positivo en la autoestima de las pacientes por lo que es muy conveniente que a pesar de algunas limitaciones realicen sus actividades diarias normales (4,7,11). Para que la paciente recupere su salud física y mental, así como su rol, es fundamental crear una red de apoyo, que principalmente está formada por aquellas personas que las influyen positivamente y que satisfacen sus necesidades emocionales: familia, amigos y pareja. Son los encargados de proporcionarles apoyo emocional, reforzarlas y ayudarlas en su vida cotidiana y con los problemas (7).

- Familia: en el momento del diagnóstico la familia experimenta preocupación y miedo. A las pacientes les genera estrés comunicar esta noticia sobre todo a aquellas que tienen hijos por lo que la tendencia natural es ocultar dicha información. Se les debe ayudar a decírselo a través de un lenguaje directo y en el caso de tener hijos que se adecue a la edad del niño (4,7,115)

- Pareja: el apoyo de esta es fundamental ya que ayuda a la mujer a generar seguridad en sí misma y aceptación. La intimidad y sexualidad son pilares fundamentales en una pareja por lo que ambos deben establecer una relación de apoyo y hablar del tema para conseguir un disfrute pleno y para evitar una insatisfacción que dé lugar a una ruptura (6,8,12).

5. Abordaje en grupo.

Las enfermeras son los profesionales que pasan más tiempo con la paciente y la familia por lo que tienen la capacidad de detectar sus principales temores y necesidades, y ayudarlos. Si se establece una buena relación terapéutica desde el momento del diagnóstico se proporcionan herramientas a la paciente y a la familia para que consigan controlar la ansiedad y la depresión, que son dos de los efectos adversos más comunes (54). Las actividades en grupo son una buena herramienta a la hora de ayudar a las mujeres y sus familiares. Los grupos de apoyo

son reuniones conformadas por pacientes que comparten un mismo proceso de enfermedad, en este caso el cáncer de mama. Son necesarios porque además de recibir apoyo por parte de familiares y pareja, repercute positivamente compartir con aquellas personas que están pasando por experiencias similares. Con esto se consigue crear una red de compañía que permite que las pacientes expresen sus sentimientos y les ayuda a afrontar su situación y a lidiar con los problemas y efectos secundarios (4,13).

5 Discusión-Conclusión

La mastectomía es un proceso que da lugar a muchos miedos y preocupaciones que muchas veces se construyen sobre una falta de conocimientos referentes al proceso de mastectomía y los tratamientos posteriores. Es necesario que el equipo de enfermería explique a las pacientes en qué consiste y que consecuencias físicas y psicológicas pueden aparecer. Estas últimas son importantes puesto que al ser un procedimiento tan agresivo la carga emocional es muy grande por eso hay que ofrecerles las herramientas necesarias para manejar el miedo, la ansiedad y el estrés e impedir en la medida de lo posible que se proyecte de manera negativa sobre su autoimagen, la imagen corporal, la sexualidad y las relaciones personales y/o sociales.

6 Bibliografía

1. Gallegos M, Rodríguez A, Murillo E, Esquivel E, Alvarado MA. Propuesta de cuidado de enfermería domiciliario en personas mastectomizadas: adaptación-afrontamiento. *Revista Cuidarte*.
2. Martínez, MD. Reconstrucción mamaria y consecuencia en la vida de las mujeres. A propósito de un caso. *Revista Paraninfo digital*
3. Lamp S, Lester JL. Reconstruction of the breast following mastectomy. *Seminars in oncology nursing*
4. García C. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria
5. López MA, Hernández MD, Chantar L, Muñoz C. Micropigmentación. Pinceladas de autoestima tras el cáncer de mama. *Revista Inquietudes*
6. Rodríguez P, Pino J. Cáncer de mama y sexualidad: ¿una discapacidad emergente? *Revista chilena de salud pública*

7. Mucinhato DC, Dos Santos MA. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisao. *Ciência & Saúde Colectiva*
8. Hungr C, Sánchez-Varela V, Bober S. Self-image and sexuality issues among Young women with breast cancer: practical recommendations. *Revista de Investigación Clínica [revista en Internet]* 2017, 69 (2)
9. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; Temas de salud. Salud sexual
10. Dizon D, Suzin D, McIlvenna S. Sexual Health as a Survivorship Issue for Female Cancer Survivors. *The Oncologist*
11. Miśkiewicz H, Antoszewski B, Iljin A. Personality Traits and Decisión on Breast Cancer Reconstruction in Women after Mastectomy. *Polski Przegląd Chirurgiczny [revista en Internet]* 2016; 88 (4)
12. Hart AM, Pinell-White X, Losken A. The Psychosexual Impact of Postmastectomy Breast Reconstruction. *Annals of plastic surgery*
13. Instituto Nacional del Cáncer [sede web]. Instituto Nacional del Cáncer; Grupos de apoyo para el cáncer

Capítulo 235

SEDACIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL.

DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO

AIDA COLLADO CAYADO

NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ

1 Introducción

En la sociedad actual hay cada vez más pacientes con necesidades de cuidados paliativos. Este tipo de pacientes llegados a cierta altura de su proceso de enfermedad y ante la situación irremediable a la que se ven abocados son subsidiarios de medidas de confort que mitiguen y reduzcan su sufrimiento, así como su ansiedad y miedo.

Aquí es donde entra en juego la sedación paliativa, que puede definirse como la administración controlada de fármacos en las dosis y combinaciones adecuadas para lograr disminuir la consciencia de pacientes con procesos terminales, contando con su consentimiento explícito, implícito o delegado.

En una opción en la que paciente, familia y profesionales han de estar de acuerdo, no se trata de una forma velada de eutanasia pasiva, sino de una forma de alivio al paciente cuando sus síntomas no son controlados de forma adecuada con ningún tratamiento. De este modo se reduce el sufrimiento, tanto físico como psicológico del paciente, logrando que sus momentos finales sean lo más confortables posibles.

2 Objetivos

- Determinar el correcto uso de la sedación paliativa en pacientes con procesos terminales.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes base de datos (CUIDEN, PUBMED, la Biblioteca COCHRANE) buscando diferentes artículos y publicaciones relacionadas con el tema.

4 Resultados

La sedación paliativa es usada para el control del dolor además de otros síntomas refractarios, que son aquellos que se definen como las situaciones que no pueden ser controladas de manera adecuada pese a los esfuerzos para hallar un tratamiento tolerado por el paciente sin que se vea comprometida su consciencia.

Para una prescripción adecuada ha de cumplir una serie de criterios que son la existencia de un síntoma refractario no controlado, el consentimiento del paciente o de su representante legal y una corta expectativa de vida, de días o incluso horas. Una vez que es iniciada se recomienda revisar el nivel de consciencia del paciente periódicamente, para lo cual la escala Ramsay resulta útil por su fiabilidad y simplicidad de uso. Esta escala tiene varios ítems que se controlan como son el nivel de respuesta a los estímulos, los movimientos musculares, la presencia de secreciones bronquiales o la temperatura.

La sedación paliativa puede clasificarse de varias maneras. Según su duración en continua o intermitente, dependiendo si el paciente pierde la consciencia por completo o si aún se mantiene con algún período de alerta. Según su intensidad puede ser profunda cuando el paciente está totalmente inconsciente, o leve o consciente en la que la comunicación con el paciente es posible. Y según su objetivo puede ser primaria donde es consecuencia de una intervención terapéutica deliberado, o secundaria donde se produce como un efecto secundario de toda la medicación dada a la persona.

Cualquiera que sea su naturaleza, la sedación paliativa no es una manera de acelerar la muerte del paciente, sino que se piensa como una forma de proporcionar a la persona una digna manera de morir.

5 Discusión-Conclusión

Consideramos la sedación paliativa como una manera de ayuda hacia el paciente, se ha de estar muy seguro de que queremos llevarla a cabo, tanto profesionales como familiares, pero sobretodo el paciente, ya que es un proceso irreversible. Con ella dignificamos el último trayecto en la vida de un paciente terminal, evitando su sufrimiento lo más posible, no aceleramos su muerte sino que hacemos menos doloroso el proceso.

Los profesionales de la salud han de tener en cuenta que tan importante es sanar y cuidar como evitar en la medida de lo posible el sufrimiento de las personas, y ésta es una medida que contribuye a ello. Por todo eso, y pese a que a veces es difícil ver que no siempre lo mejor para el paciente es prolongar su vida, hemos de tomar la sedación como una ayuda, tanto a profesionales como a enfermos, nos otorga a todos los seres humanos una condición de vida fundamental que es el poder escoger morir con dignidad.

6 Bibliografía

1. Leite Nogueira F, Kimiko Sabata R. Sedación paliativa del paciente terminal. Rev Bras Anesthesiol [Revista en Internet] 2012 [consultado 23 de diciembre de 2019]; 62 (4): 1 - 7.
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2014 [consultado 23 de diciembre de 2019]
3. Clavo Espinas C, Picco Brunete G, Santesteban Zazpe Y, Marquín Martín M. Sedación paliativa por sufrimiento existencial en atención primaria: una delgada línea roja. Aten Primaria [Internet] 2016 jan [consultado 21 de diciembre de 2019]; 48 (1): 69 - 70.

Capítulo 236

PROTOCOLO CANALIZACIÓN VÍA ARTERIAL

PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ

1 Introducción

La monitorización de la tensión arterial así como el control de la función respiratoria, es un registro básico y constante en pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) (1); de ahí la importancia de realizar un procedimiento que informe, guíe, clarifique cualquier duda y ayude a la realización de la canalización arterial.

La canalización arterial, inserción de una cánula en la arteria, es una técnica invasiva, estéril y compleja enfermera realizada en uci (2). Cuyo objetivo es la monitorización de la Presión Arterial (PA), análisis seriado de gasometrías en sangre arterial, extracción de muestras de sangre, realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (3).

La elección de la arteria se basa atendiendo a los siguientes criterios: buena circulación vascular, menor daño tisular posible, zona de baja contaminación, mínima limitación funcional. El orden recomendado a seguir es: Radial, Humeral y por último la Femoral debido al mayor riesgo de infección al estar próxima a la zona púbica (3)..

2 Objetivos

- Dotar al personal de enfermería de un procedimiento para la canalización arterial en la UCI.

- Disminuir las bacteriemias.
- Correcto mantenimiento del catéter arterial

3 Metodología

Se ha realizado una revisión en bases de datos, utilizando las palabras claves: Procedimiento, canalización, arterial, monitorización, tensión arterial, técnica Sheldinger

4 Resultados

Los materiales necesarios para la realización de la técnica son:

1. Campo estéril.
2. Guantes y bata estériles.
3. Mascarilla, gorro y guantes.
4. Gasas y paños estériles.
5. Hiladillo.
6. Apósito estéril.
7. Set de caterización arterial
 - Nº 20: Radial.
 - Nº 19: Humeral.
 - Nº 17: Femoral.
8. Antiséptico: clorhexidina acuosa al 2%.
9. Contenedor para material punzante.
10. Sistema de presión y medición de la presión arterial:
 - Suero fisiológico de 500cc al 0,9%.
 - Palo de gotero.
 - Manguito de presión para fluidoterapia.
 - Kit de transductor de presión y alargadera
 - Cable de conexión del transductor al monitor.
 - Monitor de mediciones de presiones

REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Es una técnica estéril para ello se necesita:

1. Preparar el material
2. Lavado de manos con agua y jabón o en su defecto con solución hidroalcohólica.

3. Preparación del paciente; preservar la intimidad del paciente, identificación, posición en decúbito supino y explicación del procedimiento.
4. Elección de la arteria a canalizar, por orden: radial, femoral y humeral; si se va a canalizar la arteria radial comprobar la permeabilidad de la arteria por pulsoximetría.
5. Ponte guantes no estériles y desinfecta la zona a puncionar, dejándola secar dos minutos.
6. Colocar la bolsa de suero fisiológico en el manguito de presurización, conectar el kit de transductor y purgarlo, tener cuidado en que quede bien purgado y no quede aire.
7. Ponte gorro y mascarilla.
8. Lavado de manos quirúrgico, ponte la bata y guantes estériles.
9. Preparar el campo estéril.
10. Pon el paño fenestrado en la zona a puncionar, desinfecta la zona con gasas estériles y clorhexidina al 2%.
11. Puncionar la arteria utilizando la técnica de Sheldinger
 - Se punciona la arteria con la aguja en un ángulo de unos 30°; hasta que se produce sangre pulsátil.
 - A través de la aguja, se introduce el pelo o guía sin forzar por el lado blando.
 - Una vez introducido el pelo o guía, se extrae la aguja.
 - Se introduce el catéter a través del pelo, y se va introduciendo el catéter y sacando el pelo.
 - Finalmente se retirara el pelo quedando el catéter dentro de la arteria.
12. Limpiar y desinfectar la zona de inserción cubriéndola con apósito estéril.
13. Conectar al transductor y mantener la presión del suero fisiológico a 300mmHg para mantener un flujo anterógrado.
14. Conectar el transductor al equipo de monitorización.
15. Comprobar la funcionalidad de la canalización, para ello haremos el “cero” (ver anexo II) y comprobaremos en el monitor la curva arterial y sus valores.
16. Cubrir la zona de inserción del catéter con un apósito estéril
17. Colocar el transductor en el brazo a nivel de la aurícula derecha:
 - Poner una gasa cubriendo el ancho del brazo en su totalidad.
 - Colocar el transductor encima.
 - Sujetar mediante un hiladillo
18. Desechar el material punzante, quitar guantes y lavado de manos.
19. Registrar la realización de la técnica, vía canalizada, la hora, incidencias.

Cuidados Posteriores:

1. Calibrar el sistema por turno, cuando los valores sean anormales y tras cada movilización del paciente.
2. Comprobar la presión presurizada del suero en cada turno.
3. Cambiar el sistema cada 96 horas.
4. Curar el punto de inserción cuando la gasa o apósito este mojado o manchado.
5. Si el punto de inserción está tapado con gasa se cambiará y curará cada 72 horas, en cambio si el apósito es transparente se realizará cada semana.
6. Manipular el sistema lo mínimo y asépticamente.
7. Fijar las alarmas de acuerdo con el tipo de paciente.
8. Registrar los datos y valores cada hora.
9. Evitar la existencia de burbujas en el interior del equipo.
10. Cuando se extraigan muestras de sangre, lavar bien la arteria y las llaves.

5 Discusión-Conclusión

Protocolizar las técnicas es esencial en las unidades, ya que así se evitaría una mala praxis enfermera así como posibles complicaciones como Hematoma, Trombosis, Infección, Flebitis o Lesión del nervio contiguo.

6 Bibliografía

- (1) Enfermería en cuidados críticos, pediátricos y neonatales: inserción de catéteres arteriales.
- (2) Intramed: manual de procedimientos invasivos en medicina interna.
- (3) Guía para la inserción y mantenimiento de catéteres. <http://cantabria.es>
- (4) Agencia Valenciana de Salud guía práctica de enfermería en el paciente crítico 2 Edición.

Capítulo 237

ACCIDENTES BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ

LARA QUESADA ITURMENDI

1 Introducción

Los accidentes biológicos son uno de los mayores riesgos a los que está expuesto el personal sanitario. Hay una alta incidencia en el ámbito hospitalario, a pesar de los medios disponibles para reducirlos y de los conocimientos adquiridos por los profesionales.

Enfermería es uno de los colectivos más afectados, debido a la gran cantidad de técnicas que realizan, sobre todo en aquellas en las que están presentes secreciones corporales (extracciones de sangre, canalización de vías, curas de heridas, aspiración de vías aéreas, manipulación de drenajes, etc).

Frente a este tipo de accidentes debe ponerse en marcha un protocolo de actuación lo antes posible y dar parte al servicio de salud laboral del propio hospital, para que pueda realizar un seguimiento del profesional expuesto y tomar las precauciones adecuadas

2 Objetivos

Conocer los tipos de accidentes biológicos que más se producen en el entorno hospitalario en el personal de enfermería, y si se conocen las medidas a tomar frente a ellos

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda exhaustiva a través de los buscadores Google académico, MedLine, Scielo, Cochrane Plus y Dialnet. Se han incluido los artículos de los que se dispone del texto completo y en Español, comprendidos entre los años 2009 – 2019. Como palabras clave se han utilizado: ‘accidentes biológicos’, ‘personal enfermería’ y ‘ambiente hospitalario’.

4 Resultados

Se obtienen cifras altas en cuanto a accidentes biológicos en el personal de enfermería en el ambiente hospitalario. Las técnicas invasivas son las más significativas, seguidas de las exposiciones por salpicadura de secreciones corporales a mucosas.

Con respecto a los protocolos de actuación ante estas situaciones, se observa, que en muchos casos de exposición no se notifica, debido a que el profesional no le da la importancia suficiente al hecho de sufrir este tipo de accidentes, o por el simple hecho de no poner en marcha el protocolo por la pérdida de tiempo que puede suponer

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de accidente biológico en el personal de enfermería se confirma con cifras elevadas, un alto porcentaje de trabajadores sanitarios ha sufrido en algún momento de su trayectoria profesional dicho accidente.

En cuanto a los tipos de accidente biológico, se destacan las extracciones de sangre, la canalización de vías, la administración de medicaciones intramusculares y las suturas, seguidas de contaminaciones por salpicaduras de fluidos corporales a mucosas en procedimientos como aspiración de las vías aéreas o curas de heridas.

Muchos de los profesionales sanitarios aseguran no darle importancia a muchos de estos accidentes, así como el desconocimiento del protocolo de actuación del hospital

6 Bibliografía

1. Arenas-Sánchez A y Pinzón-Amado A. Riesgo biológico en el personal de enfermería: una revisión práctica. *Cuidarte* 2011; 2(1): 216-224.
2. Merino de la Hoz F, Durá - Ros MJ, Rodríguez - Martín E, González - Gómez S, López - López LM, Abajas - bustillo R, De la Horra - Gutierrez I. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad y accidentes biológicos de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Elservier* 2010; 20 (3): 179 - 185.
3. Orozco MM. Accidentalidad por riesgo biológico en los estudiantes de enfermería de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, Bogotá, Colombia. *Revista UDCA* 2013; 16 (1): 27 - 33.
4. Clemente Yélamos M, Karina Guzmán Vera C, Martínez Vidal M, Álvarez Castillo MC, Sagües Cifuentes MJ. Accidentes percutáneos con riesgo biológico, producidos por dispositivos de seguridad en la Comunidad de Madrid. *Medicina y seguridad del trabajo* 2012; 58 (227): 82 - 97.
5. Bautista Rodríguez LM, Celene Delgado C, Fabiola Hernández Zárate Z, Sanguino Jaramillo FE, Cuevas Santamaría ML, Arias Contreras YT, Mojica Torres IC. Nivel de conocimiento y aplicación de las medidas de bioseguridad del personal de enfermería. *Ciencia y cuidado* 2013; 10 (2): 127 - 135.
6. Fang-Huerta MÁ, Meléndez-Méndez MC, Garza-Hernández R, Aguilera-Pérez P, Aguilera-Pérez A, Ortega-López RM. Percepción del personal de enfermería sobre los riesgos biológicos. *Revista Conamed* 2015; 20 (1): 12 - 16.
7. Padilla-Languré M, García-Puga JA, Salazar-Ruibal RE, Quintana-Zavala MO, Tinajero González RM, Figueroa Ibarra C, Yesenia Acuna-Ruiz MJ, Xochiquetzal Moreno-Saac G. Normas de bioseguridad del personal de enfermería en una institución hospitalaria. *Biocencia* 2016; 18 (2): 29 - 33.

Capítulo 238

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ

ALBA LLUNA GONZÁLEZ

MARTA CUETO TAMARGO

SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) representan un problema de salud con un impacto significativo en la morbilidad y mortalidad de los pacientes y la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias (1,2). Los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) tienen un riesgo especialmente elevado de desarrollar UPP, con una incidencia que oscila entre el 3,3% y el 52,9% (3,4,5).

2 Objetivos

- Determinar la prevalencia de úlceras por presión (UPP) en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP) en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

3 Metodología

Se ha diseñado un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en el ámbito de una UCI de 38 camas durante un período de tiempo de 12 meses con el fin de determinar la prevalencia de UPP en los pacientes ingresados en la UCI del HUCA.

La población que estudio la forman todos aquellos pacientes ingresados en la UCI del HUCA que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La recogida de datos se llevará a cabo a lo largo de 3 meses, los cuales se registrarán en un cuaderno de campo del que dispondrá cada sujeto. Posteriormente se llevará a cabo El análisis de todos los datos recogidos mediante un análisis univariante descriptivo, la prevalencia se calculará estudiando el riesgo relativo con su intervalo de confianza del 95% y la posible asociación se medirá según el tipo de distribución con la pruebas T de Student, ANOVA, U Mann-Whitney y Chi cuadrado.

4 Bibliografía

1. Rubio PL. El Estado Nutricional como Factor de Riesgo en el desarrollo de las Úlceras por Presión en personas mayores atendidas en la comunidad. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante; 2015.
2. Pancorbo PL, García FP, Torra JE, Verdú J, Soldevilla JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. Gerokomos. 2014; 25(4): 162-70.
3. García FP. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Revisión sistemática con meta-análisis. Tesis doctoral. Jaén: Universidad de Jaén; 2011.
4. Verdú J. Epidemiología, prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante; 2005.

5. Soldevilla JJ. Las úlceras por presión en Gerontología. Dimensión epidemiológica, económica, ética y legal. Tesis doctoral. Santiago de Compostela; Universidad de Santiago; 2007.

Capítulo 239

ITU EN LACTANTES

ANA CELIA GARCÍA RODRÍGUEZ

MARIA LEIGUARDA VILLANUEVA

PAULA RODRIGUEZ IGLESIAS

LAURA VERANO MENENDEZ

1 Introducción

Se entiende por ITU a la presencia o proliferación de microorganismos en las vías urinarias con síntomas de infección o sin ellos. Si no presentan signos de infección se denomina bacteriuria asintomática.

En los recién nacidos sanos el diagnóstico de esta patología puede resultar complicado debido a la falta de sintomatología específica, también existe un mayor riesgo de propagación de la infección más allá de las vías urinarias debido a la inmadurez de su sistema inmunológico. La infección urinaria suele presentarse en el curso de una septicemia neonatal, de ahí a que los recién nacidos con ITU deben de tratarse como si tuvieran una septicemia.

En los RN con infección de orina aumenta la incidencia de anomalías de sistema urinario, como pueden ser pielonefritis, hipertensión y enfermedad renal crónica, de ahí la importancia de llevar a cabo una evaluación anatómica de las vías urinarias en todos los pacientes pediátricos, permitiendo así el diagnóstico precoz, consiguiendo mantener la normalidad de la función renal.

Incidencia:

En los recién nacidos la incidencia es mayor en varones que en mujeres debido a la presencia de fimosis, el mayor número de alteraciones nefrorológicas y una mayor susceptibilidad a las infecciones.

Tipos: debemos de diferenciar dos tipos en función de su lugar de inicio:

- Infección adquirida en la comunidad: cuando el recién nacido ingresa ya con el diagnóstico de ITU
- Infección de orina nosocomial: cuando el recién nacido adquiere la infección durante su ingreso. Este tipo es el más habitual en prematuros.

Agentes causantes: las bacterias más comunes causante de este tipo de infección en la infancia son las siguientes:

- Proteus.
- Klebsiella.
- Enterobacterias.
- Streptococos.
- Estafilococos.

En recién nacidos:

- Listeria monocytogenes.
- Enterococcus.

Sintomatología:

La sintomatología puede ser variada en función de la edad del niño, siendo más difícil de detectar en niños menores de 6 meses y recién nacidos. Dentro de la variedad de sintomatología la fiebre y el dolor al orinar suelen ser común a todos.

Síntomas más comunes:

- Dolor, escozor o quemazón al orinar.
- Dolor en la zona de la vejiga.
- Fiebre.
- Orina mal oliente, turbia, en algunas ocasiones con sangre.
- Irritabilidad.
- Vómitos.
- Mal estar general.
- Necesidad constante de orinar.

2 Objetivos

- Conocer los signos y síntomas más habituales para poder detectar de forma precoz este problema en los más pequeños, consiguiendo así un tratamiento temprano evitando posibles complicaciones.

3 Caso clínico

Enfermedad actual: lactante varón de 1 mes de vida presenta cuadro de 12 horas de evolución de febrícula (temperatura 37.8°C) axilar en domicilio, irritabilidad y orina de olor más fuerte. No presenta disminución de la ingesta. Ha presentado un vómito bilioso. No otra clínica asociada. No pérdida de peso constatable.

Antecedentes personales: gestación de 38+1 semanas, controlada. Serologías: rubeola inmune, toxoplasma no inmune, LUES negativo, VHB negativo, VIH negativo, cultivos EGB positivo.

Tipo de parto: eutócico, bolsa rota de 30h; profilaxis con penicilina completa; líquido amniótico claro.

Apgar: 9/10. Peso nacimiento: 2700g. Hipoglucemia asintomática en periodo neonatal.

Alimentación con fórmula adaptada.

Medicación previa: vitamina D.

Exploración física: peso: 3400g T^a: 37.6°C.

Irritable aunque se consuela en brazos de la madre. Bien nutrido, hidratado, coloreado y perfundido. Gradiente térmico en tobillos, no en extremidades superiores. No exantemas ni petequias. No signos externos de dificultad respiratoria. Auscultación cardiopulmonar: buen murmullo vesicular bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible no impresiona doloroso a la palpación. ORL: normal.

Pruebas complementarias: se realiza analítica de orina, analítica de orina con hemograma y bioquímica, hemocultivos, urinocultivo y ecografía abdominal.

4 Resultados

Las pruebas realizadas dan resultados que sugieren infección del tracto urinario, por lo que se decide ingreso hospitalario iniciando antibioterapia con gentamic-

ina y se asocia ampicilina por la edad. Tras 48 horas afebril se pasa a antibioterapia oral y se da el alta tras una exploración física satisfactoria.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del tracto urinario por normal general suelen ser leves y pueden tratarse fácilmente, de ahí la importancia de su diagnóstico precoz. Por lo que se debe de informar a los padres de los síntomas más comunes que se suelen dar, informándoles también de que en los niños más pequeños es más difícil de detectar, por lo que es importante acudir a los servicios de salud lo antes posible cuando se detecten para iniciar el tratamiento.

6 Bibliografía

1. Ochoa C, Málaga S, Panel de Expertos de la Conferencia de Consenso “Manejo Diagnóstico y Terapéutico de las Infecciones de Tracto Urinario en la Infancia” *An Pediatr (Barc.)* 2007;67(5):517-25.
2. Ma J, Shortliffe LD. Urinary tract infection in children: etiology and epidemiology. *Urol Clin North Am*, 31 (2004), pp. 517-526.
3. Cavagnaro S. M. F. Infección urinaria en la infancia. *Revista chilena de infectología*. Junio de 2005; 22(2): 161-8.

Capítulo 240

EXTRACCIÓN SANGUÍNEA. ORDEN DE LOS TUBOS

LAURA ESPASANDÍN FERNÁNDEZ

MARÍA BELÉN AMORÍN MARTÍNEZ

SHAMARA CASTILLO NOGRARO

CRISTINA DÍAZ PÉREZ

1 Introducción

Es una práctica habitual por el personal de enfermería extraer una serie de tubos de analítica al paciente, pero debemos seguir un orden correcto para sacar los distintos tubos que manejamos día a día.

2 Objetivos

Explicar el orden correcto de extracción de tubos de analítica y por qué se debe seguir ese orden.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el orden que se debe seguir para realizar una extracción sanguínea. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

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

4 Resultados

Se obtiene el siguiente orden para la extracción de una analítica:

1. Hemocultivos: Estos se extraerán de dos punciones consecutivas , previas a la instauración de la terapia antibiótica. Es muy importante que se extraigan cada uno de diferentes zonas de punción (uno de cada brazo, si se puede). Nunca se extraerán de catéteres centrales, salvo por orden facultativa, tras sospecha de infección del catéter. Importante el orden a seguir de ambos tipos de hemocultivos:
 - Si la extracción se realiza con aguja y jeringa, pinchar primero la botella anaerobia y después la aerobia.
 - Si la extracción se realiza con palomilla, pinchar primero la botella aerobia y después la anaerobia.
2. Tubos de coagulación, es imprescindible un nivel de llenado correcto.
3. Tubos de bioquímica con un gel separador.
4. Tubo con heparina de sodio o litio, es frecuente su uso en el servicio de urgencias, este tubo es la bioquímica urgente (tapón verde).
5. Tubo de hemograma con EDTA, es imprescindible un nivel de llenado correcto.
6. Otros tubos con aditivos.

Es importante invertir los tubos una vez realizada su extracción, para que se mezcle la sangre con los aditivos, pero sin agitarlos, para no producir hemolisis.

5 Discusión-Conclusión

Para proceder a la extracción sanguínea, es importante la identificación correcta del paciente y de la muestra. Antes de proceder a realizarla, se debe preparar el material necesario. Es importante el orden correcto de llenado de los tubos, para evitar su contaminación y así evitar resultados erróneos.

6 Bibliografía

- Técnicas de Enfermería (Manual Ilustrado). 3ª Edición. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1988. Pág. 19-27.
- Póster del Hospital Universitario Central de Asturias.

- <http://www.hca.es/huca/web/enfermeria>.
- Chico García, E. Puig Sánchez, M; A. Orden de llenado de los tubos en una extracción analítica. Revista portales médicos. Sept 2016.
- Moral Jiménez J, Mesa Fernández E, Conde Anguita A. Importancia del orden de llenado de los tubos de muestras sanguíneas por enfermería. NURE Inv. 2011; 8(54).
- <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/549/538>.

Capítulo 241

EL RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO.

GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ

NOELIA VILLADANGOS RODRÍGUEZ

LAURA VALDÉS CONTRERAS

1 Introducción

La dificultad respiratoria es sinónimo de síndrome del distress respiratorio (SDR). Se trata de una enfermedad respiratoria que afecta, sobre todo, a los recién nacidos pretérmino (RNPT) por:

- Su grado de desarrollo respiratorio anatómico y fisiológico al nacimiento.
- Malformaciones.
- Infecciones.

Es la principal causa de morbimortalidad neonatal cuyas principales manifestaciones clínicas son: taquipnea, retracciones costales, quejido respiratorio, cianosis, aspiración meconial y alteraciones en la auscultación que se valorarán según el Test de Silverman.

Los signos que se valoran en el Test de Silverman son: los movimientos toraco-abdominales, el quejido espiratorio, el aleteo nasal, el tiraje intercostal y la retracción xifoidea. Este test valora cada signo del 0 al 2. En función de la suma total de cada ítem se puede valorar la dificultad respiratoria de un neonato.

La gravedad de esta patología va a estar determinada en función de la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre la gasometría arterial del recién

nacido. Para llevar a cabo un diagnóstico es importante realizar una radiografía de tórax, conocer los antecedentes familiares y la exploración clínica. Las principales causas de distress respiratorio en un recién nacido a término son:

- Las causas respiratorias (distrés respiratorio leve, taquipnea transitoria del recién nacido, aspiración meconial, hemorragia pulmonar, neumonía perinatal...)
- Las malformaciones como la hernia diafragmática, la atresia de esófago, el enfisema lobar congénito y la malformación quística adenomatoidea.
- La obstrucción del a vía área superior.
- Las causas cardiovasculares como las cardiopatías congénitas, las arritmias o las miocardiopatías.
- Las infecciones
- Las causas metabólicas (acidosis metabólica, hipoglucemia, hipotermia...)
- Las causas hematológicas (anemia e hiperviscosidad)
- Causas neurológicas como la asfixia, la lesión difusa del SNC y el síndrome de abstinencia ante las drogas)

2 Objetivos

- Conocer los principales factores de riesgo que influyen en que un recién nacido tenga dificultad respiratoria.
- Averiguar si la enfermedad respiratoria del recién nacido es prevenible o no.
- Describir los principales cuidados de enfermería que se realizan en un recién nacido con dificultad respiratoria.

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de mayo y junio de 2019. Para ello se han consultado las principales bases de datos de Ciencias de salud, así como páginas web tanto oficiales como no oficiales.

Para llevar a cabo la búsqueda de artículos se han utilizado los tesauros propios de cada base de datos (MeSH y DeCS). Las principales palabras clave empleadas fueron: recién nacido, dificultad respiratoria, enfermería y prevención que se combinaron con los booleanos “AND” y “OR” en la búsqueda.

También se definieron una serie de criterios de inclusión y exclusión para así emplear los artículos que se adaptasen mejor a los objetivos del presente trabajo.

Como criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Referencias bibliográficas en castellano.
- Documentos que reflejasen el papel de la enfermera en los cuidados al RN con SDR.

Los criterios de exclusión fueron:

- Casos clínicos.
- Documentos orientados a otras ramas de la salud.
- Artículos que no se adaptasen a los objetivos del trabajo.

Finalmente, se seleccionaron aquellos documentos que cumplieron los criterios descritos y que mejor se adaptaban a los objetivos planteados para desarrollar este trabajo. Utilizándose un total de 4 referencias bibliográficas.

4 Resultados

Existen numerosos factores de riesgo que favorecen que un recién nacido padezca el SDR. Los principales son: prematuridad, diabetes materna y factores de riesgo genéticos (etnia blanca, SDR en anteriores hijos y sexo masculino). Además, de estos factores de riesgo cabe destacar la importancia de:

- Malformaciones torácicas.
- Déficit congénito de proteína B del surfactante.
- Asfixia perinatal en recién nacido pretérmino.
- Antecedente de cesárea sin trabajo de parto.

Además, existen factores que aumentan o disminuyen el riesgo. Los factores que aumentan el riesgo son:

- Prematuridad crónica.
- Diabetes materna.
- Gestación múltiple.
- Parto por cesárea.
- Parto precipitado.
- Asfixia.

Los factores que disminuyen el riesgo son:

- Hipertensión materna.
- Hipertensión materna inducida por el embarazo.
- Ruptura prematura de membranas prolongada.

- Corticoides prenatales.
- Adicción materna a opioides.

El SDR es una enfermedad que puede prevenirse. Para que esta dificultad pueda prevenirse son muy importantes los cuidados obstétricos que se llevan a cabo en la mujer embarazada. Por esta razón, una de las mejores maneras para prevenir este problema es la prevención de la prematuridad con un buen control del embarazo.

Howie y Liggins demostraron en el año 1972 los beneficios de la administración precoz de corticoides. Estos son:

- Aceleración de la maduración pulmonar fetal.
- Menor incidencia de dificultad respiratoria en el RN.
- Menor permanencia en cuidados especiales en el RNPT.
- Menor morbimortalidad neonatal.
- Mayor estabilidad circulatoria en el RNPT.
- Menores requerimientos de apoyo ventilatorio.
- Menor riesgo de hemorragias intracraneanas.
- Menor incidencia de enterocolitis necrotizante.

Por estas razones, la manera de actuar en una mujer con riesgo de parto prematuro para evitar el SDR en el RN es:

- Administración de corticoides prenatales a toda mujer embarazada en riesgo entre las 23 y las 35 semanas.
- Administración de antibióticos con presencia de ruptura de la membrana hialina.
- Utilizar tocolíticos durante un periodo determinado de tiempo para así poder completar la dosis de corticoides.

Además, en el caso de SDR por un déficit de surfactante es importante la administración de surfactante exógeno inmediatamente tras el nacimiento. El surfactante pulmonar es una sustancia formada por lípidos y apoproteínas que contrarresta la tendencia que tiene el alveolo a colapsarse al final de la espiración.

Su administración exógena e intratraqueal temprana ha demostrado una reducción de la mortalidad. Sin embargo, existen posibilidades de que el RN sufra atelectasias y daño pulmonar.

Los cuidados que una enfermera debe de realizar a estos RN deben de ser integrales y basados en las necesidades que precisan los RNPT. Este tipo de cuidados

podrían dividirse en:

- Oxigenación y mantenimiento de la vía aérea. Si el esfuerzo respiratorio es adecuado se comenzará con una CPAP con pieza nasal con presión positiva al final de la espiración (PEEP) entre 5-6 cm H₂O. Sin embargo, en caso de que no haya respiración espontánea habrá que colocar un tubo endotraqueal (TET) y administrar presión positiva. En cuanto a la CPAP una de las principales prioridades de la enfermera es evitar las úlceras por presión que se pueden producir en la región nasal. Toda enfermera deberá en cualquiera de las modalidades ventilatorias: o Conocer la fisiopatología de la enfermedad. o Iniciar las intervenciones según indicación. o Reconocer los signos y los síntomas del SDR. o Conocer las complicaciones de la ventilación mecánica. o Reconocer la importancia del deteste de parámetros del respirador y del oxígeno. o Prevenir y minimizar las atelectasias. o Monitorizar la FiO₂ administrada. o Mantener los niveles de oximetría dentro de los rangos normales. o Disminuir los efectos tóxicos del oxígeno. o Mantener posición y permeabilidad de la vía aérea. o Utilizar los cuidados recomendados para una correcta aspiración de la vía aérea. o Cuidados para prevenir riesgos de la hiperoxia y de la hipoxia.
- Administración de surfactante. Las nociones básicas que debe de conocer la enfermera son: o Peso del RN ya que la dosis de surfactante va en función del peso. o Controlar la posición del TET mediante auscultación. o Disponer de un carro de emergencia. o Aspiración endotraqueal antes de la administración.
- Cuidado hemodinámico. Cabe destacar: la monitorización del RN, la expansión del volumen, la administración de drogas vasoactivas y la evaluación de la aparición de una de las principales complicaciones; el ductus arterioso permeable.
- Cuidado de la termorregulación. En el RN: ambiente térmico neutro y aplicar humedad ambiental en la incubadora.
- Cuidado nutricional: infusión de glucosa, programar con anticipación la colocación de accesos venosos centrales, cuidado de todos los catéteres, cuidados de la nutrición parenteral y educación precoz a los padres para extracción de la leche materna.
- Cuidados para el neurodesarrollo, prevención y tratamiento del estrés y del dolor. Se basan en: valorar la conducta del RN, implementar medidas de confort, evitar el dolor, hacer partícipes a los padres del cuidado y ofrecer el cuidado piel con piel.
- Cuidado de las infecciones: lavado de manos, integridad de la piel, técnicas estériles, cuidado de catéteres...
- Cuidados centrados en la familia. Es necesario un cuidado centrado en la familia brindándoles las comodidades posibles. Además, fomentar el contacto piel con

piel, informarles e involucrarles en el cuidado del recién nacido con tareas como: el cambio de pañales.

5 Discusión-Conclusión

- El SDR afecta sobre todo a los RNPT y es la primera causa de morbimortalidad en el recién nacido.
- Es una enfermedad que puede prevenirse siendo de vital importancia los cuidados obstétricos que se realizan a lo largo del embarazo.
- La administración precoz de corticoides es importante ante un recién nacido con SDR.
- Es necesario administrar surfactante exógeno inmediatamente tras el nacimiento cuando la causa del SDR en el recién nacido es debido al déficit de surfactante.
- Los cuidados de enfermería ante un recién nacido con SDR son numerosos, siendo importante mantener una buena oxigenación y un buen control de la vía aérea.
- Los cuidados de enfermería no deben centrarse solo en el recién nacido que sufre la enfermedad, es importante tener en cuenta a la familia e involucrarles en el cuidado del recién nacido.

6 Bibliografía

1. Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría [SEN]. Protocolos de neonatología en revisión [Internet]. 2ª edición. 2008
2. Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. Enfermería Neonatal
3. Pérez Rodríguez J, Elorza D. Dificultad respiratoria en el recién nacido. An Pediatr Contin
4. Chattás G. Administración de surfactante exógeno. Enfermería Neonatal

Capítulo 242

CONTROL DEL DOLOR EN CA. DE PULMÓN AVANZADO

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

1 Introducción

El dolor del cáncer a veces afecta a la calidad de vida y la capacidad de funcionar incluso después de terminar el tratamiento. El dolor que es intenso o continúa después de que termine el tratamiento aumenta el riesgo de sufrir ansiedad y depresión. Los paciente quizá se discapaciten por su dolor o se vuelvan incapaces de trabajar o sentir que están perdiendo el apoyo una vez que la atención de su equipo de oncología pasa a su equipo de Atención Primaria. Los sentimientos de ansiedad y depresión pueden empeorar el dolor del cáncer y hacer que sea más difícil de controlar. Cada paciente necesita un plan personal para controlar el dolor del cáncer

2 Objetivos

- Mitigar el dolor y la clínica ya desde el inicio de la enfermedad.

3 Caso clínico

- Varón de 53 años. Diagnosticado en 2016 de Ca. epidermoide de pulmón estadio T3 N0M0.
- RT/QT febrero 2017 y lobectomía en abril 2017.
- Seguimiento sin incidencias salvo molestias inespecíficas a nivel de la cicatriz.
- Enero 2018 comienza con dolor en pared costal. Se realiza TAC que evidencia recidiva a nivel costal y fosa supraclavicular. Por dolor, nueva radioterapia. Se asocian opioides con mala tolerancia por somnolencia, vómitos matutinos y estreñimiento.
- Presenta una EVA-7, dolor continuo que también le afecta en la noche y acostado. Cuando se mueve o tose, EVA 8-9. Tanto con morfina + fentanilo, se mantiene EVA 5-6 y clínicas digestivas.
- Se decide cambio a Tapentadol en dosis máxima diaria.
- Se pauta fentanilo de rescate sublingual.
- Reinicia radioterapia paliativa.

4 Resultados

- En el primer control, refiere persistencia del dolor , aunque de menor intensidad. EVA 3-4. A las 48h la tolerancia a la radioterapia es excelente y apenas presenta efectos adversos de los tratamientos.
- Tras 15 días posterior a los 4 flash, el paciente refiere control del dolor casi por completo.
- A las 6 semanas la reducción ha sido del 80%.

5 Discusión-Conclusión

El paciente ha podido recibir un tratamiento que inicialmente no toleraba por dolor. Gracias a una analgesia correctamente adaptada a él, ha podido recibir el tratamiento de manera indolora, ha disminuido la tumoración y ha conseguido disminuir hasta desaparecer el dolor nocturno que le impedía dormir.

6 Bibliografía

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

Capítulo 243

LAVADO DE MANOS: TIPOS Y TÉCNICAS

NOELIA MORENO SANROMÁN

SARA SÁNCHEZ JUARROS

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El lavado de manos se define como “la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona”.

Es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos del personal a la persona que se cuida y de ésta al personal. Es necesario lavarse las manos siempre después de tener contacto con la persona afectada, independientemente de que se hayan, o no, utilizado guantes; antes y después del uso de guantes y entre diferentes procedimientos realizados a la misma persona.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de lavado de manos así como los pasos a seguir para realizar la técnica de forma adecuada.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de los estudios cuyos descriptores primarios fueran: “lavado”, “manos”, “enfermería” y secundarios: “técnicas”, “lavado quirúrgico” ubicados fundamentalmente en el título del artículo y que correspondiera efectiva y exclusivamente a alguna área del trabajo que desempeñara la/él enfermera/o donde realizar la técnica del lavado de manos. La búsqueda se realizó en bases de datos informatizadas: Scielo, Cuiden, Web of Science, LILACS.

4 Resultados

El procedimiento de lavado de manos puede ser de tres tipos:

- El lavado de manos doméstico es el de uso común, de higiene personal; se practica comúnmente con un jabón convencional.
- El lavado de manos clínico es el que el personal de salud realiza antes y después de contactar con pacientes.
- El lavado de manos quirúrgico es el que se efectúa antes de un procedimiento que involucre manipular material estéril que va a penetrar en los tejidos.

Los 5 momentos del lavado de manos:

- Antes de tocar al paciente: para proteger al paciente de la colonización (y, en algunos casos, de la infección exógena) de gérmenes nocivos presentes en sus manos. Limpiar las manos antes de tocar a un paciente cuando el personal se acerque a él.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica: para evitar que gérmenes perjudiciales, incluidos los del paciente, infecten el organismo de éste. Lavar las manos inmediatamente antes de tocar algo que pueda generar un riesgo grave de infección del paciente (por ejemplo, una membrana mucosa, piel dañada, un dispositivo médico invasivo).
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales: para protegerse de la colonización o infección de gérmenes nocivos del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria. Lavar las manos en cuanto se finalice cualquier actividad que entrañe riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).
- Después de tocar al paciente: para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria. Lavar las manos cuando se termine la visita al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente. Para protegerse de la col-

onización de gérmenes del paciente que pudieran estar presentes en superficies/objetos de sus inmediaciones, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria.

La técnica correcta de lavado clínico de manos según la Organización Mundial de la Salud consta de los siguientes pasos:

- Mojarse las manos.
- Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano.
- Frotar las palmas entre si..
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos , y viceversa.
- Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta , manteniendo unidos los dedos.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Enjuagar las manos.
- Secarlas con una toalla de un solo uso o papel desechable.
- Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

Se puede realizar dos tipos de lavado clínico de manos: higiénico con jabón convencional y agua cuya duración es de 60 segundos o antiséptico con soluciones alcohólicas en cuyo caso será de 30 segundos. La antisepsia de manos con soluciones alcohólicas específicas se puede llevar a cabo para conseguir un efecto rápido en las manos en el caso de que no se disponga de agua y jabón y no haya suciedad visible como fluidos, en este caso tras frotar las manos, dedos uno a uno, muñecas, palmas y dorso se deberá esperar a que las manos estén completamente secas al aire antes de tocar cualquier objeto o ponerse los guantes.

La técnica del lavado quirúrgico de manos:

- Esta técnica abarca manos, antebrazos y entre cinco y ocho centímetros por encima de los codos y debe tener una duración mínima de 10 minutos. Se realiza con ayuda de jabón quirúrgico o antiséptico y para ello utilizaremos utensilios de limpieza como son esponja, cepillo estéril de púas suaves y un instrumento limpia uñas.
- El objetivo de la realización del lavado de manos quirúrgico es disminuir la proliferación de microorganismos patógenos, para reducir el riesgo de una con-

taminación al paciente durante la cirugía y de este modo cumplir las normativas de quirófano.

5 Discusión-Conclusión

La técnica del lavado de manos es una de las formas de prevenir las enfermedades trasmisibles. En la actualidad, se hace mucho énfasis en este tema, debido a la situación higiénica y epidemiológica a nivel mundial. Lo que parece un tema sencillo y banal, no funciona todo lo bien que debería y sigue estando asociado de manera considerable a las infecciones nosocomiales.

Lavarse las manos es la más eficaz de las acciones sencillas que pueden realizarse para reducir la propagación de enfermedades infecciosas. Son muchos los beneficios: salvar vidas, mejorar la seguridad del paciente y lograr una atención más limpia para millones de seres humanos y sus familias.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 5 Ene 2014]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf?ua=1
- Procedimientos de Enfermería . H.K.Hamilton/M.B.Rose. Interamericana.
- Instrumentación Quirúrgica. 3ª Ed. Joanna Ruth Fuller. Panamericana.
- Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.

Capítulo 244

CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ

NURIA MURIAS GARCIA

CARLA MURIAS GARCÍA

CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE

NURIA GARCIA SUAREZ

1 Introducción

Nos encontramos ante una población envejecida, y por lo tanto con una alta fragilidad. Esta población sufre de enfermedades propias, tales como la demencia o alzhéimer, con pérdidas de funcionalidad física y mental. Se lleva a cabo, con una alta prevalencia, el uso de las contenciones mecánicas con fines terapéuticos y/o preventivos de, por ejemplo, caídas. Esta intervención no es reciente, es decir, se viene aplicando desde la antigüedad en pacientes con enfermedades mentales. Desde la antigüedad también surge la idea de eliminar esta contención, de mano de personajes tan conocidos como Phillipe Pinel.

Aunque el fin es el mismo, existen diferentes mecanismos para la contención de un mayor, que abarcan desde la contención en cama a la contención en silla, pasando por contenciones como las manoplas, que evitan la interacción entre el usuario y los dispositivos médicos o autolesiones.

El hecho de aplicar medidas de contención mecánica es un tema que crea controversia entre todo el personal sanitario. Es muy difícil encontrar un equilibrio en los cuidados a aplicar, ya que hay un margen muy estrecho entre el mantenimiento de la seguridad y la vulneración de los derechos de los pacientes. La contención mecánica se define, en los protocolos, en diferentes artículos y en la Guía de Actuación como una limitación intencionada que se aplica para evitar que se produzcan situaciones de peligro tanto para el paciente como para su entorno. En su aplicación, se anula la libertad de movimiento del paciente y puede ser tanto de una parte del cuerpo como de su totalidad. En todo momento, debe estar aplicada en beneficio del paciente y ha de formar parte de su tratamiento. Se tiene que tener en cuenta, que la contención mecánica no solo se usa en casos de agitación psicomotriz, sino que existen situaciones en las que es necesaria para evitar la retirada accidental de sondajes, para mantener los accesos venosos, conservar la oxigenoterapia. Como se acaba de nombrar, siempre se aplicará para mantener la seguridad del paciente o de terceros, nunca como castigo ya que, en ese caso se estaría cometiendo un delito. A pesar de que es una medida que se lleva a cabo para el beneficio del paciente, ésta no queda exenta de ciertos efectos adversos(6). Es por esto que en la actualidad hay una intención general de limitar al máximo la aplicación de la contención mecánica.

No solo hay existen las contenciones mecánicas, sino que hay que diferenciar entre contención mecánica y contención farmacológica. Las contenciones mecánicas se definen como “cualquier método físico, manual, aparato mecánico o equipo que esté contiguo al cuerpo del individuo, que lo sujete de tal forma que la persona no lo puede suprimir fácilmente y el cual restringe la libertad de movimientos o el acceso normal a cualquier parte de su cuerpo” 11, 12 mientras que las contenciones farmacológicas consisten en la administración de fármacos para inducir la sedación o disminuir el estado de agitación del paciente, en combinación con anticoagulantes por la inmovilización.

La OMS define la contención mecánica como “ un método extraordinario con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, solo resultará tolerable ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”. Por lo tanto la CM se trata de una medida terapéutica excepcional, que se utilizará, como ultimo recurso, cuando el resto de medidas de manejo ambiental, contención verbal y farmacológica hayan fracasado. Es un procedimiento que permite limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo

de un paciente mediante un sistema de inmovilización física y que nunca debe de ser usado como método de castigo o para comodidad de los profesionales.

Las contenciones mecánicas más utilizadas son:

- Sábana de sujeción: Dispositivo de nueva aplicación. Impide al paciente la manipulación de dispositivos como pañal o sonda y que se levante de la cama o se caiga. Este dispositivo permite que el paciente pueda sentarse y mover el tren superior.
- Cinturón abdominal: Utilizado para mantener al paciente en la cama y prevenir caídas. Permite el movimiento de piernas y brazos, así como la sedestación. El cierre puede ser tanto magnético como de velcro.
- Chaleco abdominal: Utilizado para mantener la sedestación mediante la sujeción del tren superior. Existe una variable con sujeción perineal para evitar que el paciente se resbale.
- Cinturón abdominal y perineal: Mantiene al paciente en sedestación en la silla evitando que este resbale.
- Barandillas de la cama: Existe controversia a la hora de considerar las barandillas una contención mecánica, puesto que no actúan directamente sobre el usuario, sin embargo sí que limitan la movilidad de la persona dado que le impiden bajar de la cama o caerse. Se encuentran ancladas en los laterales de la cama y están fabricados de diferentes materiales. Algunas disponen de acolchados.

La forma correcta de llevar a cabo la técnica queda reflejada en los diferentes protocolos que se pueden encontrar. Es cierto que en cada zona de España se consulta uno diferente y no hay uno común para todos. Con frecuencia las contenciones mecánicas son utilizadas de manera incorrecta, sin llevar a cabo un control rutinario, vulnerando los principios éticos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía. A pesar de no haber una ley en España que regule con exactitud el uso de las contenciones, existe a disposición de los profesionales sanitarios un estatuto y actividades reguladas acerca de las intervenciones realizadas con estos dispositivos, reflejándose en los protocolos de los servicios autonómicos. Todo profesional debe tener conocimiento y constancia de ello.

1. Constitución Española: Art. 17.1 “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos en la ley” .
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Arts. 4, 5, 8 y 9.
3. Código Civil (Art.211) y Ley de Enjuiciamiento Civil (Art.763) “sobre Inter-

namiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”.

4. Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948: “derecho a la vida, libertad y seguridad”.

5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “respeto a la personalidad, dignidad humana e intimidad”.

6. Código deontológico de la enfermería española: “respeto a la dignidad humana y salvaguarda de los derechos humanos”.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los distintos aspectos asistenciales de los protocolos de contención en el ámbito de los hospitales generales.

Objetivos secundarios:

- Identificar las guías de actuación y procedimientos de enfermería más eficaces en la contención.

- Mejorar pautas de actuación concretas de actuación ante situaciones que precisen contención.

- Explorar aspectos legales que afectan a la aplicación de la contención mecánica.

3 Metodología

A la hora de realizar este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las principales bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Dialnet y Medline, revisando artículos de los últimos 4 años. La selección final fue de 6 artículos, incluyendo sólo los escritos en español. Las referencias citadas en los artículos obtenidos permitieron identificar otras fuentes potenciales de información.

4 Resultados

A partir de la información obtenida en varios artículos, se ha podido observar que no existe ningún tipo de legislación específica sobre la contención mecánica en España. Esta técnica queda regulada por leyes, normas y artículos vigentes a nivel general. Es decir, no se centran en sí en la técnica sino que se valora la dignidad, la seguridad, la autonomía. Hay que tener en cuenta que cada comunidad autónoma puede tener una ley vigente a la que se puede acudir en caso de ser necesario para valorar una contención mecánica.

Otro de los aspectos legislativos al que se hace referencia entre los artículos consultados es el de la historia clínica del paciente. En ellos se ha encontrado que la historia clínica debe estar bien redactada, limpia y ordenada. Esto se debe a que este es un documento con validez jurídica, en caso de ser necesario, ante un juez o una denuncia. Por tanto, debe de estar cumplimentada y debe de contener tanto la aplicación como el seguimiento y finalización de la contención o restricción. Tal y como se explica en los protocolos, la contención es un tema delicado y para ello se debe utilizar los materiales homologados. Sin embargo, uno de los artículos consultados habla de que en España, en numerosas ocasiones, se utiliza material no homologado. Por tanto, esto sería una imprudencia que afectaría directamente a la seguridad del paciente y que podría ser castigada legalmente en caso de ser detectado .

La educación para el personal sanitario, en relación a las medidas de contención, ha sido un factor muy importante en el que varios artículos han centrado su atención. Como se ha nombrado con anterioridad, hay intención, tanto a nivel nacional como 10 internacional de reducir al máximo la contención mecánica y para ello se necesita educación, la cual puede contribuir a mejorar la calidad del paciente durante su ingreso. Una contención mecánica mal colocada puede agravar la situación de un paciente y empeorar su estado general.

5 Discusión-Conclusión

Después de la revisión realizada , se puede observar que la contención mecánica es un procedimiento que conlleva muchos riesgos asociados. No referido exclusivamente a los físicos o psicológicos, sino que en el ámbito legal, una enfermera se puede ver comprometida si el procedimiento no ha sido el adecuado. Algo que puede llamar la atención es que varios estudios tanto nacionales como internacionales, hablan de que en España la prevalencia de contención mecánica es de las más elevadas y que, además, en ciertas ocasiones los materiales utilizados no están homologados, bien por falta de de educación con respecto a las contenciones en el personal sanitario.

Es cierto, que existe personal sanitario que llevará a cabo un gran número de contenciones a lo largo de su vida. Pero por otro lado, hay personal que por su sitio de trabajo, por el servicio en el que se encuentre o por cuestión del azar, aplicar una contención mecánica, no será una técnica habitual. Sin embargo, todas las enfermeras y enfermeros están expuestos a presenciar una situación en la que sea necesario contener a un paciente y, no me refiero solo físicamente. Por

eso, que los programas educativos interdisciplinarios podrían ser beneficiosos ya que enriquecerían los conocimientos del personal sanitario y con ello se podría garantizar la seguridad del paciente ante una agitación de cualquier índole. Por otro lado, y en relación a la legislación, sería beneficioso el que existiera de manera consensuada una legislación unificada y no dependiente de cada comunidad autónoma y así no darse el caso de aplicar leyes propias que no sean las ideales .

6 Bibliografía

- Ontoso Bringas, A. Introspección sobre la restricción física en el anciano y sus posibles alternativas. 2018/19.
- Gasco García, O. Contención mecánica como medida terapéutica ante el paciente agitado en las unidades de cuidados intensivos y geriatría. 2016.
- Tormo Belda, A. Contención mecánica en el ámbito hospitalario no psiquiátrico. Revisión sistemática . 2018/2019.
- Rubio Dominguez, J. Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. 2017.
- Sanabria Luque, M. Aspectos éticos y legales de la contención. 2017.
- Bourhail Azal, O. Análisis de la eficacia de la contención mecánica en la agitación psicomotriz. 2016.

Capítulo 245

FACTORES DE RIESGO DE UPP EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS.

MARCOS GONZÁLEZ LÓPEZ

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

CAROLINA RUBIO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) se caracterizan por ser lesiones de la piel que están producidas por una presión prolongada o fricción entre dos planos duros llegando a producirse un bloqueo sanguíneo y como resultado una necrosis del tejido afectado. Generalmente se observan en zonas de prominencias óseas, pliegues cutáneos, zonas de apoyo de sonda o catéteres y en zonas de compresión de férulas y yesos.

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un problema de salud pública importante, las personas afectadas por este tipo de patología llegan a tener repercusiones en diferentes ámbitos, tanto que se ve afectada su calidad de vida no sólo en el apartado referente a la salud, también en el ámbito social y en el coste económico. Esto supone un gasto de recursos para los sistemas de salud, lo que hace necesario plantearse estrategias que favorezcan su prevención. En España en el 2016 la incidencia de desarrollo de UPP ha sido de un 8.19% en pacientes hospitalizados, siendo en unidades de cuidados intensivos de un 3.3 al 52.9%. Entre las diferencias planes de actuación se encuentra la prevención cómo el método más eficaz para prevenir su aparición.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Informar sobre los factores de riesgo de desarrollar UPP en personas institucionalizadas.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de UPP.
- Describir los cuidados necesarios para prevenir su aparición y las medidas e intervenciones preventivas de los profesionales para mantener la integridad de la piel.

3 Metodología

Para desarrollar este capítulo se realizó una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos nacionales, protocolos y guías basadas en la evidencia, en prevención y tratamiento de las UPP, que permita identificar el riesgo de desarrollar las UPP en pacientes institucionalizados, para ello se han consultado diferentes motores de búsqueda: Cuiden, Pubmed, Scielo, Fistera, Dialnet. Como palabras clave se han utilizado: úlcera por presión, factores de riesgo y paciente institucionalizado. Como criterios de inclusión, se han seleccionado artículos en castellano con una antigüedad máxima de 12 años, llegando a excluir los artículos de pago y otro idioma.

4 Resultados

En el desarrollo de las úlceras por presión influyen diferentes factores de riesgo, estos, pueden clasificarse en intrínsecos y extrínsecos, dependiendo de si son o no propios del paciente. Factores intrínsecos:

- Estado general del paciente: cuanto peor sea su estado general más riesgo de desarrollar una UPP.
- Nivel de movilidad: a movilidad más reducida mayor riesgo de padecer UPP.
- Estado nutricional: a peor estado nutricional mayor riesgo de padecer UPP
- Edad: a mayor edad más riesgo de desarrollar UPP.
- Nivel de hidratación de la piel: cuanto más hidratada esté la piel disminuye riesgo de rotura.

Factores extrínsecos:

- Presión que se ejerce sobre superficies óseas y tejidos.

- Fricción entre el tejido y la superficie de contacto provocando una alteración en las capas de la piel.
- Cizalla debido a las fuerzas tangenciales aplicadas sobre la superficie del tejido.
- Humedad, temperatura del tejido y de la superficie de contacto. En cuanto al calor cabe destacar que una temperatura elevada produce un aumento de la actividad metabólica facilitando la sudoración y aumentando el nivel de humedad, el pH, el riesgo de maceración, fricción, descamación y ulceración.

Medidas e intervenciones para mantener la integridad de la piel.

- Inspección de la piel: variaciones de color, temperatura, enrojecimiento, dolor, calor, rubor y edemas.
- Humedad excesiva debido a incontinencia, sudoración, y el uso de pañales y empapadores.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados o protecciones en prominencias óseas.
- Manejo de la hidratación adecuada y una nutrición basada en una dieta rica en proteínas y minerales.

Cuidados de la piel y prevención de su aparición:

- Cambios posturales cada 2 horas.
- Uso de colchones alternantes.
- Piel seca e hidratada.
- Disminución de la fricción y cizallamiento.
- Ingesta de nutrientes adecuados.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP son un problema frecuente y grave con un coste económico y de personal elevado en pacientes institucionalizados, requiriendo unos cuidados exhaustivos por parte del personal de enfermería, tanto locales como generales siendo un indicador importante relacionado con la calidad de los cuidados de enfermería.

Son de especial importancia los cambios posturales y el uso de colchones alternantes de aire que evitan la presión prolongada sobre las superficies óseas. Siempre hay que considerar que el mejor tratamiento de las UPP es su prevención.

6 Bibliografía

- Departamento de Salud y Consumo Gobierno de Aragón. Grupo de Trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón. Guía metodológica para la elabo-

ración de protocolos basados en la evidencia. Zaragoza 2009.

- Osakidetza, Coordinación de Programas de Salud Pública y Seguridad del Paciente. Dirección de Asistencia Sanitaria. Iniciativa para el avance en la gestión de las Úlceras por Presión en las organizaciones de servicios de Osakidetza. 2014.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con Úlceras por Presión o riesgo de padecerlas. Valencia 2012.
- Rodríguez-Palma M, López-Casanova P, García-Molina P, Ibars-Moncasi P. Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2011.

Capítulo 246

MANIPULACIÓN POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS

ESTHER GARCÍA MAZÓN

NURIA IZQUIERDO MORENO

COVADONGA GARCÍA MAZÓN

1 Introducción

Los agentes citostáticos son sustancias químicas que se usan en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Estos medicamentos son utilizados para causar un daño celular que ataca a todas las células del organismo y no solo a las tumorales. Los tratamientos con citostáticos han de ser administrados por personal cualificado ya que muchos de ellos tienen propiedades irritantes y vesicantes. También supone para el personal encargado, ya que originan aerosoles, debido a su exposición de manera crónica y en cantidades pequeñas.

2 Objetivos

- Analizar todo el proceso; desde la preparación, administración y eliminación del tratamiento con citostáticos.
- Realizar un protocolo de actuación del manejo de agentes citostáticos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de las siguientes bases de datos como Cochrane Plus, Scielo, Medline y Pubmed entre otras.

4 Resultados

El manejo de citostáticos se divide en varios pasos:

- Preparación de una dosis.
- Administración de dicha dosis al paciente.
- Recogida y eliminación de residuos derivados de la preparación y la administración.
- Eliminación de excretas de los pacientes receptores de tratamientos citostáticos.
- Cualquier procedimiento que suponga un potencial contacto directo con el tratamiento.

1. Recepción y almacenamiento de citostáticos.

La recepción se debe realizar en sitio único y bajo supervisión de personal cualificado. El sitio de almacenamiento debe ser seguro para prevenir posibles caídas y roturas de envases.

2. Preparación de citostáticos.

- Procedimiento por el cual a partir del producto se obtiene una preparación de citostáticos en las condiciones idóneas para la administración al paciente. En este paso es donde está el mayor riesgo de inhalación del producto.
- El área de preparación debe ser una zona aislada, sin recirculación de aire, haber una campana de flujo laminar vertical y/o horizontal y productos de limpieza exclusivos. Ha de ser una habitación separada con presión negativa.
- El material de protección usado por el personal consiste en guantes (lavar las manos antes y después de ponerse los guantes con agua y jabón), bata, mascarilla, gafas y gorro. En la reconstitución de citostáticos se usan jeringas, equipos intravenosos, agujas, filtros de venteo hidrofóbicos, gasas, paños estériles, papel absorbente, contenedores para jeringas y agujas usadas, bolsa impermeable para residuos, contenedor de líquidos, etiquetado y con cierre hermético.

3. Administración de citostáticos. Puede ser intravenosa, oral o tópica.

- Administración intravenosa: Utilización de guantes de látex previo lavado de manos antes y después de retirarlos. La conexión y desconexión de los equipos intravenosos es el mayor riesgo. Es recomendable el uso de conexiones luer-lock y

purgar el equipo con suero fisiológico para evitar la contaminación con el agente citostático.

- Administración oral: Es preferible que se ajuste unidades completas. Si no fuera así, se puede preparar en forma de suspensión administrándose preferiblemente con jeringa.
- Aplicación tópica: Usar con guantes extragruesos. Las zonas donde sean aplicadas las cremas deben ser tapadas.

4. Extravasación de citostáticos. La extravasación es la salida de líquido intravenoso en el espacio perivascular. Debe detectarse lo antes posible. Para prevenir la extravasación hay que elegir el lugar correcto de punción, colaboración del paciente para que refiera cualquier síntoma y la utilización del correcto catéter, aguja y cánula:

4.1 Tratamiento de la extravasación.

- Parar inmediatamente la infusión del citostático.
- No retirar la vía pero si el equipo.
- Si se puede administrar antídotos.
- Aplicar frío o calor según proceda.
- Extender pomada de hicrocortisona en la zona afectada mientras haya eritema.
- Es recomendable mantener la zona elevada y no poner vendajes compresivos. Debe haber un equipo de extravasación cerca del área donde se infunden los tratamientos.

5. Técnica de administración.

- Sujetar con un esparadrapo la aguja tras su inserción, procurando no tapar el lugar de inyección. Administrar 5/10 ml de una solución compatible para comprobar la integridad de la vena.
- Administración lenta del tratamiento.
- Preguntar en repetidas ocasiones al paciente si tiene algún dolor en la zona de punción.
- Lavar con 10/20 ml de suero glucosado o fisiológico una vez acabada la infusión.

6. Eliminación de residuos de citostáticos.

Todo el material a de ser desechable y eliminado en contenedores especiales correctamente etiquetados con el símbolo de citostáticos. Según la actual ley la eliminación de estos residuos ha de hacerse solo mediante incineración.

5 Discusión-Conclusión

Conocer los riesgos elevados que hay ante un mal procedimiento en la preparación, manipulación y eliminación de los agentes citostáticos por parte de todo el personal implicado, incluyendo al propio paciente, durante estos procesos.

6 Bibliografía

1. Jordi. Manual de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostáticos. Servicio de Farmacia Hospital Universitario Son Dureta, 2002.
2. J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. Farmacia Hospitalaria, 2012, vol. 36, no 1, p. 34-42.
3. Protocolos de Vigilancia Sanitaria. Agentes Citostáticos. 2003.
4. Gerardo; TAMÉS, María José. de manejo de medicamentos citostáticos.

Capítulo 247

CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITALIZACION.

SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ

SARA ALVAREZ MENENDEZ

YAIZA FUENTE VÁZQUEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes que sufren una enfermedad grave y terminal. No solo responden a la enfermedad en sí, sino también a la persona en su totalidad como a sus familiares y allegados (Herrera Molina E. et al 2006). Cabe mencionar que el dolor es uno de mayor gravedad experimentado y el más frecuente, para controlarlo los analgésicos opiáceos resultan esenciales así como para el tratamiento de la dificultad respiratoria.

La evolución en Cuidados Paliativos y la creación de Centros especializados fue gracias a Cicely Saunders en Inglaterra, debido las carencias que experimentaban los enfermeros terminales antes de morir en los hospitales. Se considera la Fundadora de Los Cuidados Paliativos y como tal defendía la muerte como una experiencia que podía llegar a ser positiva y que todo el mundo tenía derecho a morir con dignidad (Vidal M. A. & Torres L.M. 2006).

Se han introducido valores como la atención integral, el respeto a la autonomía basada en las necesidades de la persona y su entorno. La toma de decisiones está centrada en la Ética y en la práctica clínica de un equipo interdisciplinar

que requiere conocimientos específicos. La calidad de los cuidados e intervenciones enfermeras exige afrontar con competencia y profundizar en las demandas individualmente de estos pacientes. Una profesión sanitaria que se ve continuamente condicionada por cambios sociales y de organización sanitaria y de servicios según Codorniu N. et al. (2011).

La familia es esencial dentro de la medicina paliativa. Ésta necesita recibir las instrucciones necesarias y la atención para participar en los cuidados del paciente evitando influir negativamente en la evolución de éste (Rodríguez-Rodríguez N.Y., Ruíz-Valdes Y. & Carvajal-Herrera A. 2007).

Apróximadamente 40 millones de personas precisan cuidados paliativos anualmente, necesidad que se verá aumentada en los siguientes años. Una precoz asistencia paliativa reduce las hospitalizaciones y el uso de los servicios de salud acorde con la OMS (2018). Suele diagnosticarse en períodos avanzados de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Responder a la evolución de la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Colaborar y participar en la elaboración de cuidados.
- Facilitar procesos de adaptación.
- Facilitar apoyo emocional tanto al paciente como a la familia.
- Contribuir el trabajo en equipo y facilitar la comunicación entre el paciente, la familia y el equipo.
- Respetar valores y creencias.

3 Caso clínico

Paciente que ingresa en la Unidad de Cuidados Paliativos procedente de urgencias por un cuadro de náuseas, vómitos y un empeoramiento general. La paciente padece de carcinoma de ovario avanzado de larga evolución en progresión a varias líneas de quimioterapia, avastin e inhibidores de PARP y cirugía, en tratamiento sintomático que se deriva para centrarse en medidas de confort de acuerdo con los familiares. Presenta problemas de desnutrición, pérdida de peso progresiva y severa; caso caquéctica; además de los vómitos también padece

de regurgitación e hipo frecuente. Ascitis loculada y comienza con alteraciones del tránsito debido a carcinomatosis peritoneal. Triste y deprimida. Encamada al 100%. No presenta déficits cognitivos, consciente y orientada. Bradipsíquia marcada. Conoce su enfermedad y sabe que no hay solución. Escala Barthel: 40. No refiere dolor ni más síntomas acompañantes.

Antecedentes familiares: Una hermana padeció cáncer de mama, otra: cáncer endometrio y una tercera: de ovario.

Medicación previa al ingreso: Fentanilo 75 cada 72hrs. Oramorph, Dulcolaxo (no efectivo), Enema de limpieza cada tres días, Voltadol pomada.

Exploración al ingreso: T: 35,6 C (Timpánica), TA: 110/60, SpO2: 98%. Consciente y orientada. Muy delgada y coloración morena de piel. Lesión friable en pabelón auricular izquierdo con lesión hiperqueratósica, marrón en borde inferior y discreta ulceración a lo largo de hélix y antihelix que impresiona de carcinoma basocelular. Adenopatía axilar izquierda. Cardiopulmonar sin alteraciones significativas. En abdomen: tumoración blanda en parte izquierda que ocupa la práctica totalidad de ese hemiabdomen, de consistencia blanda a la palpación y que podría corresponder a una acumulación de líquido. Peristaltismo presente. Indoloro a la palpación. MMII sin edemas. I. de Karfnosky: 40%. Solicitadas pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica y Rx de tórax y simple de abdomen y ecografía abdominal.

Diagnostico al ingreso: Carcinoma de ovario de cinco años de evolución con carcinomatosis peritoneal, posible suboclusión intestinal, posible tumoración pabelón auricular izquierdo.

Se recibe a la paciente acompañada de la familia, se le acomodará en una habitación individual en un ambiente confortable y tranquilo donde podrá estar acompañada 24 horas, se administrará medicación pautada y rescates a demanda para ayudar al paciente a paliar el dolor y otras posibles manifestaciones o reacciones que pueda padecer; así como se le brindará cualquier otro tipo de apoyo o soporte que necesite en cualquier momento.

4 Resultados

El fin de los cuidados paliativos sea a nivel que sea, es proporcionar la mejor calidad de vida que sea posible, además de aliviar y de prevenir el sufrimiento de aquellas personas que padecen una enfermedad incurable y que compromete su

vida. Controlar estos síntomas es una obligación ética.

5 Discusión-Conclusión

Los asistentes sanitarios deben de evaluar y aliviar el sufrimiento tanto a nivel físico y psicológico, aplacar el dolor, siendo en este punto para ellos la única opción de tratamiento, y proporcionar apoyo desde que se diagnostica la enfermedad hasta que se termina la vida; sin olvidar la etapa del duelo durante este proceso como el duelo existente después de la muerte.

Un foco fundamental en la atención de estos pacientes es la familia que deben de recibir la instrucción necesaria por parte del equipo multidisciplinar que atenderá al paciente, importante fomentar esto en cada entrevista.

Cabe mencionar algunos obstáculos existentes en la asistencia paliativa, algunos a nivel social y cultural como pueden ser creencias sobre la muerte, el acceso de la población a los opiáceos no suficiente debido a una reglamentación excesiva o al concepto erróneo de una relación con el aumento de las toxicomanías. A nivel profesional que la formación que se ofrece puede ser escasa. Algunas políticas y sistemas de salud que pueden resultar poco eficientes en este campo.

6 Bibliografía

1. Herrera-Molina E., Rocafort-Gil J., Cuervo-Pinna M.A. y Redondo-Moralo M.J. Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Aten Primaria*. 2006; 38 (Supl 2): 85-92.
2. Vidal M.A. y Torres L. M. In memoriam Cycely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 3: 143-144; 2006.
3. Codorniu N., Bleda M., Alburquerque E., Guanter L., Adell J., García F. et al . Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index Enferm* [Internet]. 2011 Jun [citado 2019 Nov 04] ; 20(1-2): 71-75.
4. Rodríguez Rodríguez Nancy Y, Ruiz Valdés Yulai, Carvajal Herrera Ailyn. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2007 Dic [citado 2019 Dic 04] ; 23(4).
5. Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos. 2018.
6. Mayer-Rivera F.J. Fase Terminal y Cuidados Paliativos. *Revista Digital Universitaria*. 2006. VOL 7. NUM 6 (1067-6079).

7. Llauradó Sanz Gemma. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. Ene. [Internet]. 2014 Mayo [citado 2019 Nov 25] ; 8(1).

Capítulo 248

LA INFECCIÓN DE ORINA EN EL ANCIANO

PAULA RUIZ ALONSO

BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ

1 Introducción

La infección urinaria en el anciano es una de las patologías más frecuentes en este grupo de población, ya que, la frecuencia de aparición aumenta con la edad en ambos sexos. Es muy importante el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento porque la población de los países desarrollados es cada vez más envejecida. Además, cabe destacar que tras las infecciones respiratorias son las patologías más frecuentes en el anciano sano, por lo que su abordaje es muy importante.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Describir las infecciones de orina en la población geriátrica, así como su incidencia y prevalencia.

Objetivos específicos.

- Conocer los métodos a aplicar para evitar la predisposición a las infecciones del tracto urinario en el paciente de avanzada edad.
- Analizar el tratamiento más apropiado para cada tipo de infección urinaria.

3 Metodología

Se trata de un estudio cuali-cuantitativo, explicativo y descriptivo. Es cualitativo debido a que su finalidad primordial es recopilar información, centrándose principalmente en comprender un fenómeno o el entorno social. A su vez, es cuantitativo porque se acumulan y analizan datos numéricos sobre variables, utilizando técnicas estadísticas para conocer datos de la población implicada en el estudio. Se trata de una investigación descriptiva porque especifica la información obtenida en base a unas variables premeditadas. Es explicativo debido a que va dirigido a responder a las causas de un evento social y transmite unos conocimientos a los lectores.

Se han revisado artículos, libros, revistas y documentos publicados entre los años 2004 y 2019. Se han seleccionado diversos artículos en castellano e inglés, libros y revistas sanitarias publicadas por diversos profesionales sanitarios. Además, se excluyeron tanto los artículos cuya cuestión no estuviera relacionada con los temas que nos ocupan, como los documentos a los cuales no se tuvo acceso completo. La recolección de información para este trabajo se ha llevado a cabo mediante fuentes de información primaria, secundaria y terciarias: libros, artículos, tesis, bases de datos (Pubmed, Dialnet), buscadores científicos (Scielo, Google Académico). Los descriptores utilizados en la investigación son: “anciano”, “adulto mayor”, “infección”, “orina”.

4 Resultados

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son unas de las infecciones adquiridas en la comunidad más frecuentes en el anciano. En el paciente geriátrico la ITU suele tener una presentación clínica atípica, en ocasiones la obtención de la muestra es muy dificultosa y en portadores de sonda permanente suele existir bacteriuria. Un cultivo positivo en un paciente geriátrico que presente fiebre no confirma el diagnóstico de una ITU. Un cultivo positivo puede corresponderse con una bacteriuria asintomática, la cual es muy frecuente en este grupo poblacional.

Los factores de riesgo en el anciano son: la presencia de sonda vesical, las enfermedades neurológicas (accidentes cerebrovasculares, enfermedad de alzheimer y otras que suelen asociarse a la presencia de vejiga neurógena, que trae consigo una dificultad en el vaciado de la vejiga), la capacidad funcional del anciano (a mayor deterioro funcional, mayor riesgo de ITU), la presencia de demencia, la ingesta previa de antibióticos y la mayor incidencia de diabetes mellitus. Además, el

aumento en la incidencia de bacteriuria en ancianos varones se debe al aumento de la enfermedad prostática, que provocaría una obstrucción en el trato urinario. Otros factores predisponentes serían cualquier proceso patológico que cause obstrucción del tracto urinario, tumores o una estenosis uretral. La litiasis renal es un factor que favorece la recidiva de las infecciones urinarias. La incontinencia urinaria está asociada también a un mayor riesgo de ITU.

Por otro lado, los microorganismos más frecuentes aislados en las ITU de los pacientes geriátricos institucionalizados son las Enterobacteriaceae. En la mayoría de los estudios, *Escherichia coli* (*E. Coli*) es el microorganismo más comúnmente aislado en el sexo femenino. En hombres *E. coli* y *Proteus mirabilis* se aíslan con similar frecuencia. Los microorganismos más frecuentemente aislados en ancianos institucionalizados con sondaje vesical permanente son *Enterococcus* y *Pseudomonas aeruginosa*. Los microorganismos aislados en las ITU de pacientes ingresados suelen presentar una mayor resistencia antimicrobiana en relación a aquellos aislados en ancianos de la comunidad. Esto puede deberse a la exposición reiterada a antibióticos.

En cuanto al tratamiento de este problema, podemos enumerar los siguientes:

- Bacteriuria asintomática: se ha demostrado la falta de beneficio del tratamiento antimicrobiano. Se ha demostrado una mayor frecuencia de efectos adversos y reinfección por gérmenes resistentes. Por lo tanto, los antibióticos no estarían indicados para el tratamiento de esta patología.
- Infección urinaria sintomática: la elección del antibiótico para el tratamiento de la ITU sintomática debe tener en cuenta diversos aspectos como eficacia, efectos adversos, coste y posibilidad de generar resistencias. En los ancianos con síntomas leves o moderados hay que esperar por el resultado del cultivo de orina para iniciar el tratamiento. Cuando sea necesario iniciar el tratamiento sin conocer el agente causal, la selección del antibiótico podría basarse en la sensibilidad de urinocultivos anteriores.

La duración apropiada del tratamiento en ancianos institucionalizados no se conoce bien. En mujeres se recomienda un ciclo de 7 días para infecciones del tracto urinario inferior, y de 10 a 14 días para infecciones con fiebre o síntomas del tracto urinario superior. En hombres se recomienda un ciclo de 10 a 14 días. Cuando el anciano lleva un sondaje vesical crónico, la duración del tratamiento no puede ser superior a 10 días.

Por último, en cuanto a la prevención, el uso de estrógenos intravaginales

en mujeres institucionalizadas con alta frecuencia de infección sintomática ha demostrado reducir la frecuencia de infección, tanto asintomática como sintomática. Existe también una alta probabilidad de prevenir las ITU con intervenciones sobre la incontinencia. En los varones, evitando la utilización de colectores urinarios. En personas que tienen alterado el vaciamiento vesical, la incontinencia puede controlarse con un sondaje intermitente. En casos de sondaje vesical crónico la bacteriuria puede llegar a prevenirse limitando su uso y retirándolo tan pronto como sea posible. La bacteriemia en ancianos que son sometidos a procedimientos invasivos puede evitarse administrando tratamiento antibiótico antes y después de dichas maniobras. Es importante también beber mucha agua durante todo el día, para evitar la proliferación de bacterias.

5 Discusión-Conclusión

La infección del tránsito urinario puede presentar una alta mortalidad. El tratamiento empírico puede resultar en diversas ocasiones inapropiado, lo que puede aumentar la mortalidad. Resulta muy importante el conocimiento de esta patología, ya que, cada vez la sociedad está más envejecida y es muy frecuente en los adultos mayores (sobre todo los que se encuentran hospitalizados e institucionalizados en centros sociosanitarios).

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Infecciones urinarias. 2010.
- Viana C, Molina F, Diez M, Castro P. Infección de vías urinarias en el adulto. Guías clínicas. 2016 ;2(34).
- Warren JW. Infecciones urinarias intrahospitalarias. En: Mandell, Douglas y Bennett, editores. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. 5.^a ed. Buenos Aires: Panamericana; 2002. p. 3652-65.
- B- regenzer T, Frei R, Widmer AF, Seiler W, Probst W, Mattarelli G, Zimmerli W, et al. Low risk of bacteremia during catheter replacement in patients with long-term urinary catheters. Arch Intern Med. 2004;157:521-5.

Capítulo 249

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE FLEBITIS EN PACIENTE HOSPITALIZADOS PORTADORES DE VVP

ROSARIO LÓPEZ FERNÁNDEZ

HELENA RICO BLANCO

ROMINA GONZALEZ PÉREZ

SILVIA COVARRUBIAS GARCÍA

1 Introducción

La flebitis es la inflamación de una vena debido a la alteración del endotelio durante o después de una infusión endovenosa. Se caracteriza por dolor, edema y aumento de la temperatura local, eritema de la zona o trayecto venoso y cordón palpable, a veces puede acompañarse de secreción purulenta y/o fiebre, pudiendo llegar a producir trombosis venosa profunda en los casos más graves.

2 Objetivos

- Detectar precozmente los signos iniciales de la flebitis y prevenir su aparición.

3 Caso clínico

Mujer de 82 años ingresada en medicina interna por ITU y deshidratación que precisa tratamiento con sueroterapia y antibióticos durante 5 días.

4 Resultados

Aplicación del protocolo de flebitis zero:

Elección adecuada del catéter.

- Emplear el menor calibre para la mayor vena.
- Preferiblemente extremidad superior.
- Valorar características del paciente.
- Valorar tratamiento endovenoso instaurado.

Higiene de manos.

- La medida más eficaz y sencilla para reducir la infección asociada a la asistencia sanitaria.
- El uso de guantes no excluye la higiene de manos.

Antisepsia cutánea.

- Uso de clorhexidina alcohólica 2 % en la inserción.
- Técnica aséptica en la inserción y cuidado del catéter.

MANTENIMIENTO ASÉPTICO DEL CATÉTER

- Clorhexidina alcohólica 2% en el cuidado.
- Apósito estéril , preferiblemente transparente y reforzado.
- Vigilar y registrar diariamente el estado del punto de inserción.Ver gráfico.
- Cambio del apósito trasparente sólo si está sucio,húmedo o despegado.
- Cambiar apósito de gasa cada 48 horas.
- Cambio de equipos y accesorios no antes de 96 horas y no después de 7 días.
- Utilizar sistema sin aguja para administración endovenosa de medicación previa desinfección del puerto de acceso y empleando dispositivos estériles.
- Mantener la permeabilidad mediante lavado periódico con suero fisiológico .

Retirar catéteres innecesarios.

- Retirar rápidamente el catéter si el paciente presenta signos de flebitis .
- Retirar cualquier catéter que no resulte imprescindible.

Resultados.

- El día del ingreso se coloca VVP en antebrazo izdo con catéter n° 22 y colocando apósito transparente reforzado.
- Diariamente se verifica punto de inserción con escala de flebitis anotándolo en hª clínica.
- Se comprueba y se lava en cada turno con suero fisiológico el VVP.
- Se retira vía venosa cuando la paciente inicia tratamiento vía oral y no necesita vía venosa.
- No se produce ninguna flebitis en su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La aplicación del protocolo diario de la escala de valoración de la flebitis y los cuidados de la VVP son instrumentos adecuados para prevención de la flebitis que debería ser aplicado en todos los paciente ingresados y portadores de VVP. Ayuda a la detección precoz de los primeros signos de flebitis evitando su aparición y minimizando sus complicaciones.

6 Bibliografía

1. Proyecto FLEBITIS ZERO varios autores.

Capítulo 250

TÉCNICA CORRECTA PARA EXTRACCIÓN DE HEMOCULTIVOS

LARA QUESADA ITURMENDI

LAURA MUÑIZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Cuando los microorganismos presentes en un organismo invaden el torrente circulatorio hablaremos de bacteriemia. Los focos más frecuentes de bacteriemia son el tracto genitourinario, los abscesos, las heridas quirúrgicas, el tracto biliar y los catéteres intravasculares. Aunque hasta en un 25% de los casos su foco originario es desconocido.

El diagnóstico definitivo de la bacteriemia se establece cuando se aísla el microorganismo causal en la sangre del enfermo mediante el cultivo de ésta. Para ello es necesario realizar hemocultivos con una técnica correcta, ya que los hemocultivos contaminados repercuten en el aumento de pruebas, tratamientos innecesarios y aumento de la carga asistencial.

2 Objetivos

- Proporcionar recomendaciones basadas en la evidencia para la realización de hemocultivos mediante la técnica correcta.
- Disminuir los falsos positivos en los resultados y la consiguiente repercusión negativa en el paciente y sistema sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de la bibliografía en bases de datos de Pubmed y Elsevier. También se realiza una búsqueda manual de las referencias bibliográficas de las revisiones. Se han utilizado las palabras clave: hemocultivos, antisepsia, tasa de contaminación de hemocultivos. Se han considerado artículos escritos en español e inglés.

4 Resultados

En cuanto a la preparación de la piel:

- Tras la palpación para escoger lugar de punción, se desinfectará la zona con clorhexidina alcohólica y se dejara actuar durante 30 segundos (Categoría IA). Aunque algunos autores realizan sus estudios aplicando alcohol y posteriormente povidona yodada.
- Se debe aplicar el antiséptico realizando movimiento en espiral de dentro hacia fuera.

En cuanto a la extracción de la muestra de sangre:

- Se recomienda que la extracción sanguínea sea realizada lo antes posible tras el comienzo de la fiebre, ya que las bacterias son eliminadas rápidamente de la sangre por las células del sistema reticuloendotelial.
- Se obtienen similares resultados cuando se extraen los hemocultivos simultáneamente que cuando se extraen separados en el tiempo (avalado por la American Society for Microbiology). Las muestras se deben obtener de lugares de venopunciones diferentes.
- El número de extracciones considerado adecuado varía de 2 a 3 venopunciones según diferentes artículos.
- Se debe realizar el procedimiento con guantes estériles y cambiarlos para cada venopunción.
- Se ha demostrado que la introducción de antiséptico en el frasco de hemocultivo puede inhibir el crecimiento bacteriano, por lo que tras limpiar los tapones de goma con antiséptico se debe dejar secar el producto.
- Existe controversia en el cambio de aguja al introducir la sangre en el frasco de hemocultivo. No está claro que disminuya la tasa de contaminación, pero si aumenta el riesgo de pinchazo accidental.

5 Discusión-Conclusión

El principal problema para la interpretación correcta de los hemocultivos es su contaminación por la microbiota cutánea durante la extracción. La detección de *Staphylococcus coagulasa* negativa en una sola muestra, indica contaminación externa en el 94% de los casos.

Si los hemocultivos son obtenidos de forma correcta, la tasa de contaminación no debe superar el 3% del total. Si estas cifras se superan, debe promoverse un mejor cumplimiento de los procedimientos de extracción de las muestras, ya que es la causa principal de contaminación. Una tasa de positividad muy baja puede reflejar una excesiva utilización de los hemocultivos.

6 Bibliografía

- Cuervo Polanco P., Rico Villegas C.L. Guía para la toma de hemocultivos. Fundación Santa Fe de Bogotá. 2001-2002.
- De Dios Garcia. B, Borges-Sa. M. Efectividad de un programa formativo para reducir los hemocultivos contaminados. *Rev.Enf.Clínica*. 2014. 24(2):111-17.
- Ramirez Galleymore. P, Gordon Sahnquillo. M. Antisepsia en la extracción de hemocultivos. Tasa de contaminación de hemocultivos. *Rv.Med.Intensiva*. 2019. 43:31-34.
- Loza Fernández de Bobadilla. E, Planes Reig, A. Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2003.
- Sánchez Bermejo. R, Rincón Fraile. B. Hemocultivos... ¿Qué te han contado y qué haces?. *Rev. Enfermería Global*. 2012. 24.
- Ibero Esparza. C, Regidor Sanz. E. Si fiebre, ¿Hemocultivos?. *Rev.Clínica Española*. 2010. 210(11): 559-566.
- Bouza E, Loza E, Planes, A, Rodríguez Cobacho A. Procedimientos en Microbiología Clínica, Hemocultivos. 1993. Coordinador, J Romero Vivas, Ed JJ Picazo. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Madrid.
- Echeverri Montoya, María Jimena. Prevención de la contaminación en la extracción de hemocultivos. Revisión crítica de un estudio.
- Loza Fernandez de Bobadilla. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. ISBN: 84-609-2289-8.
- Croft AC, Woods GL. Specimen collection and handling for diagnosis of infectious diseases. Saunders Elsevier; 2006: chap 63.

Capítulo 251

TRABAJO EN EQUIPO DEL PERSONAL SANITARIO.

TANIA MELERO PEREIRA

VANESSA MOLINA BLANCO

RAUL MATEOS IGLESIAS

1 Introducción

El equipo humano es el conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y profesionales, que trabajan en conjunto, durante un tiempo ,para resolver un problema de salud en los pacientes. Como unidad de hospitalización consideramos el lugar asistencial integrado dentro del centro hospitalario, ya sean las plantas donde ingresa el paciente, todos aquellos materiales destinados a su tratamiento y cuidados y para la realización de todas las pruebas diagnósticas necesarias durante el ingreso y el equipo humano para la atención del paciente ingresado.

Como integrantes del equipo humano tenemos en cuenta todas las categorías profesionales involucradas en dicha estancia hospitalaria, tanto sanitarias como no sanitarias, ya que sin alguno de los eslabones de la cadena no sería posible una atención integral de calidad: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, servicio de limpieza ,cocina, laboratorio, seguridad ,administrativos y seguro que alguno más que olvidamos mencionar. El objetivo común de estos profesionales es el cuidado del paciente. Cada profesional es una parte importante en el desempeño de sus funciones. Todos son igual de importantes en

el conjunto del tratamiento del paciente desde que ingresa hasta que es dado de alta.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Realizar una atención completa y de calidad en todos los aspectos del ingreso.

Objetivos secundarios:

- Conseguir la satisfacción del paciente.
- Atender con calidad.
- Tener en cuenta la importancia de todos los eslabones de la cadena de atención.
- Realizar correctamente cada profesional las tareas propias de su puesto de trabajo.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en distintas bases de datos sanitarias sobre el equipo del hospital en las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Google Scholar y Scielo.

4 Resultados

En concreto vamos a centrarnos en enumerar sus funciones básicas y generales en el hospital que es lo que llamamos atención especializada. Nos referimos a ellos como los cuidados de enfermería. El proceso de cuidar y la relación con el paciente. Las etapas del proceso de cuidar y su proceso.

Valoración: instrumentos a utilizar. Planificación de los cuidados y evaluación. Responsabilidad legal. Cuidados básicos basados en la evidencia. Práctica basada en la evidencia. Cuidados básicos en la alimentación. Valoración nutricional. Tipos de dietas. Procedimiento de ayuda en la alimentación oral. Cuidados básicos en la movilidad. Higiene postural. Posiciones de los pacientes encamados. Plan de cambios posturales. Movilización de los pacientes. Cuidados básicos en el sueño y descanso. Descanso y sueño. La hospitalización y su repercusión en el sueño. Valoración del sueño. Cuidados básicos en la eliminación. Balance del equilibrio de líquidos. Cuidados básicos en la higiene. Habilidades, estrategias y gestos de los profesionales de enfermería. Cuidados básicos en el confort

y la seguridad: por ejemplo la habitación del paciente. Promoción de la comodidad. Tensión arterial. Cuidados básicos de los catéteres intravenosos. Técnica de inserción de catéteres periféricos y su cuidado catéteres periférico. En el proceso quirúrgico. Cuidados básicos preoperatorios y postoperatorios.

5 Discusión-Conclusión

Para cualquier profesional sanitario es necesario tener los conocimientos teórico-prácticos para desarrollar bien su trabajo y poner en práctica los cuidados básicos esenciales de la persona. Conseguir la habilidad para realizar correctamente las técnicas especificadas. Demostrar habilidades básicas de comunicación con el paciente y respeto a la intimidad. Todos los miembros del equipo multidisciplinar son importantes, cada uno en su labor, no tratamos de resaltar el papel enfermero ni ningún otro sobre los demás, solo detallar un poco más una de las profesiones dentro de la atención. La labor de enfermería tampoco sería posible sin la colaboración del resto del personal tanto sanitario como no sanitario, ya que en equipo, siempre se trabaja mejor.

6 Bibliografía

- Mccaffery, M.(1968):Nursing practice theories related tocognition, bodily pain,and man-environment interactions.Los Angeles: UCLA Students Store.
- Alfaro-lefevre, r. (1996): instructor's manual for critical thinking in nursing: A practical approach. Filadelfia, Fomentarelcuidadoencolaboración. 5.ª Edición, Barcelona: Elsevier.
- Doymabenaventgarcés, M. a.; ferrerferrandis, e. yfranciscodelrey, c.(2009): Fundamentos de enfermería. 2.ª edición. Difusión y Avances de Enfermería (dae), España:dae.

Capítulo 252

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABDOMEN AGUDO: CUIDADOS PRE-OPERATORIOS. CUIDADOS POSTOPERATORIOS. VIGILANCIA DE LAS COMPLICACIONES POTENCIALES

ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

ALBA COLLADO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Abdomen agudo es una situación dramática para el enfermo que la presenta y para el equipo médico que la afronta. Aquél porque se siente gravemente enfermo y éste porque sabe, que de la rapidez y certeza de sus acciones depende el pronóstico del paciente evitando complicaciones y logrando sobrevivencia. Otros los definen como un dolor abdominal intenso, generalmente asociado a manifestaciones de compromiso peritoneal, que hace considerar la posibilidad de una acción terapéutica de emergencia, por existir riesgo inminente para la vida del paciente.

El abdomen agudo es la evolución de un proceso patológico intraabdominal caracterizado por tener no más de una semana de iniciado el cuadro, está abocado a graves complicaciones inmediatas con riesgo vital.

2 Objetivos

Dar a conocer la función de la enfermería en los cuidados al paciente con problemas de abdomen agudo para proporcionarle información, seguridad, tranquilidad y confort sin desatender cualquier otro problema que pueda surgir.

3 Metodología

Se realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las bases de datos como Pubmed. Por otra parte, en Google académico buscamos información en relación al dolor abdominal agudo, cuidados preoperatorios para la cirugía y cuidados postoperatorios. Investigamos en la página oficial del Ministerio de Sanidad. Por último, utilicé como buscador la biblioteca oficial de la Universidad de Oviedo.

4 Resultados

El personal de enfermería tiene como labor realizar los siguientes cuidados preoperatorios orientados a cada intervención quirúrgica:

- Valoración inicial.
- Anamnesis.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Análisis de factores de riesgo.

Tras un primer contacto se intentará tranquilizar al paciente y se procurará que esté lo más cómodo posible. Una parte importante del trabajo de enfermería es la valoración del dolor y administración de analgesia. En la actualidad diversos estudios demuestran que el uso de analgesia en la evaluación inicial de los pacientes con abdomen agudo conlleva una significativa reducción del dolor sin afectar a la precisión del diagnóstico, que incluso puede verse facilitado debido a la reducción en la severidad de los síntomas. Durante la valoración inicial determinaremos la estabilidad o inestabilidad hemodinámica con la toma de constantes vitales.

La exploración física incluirá: inspección, palpación, percusión y auscultación. Respecto a la palpación del abdomen cabe recordar que siempre se practica comenzando sobre los cuadrantes menos dolorosos y avanzando a los más dolorosos y de superficie a profundidad. En estadios avanzados de apendicitis, cuando el apéndice se perfora (24-48 horas después de iniciados los síntomas), el paciente empeora de inmediato: aumentan el pulso y la temperatura y el estado

general desmejora. Si hay compromiso difuso del peritoneo aparece distensión abdominal. Cuando existe peritonitis, el movimiento y la tos aumentan el dolor, por lo que el paciente se mantiene lo más quieto posible y al toser se lleva las manos a la zona de la fosa ilíaca.

Exámenes de laboratorio: Por lo general en un abdomen agudo se realiza un hemograma, sedimento urinario, determinación de electrolitos, glucosa, urea, creatinina, gasometría, determinación de los valores de amilasa y un test de embarazo en caso de que sea una mujer en edad fértil. Los exámenes de rutina de mayor valor en la apendicitis aguda son el hemograma y el análisis de orina (sedimento urinario - se utiliza para descartar una infección urinaria, aunque puede observarse la presencia de algunos leucocitos si el proceso inflamatorio del apéndice se encuentra en una zona próxima al uréter o la vejiga).

Se valoran los factores que incrementan el riesgo en una intervención quirúrgica: edades extremas, estado nutricional, alteraciones respiratorias y cardiovasculares, insuficiencia renal, inmunosupresión, toma de determinados fármacos (anticonceptivos orales, anticoagulantes, diuréticos, etc.), consumo de tabaco, alcohol, drogas.

El tratamiento de la apendicitis aguda debe ser quirúrgico y urgente en todos los casos (apendicetomía). Únicamente puede estar indicado el tratamiento conservador en enfermos con plastrón apendicular de larga evolución sin afectación del estado general, para realizar la apendicetomía posteriormente.

Los avances médicos encaminados a mejorar el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes a los que se les intervendrá por una apendicectomía, han impulsado el desarrollo de las técnicas laparoscópicas. Al ser incisiones pequeñas, si se aplica un correcto cuidado postoperatorio, la recuperación es mucho más rápida. Los cuidados prequirúrgicos de enfermería no son la única competencia que tiene enfermería con estos pacientes, sino que también jugamos un papel muy importante con respecto a los cuidados que estos recibirán tras la operación.

Complicaciones postoperatorias más frecuentes. La infección del sitio operatorio incisional superficial constituye la complicación de mayor frecuencia, seguida de la dehiscencia de la herida. Además debemos prestar atención a otros posibles problemas:

- Hemorragia.
- Evisceración de la pared.
- Problemas gastrointestinales: íleo paralítico, dilatación aguda gástrica, oclusión intestinal por bridas.

- Urinarias: infección urinaria.
- Respiratorias: bronconeumonía.
- Serosa peritoneal: absceso subfrénico y del saco de Douglas.
- Otras: sepsis generalizadas, tromboflebitis en miembro inferior derecho y flebitis en miembros superiores.

Las complicaciones aumentan en relación con la edad y se presentan más frecuentemente en los pacientes con enfermedades asociadas, estado físico más precario y mayor tiempo de evolución preoperatoria; así como en las formas histopatológicas más avanzadas de la afección.

La patología herniaria es frecuente de ver en la práctica del cirujano general y sus complicaciones siguen siendo causa de morbimortalidad. Estrechamente asociada a las complicaciones post-quirúrgicas se encuentran la presencia de otras enfermedades como la diabetes mellitus, así como una demora quirúrgica superior a 12 o 24 h. Entre las complicaciones menores derivadas de la cirugía, las más frecuentes son: Infección de la herida, Íleo paralítico e infección urinaria. Como complicaciones mayores puede aparecer:

- Dehiscencia de la anastomosis.
- Hemorragia.
- Absceso abdominal.
- Neumonía.
- Descompensación de hepatopatía crónica u otras enfermedades de base.

5 Discusión-Conclusión

Tras finalizar este trabajo se demuestra que existe una complejidad en los cuidados de las enfermeras en tres de las afecciones más comunes del abdomen agudo. Con ello, creemos importante la necesidad del conocimiento de la atención básica y especializada de las distintas patologías y sus cuidados de enfermería.

6 Bibliografía

- Torcal Aznar J, Salinas Payer JC, Navarro Zorraquino M. Abdomen agudo. En: Arias J. Enfermería Médico-Quirúrgica II. 1ª edición. Madrid: editorial Tébar; 2004. 118-33.
- Blandón Castaño EA, Correa gallego JC. Analgesia en el abdomen agudo: ¿persiste el peligro? IATREIA. 2006; 19(1):62-9.

- Parrilla Paricio P, Targarona Soler EM. Abdomen agudo. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina interna. 17ª edición. Madrid: Elsevier; 2012. 125-36.
- Aahlin EK, von Meyenfeldt M, Dejong CH, Ljungqvist O, Fearon KC, Lobo DN, Demartines N, Revhaug A, Wigmore SJ, Lassen K. "Functional recovery is considered the most important target: a survey of dedicated professionals". Perioper Med Londres 30 julio 2014. 3:5. DOI: 10.1186/2047-0525-3-5. eCollection 2014.
- Pinos-Padilla, Sisalima-Pizarro. "Condiciones y procesos del cuidado de enfermería a pacientes sometidos a apendicectomía en el departamento de cirugía del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo de mayo-julio del 2013". Directora: Buenaño Narrionuevo L. Universidad de Cuenca de Azuay. Tesis prelicenciatura en Enfermería, 2013.
- Manrique Mansilla D, Aquino Márquez H, Garro Montoro E. "Apendicectomía laparoscópica: modelo de programa ambulatorio". Revista Colombiana de Cirugía. 2008; 23 (2) 74-84.

Capítulo 253

A PROPÓSITO DE UN CASO.

VANESSA MOLINA BLANCO

TANIA MELERO PEREIRA

1 Introducción

Los profesionales de enfermería cuentan como herramienta de trabajo con el proceso enfermero y los lenguajes estandarizados, lo que ha posibilitado en éstos un aumento considerable en la publicación de casos clínicos en revistas científicas. cuidados basados en el uso de las taxonomías enfermeras, quedando recogidas todas las fases del proceso enfermero, con la ayuda de la taxonomías antes mencionadas. Los tres lenguajes estandarizados más usados son la North American Nursing Diagnosis Association -NANDA-, la clasificación de resultados de enfermería NOC y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Recoger sistemáticamente la información necesaria para la toma de decisiones

Objetivos secundarios.

- Garantizar la calidad de los cuidados.
- Redactar y fijar una estructura coherente y unificada en la publicación de un caso clínico basado en el uso de las taxonomías.
- Elaborar un informe de casos clínicos.
- Describir el proceso enfermero mediante el uso de las taxonomías como lenguajes estandarizados.

- Permitir a los profesionales de enfermería una mejor descripción del proceso enfermero.

3 Caso clínico

María es una mujer de 27 años, primigesta que viene a las consultas de control del embarazo , a las 32 semanas de gestación. Su peso es de 76 Kg, ha aumentado 9 Kg, la tensión arterial es de 120/60, se observa presencia de edemas en los miembros inferiores. Trabaja como cajera en un supermercado, en el que tiene que estar mucho tiempo sentada. Le han empezado a salir pequeñas arañas vasculares en las piernas y se encuentra muy cansada, cada vez le cuesta mas hacer las actividades de la vida diaria. Suele vestir con ropa cómoda y zapatos planos. Vive con su pareja, que también trabaja todo el día. El apoyo de María en estos momentos es su madre, con la que come todos los días. Nos comenta que tiene mucho dolor en la zona lumbar y que no sabe como aliviarlo.

4 Resultados

Valoración enfermera del caso: patrones funcionales. Patrón de percepción de la salud / Manejo de la Salud.

Mujer de 27 años que acude a la consulta de control del embarazo de la semana 32 de gestación. TA: 120/60.

Nutrición /Patrón Metabólico. Pesa actualmente 76Kg, aumentando su peso en 9Kg. Suele comer con su madre.

Patrón de eliminación. Presenta edema en miembros inferiores r/c acumulación de líquidos.

Patrón de actividad / ejercicio. Suele vestir con ropa cómoda y zapatos planos. Le cuesta hacer, cada vez más, las actividades de la vida diaria (AVD). Presenta arañas vasculares.

Patrón cognitivo / perceptivo: presenta dolor en la zona lumbar y no sabe como aliviarlo.

Patrón de autopercepción/ concepto de sí mismo: trabaja como cajera en un supermercado, teniendo que estar gran parte de su jornada laboral sentada.

Patrón de rol/relaciones: su marido trabaja durante todo el día. Presenta el apoyo de su madre.

Diagnóstico enfermero :

- NOC: Indicador.
- NIC: Actividades.

Diagnóstico enfermero: proceso de maternidad ineficaz r/c no informa sobre un adecuado estilo de vida durante el embarazo y no informa sobre el manejo de síntomas molestos durante el embarazo m/p edema y dolor lumbar.

Estado materno: parto. Edema periférico: SI. Cambio de peso: SI. Presión arterial: Aumentada.

NOC

- Indicadores
- Inicio/Esperado

NIC

- Cuidados prenatales.
- Manejo de la energía.
- Manejo del dolor.

Cuidados prenatales. Actividades:

- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias del paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación, alentando a la vez la implicación de la pareja de la paciente o de otro familiar.
- Monitorizar la ganancia de peso.
- Monitorizar la posible aparición de trastornos hipertensivos.
- Ayudar a la paciente a identificar estrategias para afrontar los cambios y aliviar las molestias asociadas con el embarazo.

Manejo de la energía. Actividades:

- Identificar las necesidades, preocupaciones y preferencias del paciente, fomentar la implicación en la toma de decisiones e identificar y abordar los obstáculos para los cuidados.
- Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación, alentando a la vez la implicación de la pareja de la paciente o de otro familiar.
- Monitorizar la ganancia de peso.
- Monitorizar la posible aparición de trastornos hipertensivos.

- Ayudar a la paciente a identificar estrategias para afrontar los cambios y aliviar las molestias asociadas con el embarazo.

Manejo del dolor. Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor.
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor.

5 Discusión-Conclusión

Hemos utilizado la etiqueta diagnóstica “Proceso de maternidad ineficaz r/c no informa sobre un adecuado estilo de vida durante el embarazo y no informa sobre el manejo de síntomas molestos durante el embarazo m/p edema y dolor lumbar” porque pensamos que es el más adecuado para el caso ya que María presenta algunos problemas fisiológicos debido a una falta de conocimientos, y tampoco sabe como actuar frente a estos problemas. Se podrían utilizar otras etiquetas diagnósticas para los problemas fisiológicos que tiene pero creemos que es más acertado el uso de esta, ya que engloba el embarazo (sin el cual María probablemente no tendría estos problemas).

Como NOC hemos elegido “Estado materno: parto” ya que además de que describe la situación de María, entre sus indicadores podemos encontrar edema, cambio de peso y presión arterial, los cuales son concretos para este caso. Podría haber sido adecuado el uso de otra NOC como “conocimiento: gestación” que tiene unos indicadores también válidos pero no igual de apropiados y no incluyen los que hemos usado.

Como NIC hemos elegido “manejo de la energía, manejo del dolor, y cuidados prenatales” que incluyen unas actividades con las que podemos enseñar a María, entre otras cosas, a regular su energía para estar menos cansada, a mantener un peso óptimo; y también podemos evaluar el uso de la analgesia, y la monitorización del peso, entre otras.

6 Bibliografía

1. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
2. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
3. McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4a ed. Madrid: Harcourt, 2005.
4. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1998.

Capítulo 254

CASO CLINICO

VANESSA MOLINA BLANCO

TANIA MELERO PEREIRA

1 Introducción

La profesión de enfermería cuenta actualmente con el proceso enfermero, procedimiento que parte de la aplicación del método científico, que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, tratándose de un elemento que garantiza la calidad de los cuidados. El uso de un lenguaje estandarizado ha posibilitado la normalización de la práctica enfermera, disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica, pudiendo identificar los problemas y necesidades de cuidados de los pacientes, qué resultados esperamos y qué intervenciones son necesarias. También ha posibilitado por parte de la profesión un aumento considerable en la publicación de casos clínicos en revistas científicas. Los tres lenguajes estandarizados más usados son la North American Nursing Diagnosis Association -NANDA-, la clasificación de resultados de enfermería NOC y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC.

2 Objetivos

- Describir el proceso enfermero mediante el uso de las taxonomías como lenguajes estandarizados.
- Permitir a los profesionales de enfermería una mejor descripción del proceso enfermero.

3 Caso clínico

Paciente varón de 68 años. Ingresa en el hospital el 14 de mayo de 2018 remitido de su Centro de Salud de referencia por una fractura de cadera. El 27/5/2018 es intervenida de la cadera. Antecedentes Personales: Fractura de rodilla izquierda por una caída previa y se le colocó una prótesis. Hace dos años por otra caída tuvo una fractura distal de cúbito y radio derecho. Operado de apendicitis en 2001. Valoración de enfermería: Signos vitales: Tensión arterial: 120/40 Mm. Hg., Frecuencia cardiaca: 72 lpm; Temperatura: 36.6°.

Paciente consciente, presenta aspecto físico saludable, pesa 90 Kg. y mide 1.75 m. de altura. La coloración de la piel y mucosas: buena, rosáceo en todo el cuerpo excepto en las piernas que en ocasiones las tiene moradas y se le suelen hinchar un poco situación que se resuelve apoyando las piernas sobre un taburete. Presenta cicatriz de una pequeña escara en el borde posterior del talón del pie izquierdo de 1 cm. de diámetro, que esta curada. Él en su casa procuraba llevar una dieta variada y sana. Ahora en el hospital, lleva una dieta basal, realiza las 4 comidas, aunque se queja de que la comida es poca y en ocasiones no le gusta, muchas veces se queda con hambre. Toma algo más de un litro de agua al día. Tiene la dentadura completa, todos los dientes son suyos. Al inicio de su estancia en el hospital llevaba una sonda vesical, pues estaba recién operado y debido a su operación no se podía levantar, pero ya le fue retirada. Ahora él nota que orina en más cantidad. Antes de ser ingresado en el hospital vivía solo en su casa, pero ya no es capaz de valerse por si mismo, uno de sus hijos que vivía encima de su casa es el que más está pendiente de él, su nuera le hace la comida y también sus nietos que trabajan cerca se escapan del trabajo a veces para ver como está. Es independiente para comer y vestirse, pero requiere ayuda de una persona en el baño, que esté pendiente por si resbala y le ayude a enjabonarse. Recibe los servicios de fisioterapia del hospital, de forma diaria en su habitación. Describe su estado de salud como regular los peores problemas que tiene ahora son el no poder caminar él solo y que últimamente empiezan a olvidársele las cosas “ya no tengo la cabeza de antes”. Actualmente es pensionista. Sabe que aunque vuelva a caminar por si solo ya no va a poder volver más a su casa, por que ya no esta para estar viviendo solo. En el hospital no duerme bien, no tiene un sueño reparador, pues se despierta en las noches por los ruidos, por lo que durante el día se echa varias cabezaditas sentado en el sillón.

4 Resultados

Valoración para el adulto según patrones funcionales de salud:

Patrón 1. Percepción – Control de la Salud.

Describe estado de salud como: Normal . Describe estados de salud anteriores: Sí . Da importancia a la salud: Sí . Acepta estado de salud: No. Describe / conoce alteraciones actuales: Sí . Cómo percibe el sistema sanitario. Bien dentro de lo que cabe esta bien atendido, pero nunca será lo mismo que en su casa. Hábitos de control de su salud: Sí. Describe medicación prescrita: Sí. Sigue tratamiento prescrito: Medicación Sí , Con ayuda de su familia. Dieta : Describe dieta normal.Ejercicio:No. Antes solía ir a caminar pero hace años. Tabaco: No. Alcohol: Ocasional .Valoración realizada al ingreso.

Patrón 2. Nutricional – Metabólico. Lugar donde realiza las comidas:casa N° de comidas / día: 3 - 4:. Dieta Normal .Vía de Administración: Oral . Describa lo que comió ayer: Desayuno / Almuerzo / Merienda / Cena . Líquidos: 1- 2 litros . Uplementos: No . Peso 90 Kg. Métodos de control de pesos anteriores: No.¿Cambios Apetito?: No. Dentición: Buena. Problemas en la mucosa oral: No. Piel: Hidratada .Ulceras (localización). Parte posterior Del talón izquierdo ya cicatrizada Pelo, uñas: Higiene: Buena. Observaciones: Valoración realizada al ingreso.

Patrón 3. Eliminación. Intestinal. Normal Ruidos: normales . Urinaria: Normal. Uso de pañales: No . Valoración realizada al ingreso.

Patrón 4. Actividad – Ejercicio. Independencia para las actividades de la vida cotidiana: No. Comparte las tareas domésticas: Sí . Con sus familiares Independencia para autocuidados: No. Trabajo: Pensionista. Deambulación: Encamado. Actividades de ocio: Sí . Ejercicio regular:No. Ruidos Respiratorios: No. Tos: No. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 5. Sueño - Descanso. N° horas de sueño: 8 horas aprox. Siesta: Si . Insomnio: Si. Conciliación / Continuación Interrupciones del sueño: Sí . Ayuda para dormir: No. Ronquidos: Sí Descansado al levantarse (sueño reparador): No. Somnolencia durante el día: Observaciones: No duerme bien, se despierta por las noches por los ruidos también piensa mucho en su casa y en que no va a volver y se pone a darle vueltas a la cabeza.. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 6. Cognitivo – Perceptivo. Estado mental :Alerta .Idioma hablado: Español Lenguaje: Natural. Lee: Sí. Escribe: Sí. Nivel de instrucción: primarios. Alteraciones sensoriales: Sin problemas Sensibilidad al frío y al calor: No. Sabor /

Gusto: Sin problemas .Dolor: No Agudo. Control del dolor: Si. Orientación Temporal: Sí . Orientación Espacial: Sí .Pérdidas de memoria: Sí . Dificultad de comprensión: No. Dificultad de aprendizaje: No. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 7. Autopercepción – Autoconcepto. Ansiedad: Sí . Temor o preocupación expreso: Sí. Esta esperando que le den plaza en un centro, por que no puede valerse por si solo, y ya no va a volver mas a su casa, aunque es lo que quisiera. Asi que realmente no sabe que va a pasar. Relacionado con la enfermedad: Sí. Imagen corporal: expresa desagrado: No. Autoestima: expresa poca. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 8. Rol – Relaciones. Con quién vive: Solo. Dependen de él: No. Cada uno de sus hijos tiene su vida y no pueden cuidar de el Relaciones con amigos: Sí. Se siente integrado en la comunidad: Sí Sistemas de Apoyo Familia. Duelo: No Habla clara: Sí. Discurso coherente: Sí . Comprensión de conceptos: Sí. Observaciones: Sus hijos ya no se pueden hacer cargo, por lo que esta pendiente de ser ingresado en un centro de ancianos. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 9. Sexualidad – Reproducción. Disfunción sexual: Sí. ¿Satisfacción? No. Anticoncepción: No. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 10. Adaptación – Tolerancia al estrés. Cambios importantes en los dos últimos años: No. Toma decisiones: Solo pero consulta con sus hijos Con quién suele hablar: familia y amigos. Manejo de situaciones difíciles: Adaptado al estrés: Sí. ¿Cómo se enfrenta al estrés? Autolesiones: No Violencia: No Acoso: No. Valoración realizada al ingreso.

Patrón 11. Valores – Creencias. Expresa cambio de valores: Sí. Importancia de la religión en su vida. Creyente: Sí. (Católico) Le ayudan sus creencias: Sí. Desea asistencia religiosa: Sí. Planes de futuro: Sí. ¿Tiene alguna pregunta / necesidad? No. Valoración realizada al ingreso.

5 Discusión-Conclusión

De todos es sabido que las fracturas constituyen la causa de incapacidad más frecuente en los países desarrollados, pero hasta hace pocos años no se han publicado las primeras recomendaciones preventivas específicas. Son pacientes que acuden siempre a urgencias sin mucha demora y reciben con frecuencia tratamientos y pruebas diagnósticas. Suponen un gran coste sanitario, sobretodo derivado de las frecuemntes secuelas. Aunque varían según las características

personales y psicológicas. Como profesionales de enfermería, tenemos una visión holística de la persona que nos debe mantener alerta, para detectar este tipo de situaciones y planificar el alta y el programa de prevención secundaria adecuados a cada problemática personal.

6 Bibliografía

- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
- Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (CRE). 4a ed. Madrid: Mosby, 2009.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). 4a ed. Madrid: Harcourt, 2005.
- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 5ª Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1998.

Capítulo 255

DOLOR PLEURÍTICO A ESTUDIO

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

1 Introducción

El dolor pleurítico se produce cuando se inflama la pleura. Es la manifestación clínica de múltiples patologías intra y extrapulmonares. Un diagnóstico temprano es fundamental para un tratamiento adecuado

2 Objetivos

- Valorar del caso para adecuado tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente de 37 años que acude a urgencias por dolor de características pleuríticas en hemitórax derecho que alivia parcialmente con analgesia. Refiere hace una semana cuadro de infección respiratoria a tratamiento con levofloxacino que le obligó a estar en cama durante 7 días.

Disnea de mínimos esfuerzos. No fiebre.

No edemas en miembros inferiores.

No oliguria.

No disnea paroxística nocturna.

No clínica otros niveles.

Exploración y pruebas complementarias:

Consciente, orientado y colaborador.

Normohidratado, normoperfundido y normocoloreado.

C y C: normal. Ausencia de adenopatías

A P: Murmullo vesicular. Taquipnea.

A C: normal, sin soplos.

Abdomen anodino. Peristaltismo conservado.

Blumberg y Murphy negativos.

MMII: pulsos pedios y tibial posterior conservados.

SAT 02: 86%.

D- dinero: 4536ng/ml

AngioTC de arterias pulmonares y MMII:

Múltiples defectos de depleción que afecta a la arteria intermediaria, a todas las arterias lobares en derecha y subsegmentarias compatibles con TEPA agudo. No defectos de depleción en sistema venoso profundo sugestivos de TVP.

Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar agudo.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia cardiaca.

Agudización asmática.

Plan de cuidados:

- Ingreso hospitalario.
- Reposo absoluto las primeras 24h.
- Enseñanza sobre el proceso actual instruyendo al paciente sobre y signos y síntomas de alarma que debe comunicar.
- Control del dolor con analgesia pautada.
- Administración de heparinas de bajo peso molecular según pauta médica.
- Observar patrón respiratorio por si aparecen signos como taquipnea, cianosis...
- Oxigenoterapia si precisa según pauta médica.

4 Resultados

Tromboembolismo pulmonar agudo sin signos de trombosis venosa profunda.

5 Discusión-Conclusión

El TEPA es la causa más frecuente y potencialmente mortal de un evento tromboembólico, por lo que un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado son los

pilares fundamentales para prevenir su mortalidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 256

BENEFICIOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO

LAURA CASTRILLÓN CHAMADOIRA

ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA

1 Introducción

El método madre canguro (MMC) es una técnica de cuidado para todo recién nacido, en especial para los recién nacidos prematuros y/o pretérmino. Se basa en el contacto prolongado piel con piel favoreciendo de esta manera una lactancia materna exclusiva.

1. Se debe realizar de la forma más continua, precoz y prolongada posible. La condición de bebé prematuro (recién nacido que no completó las 37 semanas de gestación, a pesar del peso del nacimiento) constituye un gran problema de salud infantil.
2. Tanto la prematuridad como el bajo peso al nacimiento son los índices más relacionados con la mortalidad infantil. Para disminuir esta mortalidad, una de las técnicas a utilizar es el método canguro, que tiene difusión mundial, fundamento teórico y está avalado por la OMS. Esta alternativa tiene su origen en Bogotá (Colombia) en el hospital San Juan de Dios. Fue ideada por el Dr. Edgar Rey en 1978 debido a la escasez de incubadoras y un elevado número de infecciones nosocomiales para permitir que el alta hospitalaria fuese lo más precoz posible⁴. El nombre de este método (Método Madre Canguro) apareció en el First International Workshop on Kangaroo Care en Trieste en 1996. A España, este método llegó gracias al Dr. Gómez Papí que lo difundió a partir del Hospital San Juan XXIII en Tarragona.

Recientes estudios experimentales y de observación han demostrado que el MMC es una alternativa totalmente efectiva, beneficiosa y segura para el cuidado del recién nacido, en numerosos aspectos, como por ejemplo: mantienen mejor el calor corporal, tienen un mayor periodo de sueño, favorece la lactancia materna, están más calmados, mayor estabilidad de las constantes vitales y cuánto menor es el peso del recién nacido mayor estabilidad tiene junto a la madre frente a la incubadora.

El MMC no sólo involucra a la madre y al recién nacido, sino también al padre o al otro progenitor, en el caso de parejas del mismo sexo. Así de este modo, se pueden complementar haciendo que la técnica sea mucho más continuada y ninguno de los dos llegue a sufrir estrés o ansiedad por tener que dedicar gran parte del día a dicho método.

A pesar de los grandes avances técnicos en medicina, debemos procurar una humanización de los cuidados, complementándolo con las nuevas tecnologías. El MMC es una estrategia de práctica humanizada natural e innata en las personas que consiste en transferir la responsabilidad del cuidado del recién nacido, del personal sanitario a los padres de una forma gradual y de esta manera los padres muestran menores niveles de ansiedad y posteriormente desarrollan mayor confianza en el cuidado de sus hijos.

En las unidades de cuidados neonatales se debe ofrecer calidad a nivel médico y tecnológico e incorporando la atención desde el punto de vista psicológico, emocional y humano. En palabras de la Dra. Nathalie Charpak “No hay mejor tecnología que el calor de una madre” .

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Aumentar conocimientos sobre los beneficios del método canguro.

Objetivos específicos:

- Describir el uso y la efectividad del método canguro como práctica para el cuidado de bebés prematuros, pretérmino y/o bajo peso al nacer.
- Determinar efectividad del método como intervención no farmacológica de analgesia para procedimientos invasivos por parte del personal de enfermería.
- Establecer los beneficios del MMC sobre el desarrollo de dichos bebés.
- Identificar los beneficios del método en los padres de estos bebés.

- Identificar las actitudes de los profesionales de enfermería al poner en marcha dicho método.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de internet en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo, Google Académico, Cochrane. Las palabras clave para esta búsqueda han sido: beneficios del método madre canguro, MMC, prematuros, piel con piel, Kangaroo Mother Care, punción del talón, tratamiento del dolor, actitudes. Se completó la búsqueda a través de documentos de páginas web como la asociación española de pediatría, la OMS, y el ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Para citar las fuentes se ha utilizado el estilo Vancouver.

4 Resultados

Concepto de MMC.

Según la OMS, el método madre canguro se define como la atención a los niños prematuros manteniéndolos en contacto piel a piel con su madre. Se trata de un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Sus principales características son:

- Contacto piel con piel temprano, continuo y prolongado entre la madre y el bebé. - Lactancia materna exclusiva (en el caso ideal).
- Se inician en el hospital y pueden continuarse en el hogar.
- Los bebés de bajo peso pueden recibir el alta en un plazo breve.
- Las madres que se encuentran en su hogar precisan de apoyo y seguimiento adecuados. Se trata de un método amable y eficaz que evita el ajetreo que predomina por norma general en una sala de pediatría ocupada por bebés prematuros.

Historia del método canguro.

En 1979, el Dr. Edgar Rey Sanabria neonatólogo del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá (Colombia) a causa de la escasez de incubadoras y la alta frecuencia de infecciones nosocomiales propuso un programa de cuidados del prematuro que consistía en colocar al bebé en contacto piel a piel con el pecho de su madre, cuya alimentación se basaba en la lactancia materna produciendo así un alta hospitalaria temprana ya que se podía seguir con esos cuidados en su domicilio. Esta

estrategia fue realizada a aquellos bebés que ya habían superado la etapa crítica de adaptación extrauterina.

En un principio se propuso llevar la leche materna a la unidad de cuidados neonatales pero posteriormente se autorizó la entrada de las madres en la unidad para su libre lactancia. El resultado inmediato que se observó fue la disminución de las infecciones y de la morbimortalidad de los pacientes contando además con los beneficios que conlleva la lactancia materna por sí sola. Más adelante, a través de investigaciones empíricas, consideraron que las altas eran más precoces, las madres se sentían mejor realizando esta técnica y observaron muchos más beneficios para el desarrollo del bebé.

Como esta medida resultó ser más eficaz de lo que se pensaba, el Dr. Rey continuó desarrollando este concepto junto con la colaboración de otros doctores y se fue difundiendo poco a poco a otros países, apareciendo estudios donde se demostraban los beneficios de dicho método. Los pediatras expusieron que los tres pilares fundamentales para realizar este procedimiento son: el amor, el calor y la lactancia materna. La colaboración de UNICEF fue crucial para la expansión mundial de este proyecto, destacando el Sasakawa Health Prize de 1991 durante la 44 Asamblea Plenaria de la OMS en Ginebra 10. En los años siguientes se siguen realizando estudios para confirmar dichos datos e incluir alguna modificación.

Con el apoyo de Nathalie Charpak (pediatra y especialista en neonatos) se creó la Fundación Madre Canguro y se fueron adhiriendo diferentes pediatras de todo el mundo, introduciéndose esta alternativa en todos los hospitales del mundo. Uno de los principales exponentes y pionero del método en España fue Adolfo Gómez Papi. En 1997, en la Unidad Neonatal del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII introdujo esta técnica en ciertos prematuros seleccionados colocándoles en método canguro con su madre durante 30-90 minutos unas 1-8 veces al día, dependiendo de la disponibilidad de las madres. A partir de ello, observaron que las constantes permanecían estables, con un patrón respiratorio más estable aún, con menor número de apneas y con un sueño más profundo permitiéndoles aumentar de peso porque su actividad era menor a la habitual. También los prematuros indicaban buena tolerancia: abriendo las manos, sonriendo... y las madres participaron activamente tocándoles, jugando con ellos y devolviéndoles la sonrisa. En este estudio no se registró ninguna incidencia negativa. Esta investigación fue de las primeras realizadas en España y a partir de ella, el método canguro fue llegando, en menor o mayor medida, al resto de los hospitales españoles.

En la actualidad, el MMC es más utilizado en países de América del Sur y Cen-

troamérica que en los países europeos, prefiriendo en estos últimos el uso de incubadoras, aunque se está introduciendo en muchos hospitales el método canguro de forma intermitente.

Técnica del MMC.

Actualmente existen al menos dos formas de aplicar el método canguro: el intermitente y el continuo. El intermitente es el más utilizado en las Unidades Neonatales de España, el bebé sale a ponerse en contacto con su madre o su padre en un tiempo determinado (el tiempo mínimo es de 90-120 minutos).

El continuo es utilizado como alternativa de la incubadora, el niño permanecerá en contacto piel con piel las 24 horas del día y es más utilizado en países como Colombia, Suecia o Sudáfrica. Para llevar a cabo el método canguro se colocará al recién nacido entre los pechos de la madre en posición vertical, deberá ser contacto piel con piel de forma directa, sin ropa, sin sujetador y sin collares que lo obstaculice. Se podrá tapar al bebé con una bata aunque esto no es necesario.

Beneficios para el recién nacido:

- Con el contacto físico y con la entrada libre a los padres en las Unidades Neonatales no se ha demostrado ningún incremento de las infecciones nosocomiales. - Numerosos ensayos muestran que la realización del método canguro reduce el riesgo de infección nosocomial y sepsis tanto al alta como a las 40-41 semanas de edad gestacional corregida. También hay estudios que demuestran tener el mismo número de infecciones pero con gravedad menor en aquellos que realizaban el MMC, principalmente una disminución de aquellas infecciones severas o sepsis.
- Mantienen más estables las variables clínicas. El patrón respiratorio se caracteriza por una reducción de episodios de apnea y de broncoaspiración. También mejora la termorregulación disminuyendo el gasto térmico del recién nacido.
- Proporciona ciclos regulares de sueño siendo más profundo y estable. Esto hace que la ganancia de peso sea a un ritmo uniforme y sostenido ya que al alcanzar un sueño profundo y tranquilo, disminuye el nivel de actividad mejorando de esta forma las tasas de crecimiento. Estudios demuestran que en prematuros con peso inferior a 2000 gramos y que practicaban el MMC tuvieron un aumento de peso de 30 gramos diarios frente a los 15 gramos diarios de aquellos que no realizaban esta técnica.
- Disminución de periodos de agitación y llanto: disminuye el dolor ante estímulos dolorosos evitando los inconvenientes que tiene el dolor ante el neurodesarrollo. Numerosos estudios demuestran esta evidencia, a partir de ensayos referidos a la respuesta tras la punción en el talón de neonatos pretérminos estables, la cual

disminuye su duración si se está realizando el MMC.

- Favorece un adecuado estímulo del desarrollo neurológico y psicomotor pero se necesitan más estudios para evidenciar esta relación.
- Mejora la lactancia materna: el método canguro aumenta la producción de leche y la duración del amamantamiento (5.08 meses en el grupo canguro frente a 2.05 meses a los que no). A las seis semanas de vida la frecuencia de lactancia materna ascendió al 85,7 % para los bebés sometidos al MMC frente a 42,8 % para los niños que no practicaron MMC. La mayoría de los recién nacidos que realizan el MMC mantienen la lactancia materna exclusiva o mixta en el momento del alta hospitalaria, pero escasas veces artificial. La leche de las madres de niños prematuros es diferente a la de los niños a término, se adapta a las necesidades del niño teniendo un efecto protector mayor. En el calostro de una madre de un niño prematuro se puede encontrar concentraciones más altas de inmunoglobulinas, factor de aplicación de plaquetas, factores de crecimiento, factores antiinflamatorios y antiinfecciosos que en el niño a término. Por ello, el calostro debe ser el primer alimento y por más razones si hablamos de un prematuro. Es más, en la leche de una madre de un prematuro podemos encontrar mayor contenido de proteínas también. Por lo tanto, no solamente logramos los beneficios del método canguro, sino también todos aquellos relacionados con la lactancia materna.
- Reduce la estancia hospitalaria: estudios demuestran que puede llegar a disminuir días de estancia hospitalaria por todos estos beneficios independientemente de su peso siempre y cuando presente condiciones clínicas estables (2,2 días antes con el MMC). Esta reducción de la estancia hospitalaria también proporciona un menor gasto hospitalario.
- Disminución de morbilidad y mortalidad perinatal.

Beneficios para los padres:

- Aumento de confianza de los padres en el cuidado de sus hijos: mejora el equilibrio emocional. Se sienten protagonistas del cuidado de sus hijos.
- Mejora el vínculo y el apego madre e hijo. En principio para los padres su primera preocupación es el desarrollo adecuado de su hijo, por lo tanto su adhesión al método se debe a su recuperación y a su supervivencia. Pero conforme van adquiriendo confianza, se sienten más a gusto y van mejorando su vínculo con su hijo, aprovechando más del momento, sintiéndose protagonista de sus cuidados y más seguros con él.
- Al alta, los padres están más seguros en el cuidado de su bebé.
- Disminuye el sentimiento de culpabilidad de las madres que no llevan a término su gestación y disminuye la ansiedad de los padres por el estado de salud de su hijo.

- Para que estos beneficios en los padres se lleven a cabo, y no sientan estrés emocional deben contar con el apoyo de sus familiares, puesto que éste método conlleva un alto grado de dependencia al recién nacido, principalmente en lo que a horarios se refiere debido a su ingreso en el hospital. Por ello, es muy importante contar con el apoyo y participación de la pareja en el método canguro, muchas vivencias afirman que es más satisfactorio con la pareja al lado mientras se realiza ya que es un momento más íntimo y familiar.
- Hasta el momento, no existe ningún estudio que refiera que haya efectos perjudiciales del método canguro, siempre y cuando se haga correctamente y en bebés estables hemodinámicamente hablando.

Papel de la enfermería en el método canguro.

El personal de enfermería es el responsable de la adecuada realización de la técnica de este método, estando a la disposición de los padres para ayudarles en todo lo que fuera necesario. Como cualquier otra intervención de enfermería, debe ser registrada, por ello se debería disponer de una hoja o apartado en los programas informatizados para el MMC donde se incluyan los consejos que se ofrecen a los padres, la duración y las ocasiones en que se realiza junto con las complicaciones e incidencias. Con la finalidad que de esta intervención esté unificada en todo el personal, se confeccionarán protocolos en las unidades de neonatología y maternidad.

Los integrantes principales de este método son ambos progenitores, su hijo y el personal sanitario que participa en él. La primera visión que tienen los progenitores acerca del método canguro es de inseguridad, miedo e incertidumbre ya que piensan que pueden hacer daño al bebé. Debido a esto, toman conductas tales como mantener una atención constante sobre el estado de su hijo, adquirir una postura rígida, sin mover el cuerpo provocando todo esto que no se relajen y que no disfruten de esa experiencia única y preciosa con su bebé. Por tanto, el papel de enfermería es el de informar a los padres, guiarles, tranquilizarles, promover la confianza para aumentar su seguridad. Todo ello se debe aplicar lo antes posible evitando los sentimientos anteriormente descritos junto con las tendencias depresivas de la madre.

Un reciente estudio determina que la información y la comunicación de los profesionales de enfermería motivan y alientan mucho a los progenitores. A través de encuestas se demostró que si no se informa a los progenitores parece que se está experimentando con ellos y que ni los profesionales están seguros de ese procedimiento. Por lo tanto es importante educarles y ser capaces de responder todas

sus dudas. Si no se tiene tiempo para informarles de forma verbal, se debe dar por escrito. En esta transmisión de información no se debe excluir a los padres ya que refieren que es más satisfactoria la experiencia si también la realiza el padre ya que se convierte en un momento íntimo familiar.

El personal de enfermería tiene una visión y actitud positiva frente a los beneficios que produce el método madre canguro en la interacción madre-hijo, en relación con ciertos comportamientos afectivos (mirada, tacto, besos, el hablar, sonrisa, balanceo, atención total), la proximidad y los comportamientos en el cuidado del bebé (cambio del pañal, desvestirlo) lo que produce un aumento en el afecto maternal, creando una estable unión entre ambos, y mejorando la confianza de los padres en la participación de los cuidados de su bebé.

5 Discusión-Conclusión

Según el neonatólogo Nils Bergman “lo peor que le puede pasar a un recién nacido es que lo separen de su madre”. Cuánto más prolongada sea esa separación mayores serán los daños a nivel neurohormonal. Por este motivo esa separación debe estar bien fundamentada para recién nacidos que verdaderamente estén en riesgo y facilitar ese contacto precoz con la madre lo antes que sea posible.

A lo largo de las dos últimas décadas, todas las investigaciones realizadas demuestran que el método canguro únicamente contribuye en beneficiar a los recién nacidos, tanto en su estado físico como en su estado psico-afectivo. Además hay que añadir los beneficios adicionales de los padres poniéndose en contacto con sus hijos. Por último, es seguro y bien aceptado tanto por las madres como por los recién nacidos.

A pesar de que está demostrado que el MMC tiene numerosos beneficios y no entraña riesgos si se hace de manera controlada y supervisada, siguen existiendo barreras en el acceso de las familias a las unidades neonatales. Es importante formar al personal sanitario para llevar a cabo su realización y a la vez concienciarles de su importancia. Las gerencias y direcciones de los hospitales deben implicarse en esto porque supone un aumento de la calidad asistencial y un ahorro económico ya que reduce la morbilidad neonatal. Se deben de realizar campañas para difundir y educar a padres y madres sobre los beneficios que proporciona el método madre canguro.

El papel de la enfermería es importante para la realización del método canguro, ya sea para su adecuada técnica, como para educar a los padres despejando sus du-

das o temores o como para apoyarles en esta situación. Debido a esto, el método canguro debe ser para enfermería un punto esencial y primordial en las unidades neonatales. Una correcta aplicación del método madre canguro en la realización de procedimientos invasivos por parte del personal sanitario (prueba del talón, inyección intramuscular), permite beneficios a nivel de analgesia en el bebé prematuro.

6 Bibliografía

1. Charpak N, Figueroa N (Fundacioncanguro). Método madre canguro, guía de manejo. 19 May 2015
2. Arivabene JC, Rubio Tyrrell MA. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Abril 2010
3. Luaces Iraola A. Implementación del método “madre canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. MEDICIEGO
4. Gómez Papí A, Pallás Alonso CR, Aguayo Maldonado J. El método de la madre canguro. *ActaPediatrEsp*. 2007
5. Delgado Guerrero M. Avances pediátricos: El método canguro. Tenerife. Enero-abril del 2005
6. Lucchini Raies C, Márquez Doren F, Uribe Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Chile, Santiago. 2012 Dic
7. Fernández Medina MI. Infección nosocomial y método madre canguro: revisión de evidencias. Diciembre 2013
8. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (Organización Mundial de la Salud). Método Madre canguro, guía práctica [libro electrónico]. Ginebra. 2004
9. Charpak N, Figueroa Z y Hamel A. El método canguro: padres y familiares de niños prematuros pueden remplazar las incubadoras. Bogotá: 1998.
10. Mayor Mora A, Jiménez Gómez SI, Cardona Bueno H. Inventos y patentes en Colombia, 1930-2000: de los límites de las herramientas a las fronteras del conocimiento [libro electrónico]. Medellín, Colombia: Fondo Editorial ITM; septiembre del 2015.
11. Closa Monasterolo R, Moralejo Benítez J, Ravés Olivé MM, Martínez Martínez MJ, Gómez Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Anales de Pediatría* 49 (5), 1998 495-499.
12. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants.

Capítulo 257

TRANSFUSIÓN SANGUINEA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO. SEGURIDAD COMO CLAVE DEL EXITO.

NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO

TAMAR OCHOA GARCÍA

SORAYA BERMEJO GOMEZ

NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO

PATRICIA PIÑAL ALONSO

1 Introducción

En los últimos diez años la hospitalización a domicilio ha comenzado a proclamarse como la atención del futuro ya que su servicio está lleno de ventajas tanto para el paciente como para la propia sanidad pública. Entre las múltiples opciones que ofrece este tipo de hospitalización encontramos las transfusiones sanguíneas en el domicilio, estas pueden ser tanto de carácter paliativo o como necesidad puntual del paciente que en ese momento está ingresado en HaD.

2 Objetivos

El equipo encargado de las transfusiones domiciliarias se debe regir por procedimientos validos y validados que permitan que las TD se realicen con las mismas condiciones de seguridad y calidad que en un centro hospitalario de referencia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud. Criterios de inclusión: artículos con antigüedad máxima de 10 años, idioma español.

4 Resultados

Los estudios revisados indican que la implantación de protocolos de actuación en las unidades de hospitalización a domicilio, tener personal formado tanto en la administración de hemoconcentrados en el domicilio como en las actuaciones de carácter urgente y el disponer de material adecuado para realizar el procedimiento de forma correcta son de esenciales para que los riesgos se igualen al nivel hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El uso de los protocolos en Transfusiones Domiciliarias garantiza en todo momento la calidad de la atención prestada y la seguridad del paciente. Garantizar la seguridad del paciente que va a ser transfundido en su domicilio es la clave, para ello el servicio deberá disponer de protocolos de seguridad transfusional donde todo el procedimiento se encuentre estandarizado y validado. El personal deberá ser adiestrado o diestro para realizar tal labor y además requerirá de una formación adicional para actuar en caso de que ocurra cualquier evento adverso.

6 Bibliografía

1. Catalina Cases Alcorcon, Nieves Santacruz Carmona. Transfusiones sanguíneas Domiciliarias en Pacientes Paliativos. Hosp Domic. 2018;2(1):19-25.
2. Gonzales Izquierdo, A.; Hernando Gorgojo, L.; Lopez de Ondategui Herce, M.; Echeverria Fuentes, A.; Soto López, Y.; Jimenez Mendia, D.; Transfusión de Sangre

en Domicilio. Una practica segura. VII Jornadas de Enfermeria del Pais Vasco. "Cuidando e Innovando"; Hospital Universitario de Alava.

3. Sanz-Lorente M, Guardiola-Wanden-Berghe R. Comunicar la ciencia. Hosp Domic. 2019;3(2):173-83.

4. Cotta RMM, Suárez-Varela MM, Llopis A, et al. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas Pan Am J Public Health 2001; 10 (1): 4555.

5. Comité Científico para la Seguridad Transfusional CCST. Anexos. Transfusión Extrahospitalaria. Recomendaciones.; Revisión 2016.; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/novedades.htm>.

6. Begoña Tamay, Pedro Sanroma. Sección VII. Tratamientos parenterales Hospitalización a Domicilio Capítulo 3. Transfusión domiciliaria de hemoderivados.

Capítulo 258

EL DOLOR

MARÍA GARCÍA PELÁEZ

CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

La American Pain society y la OMS utilizan la definición de Merskey para referirse al dolor como la sensación y experiencia emocional desagradable asociada con el deterioro real o posible, descritas en términos de dicho deterioro.

2 Objetivos

- Hacer un repaso de los distintos tipos de dolor
- Hacer hincapié en el tipo de dolor postoperatorio y como poder ayudar a los pacientes en esos momentos

3 Metodología

Para hacer esta revisión bibliográfica consultamos diferentes páginas de revistas científicas y mediante consulta de base de datos científicos como MedlinePlus, Pubmed, Google Académico.

4 Resultados

Aunque la primera anestesia consiguió la cirugía sin dolor en 1846, aún no se ha conseguido eliminar el dolor postoperatorio en los hospitales.

Se define la nocicepción como el proceso neuronal mediante el cual se codifican y procesan los estímulos dolorosos para su interpretación. El dolor es la percepción del proceso de la nocicepción, que provocara un grado de sufrimiento subjetivo en la persona que percibe el dolor. En los nervios periféricos se encuentran los axones de las neuronas sensoriales eferentes, que conducen los estímulos del “exterior” hasta el SNC y los axones de las neuronas motoras. En las neuronas aferentes se encuentran los nociceptores, que son los encargados de recibir e interpretar los estímulos dolorosos. Cuando estos nociceptores se estimulan ante la experiencia dolorosa, transmiten esta información de manera ascendente por las vías ascendentes medulares del haz espinotalámico. De esta manera, el estímulo doloroso es conducido hasta las regiones del encéfalo donde se interpretará como tal.

El dolor se puede clasificar como leve, moderado o grave en función del grado de interferencia que suponga para la persona en su actividad diaria y en su descanso. Esta clasificación es muy subjetiva, pero para tratar de definirlo se pueden utilizar escalas, que además permiten evaluar sus cambios de intensidad.

Sólo la persona que padece el dolor es capaz de describirlo al detalle. El dolor puede valorarse en sus aspectos cuantitativos (intensidad del dolor) y cualitativos (impacto personal, sentimientos, expectativas frente al mismo). Es conveniente realizar una buena valoración del dolor, para valorar el dolor se emplean métodos de evaluación verbales, conductuales y fisiológicos. Una vez hayamos clasificado el dolor, se administrará el tratamiento que precise, no olvidando nunca comprobar la eficacia del mismo, valorando nuevamente al paciente. La entrevista clínica incluirá preguntas acerca de su aparición, localización, intensidad, características, irradiación, analgesia efectiva/ inefectiva, duración, recidivas. Es importante evaluar los factores que lo agravan o lo atenúan, así como los trastornos que produce en la vida diaria del paciente

El dolor es una experiencia multidimensional, las escalas del dolor (autoinformes multimodales) pretenden superar las limitaciones de las escalas que únicamente evalúan un aspecto, partiendo de la base de que si la experiencia es dolorosa está conformada por distintos componentes, será necesario evaluarlos en conjunto. Cuestionario de Dolor McGill(McGill Pain Questionnaire- MPQ) y Test de Lattinen.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos permiten identificar la importancia que tiene el dolor en nuestros pacientes, las medidas que podemos adoptar para poder hacer frente al tipo de dolor que se tenga en esos momentos, así mismo como el manejo inmediato del tratamiento farmacológico.

6 Bibliografía

1. CGCOM Consejo General de Colegios de dolor [Internet] Cgcom.es.2018.
2. Todo lo que necesitas saber acerca del dolor [Internet]. Dolor.com.2020.
3. WHO revisión of management guidelines[Internet].Who.int.2020.
4. Información sobre tipos de cáncer-SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica 2019.

Capítulo 259

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES PORTADORES DE SONDA VESICAL.

LUCÍA GARCÍA RODRÍGUEZ

NOELIA MORENO SANROMÁN

SARA SÁNCHEZ JUARROS

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través del meato uretral para evacuar orina. Entre el 10-15% de los pacientes hospitalizados requieren un sondaje vesical, siendo una técnica con alto de riesgo de provocar infecciones urinarias.

Según el tiempo de permanencia del sondaje podemos diferenciar entre:

- Sondaje permanente de larga duración: duración mayor de 30 días. Indicadas en pacientes con retención urinaria.
- Sondaje permanente de corta duración: duración menos de 30 días. Indicado en patologías urinarias agudas.
- Sondaje intermitente: se realiza cada 6-8 horas y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por daño medular.

Además, existe una gran variedad de sondas en función de su composición, calibre y el diseño de la punta.

2 Objetivos

- Prevenir las complicaciones que puedan aparecer en la realización de la técnica.
- Describir los conocimientos que los profesionales de enfermería deben de conocer acerca del sondaje vesical.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como pubmed, scielo y google académico sin restricciones en el idioma, utilizando descriptores como: sondaje vesical, cuidados de enfermería, prevención, infecciones.

4 Resultados

La enfermera junto con la auxiliar son las que se encargan en la realización de esta técnica. Son las responsables de la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical, así como de la prevención de complicaciones que pueda ocasionar la misma como pueden ser las infecciones urinarias.

Las infecciones urinarias nosocomiales es uno de las complicaciones mas frecuentes en el proceso del sondaje vesical, pudiéndose evitar en el 50% de los casos. Por ello los profesionales de enfermería son un pilar básico para la prevención de las mismas.

Para evitar dichas infecciones se describen a continuación diferentes cuidados que son llevados a cabo por el personal de enfermería:

1. Mantener una adecuada higiene de la zona genital.
2. No se recomienda el uso de antisépticos para la desinfección del meato urinario, siendo mas correcto la utilización de agua y jabón.
3. Realizar movimientos rotatorios de la sonda para evitar adherencias y decúbitos.
4. Mantener siempre el sistema colector por debajo del nivel de la vejiga.
5. Evitar las desconexiones entre la sonda y la bolsa colectora.
6. Evitar las obstrucciones.
7. Evitar que la bolsa colectora este en contacto con el suelo.
8. Vaciar la bolsa de diuresis antes de superar los 2/3 de la capacidad total.

El material necesario para la realización del SV es: guantes desechables, guantes estériles, agua, jabón, toalla, gasas, paño estéril, lubricante hidrosoluble

urológico, antiséptico, jeringa de 10cc, ampolla de agua bidestilada, sonda vesical, bolsa colectora y colgador para la bolsa de orina.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales de enfermería son los responsables de la realización del sondaje vesical y prevenir las complicaciones derivadas de una mala praxis, así como de proporcionar los cuidados pertinentes a los pacientes portadores de la misma. Por lo tanto, el personal de enfermería deberá de conocer y saber a la perfección las herramientas materiales de las que disponen y las normas de higiene que deberán de seguir para mantener las condiciones de asepsia. Para tener un buen control de todo ello se recomienda realizar un registro continuo de la evolución del paciente.

6 Bibliografía

- Nursing Photobook. Técnicas de Urología en Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma.
- <http://med.unne.edu.ar/revista/revista113/aspectos.htm>. Aspectos Generales de la Infección Urinaria Nosocomial.
- Centers for Disease Control and Prevention. Estimates of Healthcare-Associated Infections.

Capítulo 260

CONTAGIO DE UNA OSTEOMIELITIS DE TIPO GANGRENOSO EN UNA CIRUGÍA DE RODILLA

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

1 Introducción

Desde principios del siglo XIX ya se conoce en el ámbito científico el riesgo de contagio nosocomial, en aquella época, en la que todavía no se conocían los microorganismos y sus efectos se denominaba a este fenómeno "podredumbre nosocomial" y ya se investigaba la forma de combatirla.

Es indudable hasta qué punto, en estos dos siglos, ha avanzado la medicina, y sin embargo el problema de las infecciones nosocomiales sigue estando presente en nuestros días, agravado si cabe por las multirresistencias a los antibióticos.

2 Objetivos

- Analizar un caso de contagio nosocomial y sus consecuencias.

3 Caso clínico

S. era una mujer de 67 años cuando se sometió a una operación para implantarle una prótesis de rodilla. Tras la operación desarrolló un síndrome febril para el

que necesitó varios ciclos antibióticos antes de recibir el alta, sin embargo el dolor se fue volviendo cada vez más fuerte y la inflamación de la rodilla no cedía. Tres meses después de la intervención volvió a ingresar en el hospital con una grave infección, fue necesario reintervenirla, retirar la prótesis y realizar un raspado óseo por presentar una osteomielitis de tipo gangrenoso.

A lo largo de los años ha necesitado tres operaciones más, además de múltiples tratamientos con antibióticos, la infección se extendió formando piodermas en ambas piernas que no se consiguieron nunca cerrar por completo.

4 Resultados

- Tras 17 años de incapacidad y constante sufrimiento S. falleció en 2019 como consecuencia de una sepsis con origen en la infección de su pierna.

5 Discusión-Conclusión

Nunca se insistirá bastante en el riesgo de contagio nosocomial, cuando éste se da los vehículos que ponen en riesgo a los pacientes son dos, el material (fómites) utilizado en su cuidado y los profesionales que los atienden. Poner el máximo cuidado en mantener una buena asepsia en el trabajo evita grandes sufrimientos y salva vidas.

6 Bibliografía

1. Nivel de conocimiento de los trabajadores de la salud sobre infecciones nosocomiales y su prevención
VEA Flores, DJG González, JMG Nizme... - Enfermedades ..., 2009 - medigraphic.com.
2. Responsabilidad por contagio al paciente: desde el profesional y desde el medio. Una visión asistencial
JJV Rueda - DS: Derecho y salud, 2000 - dialnet.unirioja.es.
3. Las infecciones nosocomiales: registrar para prevenir. EM Aguilar, GL Beatriz, HT Isabel... - Revista de Enfermería ..., 2004 - medigraphic.com.
4. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. PM Olaechea, J Insausti, A Blanco, P Luque - Medicina Intensiva, 2010 - SciELO Espana.
5. Infección nosocomial: ¿ complicación o negligencia? Barreda - Actualidad del derecho sanitario, 2013 - dialnet.unirioja.es.

6. Infeccion nosocomial. Aspectos a considerar dentro del bloque quirurgico
ML Oliveros - portalesmedicos.com.

7. Prevención de la infección nosocomial de la herida quirúrgica. Una revisión integradora.

D Jurado Sánchez, EJ Collado Boira - 2016 - repositori.uji.es.

Capítulo 261

NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

1 Introducción

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM), se desarrolla en las 48 horas posteriores a la intubación e inicio de la ventilación mecánica. Se trata de una inflamación ocasionada en el parénquima pulmonar, producida por agentes infecciosos que no estaban presentes al inicio de la ventilación mecánica. Se habla de precoz, cuando aparece en las primeras 48 horas después de la intubación y tardía después de 48 horas.

2 Objetivos

- Conocer la etiología de la infección de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática en bases de datos como Pubmed, Google académico, Web of Science y Dialnet, diversas páginas web y la página del Ministerio de Sanidad. Como criterios de

inclusión para todos ellos se han utilizado artículos en inglés y en español, hombres y mujeres de cualquier rango de edad y artículos publicados desde el año 2000 en adelante.

4 Resultados

Entre los microorganismos que pueden causar una NAVM se encuentran: *Pseudomona Aeruginosa*, *Staphylococcus Aereus*, *Acinetobacter Baumani*, *Eschrichia Coli*, *Klebsiella Pneumoniae*, *Haemophilus Influenze*, y *Candida Albicans*. Dependiendo del momento en el que se desarrolle la neumonía la etiología de la infección será originada por un organismo u otro. Las más precoces, se pueden asociar al *Staphylococcus Aereus* y las más tardías, se asociarían con *Pseudomona Aeruginosa*.

5 Discusión-Conclusión

La NAVM es frecuente en los pacientes críticos y se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad. Existen diferentes microorganismos que puede causar una NAVM. Dependiendo del momento en el que se desarrolle la neumonía será originada por un organismo u otro.

6 Bibliografía

- <https://remi.uninet.edu/2004/10/REMIC15.pdf>
- Med Intensiva. 2010;34(5):318–324 PUESTA AL DIA EN MEDICINA INTENSIVA: EL ENFERMO CRITICO CON INFECCION GRAVE Neumonía asociada a la ventilación mecánica
- E. Diaza,, L. Lorenteb , J. Vallesc y J. Rellod a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona, Universitat Rovira i Virgili, IISPV, CIBER Enfermedades Respiratorias, CIBERes, Tarragona, España.
- Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Programa ENVIN-HELICS. Manual de cumplimentación del Estudio Nacional. 2011. Madrid: SEMICYUC;2011. Vol. 25. Núm. 3.Marzo 2001 páginas 89-136
- Neumonía asociada a ventilación mecánica: riesgos, problemas y nuevos conceptos Ventilator-associated pneumonia: risks, problems and new concepts JJ.

Guardiola, X. Sarmientob, J. Relloc a Secci??n de Medicina Pulmonar y Cuidados Cr??ticos. Centro M??dico de Veteranos.

- Louisville, KY, EE.UU. b Servei de Medicina Intensiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.c Servei de Medicina Intensiva i Cr??tica. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Capítulo 262

PRÓTESIS DE CADERA. CUIDADOS EN EL PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO.

BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ

PAULA RUIZ ALONSO

1 Introducción

Una prótesis de cadera es un dispositivo médico artificial que reemplaza a nuestra cadera natural cuando presenta daños. Las fracturas traumáticas y/o patológicas de la parte proximal del fémur y las degenerativas de cadera presentan una incidencia de ingresos muy elevada. La frecuencia es mayor en los individuos geriátricos y en el sexo femenino.

2 Objetivos

- Instruir al paciente y familia en cuanto a mantener la postura correcta y realizar los ejercicios de manera adecuada.
- Enseñar al paciente una serie de ejercicios para fomentar la musculatura del miembro intervenido.
- Valorar el momento en el que el paciente puede iniciar la sedestación y la bipedestación. Así como empezar a realizar las actividades básicas de la vida diaria.

3 Metodología

Se han revisado artículos, libros, revistas y documentos publicados entre los años 1996 y 2018. Hemos seleccionado varios artículos en castellano e inglés. La recolección de información para este trabajo se ha llevado a cabo mediante fuentes de información primarias, secundarias y terciarias: libros, artículos, bases de datos (Pubmed, Dialnet), buscadores científicos (Scielo, Google Académico).

Los descriptores empleados para la búsqueda de información son: "prótesis", "cadera", "recomendaciones", "cuidados", "complicaciones", "postoperatorio", "preoperatorio", "ejercicios".

4 Resultados

Tipos de prótesis:

- Prótesis total de cadera: Las prótesis totales de cadera suelen usarse en los casos de artrosis o desgaste articular.
- Prótesis parcial de cadera: Se emplea en el tratamiento de fracturas del fémur y se supone que el acetábulo puede no estar desgastado. Además, las fracturas suelen darse en pacientes que caminan poco y la cirugía se considera poco agresiva.
- Prótesis de revisión: Puede ser total o parcial. Son prótesis que se utilizan para reemplazar una ya existente y que presenta algún tipo de daño.
- Prótesis de resuperficialización: Diseñadas pensando en pacientes jóvenes con buena calidad ósea y que posiblemente tendrían que enfrentarse a una o varias cirugías de revisión de la prótesis.

Algunos modelos han presentado problemas de durabilidad y hoy en día es más habitual el uso de prótesis totales.

Necesidad de prótesis de cadera. Las prótesis de cadera se utilizan para aliviar el dolor y devolver la función a pacientes que no responden bien al tratamiento conservador.

El reemplazo protésico de cadera podría recomendarse en:

- Fractura de cadera: Se trata de una rotura de la parte superior del fémur. Es habitual el uso de prótesis parciales de cadera.
- Artrosis de cadera: Es el desgaste del cartilago que recubre la superficie de la cabeza femoral. En estos casos se suele optar por el uso de prótesis totales de cadera. Dependiendo de las características propias del paciente y su nivel de actividad las prótesis pueden durar sobre 15 años.

Complicaciones más frecuentes:

- Luxación de prótesis de la cadera: Se habla de una dislocación de la prótesis de la cadera cuando la cabeza del fémur artificial sale fuera del acetábulo protésico. Las principales manifestaciones de una luxación son el dolor, la incapacidad funcional y el acortamiento del miembro inferior. Suelen ocurrir principalmente en los primeros meses tras la cirugía.

Una prótesis de cadera dislocada puede ocurrir debido a:

La propia prótesis (tipo de la prótesis, su posicionamiento y su adaptación).

El tejido de soporte: Su debilidad puede contribuir a la dislocación de la articulación.

- Trombos: Es una complicación muy frecuente e importante. Se considera fundamental su prevención por medio de una serie de ejercicios apropiados y la medicación anticoagulante correspondiente.

- Infección: Si la infección se produce después de la intervención quirúrgica, se debe a la entrada de bacterias a la sangre. Por lo tanto, debemos prestar especial atención a la hora de realizar la cura, para que la técnica sea lo más aséptica posible.

- Fractura del implante: Normalmente, se produce en:

Pacientes con expectativas de rendimiento poco realistas.

Pacientes obesos y/o con sobrepeso.

Pacientes activos físicamente.

Para minimizar la posibilidad de fractura del implante, es importante seguir las indicaciones médicas y evitar una actividad excesiva.

Contraindicaciones artroplastia de cadera.

La artroplastia de cadera no está indicada si:

- Tiene una infección o antecedentes de la misma.

- No existe hueso suficiente para soportar una nueva cadera.

- Tiene lesiones nerviosas en la cadera.

- Tiene músculos dañados o no funcionales en la zona.

- Presenta una pérdida ósea importante o una gran pérdida de masa ósea (osteoporosis).

- Padece artritis reumatoide y lesiones cutáneas activas.

Cuidados post-operatorios.

- No se deben cruzar las piernas al estar sentado. La pierna operada debe mantenerse siempre hacia fuera de la línea media del cuerpo.

- No se debe doblar la cadera operada excesivamente. Hay que prestar atención al inclinarse hacia delante y al estar sentado procurar no levantar mucho la rodilla de la cadera operada.
- No girar la pierna operada ni hacia adentro ni hacia afuera. Al caminar y tener que girar, las puntas de los pies y las piernas deben estar siempre mirando hacia adelante.
- No acostarse ni voltearse sobre el lado no operado.
- El paciente puede comenzar a sentarse en una silla a partir del tercer día tras la intervención. La silla debe de ser alta y con brazos.
- Para acostarse en la cama debe ir siempre de espalda para que la pierna operada pueda estar apoyada antes de girarse y subir a la cama.
- Para levantarse hay que bajar primero la pierna operada y después sentarse en la cama.
- En cuanto a la deambulación, primero para iniciar el apoyo se utilizan dos bastones ingleses. Primero se adelantan los dos bastones.

En segundo lugar la pierna operada hasta la altura de los bastones y finalmente la sana por delante de los bastones.

La marcha con un bastón se inicia una vez que el paciente se encuentre estable. El bastón se colocará en el lado contrario al operado.

- Para subir escaleras primero se pone en el escalón la pierna no operada, después la operada y por último el bastón o la muleta.
- Para bajar escaleras primero se pone la muleta, después la pierna operada y por último la no operada.
- Para montar en el coche hay que poner el asiento lo más atrasado posible y reclinarlo un poco. A continuación, sentarse poco a poco en el extremo del asiento con la espalda hacia la otra puerta del coche y echarse hacia atrás hacia el asiento del conductor con la pierna recta, girarse con cuidado y poner la pierna dentro del coche.

Recomendaciones antes de la cirugía:

Si te vas a someter a una operación de prótesis de cadera, es recomendable prepararte un mes antes de la operación para que la recuperación sea satisfactoria. Lo primordial es preparar toda la musculatura que se verá afectada: la cadera y toda la pierna. Además, es importante desinflamar la articulación para disminuir el dolor. Otro punto que no podemos olvidar es fortalecer el tronco superior, para poder emplear con facilidad las muletas.

5 Discusión-Conclusión

Mediante este trabajo se pretenden fomentar una buena praxis enfermera y poner en conocimiento todos los cuidados que hay que llevar a cabo tras someterse a una cirugía de colocación de una prótesis de cadera, tanto en las primeras horas como en días posteriores a la intervención.

6 Bibliografía

1. Ten Gil, A. Campos Adrián, E. Casan Benito, A. Gonzalez Sánchez, E. 2018. Cuidados de enfermería en los pacientes intervenidos de artroplastia de cadera en el CHGUV. Enfermería Digital. Hospital General Universitario de Valencia. España.
2. Campos, F. Girbes, I. Canto, M. González, E. 2005. Fractura de Cadera: un problema que previsiblemente aumentará en los próximos años. Enfermería Integral. España.
3. Fernández M, Moragón R, Moratalla E, Ríos A, Sánchez D. Fractura de cadera en mujeres mayores de 65 años. Enferm. Univer. Albacete. Sep 1996.
4. Yates P, Serjeant S, Rushfort G, Middleton R. The relative cost of cemented and uncemented total hip replacement. J Arthroplasty. 2006; 21: 102-5.

Capítulo 263

MANIFESTACIONES DE DELIRIO DE UNA ANCIANA ANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

1 Introducción

La capacidad de adaptación de los ancianos a los cambios de entorno no siempre es la ideal. Esta es la causa de que tantas veces se den comportamientos delirantes en caso de ingresos hospitalarios o residenciales. Estos problemas son generalmente reversibles, pero es necesario tenerlos presentes en todo momento para salvaguardar la integridad física de los pacientes.

2 Objetivos

- Analizar un caso de delirio asociado con un ingreso hospitalario y sus consecuencias.

3 Caso clínico

Una anciana de 91 años sin deterioro cognitivo, viviendo sola, ingresa en un hospital debido a una infección respiratoria de poca importancia. A lo largo del segundo día comenzó a mostrar síntomas de comportamientos y pensamientos delirantes, se sentía amenazada y perseguida. Durante la segunda noche se despertó

gritando que la estaban atacando, intentó saltar la barandilla de la cama cayendo al suelo y fracturándose la cadera.

4 Resultados

Tras la caída se realizó una intervención quirúrgica para colocarle una prótesis, pero la mujer falleció en reanimación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante permanecer muy atentos a cualquier síntoma delirante, ya que la integridad física de los pacientes puede estar en riesgo, y es obligación de los profesionales garantizar su seguridad en un centro sanitario.

6 Bibliografía

1. Epidemiología del delirio en ancianos hospitalizados. F Vazquez, M Flaherty, H Michelangelo... - ..., 2000.
2. medicinabuenaosaires.com.
3. Delirium en ancianos hospitalizados. Detección mediante evaluación del estado confusional
ME Chávez-Delgado, M Virgen-Enciso... - Revista Médica del ..., 2007 - redalyc.org.
4. Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. TG Zenón, JAL Guzmán, JAV Silva, CDH de las Deses - de México, 2006 - cmim.org.
5. Análisis de las caídas que producen fractura de cadera en ancianos. MD Jiménez-Sánchez, MP Córcoles-Jiménez. Enfermería ..., 2011 - Elsevier.
6. Síndrome confusional (delirium) en el anciano M Lázaro-Del Nogal, J Ribera-Casado - Psicogeriatría, 2009 - viguera.com.
7. Peculiaridades del síndrome confusional agudo en el anciano Y Pérez Pérez, LN Turro Mesa, R Mesa Valiente... - MediSan, 2018 - scielo.sld.cu.
8. Alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo: síndrome de Charles Bonnet López-Mompó, I López-Pavón... - ... - Medicina de Familia, 2011 - Elsevier Síndrome confusional agudo en pacientes internados.
A Ferreyra, G Belletti, M Yorio - Medicina (Buenos Aires), 2004 - medicinabuenaosaires.com

9. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos hospitalizados. M Juez de Domingo - 2014 - repositorio.unican.es.

Capítulo 264

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ANCIANO

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

Las caídas en el anciano suponen un síndrome muy importante debido su elevada incidencia y morbilidad. Suponen graves consecuencias tanto a nivel físico, psicológico, social y económico. En muchas ocasiones pueden llegar a reducir su movilidad e independencia e, incluso, el riesgo de muerte. Existen tanto factores de riesgo extrínsecos (obstáculos, ambientes poco luminosos), como (edad, sexo, problemas de la marcha y el equilibrio, enfermedades tipo demencia o problemas cardiovasculares o visuales y los factores derivados de tratamientos farmacológicos).

Los factores extrínsecos serían la presencia de alfombras en el hogar, espacios con muchos obstáculos, ambiente poco luminoso o llaves de la luz mal colocadas o alejadas de las zonas de descanso, camas y sillas con altura inapropiada y falta de barras de apoyo en pasillos y baños. Los Factores intrínsecos harían referencia a la edad, el sexo (siendo mas propensas las caídas en mujeres), trastornos del movimiento (como puede ser la enfermedad de Parkinson), problemas de la marcha o el equilibrio, enfermedades tipo demencia o problemas cardiovasculares o visuales y los factores derivados de tratamientos farmacológicos.

Tras estudiar la lista de factores que influyen en la presencia de caídas determinó la necesidad de un plan de prevención. Desde terapia ocupacional se podría realizar una adecuación ambiental y adaptación de tareas para así reducir los factores extrínsecos y diseñar un programa de entrenamiento funcional y unas pautas que minimicen los factores extrínsecos.

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo para poder desarrollar programas de prevención.
- Analizar el impacto físico y emocional que las caídas ocasionan en las personas mayores.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden y Scielo. Utilizando como descriptores de Ciencias de la salud: anciano, caídas, prevención, personal sanitario. Se han seleccionado artículos publicados en idioma español e inglés.

4 Bibliografía

1. Torres Egea MP, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. Nursing. 2007;25(2):56-64.
2. Del Rocío Almazán-Castillo M, Jiménez-Sánchez J. Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2013;21(1):9-14

Capítulo 265

IMPORTANCIA DE LA LABOR DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

NATALIA TAMÉS RIESGO

1 Introducción

Los cuidados paliativos persiguen el alivio del paciente y de su familia con la intención de mejorar su calidad de vida, aliviando su dolor y los efectos de enfermedades avanzadas. En principio, los profesionales sanitarios deben de realizar un análisis inicial de la situación y decidir si es necesario continuar con la atención de forma continuada. Todos los profesionales deberían de estar formados para la atención de estos pacientes, tanto a nivel domiciliario, como intrahospitalario (ya que la mayoría de ellos suelen necesitar múltiples ingresos a lo largo de su enfermedad).

2 Objetivos

- Determinar las medidas necesarias para los cuidados paliativos.

3 Metodología

Cuidados enfermeros, Cuidados paliativos, Retos, Competencias enfermeras. Para la realización de este estudio se realizó una búsqueda bibliográfica en los siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo, Lilacs, utilizando como descriptores

de Ciencias de la salud: dependencia, calidad de vida, cuidados paliativos. Se han seleccionado artículos publicados en idioma español e inglés.

4 Bibliografía

1. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjemsward J. Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos. Madrid: Aran Ediciones, 2005.
 2. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 22/11/2003; 280: 41442-58
- Collière, Marie Françoise. Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. Madrid, 1997.

Capítulo 266

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CA. PULMÓN

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

1 Introducción

Entre los pacientes diagnosticados de enfermedad tumoral, el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte. El mayor factor de riesgo para desarrollarlo es el tabaquismo, también pueden influir otros factores como los ambientales, ocupacionales, la dieta y la carga genética. El 85% de los cánceres de pulmón diagnosticados corresponden a carcinomas de células no pequeñas y, dentro de estos, el tipo histológico más frecuente es el Adenocarcinoma (40%).

Los síntomas suelen aparecer cuando la enfermedad está avanzada. La cirugía sigue siendo la piedra angular en estadios precoces, la lobectomía con linfadenectomía sigue siendo el tratamiento para estadios I y II. La QT adyuvante, se recomienda en pacientes con estadios I y II. en adelante siempre que el paciente presente una buena situación basal.

2 Objetivos

- Realizar un diagnóstico precoz para posibilitar tratamiento definitivo y/o paliativo según el caso.

3 Caso clínico

Mujer fumadora de más de 25 paquetes/año de 20 años de evolución, derivada de Atención Primaria por acropaquias y dolores articulares de predominio en ambas rodillas. Además, asociaba astenia generalizada con pérdida de 6 kg de peso. No hemoptisis ni síntomas de agudización respiratoria. Rx tórax: lesión en lóbulo medio.

TAC: masa sólida en LM de contornos espiculados de unos 4 x 3,6 x 3 cm de tamaño, que oblitera el bronquio del segmento lateral de dicho lóbulo y contacta con cisura mayor y menor en probable relación con neoplasia primaria pulmonar. Adenopatías hiliares derechas, pretraqueales y subcarinales, la mayor de 1,1 cm de eje corto. Enfisema centrolobulillar de predominio en vértices. Posteriormente se realiza otra prueba de imagen para ver su extensión, PET TAC que es normal.

Pruebas complementarias:

GAB: Ph 7,46. PO2 92. PCO2 37. SAT O2 97%

LBFP: FVC 88%. FEV1: 74% cociente: 64 %. DLCO 82, KCO 83.

Para filiación de masa de aspecto maligno se realiza fibrobroncoscopia no diagnóstica y posteriormente se realiza Biopsia de Pulmón Derecho con Aguja Gruesa (BAG), guiada por TC de la masa pulmonar en LM, con aguja de 20 G, obteniendo buenas muestras, con resultado de negatividad para células malignas, tampoco diagnóstica.

Debido a la falta de filiación de la masa de LM para estadificación y filiación del tumor en pulmón derecho se decide la realización de Ebus (ultrasonografía endoscópica) realizando PAAF de adenopatías 4R y 7R así como de la masa pulmonar con ausencia de malignidad en adenopatías y de dicha masa). Estadio pT2pN0M0.

4 Resultados

Ante la sospecha de cáncer de pulmón derecho T2N1M0 (Estadio IIB), quirúrgico se consulta con el Servicio de Cirugía Torácica y se programa para intervención quirúrgica y se realiza bilobectomía Lóbulo medio y Lóbulo inferior derecho con posterior estudio anatómopatológico con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón diferenciado y sin de tumor en las adenopatías biopsiadas.

Impresión Diagnóstico:

Adenocarcinoma de pulmón derecho Estadio T2N1M0 (estadio IIB).
Bilobectomía lóbulo medio y lóbulo inferior derecha.
Quimioterapia adyuvante.

5 Discusión-Conclusión

Tras la buena evolución clínica tras intervención Quirúrgica se deriva al Servicio de Oncología para valoración de quimioterapia adyuvante, 4 ciclos, con posteriores controles apreciando muy buena evolución clínica sin apreciar recidiva tumoral en ninguna revisión posterior.

6 Bibliografía

1. Borczuk AC. Prognostic considerations of the new World Health Organization classification of lung adenocarcinoma. *Eur Respir Rev.* 2016;25(142):364-71.
2. Navarro Expósito E LGJ, Castillo C, Losada C, Alvarez-Mon Soto. Cáncer de pulmón no microcítico. *Medicine.* 2017;12(31):1811-24.

Capítulo 267

ANESTESIA (FUNCIONES DE ENFERMERÍA)

PATRICIA CALVO ALONSO

1 Introducción

La anestesia consiste en el bloqueo de la sensibilidad del paciente mediante la inducción de fármacos pudiendo hacerlo reversible. La anestesia puede ser de varios tipos y consta de 3 periodos. Los posibles tipos de anestesia son: anestesia general, anestesia regional, anestesia local y sedación. La anestesia local, en ocasiones, es utilizada fuera de quirófano para curas y otros procedimientos. En estos casos puede ser el cirujano quien realice la anestesia. Si la anestesia a usar no es local, debe ser el anestesista quien se encargue de aplicarla. Las fases de la anestesia son 3: inducción, mantenimiento y despertar. Durante la inducción el paciente pasa de estar despierto a estar anestesiado. Antes de comenzar con la inducción, debemos monitorizar al paciente.

En el mantenimiento de la anestesia, los fármacos continúan administrándose al paciente de forma continua para evitar su despertar durante la intervención. Durante el despertar se dejan de administrar los fármacos anestésicos hasta que revierte la anestesia; en algunos casos es necesario que se administren fármacos que revierten su efecto.

2 Objetivos

- Conocer la función asistencial de la enfermería anestésica.
- Enumerar los tipos de anestesia usados en la actualidad.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda de artículos para realizar este trabajo hemos consultado tres bases de datos. Estas son Scielo, Cochrane y Pubmed.

Para la selección de los artículos hemos buscado aquellos relacionados con la anestesia, la labor de enfermería en relación a la anestesia, los fármacos que se usan y la monitorización necesaria para garantizar la seguridad del paciente.

Para seleccionar los artículos debemos usar unas palabras claves que nos ayuden en la búsqueda en las bases de datos. En este caso, las palabras clave que hemos seleccionado han sido: “anestesia”, “anestesia enfermería”, “monitorización anestesia”, “fármacos anestésicos”.

4 Resultados

Función asistencial de la enfermería anestésica:

La enfermera de anestesia de quirófano debe preparar el quirófano y la anestesia en función del tipo que se vaya a realizar, recibir al paciente y prepararlo, vigilar el correcto mantenimiento de la anestesia, ayudar al despertar del paciente y trasladarlo a la habitación o la unidad de destino una vez finalizada la intervención.

Para la preparación del quirófano, se debe vigilar que disponemos de lo necesario para aplicar la anestesia, asegurarnos de que el material y los fármacos están en correcto estado y son los adecuados para evitar errores de última hora, comprobar los aparatos de monitorización, anestesia, aspiración y ventilación y montar e iniciar los que lo requieran; preparar la medicación de inducción de la anestesia, la mesa de quirófano con los elementos necesarios para la colocación correcta y cómoda del paciente, preparar la sueroterapia necesaria y las bombas de infusión si fuesen requeridas y controlar y preparar los estupefacientes y el material necesario por si la intubación fuese difícil.

En la recepción del paciente se debe reducir la preocupación y ansiedad de este. Para ello es fundamental crear una confianza previa en una visita anterior que le habremos hecho. En el momento de la intervención comprobaremos que es el paciente y el procedimiento correcto, los datos personales y la historia clínica del mismo, y realizaremos el check list. La preparación del paciente consiste en proteger los riesgos de lesión del mismo, minimizar su ansiedad o temor, preparar la técnica anestésica y conseguir la máxima colaboración del paciente. Debemos

colocar al paciente en la mesa de quirófano de manera que este cómodo y no existan articulaciones forzadas, canalizaremos una vía venosa, procederemos a la monitorización hemodinámica y respiratoria, oxigenación y sedación según las pautas del anestesista. En la inducción y mantenimiento de la anestesia debemos garantizar la comodidad del paciente, dar apoyo al paciente si este estuviera consciente y colaborar con el anestesista en los planes anestésicos.

Tipos de anestesia :

- Anestesia general: este tipo de anestesia afecta a la consciencia causando una amnesia temporal y elimina los reflejos del paciente. Los fármacos poseen características hipnóticas pudiendo administrarse por vía intravenosa, inhalatoria o ambas a la vez. Cuando los fármacos son administrados por ambas vías la anestesia e considera balanceada. Los componentes fundamentales que se deben garantizar durante este tipo de anestesia son: hipnosis, amnesia, control autonómico y relajación muscular.
- Anestesia local: el bloqueo del dolor se produce solo en una zona concreta del cuerpo. Esta anestesia hace que los impulsos eléctricos de músculos y nervios no se transmitan con normalidad durante su efecto.
- Anestesia loco regional: anula la sensibilidad de la región o miembro del cuerpo. Este tipo de anestesia puede ser: epidural o peridural (el anestésico se introduce en las proximidades de la médula), intradural (se introducen el espacio subaracnoideo), intravenosa o bloqueo Bier (se comprime el miembro con una venda elástica y se mantiene con un torniquete neumático, después se pondrá anestésico local intravenoso).

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de enfermería en anestesia son múltiples. Enfermería forma parte de todo el proceso, empezando por la consulta preanestesia, donde, junto con el anestesista, se resuelven las dudas y miedos del paciente, se firman los consentimientos, se le explican los procedimientos que se le van a realizar y se intenta tranquilizar. En el momento de pasar a quirófano, la enfermera será quien reciba al paciente, compruebe su identificación y datos, el procedimiento a realizar, se tranquilice y se acompañe hasta el interior del quirófano.

Otras labores de enfermería son la preparación del material que requerirá el anestesista para la inducción, además del de anestesia general por si fuera necesario en algún momento, revisión de la anestesia y el material necesario (laringoscopia, cánulas oro faríngeas, drogas), comprobar el correcto funcionamiento del

aparato de aspiración.

Una vez el paciente está en quirófano, con el material preparado y los datos y el check-list correctamente realizado y comprobado se procederá a la canalización de una vía venosa a través de la que se comenzara a administrar fármacos en caso de anestesia general. Es necesario monitorizar al paciente previo a la administración de cualquier fármaco, labor también de enfermería. Si la anestesia a utilizar es local o regional se deberá colocar al paciente en la posición adecuada para la anestesia y después modificarla, si es necesario, para la intervención, comprobando en todo momento que el paciente esta cómodo, no está en contacto directo con la mesa quirúrgica y no presenta articulaciones forzadas.

Tras la inducción de la anestesia, enfermería debe de estar presente para aportar apoyo al anestesista y comprobar que no suceden imprevistos. Además, deben de anotarse y registrarse los procedimientos anestésicos realizados y la cantidad de fármaco usado para que todo quede reflejado ante posibles incidencias. Al finalizar la intervención, la enfermera colaborara con el anestesista en el despertar del paciente.

6 Bibliografía

- Conceptos básicos sobre la anestesia. Kidshealth.org (2018)
- Rincón-Valenzuela D, Escobar B. Evidence-based clinical practice manual: Patient preparation for surgery and transfer to the operating room; 2018.
- Escudero Augusto D, Otero Hernández J, Muñiz Albaiceta G, Parra Ruiz D, Cofiño Castañeda L. Detección de muerte encefálica mediante monitorización BIS (índice biespectral). 2018.
- Anestesia Regional - Procedimientos | Clínica Alemana de Santiago. Portal alemana. 2018
- Consecuencias del tabaco en la salud [Internet]. CCM Salud. 2017
- Jiménez-Ruiz CA e. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2017
- Schuit E, Panagiotou O, Munafò M, Bennett D, Bergen A, David S. Farmacoterapia para el abandono del hábito de fumar: efectos por subgrupos definidos por marcadores biológicos informados genéticamente. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 9.
- K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Intervenciones farmacológicas para el Cahillabandono del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes. Cochrane

Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art. No.

- K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Intervenciones farmacológicas para el Cese del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art.
- Piñero B, Fernández del Río E, López-Durán A, Becoña E. ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? [Internet]. 2017.
- White A, Rampes H, Liu J, Stead L, Campbell J. Acupuntura e intervenciones relacionadas para el abandono del hábito de fumar. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 1. Art.

Capítulo 268

UPP EN UNIDADES DE CRÍTICOS

PATRICIA CALVO ALONSO

1 Introducción

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos son más vulnerables a la aparición de úlceras por presión, y es por ello que allí se registran los mayores índices de incidencia y prevalencia. Esto es debido a las condiciones específicas del paciente crítico, tanto físicas como psíquicas, así como a los procedimientos terapéuticos a los que se ve sometido: sedación, ventilación mecánica, estado nutricional, fármacos vasoactivos o técnicas de depuración renal entre otras. Estas úlceras son un gran problema que representan una carga sobre añadida a la enfermedad y una menor calidad de vida para el paciente. Son consideradas además un indicador negativo de la calidad asistencial de enfermería

2 Objetivos

- Conocer la etiopatogenia de las úlceras por presión.
- Describir los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos causantes de las úlceras por presión (UPP).

3 Metodología

Este estudio consiste en una revisión bibliográfica sobre las úlceras por presión en el paciente crítico, para ello hemos consultado diferentes paginas institucionales de sociedades científicas, bases de datos nacionales e internacionales cuya estrategia de búsqueda se detalla a continuación. Se consultaron también libros y

las principales publicaciones que ofrecen evidencia en el contexto de cuidados de enfermería y guías de práctica clínica sobre las úlceras por presión, en español y en inglés. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Cochrane y Dialnet. Usando como palabras clave “pressure ulcer”, “intensive care unit”, “críticos”.

4 Resultados

- Etiopatogenia de las úlceras por presión:

Presión: una UPP se produce por el aplastamiento entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo. Este aplastamiento produce disminución de flujo sanguíneo a los tejidos que se someten a presión. La presión de llenado capilar en los tejidos es de 32 mmHg por lo que cualquier presión superior produce isquemia de la membrana vascular, vasodilatación de la zona, extravasación de los líquidos e infiltración celular. Si no disminuye la presión se produce isquemia local en los tejidos.

La presión y el tiempo son inversamente proporcionales por lo que a mayor tiempo necesitamos menos presión para producir lesión. Siendo más peligroso mayor tiempo de exposición que la presión misma.

Fuerza de fricción: es una fuerza que actúa paralelamente a la piel. Se genera por el desplazamiento del paciente sobre un plano duro al producirse roces o arrastre en los movimientos. Se puede dar en el desplazamiento del paciente en la cama sin separar el cuerpo del colchón, ante presencia de arrugas, o si por la sujeción de un paciente se le impone una postura fija.

Cizallamiento : son las fuerzas tangenciales que combinan los efectos de presión y fricción. Estas fuerzas lesionan los tejidos profundos y se produce cuando la fascia profunda se desliza sobre una superficie, mientras que la piel y la fascia superficial se mantienen fijas. Esto produce hipoperfusión e importantes daños en la zona de unión entre la epidermis y la dermis.

- Factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos

- Factores intrínsecos

Enfermedades agudas, fallas cardíacas, alteraciones vasomotoras, vasoconstricción debido a shock, dolor, hipotensión y cambios en la temperatura. Las enfermedades crónicas severas, y las terminales, como por ejemplo la falla multi-orgánica o enfermedades oncológicas generan mayor riesgo para el desarrollo de UPP por la disminución en la movilidad y estado de inmunosupresión. Un nivel reducido de conciencia disminuye la capacidad del individuo para aliviar la presión en las zonas de apoyo. Los estados de malnutrición interfieren en los mecanismos de defensa del organismo y en el proceso de cicatrización, determi-

nando atrofia muscular y reducción de los tejidos subcutáneos, generando así una disminución de la resistencia de la piel a la presión.

La hipoalbuminemia, determina una disminución de las presiones intravasculares, lo cual determina la formación de edema, reduciendo la irrigación sanguínea de los tejidos. El estado anémico, determinado en medición de hemoglobina sérica, genera una disminución del transporte de oxígeno, agravando aún más la condición hipóxica de los tejidos. La obesidad determina un aumento de tejido adiposo, con una vascularización disminuida de este tejido. La deshidratación puede reducir la elasticidad de los tejidos, y de esta manera aumentar la deformación de éste bajo presión o fricción. Los períodos de hipotensión, así como los de hipotermia se relacionan con la disminución de la irrigación de los tejidos y vasoconstricción periférica e hipoxia celular. La hipertermia ya que inestabiliza la vitamina C6.

- Factores extrínsecos

La intensidad y duración de la presión causa compresión. El cizallamiento determina un aumento de la presión sobre los capilares, produciendo su ruptura, formando así hemorragias y áreas de necrosis. Fármacos que afectan la movilidad, como por ejemplo los sedantes, el uso prolongado de corticoides, puede afectar los mecanismos defensivos del organismo. Los analgésicos pueden reducir el estímulo normal que lleva a aliviar la presión. Los inotrópicos causan vasoconstricción periférica e hipoxia tisular. Los antiinflamatorios no esteroideos perjudican la respuesta inflamatoria. El tratamiento anticoagulante tiene un alto riesgo de generar hematomas en zonas en las que la irrigación y nutrición se ven disminuidas. En relación a la higiene, ya sea por déficit, o por la utilización de productos irritantes para la piel (jabones inadecuados, alcoholes, antisépticos, etc.) pueden alterar la flora bacteriana y con ello las defensas de ésta. Los materiales utilizados, el tipo de colchón, las rugosidades de las sábanas y pijamas.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha avanzado en el cuidado y protección de la piel, a pesar de ello aún es complicado estandarizar un plan de cuidados para los pacientes con úlceras por presión. El personal sanitario debe tener en cuenta la gran importancia que tiene para una óptima recuperación y una cicatrización adecuada de estas lesiones el estado nutricional del paciente.

Los cuidados de las úlceras siempre irán enfocados a las necesidades reales del paciente y no a cuidados estándar ya que no todos los pacientes necesitan. Es

necesario el reconocimiento de la magnitud de lo que supone este tipo de lesiones y de esta manera poder crear políticas de salud específicas que permitan a los profesionales poder atender con mayor calidad y de forma más integral a los pacientes con UPP.

6 Bibliografía

- Roca Biosca A, Velasco Guillén MC, Rubio Rico L, García Grau N, Anguera Saperia L. Pressure ulcers in the critical patient: detection of risk factors. *Enferm Intensiva*. 2012 Oct-Dec; 23 (4):155-63.
- Barrientos, C., Urbina, L., Ourcilleón, A., Pérez, C. Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Revista chilena de medicina intensiva*. 2005. [Consultado 16 de diciembre de 2019]; 20(1):12-20.
- Hoyos Porto Saith, García Arias Ronald Leonel, Chavarro-Carvajal Diego Andrés, Heredia Rodrigo Alberto. Úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Rev. Unersitas Médica [Internet]*. 2015 [consultado el 26 de diciembre de 2019]; 56(3): 344-55.
- Noriega Borge, M. and Merino Pérez, J. (2016). *Fisiología General (2011)* – OCW Universidad de Cantabria. [online] [Ocw.unican.es](http://ocw.unican.es).
- Esperón Güimil J. A, Angueira Castelo C, Escudero Quiñones A.I, Ocampo Piñeiro A, Pérez Jiménez J. M, Poceiro Salgado S. M, Vilas Pastoriza M. Monitorización de úlceras por presión en una Unidad de cuidados intensivos. *Rev Gerokomos [Internet]*. 2007

Capítulo 269

ATENCIÓN ENFERMERA AL PACIENTE CON DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO IMPLANTABLE (DAI)

RAQUEL MORELL MARCO

MARÍA DE LOS ÁNGELES BUENO CASTAÑEDA

ARTHI GIMENO RUIZ

1 Introducción

La atención inmediata a la muerte súbita cardiaca es primordial para disminuir los casos de muerte por taquicardias ventriculares y fibrilación ventricular. El motivo principal de dicha atención inmediata viene dado por la escasa posibilidad de sobrevivir a una parada extra-hospitalaria. Es por ello que el tratamiento con desfibriladores automáticos implantables (DAI) se convierte en una de las opciones de tratamiento indicadas para la prevención del paciente con riesgo de muerte súbita, donde el personal de enfermería juega un papel importante a la hora de proporcionar a los pacientes con DAI, los cuidados óptimos para afrontar su vida cotidiana.

2 Objetivos

- Analizar los cuidados de enfermería proporcionados a los pacientes portadores de desfibrilador automático implantable (DAI) para una correcta adaptación al nuevo estilo de vida.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Google Scholar, Cuiden y Medline. Se acotaron las fechas de búsqueda a los últimos 7 años. Los 5 textos seleccionados de un total de 16 hacían referencia a las complicaciones y atención de enfermería en pacientes sometidos a la implantación de un DAI.

Palabras clave: enfermería, cuidados, desfibrilador automático implantable.

4 Resultados

- Los estudios ponen de manifiesto que una cualificación correcta de los profesionales de enfermería garantizan la calidad asistencial tanto antes, como durante y después de la implantación de desfibriladores automáticos. La atención integral enfermera juega un importante papel de vigilancia y control durante todo el proceso para disminuir riesgos y complicaciones, y mantener una correcta adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida.

- Los cuidados de enfermería al paciente con desfibrilador automático implantable son imprescindibles tanto antes, durante y después de la implantación, y permiten disminuir la ansiedad y mejorar potencialmente los conocimientos de los pacientes para llevar a cabo un mejor mantenimiento de la salud y, por tanto, mejorar el pronóstico.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de la patología cardiaca, así como de la prevalencia de la misma en la sociedad, se exige un manejo profesional. Es por ello que el trabajo de enfermería es fundamental para ofrecer un cuidado holístico e integral al paciente y su familia.

6 Bibliografía

- Alzuela, J., & Fernández, J. M. (2011). Registro Español de Desfibrilador Automático Implantable. VII Informe Oficial del Grupo de Trabajo de Desfibrilador Automático Implantable de la Sociedad Española de Cardiología (2010). *Revista Española de Cardiología*, 64(11), 1023-1034.
- Sarrias, A., Galve, E., Sabaté, X., Moya, À., Anguera, I., Núñez, E., ... & García-Dorado, D. (2015). Terapia con desfibrilador automático implantable en la mio-

cardiopatía hipertrófica: utilidad en prevención primaria y secundaria. *Revista Española de Cardiología*, 68(6), 492-496.

- Peinado, R. P. (2010). El desfibrilador automático implantable. Evitando la muerte súbita. *Revista Española de Cardiología Suplementos*, 10, 32A-39A.
- Mora, S. I. G. (2011). Cuidados al paciente con desfibrilador automático implantable. 51.
- Rodríguez-Morales, M. M., García-Niebla, J., & Valle-Racero, J. I. (2013). Intervenciones de enfermería al paciente portador de desfibrilador automático implantable. *CardiCore*, 48(4), 166-169.

Capítulo 270

LA MIEL: EFICACIA PARA EL TRATAMIENTO DE UPP

JAVIER SAMPEDRO RIOL

JUAN MERA CADENAS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) se definen como lesiones originadas en la piel y tejidos cuya causa es la falta de irrigación sanguínea por presión, fricción o cizallamiento. A parte de estos factores, hay otros que predisponen al cuerpo a que aparezcan, como son las inmovilizaciones, la deshidratación, la poca grasa corporal, etc.¹

Las úlceras por presión se clasifican en 4 categorías dependiendo la gravedad de las mismas. Son las siguientes:^{2,3}

- Categoría I: incluye aquellas donde la piel está enrojecida pero íntegra. Se caracteriza porque ante la presión, no palidece esa zona de presión. Es más frecuente en prominencias óseas.
- Categoría II: aquí sí que se produce una pérdida de espesor poco profunda de la dermis, sin hematomas ni esfacelos. Es frecuente que aparezcan flictenas.
- Categoría III: está afectado el tejido muscular. Los bordes son más evidentes y existe un ligero exudado.
- Categoría IV: hay una pérdida total del espesor del tejido, donde está expuesto el hueso, músculo o tendón. Existe abundante exudado y necrosis tisular.

Las consecuencias que producen al paciente estas UPP son muy graves, por lo que es imprescindible la prevención por parte del equipo de enfermería (el 95% son

evitables). En cuanto a las intervenciones que se pueden realizar para prevenir dichas lesiones están: manejo de presiones, cambio de posición frecuentemente, control de infecciones, cuidados de la piel, cuidados del paciente encamado, vigilancia de la piel.⁴

Según el Estudio de Prevalencia de UPP en España, el número de casos ha aumentado, en especial en los centros socio-sanitarios, manteniéndose estable en los hospitales y aumentando ligeramente en AP. La mayoría de ellas (65%) son de origen nosocomial, predominando en el sexo femenino.⁵ En cuanto al aspecto económico, tratar las úlceras por presión en España supone un coste muy importante para la sanidad, superando el 5% del gasto sanitario anual. A parte de los gastos generados para el Estado, también hay que tener en cuenta los gastos en la economía familiar, necesitando todo tipo de productos necesarios para su prevención.⁶

La miel ha sido utilizada desde la antigüedad como método curativo debido a sus propiedades (Ph ácido de 3.9, 20% humedad, proteínas, vitaminas, minerales, etc.) que ayudan a la reestructuración de los tejidos. En países como Nueva Zelanda se ha demostrado su eficacia para tratar las UPP, sin embargo, en España no se ha investigado lo suficiente.

Características de la miel: 8,9

- Acción antimicrobiana capaz de eliminar la infección.
- Ambiente húmedo sin riesgo de crecimiento bacteriano.
- Poder desbridante autolítico.
- Disminución del mal olor.
- Reduce el edema, el exudado y el dolor.
- Crecimiento de tejido de granulación y epitelización.

Peter Molan (profesor de la Universidad de Wikato, Nueva Zelanda), demuestra en numerosos artículos las propiedades curativas de la miel aplicada a las UPP, considerándola como un producto farmacéutico más.¹⁰

2 Objetivos

- Describir las propiedades curativas de la miel
- Demostrar las evidencias encontradas sobre su eficacia en las UPP

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado con el fin de llevar a cabo una revisión bibliográfica basada en la eficacia de la miel sobre las UPP, utilizando bases de datos y páginas relacionadas con enfermería.

Las bases de datos que hemos utilizado para realizar esta revisión han sido Pubmed, Medline y CINAHL, entre otros. Además hemos consultado revistas y páginas de internet para la recogida de datos como son Fuden, Dialnet, Gneaupp, etc. Para ello hemos recopilado artículos en español y en inglés principalmente.

Como criterios de inclusión, hemos intentado buscar artículos lo más recientes posibles, aunque también hay alguno no tan actual pero que hemos considerado interesante para esta revisión.

4 Resultados

- Se ha demostrado que la miel tiene una actividad bactericida de amplio espectro, atribuyéndose este efecto a sus características físicas como son la acidez y su alta osmolaridad. En cuanto a la osmolaridad, es debido a su elevado contenido en azúcar, deshidratando de esta manera a los microorganismos.¹¹
- El responsable de la acción antibacteriana de la miel es el peróxido de hidrógeno, reacción química que surge de la glucosa con el enzima glucosa oxidasa, añadida por las abejas. A la vez que aumenta el contenido de peróxido, aumenta también el efecto bactericida, y viceversa. Sin embargo hay excepciones, como es el caso de la Miel de Manuka, que es capaz de hacer el mismo efecto antibacteriano incluso cuando se bloquea la actividad del peróxido.^{14,15}
- Otro de los beneficios que produce la miel en las UPP es la actividad antiinflamatoria, relacionado con los oxidantes presentes en la miel. Estos son capaces de eliminar los radicales libres reduciendo así la inflamación. Las prostaglandinas son uno de los principales factores que provocan la inflamación, por lo que la miel actúa sobre ellas para reducir sus niveles. Al disminuir la inflamación, ayudamos a que los vasos sanguíneos se abran y de esta forma, reducir también el edema y el exudado.^{16,17}
- La miel tiene la propiedad de crear un ambiente húmedo debido a su fuerte acción osmótica, lo que facilitará el cúmulo de proteasa en la herida. El peróxido de hidrógeno liberado por la miel hace que las proteasas se activen, activando a su vez el plasminógeno, lo que produce el desbridamiento en la herida. ^{16,18}
- Durante toda la historia, autores como Molan¹⁴, Mandal¹³ o Dustmann¹⁵, han

apoyado la utilización de la miel con el fin de tratar heridas infectadas. Está demostrado en varios estudios analizados para esta revisión, donde se centran en UPP de categoría I y II, en las cuales la acción de la miel es capaz de generar crecimiento epitelial, sin manifestarse signos de infección.^{12,19}

- En otro de los ensayos utilizados para esta revisión, vemos como la miel fue usada como último recurso, tras haber probado los tratamientos habituales durante un año, sin ver mejoría alguna. Después de varios meses con tto con miel, se vió una gran mejoría y recuperación que con el resto de tratamientos no se pudieron ver.⁷

- En otro estudio se utilizó miel esterilizada para el tratamiento de úlceras graves, demostrándose una gran evolución en un periodo corto de tiempo.²⁰

- Se podría pensar que el uso de miel para tratar UPP en pacientes diabéticos estaría contraindicado por una posible subida del nivel de glucosa en sangre. Sin embargo, no hay evidencias de que esto ocurra, es más, la miel está indicada para úlceras en pies diabéticos.²¹

En uno de los artículos publicados por Molan²², describe varias recomendaciones a la hora de usar esta técnica como tratamiento de UPP. Entre ellas están las siguientes:

- Si lo vemos conveniente, utilizar los apósitos de miel como primera opción, y no dejarlo como última alternativa ya que al haber usado otros productos, la herida se vuelve más resistente.

- Asegurarse que la miel esté esterilizada y procesada, almacenándola en sitios frescos y protegido de la luz.

- La miel tiene que estar en contacto con el lecho de la herida para que tenga lugar la función antibacteriana.

- La miel tiene que cubrir tanto el lecho como los bordes de la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

La miel como tratamiento para cualquier tipo de úlcera está demostrado que es eficaz, ayudando a la recuperación de los tejidos. Al ser una cura húmeda, el tiempo de curación es mucho menor en relación con otras técnicas, eliminando todas las bacterias en 7 días.

Comparando el coste-beneficio de la miel y de los tratamientos habituales, es claro que tiene un mayor rendimiento cuando se trata con miel, ya que es más económico y está al alcance de cualquier persona. Es importante saber utilizar la miel para realizar las curas, ya que su viscosidad puede traer ciertas dificultades.

Por ello hay que tener en cuenta las recomendaciones descritas en esta revisión bibliográfica.

Para terminar, destacar la importancia de seguir investigando en este tratamiento, que actualmente, no está muy desarrollado en España.

6 Bibliografía

- 1. Villamil MI, Rodríguez LF. Atención de Enfermería a las úlceras por presión, vasculares y oncológicas. Colección práctico profesional. Eduforma. 2009
- 2. Lorente MMS, Ávila C, Bonias J, García Rambla L, García Rodríguez V, Herráiz A, et al. Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. Valencia: Generalitat valenciana. Conselleria de Sanitat, 2012
- 3. Blanco JL. Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu* 2003; 23 (4): 194-198
- 4. Rumbo JM, Arantón L. Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. *Enferm Dermatol* 2010; 3(9): 13- 19
- 5. Pancorbo-Hidalgo PL, García Fernández F, Torra i Bou JE, Verdú J, Soldevilla-Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014; 25(4), 162-170
- 6. Soldevilla-Agreda JJ, Torra i Bou JE y Verdú J. Epidemiología, coste y repercusiones legales de las úlceras por presión en España. *GNEAUPP*. 2005
- 7. Pérez Sanchez JA. Caso clínico: Aplicación de miel para el tratamiento de úlceras basado en literatura científica. *Hygia*. 2013; 83(1): 48-55
- 8. Molan, P. Why honey is effective as a medicine. 1. Its use in modern medicine. *Bee World*, 1999; 80(2): 80-92
- 9. Molan P: Why honey is effective as a medicine. 2. The scientific explanation of its effects. *Bee World*. 2001; 82: 22-24
- 10. Molan P. The evidence and the rationale for the use of honey as a wound dressing. *Wound Practice and Research. Journal of the Australian Wound Management Association*. 2011; 19: 204-222
- 11. Gonzalez Gonzalez Gascon R, Del dedo Torre P. Actualización sobre el uso de la miel en el tratamiento de úlceras y heridas. Caso clínico. *Enfermería Global*. 2004; 3(1): 1-10
- 12. Molan P. The evidence supporting the use of honey as a wound dressing. *Int J Low Extrem Wounds*. 2006; 5: 40-54

- 13. Mandal MD, Mandal S. Honey: its medicinal property and antibacterial activity. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2011; 1(2): 154–160
- 14. Molan P. The antibacterial activity of honey. 2. Variation in the potency of the antibacterial activity. *Bee World.* 1992; 73: 59–76
- 15. Dustmann JH. Antibacterial effect of honey. *Apiacta* 1999; 14(1): 1-7
- 16. Molan P. The use of manuka to promote wound healing. *The Official Journal of The New Zealand College of Primary Health Care Nurses.* 2013; 1(1): 23-25
- 17. Yaghoobi R, Kazerouni A, Kazerouni O. Evidence for Clinical Use of Honey in Wound Healing as an Anti-bacterial, Anti-inflammatory Anti-oxidant and Antiviral Agent: A Review. *Jundishapur J Nat Pharm Prod.* 2013; 8(3): 100-104
- 18. Haynes JS, Callaghan R. Properties of honey: its mode of action and clinical outcomes. *Wounds UK.* 2011; 7 (1): 50-57
- 19. Al-Waili NS, Salom K, Al-Ghamdi AA. Honey for wounds healing, Ulcers, and Burns; Data Supporting Its Use in Clinical Practice. *The Scientific World Journal.* 2011; 11: 766-787
- 20. Laboratorio Thrombotargets Development: Parc Mediterrani de la Tecnologia. Av. Canal Olímpic, Edif. B6, Pl. 2 08860 Castelldefels. Barcelona- Spain
- 21. Grothier L, Cooper R. Medihoney dressing: Products for practice. *Wounds UK.* 2011; 6(2): 1-6
- 22. Molan P. Re-introducing honey in the management of wounds and ulcers theory and practice. *Ostomy/Wound Management.* 2002; 48: 28-40

Capítulo 271

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE ELECCIÓN DE DEXMEDETOMIDINA O PROPOFOL

CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ

MARÍA GARCÍA PELÁEZ

1 Introducción

Este capítulo se centrará en la necesidad y los tipos de sedación, escalas para su valoración y el análisis de los fármacos sedantes “propofol” y “dexmedetomidina” muy populares en el ámbito de la anestesiología y en el entorno de la unidad de cuidados críticos. La necesidad de creación de una unidad de cuidados intensivos data de la década de 1850 frente la necesidad de una sala especial para asistir a los heridos de guerra, es decir aislar a los pacientes más graves. Ésta necesidad resurgió en 1920 con la utilización de salas exclusivas para el manejo postoperatorio. La terapia intensiva surgió en la década de 1940 cuando se aplican dispositivos y procedimientos específicos en pacientes con disfunción única, como ventilación mecánica, hemodiálisis y desfibriladores eléctricos.

Finalmente, la era moderna contemporánea se caracteriza por los cuidados críticos, considerando la complejidad de los pacientes y los procedimientos desarrollados, así como los exámenes complementarios personalizados y el equipo multidisciplinario de asistencia. Paralelamente, con el nacimiento de los cuidados intensivos para adultos, también surgieron y evolucionaron los cuidados críticos pediátricos para una población diversa de pacientes y escenarios clínicos y quirúrgicos.

Por último, cabe mencionar el contraste en la prestación de cuidados críticos alrededor del mundo en áreas geográficas como Estados Unidos, Europa, Australia y Nueva Zelanda, América Latina y el Caribe, Asia y países menos desarrollados; dicho contraste se debe a que la evolución de las UCI hasta el presente ha dependido de varias características que corren paralelas al desarrollo tecnológico.

2 Objetivos

Analizar bibliografía sobre el uso de la dexmedetomidina y el propofol en el entorno de los cuidados críticos, describiendo ésta misma también y abordando diferentes aspectos sobre la sedación; escalas de valoración, niveles, tipos de fármacos y la actuación en concreto de la dexmedetomidina y propofol para identificar el uso apropiado de los mismos según la finalidad a conseguir en cada paciente.

3 Metodología

Para la presente, se han realizado búsquedas sistemáticas sobre artículos publicados en inglés y español, sin fecha límite, dentro de las bases de datos PubMed, MedLine y guías de práctica clínica incluyendo palabras claves: “intensive care unit”, “critically ill patients”, “crit care”, “Dexdor”, “Propofol”, “sedation in ICU”, “analgesia in intensive care” y estudios relacionados. Además de literatura sobre la historia de la medicina intensiva y la evolución de los cuidados de enfermería hasta los cuidados críticos

Se desarrollará en profundidad el desarrollo y discusión, centrándose en la UCI y el paciente crítico, sus herramientas para la valoración y control del dolor, así como herramientas para la valoración del nivel de sedación y agitación. Además, se incluyen los tipos de sedación y el análisis de la Dexmedetomidina y el Propofol.

4 Resultados

UCI Y PACIENTE CRÍTICO

Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España, en su guía de estándares y recomendaciones de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), define a ésta y al paciente crítico del siguiente modo: “La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales

sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas par atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico juntos con soporte de, al menos dos órganos o sistemas; así que como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico, la UCI puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados”.

Resumiendo, podríamos definir la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar una atención de calidad y cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud o en condiciones de desarrollarlas y que ponen su vida en riesgo. Requiriendo para un buen funcionamiento y asistencia al paciente crítico de un equipo de salud especializado en medicina intensiva y formado por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores en cantidad suficiente, los que tienen como función proporcionar un cuidado multidisciplinario e integral. Además, otros profesionales que pueden y suelen ser consultados son: fisioterapeutas, farmacéuticos, dietistas y psicólogos, entre otros. Contando también de recursos materiales apropiados para cumplir con su cometido.

Los principales motivos de ingreso de un paciente en UCI (salvo coronarios) son: traumatismos, infecciones, cirugía mayor, lesiones o enfermedades neurológicas y hemorragias mayores. Tras la definición de “paciente crítico” aportada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), surge la necesidad de profundizar sobre las características, presentaciones y niveles de clasificación de este tipo de pacientes en particular.

Asimismo, el Paciente Crítico se clasifica en los siguientes niveles en función de las características descritas a continuación:

- Nivel 0. Pacientes cuyas necesidades pueden ser satisfechas en una unidad general de asistencia o en departamento de agudos en el hospital.
- Nivel 1. Pacientes en riesgo de deterioro de su condición, o aquellos reubicados desde niveles superiores cuyas necesidades pueden ser satisfechas en una planta de agudos en el hospital con necesidades especiales recomendadas por parte del equipo de cuidados críticos.
- Nivel 2. Pacientes que requieren una observación más rigurosa o intervenciones, incluyendo soporte para un fallo de sistema orgánico o cuidados postoperatorios y/o aquellos pacientes reubicados desde niveles superiores.

- Nivel 3. Pacientes que requieren soporte respiratorio avanzado único o acompañado de monitorización de dos o más órganos o sistemas. Éste nivel incluye todos los paciente complejos necesitando soporte por fallo multiorgánico.

El objetivo a continuación se centra las características del paciente crítico en la UCI, algunas de ellas son el dolor, la ansiedad, desasosiego, irritación. Es por ello conveniente introducir las definiciones de dolor, agitación, sedación -y sus tipos- e incluir en ellas las escalas de valoración relacionadas con cada concepto y uso de fármacos en cada caso. Se han propuesto gran número de definiciones del dolor lo cual refleja la enorme dificultad para encontrar una definición exacta.

El término dolor es definido en la última Edición (2.a) del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, basado en su etimología latina (dolor-oris) como: «sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior» y también como «sentimiento, pena o congoja». La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño». Existe además una gran terminología para describir los términos y definiciones que los profesionales dedicados al dolor utilizan para describirlo, algunos ejemplos: alodinia, dermatoma, disestesia, causalgia, nociceptor, parestesia, analgesia. Tomaremos el término “Analgesia”, definido por la IASP como “Ausencia de dolor ante un estímulo normalmente doloroso” para valorar el dolor en el paciente mediante escalas, entiendo como tal a la herramienta sistemática y validada para valorar la intensidad del dolor; las cuales se implementarán en el paciente al menos una vez por turno, antes y después de cada uno de los procedimientos, mediante preguntas al paciente -consciente y orientado- o a su familia o cuidador sobre presencia de dolor, molestias o malestar.

Cabe mencionar que se ha de valorar de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, como hipotensión, taquicardia o fiebre.

HERRAMIENTAS VALORACIÓN DEL DOLOR EN PACIENTE CRÍTICO

Las principales herramientas de valoración del dolor en paciente crítico son la Escala Visual Analógica (EVA). La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente; estando despierto, con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma.

En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

ESCALA CONDUCTUAL INDICADORES DEL DOLOR (ESCID)

El uso de esta escala se implementará en aquellos pacientes no comunicativos, sedados e intubados con ventilación mecánica invasiva. La Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) fue desarrollada por Nacho Latorre en 2010, y se basa en la observación de comportamientos y conductas de dolor en pacientes críticos, no comunicativos y con ventilación mecánica. Consta de 5 ítems:

- Musculatura facial
- Tranquilidad (si el paciente se mueve o no)
- Tono muscular
- Adaptación a la ventilación mecánica
- Confortabilidad

Esta escala se valora en tres tiempos: 5 minutos antes, durante y 15 minutos después de realizar al paciente algún procedimiento.

La comunicación entre el equipo multidisciplinar es clave. Se ha de transmitir los resultados obtenidos tras la valoración del dolor, así como el alivio o ausencia de éste, eficacia del tratamiento analgésico y el objetivo esperado con el mismo; así como los efectos que el dolor causa en el enfermo con el fin de asegurarnos la correcta elección del fármaco adaptado a cada paciente.

Además, la prevención del dolor es esencial, entendiendo esto como la anticipación al dolor que pudiese aparecer durante ciertos procedimientos, combinando estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Resumiendo, el dolor en el paciente crítico es común (hasta el 40% de los pacientes refiere haber sufrido dolor durante su estancia en UCI) y contribuye decisivamente a la aparición de trastornos del sueño, agotamiento, desorientación y agitación, y desencadena una respuesta neuroendocrina (respuesta al estrés asociada además a un aumento de la morbilidad y mortalidad), con taquicardia, aumento del consumo miocárdico de oxígeno, hipercoagulabilidad, inmunosupre-

sión y aumento de catabolismo proteico. Por ello, la sedoanalgesia constituye una parte decisiva de la asistencia integral en la UCI y, de hecho, los fármacos usados con este fin son, junto con los antiulcerosos y antibacterianos, los más utilizados en el paciente crítico. En definitiva, una adecuada sedoanalgesia reduce la respuesta al estrés, limita la ansiedad, mejora la tolerabilidad a la ventilación mecánica y facilita los cuidados del paciente. Indudablemente, las necesidades de sedación no son las mismas para todos los pacientes, ni para el mismo paciente a lo largo del día ni durante su evolución en la UCI, por lo que se debe individualizar el tratamiento en función de los requerimientos de analgesia y sedación que precise el paciente en cada momento.

ANALGESIA EN PACIENTE CRÍTICO SIN INCUBACIÓN OROTRAQUEAL NI VENTILACIÓN INVASIVA

Se procede a indicar el procedimiento de la analgesia descrita

- Evaluar el nivel de dolor previo
- Tratamiento analgésico no farmacológico: técnicas de relajación, musicoterapia
- Si el paciente presenta ansiedad o está combativo, trataremos las causas potencialmente reversibles y evaluación del nivel de conciencia y escala del delirio.
- Utilizaremos fármacos analgésicos, sedantes y neurolépticos con bajo riesgo de producir depresión respiratoria y efectos adversos hemodinámicamente graves, evitando las sujeciones en lo posible.
- Tratamiento farmacológico, seleccionando el fármaco a utilizar:
Opioides: Cloruro mórfico (bolo 2 – 4 mg SC o IV) o Fentanilo (bolo 25 – 50 ng IV) si la intensidad del dolor es elevada. Tramadol o codeína VO.
Paracetamol (Oral/IV), ibuprofeno (VO/IV), metamizol (IV) en asociación con los opioides para disminuir la necesidad de éstos cuando el dolor se controle adecuadamente, evitando efectos adversos.
Para el dolor neuropático, asociar Gabapentina o Carbamazepina.
- Evaluar el nivel de analgesia en las siguientes horas.☒☒

ANALGESIA EN PACIENTE CRÍTICO SEDADO E INTUBADO CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

En este tipo de analgesia, es sumamente relevante haber estimado la duración prevista de la ventilación mecánica. Se muestra a continuación el procedimiento a seguir.

- Ventilación mecánica estimada de corta duración (<72 horas):
Fentanilo IV en bolos 50 – 100 mcg repetidos cada 2-4 horas o si existe dolor intermitente

Morfina en bolos 3 – 5 mg SC o IV repetidos cada 3 – 4 horas, si no existe insuficiencia renal.

Nolotil cada 6 – 8 horas o en p.c. hasta 8 g en 250ml Suero Salino Fisiológico 0,9 % durante 24 horas (ritmo de infusión de 10ml/h).

Dexmedetomidina: Asociado a otros analgésicos. Dosis de 0,7 – 1,4 mcg/kg/h, con inicio de acción sedante a los 15 minutos y pico de acción a la hora, obteniendo un fácil despertar a la estimulación.

- Ventilación mecánica prolongada (>72 horas):

Fentanilo en p.c. a 1 – 2 ml/h (50 – 100 ng/h)

Morfina 40 mg en 100ml Suero Salino 0,9 % en p.c. como alternativa si no existe insuficiencia renal.☒☒

CONTROL DEL DOLOR

A continuación, se muestran los principales fármacos utilizados en UCI para el control del dolor en el paciente crítico.

- OPIOIDES

Fentanilo (150ng=3ml)

Morfina (10mg=1ml)

Remifentanilo (5mg/50ml)

Codeína, Tramadol, Mereridina,

- NO OPIOIDES

Ketamina 50mg/ml

Paracetamol IV/PO

Ketorolaco

- Fármacos coadyuvantes para el dolor

Gabapentina

Carbamazepina

Pregabalina

Neurolépticos: Clorpromazina y Haloperidol

PRINCIPALES TIPOLOGÍAS DE SEDACIÓN

En lo relativo a las herramientas de valoración del nivel sedación y agitación, por lo general, se consideran dos niveles de sedación, el superficial y el profundo.

En la sedación superficial, (puntuación 0 a -3 en escala RASS) el objetivo es mantener a los pacientes despiertos o con un grado de sedación que permita un fácil despertar, lo que posibilita una evaluación más fácil del dolor, un mejor contacto

del paciente con el personal sanitario y la familia y una cooperación en técnicas como fisioterapia respiratoria o la evaluación neurológica.

En cambio, la sedación profunda (puntuación RASS de -4 a -5) se busca en pacientes con ventilación mecánica en los que es importante inhibir el estímulo respiratorio, aquellos que reunieren el uso de bloqueares neuromusculares, pacientes con hipertensión endocraneal, estatus epiléptico o psicosis aguda; pacientes en los que se realiza limitación del esfuerzo terapéutico y aquellos en los que se realizan técnicas diagnósticas y/o terapéuticas muy agresivas.

Se utiliza, además el término sedación dinámica para referirse a aquella sedación que varía a lo largo del día en función de las necesidades del paciente.

Este tipo de pacientes requieren idealmente fármacos sedantes con un rápido inicio de acción y una no menos rápida recuperación, un fácil ajuste de la dosificación, amplio margen terapéutico y la ausencia de acumulación en el organismo, de interacciones farmacológicas y de efectos adversos: todo ello, a un bajo coste. Obviamente tal medicamento no existe y hay que recurrir a un amplio colectivo de fármacos que cumplan con alguna de las condiciones antes descritas, pero no todas, para obtener una sedación prolongada con niveles de eficacia y seguridad razonables. Los utilizados habitualmente son las benzodiacepinas (midazolam, lorazepam, diazepam, etc.), anestésicos (Propofol), analgésicos opiáceos (remifentanilo), agonistas $\alpha 2$ adrenérgicos (clonidina, etc.) e hipnóticos barbitúricos (tiopental): entre ellos, los más utilizados actualmente son las benzodiacepinas y el Propofol.

Con independencia del fármaco utilizado para producir una sedación prolongada, existen varias complicaciones asociadas:

- Infrasedación: Desprotege al paciente crítico, haciéndole experimentar miedo, ansiedad, trastornos del sueño, desorientación y agitación, lo que se asocia con un peor pronóstico; todo conlleva un incremento del riesgo para la retirada de dispositivos y de las necesidades de cuidados de enfermería lo que se traduce en un aumento del consumo de recursos profesionales y costes.
- Sobresedación: Se asocia a una prolongación del tiempo de ventilación mecánica y, por tanto, a las complicaciones relacionadas con la misma (neumonía, hemorragia digestiva, bacteriemia, trombosis venosa profunda, etc.) y a un aumento de la duración de la estancia en la UCI y en el hospital, a un mayor consumo de recursos sanitarios y a la dificultad para monitorizar la evolución neurológica. Además, estos pacientes tienen mayor frecuencia de sueños paranoias, pesadillas y alucinaciones, lo que podría dar lugar a secuelas psicológicas graves.

- Tolerancia: La necesidad de dosis progresivamente mayores de sedantes y analgésicos para mantener el mismo nivel de sedoanalgesia. Se relaciona con fenómenos de regulación a la baja de los receptores celulares y da lugar a un aumento de la dificultad para conseguir y/o mantener un nivel adecuado de sedación, a veces exige el uso de dosis elevadas de sedantes o combinación de diferentes fármacos aumentando el riesgo de complicaciones asociadas.
- Síndrome de abstinencia o privación o carencia: Al iniciar la retirada de la sedoanalgesia, los pacientes pueden desarrollar síntomas de abstinencia, especialmente si han desarrollado previamente tolerancia o han recibido dosis altas de sedantes durante más de 3 - 5 días. Estos síntomas varían según el fármaco empleado, la edad del paciente, la función cognitiva y la situación clínica

PROFUNDIDAD DE SEDACIÓN EN FUNCIÓN DE LOS OBJETIVOS CLÍNICOS

Se trata del parámetro de monitorización de profundidad anestésica más utilizado en la actualidad. Se recomienda su uso para mediciones de la función cerebral para valorar la sedación subjetiva en pacientes críticos con bloqueo neuromuscular o coma profundo inducido, con los objetivos:

- Medir de forma continua el nivel de conciencia de un paciente sometido a anestesia general o a sedación moderada-profunda.
- Evaluar la profundidad hipnótica durante la anestesia.
- Monitorizar el grado de hipnosis inducida por ciertos anestésicos.
- Evitar el despertar intraoperatorio.
- Mejorar la administración de anestesia y la recuperación postoperatoria de la anestesia relativamente profunda.
- Reducir la incidencia de recuerdo intraoperatorio en pacientes quirúrgicos con alto riesgo de sensibilización.

El Índice Biespectral (BIS) es un parámetro desarrollado a partir del análisis biespectral del electroencefalograma (EEG), analiza el patrón de las ondas cerebrales y lo convierte en un número de “profundidad de sedación”, obteniéndose mediante la aplicación de un sensor específico sobre la frente del paciente y se refleja en el monitor en forma de cuatro parámetros:

- BIS: reflejado como una cifra de 0 a 100, desde la ausencia total de actividad EEG (cero), hasta una actividad EEG normal —paciente despierto— (cien)
- EMG (Electromiograma): Representado en el monitor mediante un número de 0 a 100. Se complementa la medición con un gráfico de barras en el monitor de cabecera del enfermo.
- TS (Tasa de Supresión): Presentada como un tanto por cien. Su valor óptimo debe ser lo más próximo a cero.

-ICS (Índice de Calidad de la Señal): Reflejado como tanto por cien. Su valor óptimo es 100. Podemos verlo en el monitor como gráfico de barra, junto a la representación del EMG.

ANÁLISIS PROPOFOL Y DEXMEDETOMIDINA

Se analizará en líneas posteriores ambos fármacos detalladamente.

PROPOFOL

El Propofol es un fármaco anestésico intravenoso, muy lipófilo que cruza muy fácilmente la barrera hematoencefálica. Tiene propiedades sedantes, hipnóticas y antieméticas, pero carece de efectos analgésicos significativos. Su acción anestésica es consecuencia de su interacción con un lugar alostérico para anestésicos generales en el receptor GABAA, que es diferente al de las benzodiazepinas, facilitando la apertura del canal cloruro. Está indicado para la sedación de corta duración. Presenta un inicio de acción rápido (40 segundos aproximadamente desde el inicio de la administración) y una vida media corta. Se estima que los niveles plasmáticos necesarios para la inducción de la anestesia (grados 2 a 5 de la escala RAMSAY) oscilan entre 0,2 y 2,5 µg/ml, si bien existe una gran variación interindividual, lo que obliga a personalizar las dosis. Asociado a morfina, mejora el control de la presión intracraneal.

En infusión continua no plantea problemas de acumulación (aunque se ha observado que el tiempo de despertar desde la suspensión del fármaco está relacionado con el tiempo de sedación). Sus características farmacocinéticas permiten un fácil control del nivel de sedación, al igual que una temprana recuperación del nivel de consciencia tras el cese de su administración (10 minutos aproximadamente).

Induce la hipotensión por reducción de las resistencias vasculares periféricas sin modificar el gasto cardíaco, lo cual ocurre con más frecuencia tras la administración en bolo, en pacientes hipovolémicos o con inestabilidad hemodinámica. Provoca una profunda depresión respiratoria y bradicardia por depresión del reflejo barorreceptor, en particular durante la inducción, efecto que es potenciado por los opioides. También puede causar hipertrigliceridemia (debido a la utilización del vehículo utilizado para la administración del fármaco, aceite de soja, para infusiones continuas son preferibles las formulaciones de Propofol al 2% ya que inducen a una menos hipertrigliceridemia), pancreatitis y síndrome de la infusión del Propofol, siendo éste el evento más grave y los posibles mecanismos incluyen: inhibición enzimática de mitocondria, impedimento de la oxidación ácida grasa y alteración metabólica de carbohidrato en sustrato grasa. Ocurren el aumento de los triglicéridos, la hipotensión, arritmia, insuficiencia re-

nal, hipercalcemia, rabdomiólisis y disfunción hepática. Aunque estén asociados al uso prolongado de una dosis fuerte ($>70\text{mg} \times \text{kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$), muchos relatos citan una dosis menor con una duración corta.

La eliminación del Propofol es por conjugación hepática: los metabolitos inactivos son seguidamente eliminados por vía renal.

DEXMEDETOMIDINA

La Dexmedetomidina es un fármaco agonista de los receptores alfa-2 (α_2) adrenérgicos, estrechamente relacionado con la clonidina y la oximetazolina, que ha sido autorizado para la sedación de pacientes adultos en la UCI que requieren un nivel de sedación no más profundo que despertarse en respuesta a la estimulación verbal, correspondiente a un grado de 0 a -3 en la escala RASS. Los efectos neurológicos del fármaco parecen estar mediados por un fenómeno de hiperpolarización de las neuronas noradrenérgicas en el locus ceruleus cerebral, el principal centro de modulación del estado de alerta.

Los efectos sedantes e hipnóticos de la Dexmedetomidina son dependientes de la dosis, hasta el punto de desarrollar una actividad anestésica con dosis elevadas. La amnesia relacionada con el fármaco es mucho menos marcada que la relacionada con las benzodiacepinas, en particular con el Midazolam. La Dexmedetomidina está asociada como mínimos efectos depresores respiratorios, incluso con dosis muy superiores a las empleadas en sedación; suprime los escalofríos (frecuentes en periodos postoperatorios), genera disminución de la actividad motora, la estabilidad mental y posibilita un mejor cuidado por el equipo sanitario. Sus metabolitos son inactivos, y la eliminación es por la orina y las heces.

Los efectos cardiovasculares tienen carácter bifásico, tras la administración intravenosa inicial, se produce un aumento de la presión arterial y una bradicardia refleja, como consecuencia de la inhibición del tono simpático central; asimismo los receptores α_{2b} adrenérgicos presinápticos también son activados, lo que origina una reducción de la liberación de noradrenalina, todo lo cual conduce a una reducción de la presión arterial y el ritmo cardiaco. Con la infusión, ocurren la hipotensión por efecto simpaticolítico central y la reducción de noradrenalina. Otras complicaciones son: el bloqueo cardíaco, parada sinusal, fibrilación atrial. Puede darse efecto hipertensivo después del término de la acción α_2 central.

5 Discusión-Conclusión

La experiencia publicada permite dar unas recomendaciones y situar a la Dexmedetomidina en las actuales tendencias de sedoanalgesia del paciente crítico adulto, representa una forma algo diferente de sedación para la UCI que los habitualmente utilizados, el propofol y el midazolam, con resultados favorables en la tendencia actual.

La Dexmedetomidina produce un tipo de sedación consciente, con la que el paciente parece estar dormido, pero es fácilmente despertado por estimulación verbal, obedecerá órdenes sencillas y cooperará con los cuidados de enfermería. Tiene efectos sedantes y analgésicos, provoca poca depresión respiratoria, por tanto, es muy útil en enfermos ventilados que pueden ser mantenidos con estos niveles de sedación, evitando los efectos deletéreos de la sobredosificación e infradosificación. Por su acción sobre los α_2 -receptores, es eficaz en la prevención y en el control de los cuadros de tolerancia y/o abstinencia a otros sedantes y psicotrópicos. Comparada con otros sedantes, la Dexmedetomidina se ha asociado con una menor incidencia del delirio. Además, puede ser útil en la sedación durante la ventilación no invasiva.

Se administra en una dosis de $1 \text{ mg} \times \text{kg}^{-1}$, seguida de infusión de $0,1 - 0,7 \text{ mg} \times \text{kg}^{-1} \times \text{h}^{-1}$ para analgesia y sedación, y se titula la dosis.

En cualquier caso, supone una nueva vía de actuación con unos perfiles de utilidad y de seguridad propios, lo que en un ámbito sin demasiadas opciones permite ampliar las disponibles para adecuarse a las condiciones específicas de cada paciente.

El precio del fármaco será, sin duda uno de los factores limitantes de su uso, (mayor coste para la Dexmedetomidina que el Propofol) ya que la premisa detrás de muchos estudios fue determinar si un medicamento con un costo inicial más alto podría ahorrar dinero en el cuidado de los pacientes si pudiera reducir los costos generales (al reducir el tiempo hasta la extubación y la duración de la estancia en UCI en pacientes intubados).

Un estudio demostró que la sedación con Propofol se asoció con un beneficio económico en pacientes sedados <24 horas porque acortó el tiempo hasta la extubación y los costos asociados de cuidados críticos.

6 Bibliografía

1. UNESCO, Oficina Internacional de Educación, 2000. Florence Nightingale (1820-1920).
3. Grenvik A, Pinsky MR. Evolution of the intensive care unit as a clinical center and critical care medicine as a discipline. *Crit Care Clin.* 2009;25:239-50
4. Ochoa parra , D.R.M. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos. Historia y evolución de la medicina crítica: de los cuidados intensivos a la terapia intensiva y cuidados críticos.
5. Safar P, Grenvik A. Critical care medicine. Organizing and staffing intensive care units. *Chest J.* 1971;59:535-47.
6. Estébanez Montiel MB, Alonso Fernández MA, Sandiumenge A, Jiménez Martín MJ; Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Sedación prologada en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2008;32 Supl 1: 19-30
7. European Medicines Agency (EMA). Dexdor®. European Public Assessment Report (EPAR). EMA/648646/2011;EMEA/H/C/002268.
8. Xia ZQ, Chen SQ, Yao X, Xie CB, Wen SH, Liu KX. Clinical benefits of dexmedetomidine versus propofol in adult intensive care unit patients: a meta-analysis of randomized clinical trial. *J Surg Res.* 2013; 185(2): 833-43. doi:10.1016/j.jss.2013.06.062.
9. Ghassem E. Larijani, Irwin Gratz, Mary Afshar, Athole G Jacobii. Clinical Pharmacology of Propofol: An Intravenous Anesthetic Agent. *Clin Pharm Prop IV Anest.* 1989;23(10): 743-749.
10. Medline. E. Ruokonen, I. Parviainen, S.M. Jacob, S.Nunes, M.Kaukonen, S.T. Shepherd. Dexmedetomidine versus propofol/midazolam for long-term sedation during mechanical ventilation. *Intensive Care Med,* 35 (2009), pp.282-290
11. J. Lachaine, C. Bauchemin. Economic evaluation of dexmedetomidine relative to midazolam for sedation in the intensive care unit. *Can J Hosp Pharm,* 65 (2012), pp. 103-110.
12. C. Chamorro, M.A. Romera, J.L. Martinez-Melgar. Sedación y analgesia de pacientes críticos en ventilación mecánica. ¿Tienen utilidad los alfa2 agonistas?. *Med Intensiva,* 23 (1999),pp.59-61.
13. Medline. S.M. Hoy, G.M. Keating. Dexmedetomidine. A review of its use for sedation in mechanically ventilated patients in an intensive care setting and for procedural sedation. *Drugs,* 71 -(2011),pp. 1481-1501
14. Medline. O. Panzer, V. Moitra, R.N. Sladen. Pharmacology of sedative-

- analgesic agents: Dexmedetomidine, remifentanyl, ketamine, volatile anesthetics, and the role of peripheral mu antagonists. *Crit Care Clin*, 25 (2009),pp. 451-469
15. M.A. Ramsay. Intensive care: Problems of over-and under sedation. *Best Practice Anaesthesiol*. 14 (2000),pp.419-432.
16. PubMed. Burrows R.C. et al. Sedation and analgesia in the ICU -what evidence-based medicine is there? *South African Med J*. (1997);87:982.
17. PubMed. Lund N, Papadakos P.J. Barbiturates, neuroleptics, and propofol for sedation. *Crit Care Med*. (1999);11:875-886.
18. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2013; 41:263

Capítulo 272

COMUNICACIÓN EFICIENTE EN UCI

CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ

MARÍA GARCÍA PELÁEZ

1 Introducción

Investigaciones en ciencias de la salud, han mostrado que los pacientes que sufren con más frecuencia un daño innecesario es consecuencia de errores sanitarios previsibles. Éstos eventos pueden resultar en daños trascendentales y sufrimiento innecesarios de los pacientes, así como altos costes financieros en términos de días de hospitalización extendidos y costes de litigación. En términos del manejo de la seguridad del paciente en el entorno de la Unidad de Cuidados Críticos (UCI), la complejidad y la naturaleza multidisciplinar de la medicina y los cuidados intensivos lo hace particularmente susceptible a la aparición de errores médicos y sanitarios en general. En entornos de alto riesgo y complejidad, la comunicación deficiente entre los miembros del equipo se ha identificado con frecuencia como un factor causal en incidentes importantes que han resultado en muertes.

En éste entorno, la unidad de cuidados intensivos (UCI) se han realizado investigaciones para comprender los factores que influyen en las comunicaciones del equipo, a raíz de los cuales se han desarrollado cursos de formación en equipo para entrenar y evaluar las habilidades de comunicación de los mismos. La investigación en la UCI muestra que una mala comunicación entre los miembros del equipo es el “mínimo causal común múltiplo” que subyace a los eventos adversos, pero a diferencia de otros entornos de alto riesgo, la relación entre las comunicaciones del equipo y la seguridad en la UCI es menos conocida, del mismo modo que los factores que influyen en el equipo, las interacciones entre los miembros

del equipo poseen una gran variación en condiciones de funcionamiento normales ó en aquellas más estresantes.

Por lo tanto, existe un requisito para aclarar cómo los comportamientos de comunicación de los componente del equipo sanitario pueden contribuir a la seguridad del paciente en la UCI. Este artículo considera la investigación reciente sobre aspectos de comunicación y error dentro de la UCI.

2 Objetivos

- Analizar las habilidades de comunicación que contribuyen a proteger contra errores médicos y/o sanitarios previsibles., identificando los errores sanitarios más comunes por mala comunicación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos tanto en español como inglés mediante la consulta en bases de datos como PubMed, Scielo, MedLinePlus, Clinical Key, Cochrane y Cuiden; habiéndose utilizado como descriptores: “comunicación”, “communication”, “error”, (unidad cuidados intensivos”, “intensive care unit”, “seguridad paciente”, “patient safety”, “trabajo en equipo”, “teamwork” así como literatura relacionada con el tema.

4 Resultados

- Habilidades y errores de comunicación en la unidad de cuidados intensiva: Los pacientes admitidos en la UCI han demostrado ser particularmente susceptibles a experimentar un error médico. En el estudio multinacional “Evaluación Centinela de Eventos” . Se han documentado numerosos incidentes en el área de pacientes críticos (incidente lo entendemos como un evento que dañó o podría haber perjudicado a un paciente) que ocurren durante un período estándar de 24 horas en UCI en 29 países. El tamaños de la muestra del estudio fue de casi 2000 pacientes adultos, donde se encontró que los incidentes críticos afectaban aproximadamente al 20% de los pacientes. Los errores más frecuentes se asociaron con medicamentos, vías, catéteres y drenajes; el momento del día donde los pacientes fueron más susceptibles de sufrir un error fue media mañana. Teniendo en cuenta la probabilidad relativamente alta de experimentar un incidente crítico mientras se reciben cuidados intensivos, se ha intentado determinar las causas comunes

que envuelven al error en éste área de críticos mediante la investigación. En particular, la relación entre seguridad y error de comunicación en la UCI. En una de las investigaciones de error de factor humano más extensas en la UCI, Donchin y sus colaboradores, descubrieron que las comunicaciones entre enfermeras y médicos ocurrieron en solo el 2% de todas las actividades realizadas en su unidad, éstas se asociaron con más de un tercio de los errores detectados. Además de la seguridad, también se ha demostrado que las habilidades de comunicación en la UCI son importantes para la calidad de la atención recibida por los pacientes. Por ejemplo, los altos niveles de colaboración entre enfermeras y médicos han demostrado mejorar las tasas de mortalidad del paciente y reducir la duración media de ingreso del paciente.

Los sistemas de informe de errores ahora se centran con frecuencia en una comunicación deficiente como antecedente del error en la UCI. Un análisis publicado y realizado sobre los estudios de incidentes críticos en la UCI descubrió que algo menos de la mitad de todos los incidentes críticos estaban relacionados con habilidades no técnicas (por ejemplo, trabajo en equipo y toma de decisiones) con una comunicación deficiente que frecuentemente ayudaba a que emergieran incidentes críticos. La revisión terminó con que el papel contributivo de la comunicación es a menudo superficial, con poco análisis realizado sobre los miembros del equipo más susceptibles de error, o el problema de comunicación específico que resulta en incidentes críticos. En un informe de Pronovost y colaboradores, sobre los sistemas de informes de seguridad del paciente basados en la web; ha proporcionado una gran fuente de datos para comprender el papel de la mala comunicación en incidentes críticos. Este sistema de informes fue voluntario y anónimo, y recopiló datos sobre 2075 incidentes de 23 UCI durante un período de 24 meses. Desveló que los errores más comunes estaban relacionados con medicamentos (42% de incidentes), entrega de atención incorrecta o incompleta (20%), fallos en aparataje (15%) y vías, tubos y drenajes (13%). De ellos, los incidentes que involucraron vías, tubos y drenajes fueron los más propensos a causar daño al paciente (48% de los incidentes).

Se encontró una amplia gama de factores subyacentes a incidentes críticos, con factores de equipo que contribuyeron al 32% de los errores. En total, el 57% de esos errores estaban relacionados con problemas con la comunicación verbal o escrita durante los cuidados rutinarios, el 37% estaban relacionados con problemas con la comunicación verbal o escrita durante el cambio de turno, el 21% estaban relacionados con la estructura del equipo y el liderazgo, y el 6% estaban relacionados a problemas en la comunicación verbal o escrita durante los momentos

de máxima urgencia. Como ejemplos de incidentes se incluyeron a los médicos sin poner en conocimiento a enfermería sobre los cambios creados en las nuevas órdenes médicas sobre el paciente, información errónea transferida sobre el paciente entre equipos médicos, y una mala difusión de información sobre pacientes gravemente enfermos que fueron transferidos a la UCI. Debido a la prevalencia de fallos dentro equipo en incidentes críticos, Provonost y colaboradores han incidido en la importancia de implementar programas de capacitación en equipo y actividades basadas en equipo (por ejemplo, rondas multidisciplinarias) que fomentan la comunicación interdisciplinaria durante la toma de decisiones del paciente.

Además, garantizar que los miembros del equipo con menos experiencia se sientan capaces de comunicar abiertamente temas de la atención al paciente con aquellos miembros del equipo más experimentados o con mayor responsabilidad, esto también se identifica como crucial para la seguridad.☒

- Efectos de la comunicación efectiva:

La investigación también ha examinado el efecto de mejorar la comunicación interdisciplinaria en la seguridad del paciente. En los EE.UU., Las iniciativas de mejora de la calidad han implicado la implementación de rondas multidisciplinarias dirigidas por médicos donde los médicos alientan a todos los miembros del equipo a comunicarse y contribuir al proceso de toma de decisiones del paciente. La introducción de esta intervención se asoció con una disminución de los eventos adversos en el transcurso de un año. Jain y sus colegas informaron que una mejor comunicación durante las rondas era fundamental para las mejoras, como la coordinación de la atención al paciente. La investigación sobre la actitud del personal en UCI también ha proporcionado algunos datos interesantes, al encontrar percepciones positivas del trabajo en equipo y la comunicación entre los diferentes miembros del equipo están asociadas con tasas de error más bajas en los Países Bajos.

Específicamente, la percepción positiva del personal sanitario sobre factores como la recepción de información oportuna y precisa en el momento adecuado se asoció con una menor percepción de errores, aunque no se establecieron relaciones predictivas. Por último, Puntillo y McAdam han defendido la importancia de una comunicación clara y constructiva para mejorar la atención en el momento del final de la vida en la UCI. Concretamente, las enfermeras han informado que hay poca comunicación entre las enfermeras y los médicos durante la toma de decisiones sobre la asistencia y atención al final de la vida. En partic-

ular, las diferencias en la capacitación y la perspectiva se citan como resultado de problemas de comunicación, con una falta de comunicación sobre temas de atención en el final de la vida que resulta en una peor información a las familias de los pacientes.

- Los estudios de errores en la UCI han demostrado con frecuencia que la comunicación deficiente es un factor causal en incidentes críticos. Además, se ha proporcionado información sobre las habilidades de comunicación importantes para mantener la seguridad del paciente. Al examinar el vínculo entre la comunicación y el error clínico es importante para comprender cómo los comportamientos de comunicación del equipo pueden afectar el rendimiento del equipo durante situaciones de rutina y de emergencia.

Sin embargo, la investigación que utiliza simuladores de cuidados críticos ha proporcionado algunas ideas sobre las habilidades de comunicación y el rendimiento del equipo de la UCI.

- Estudios basados en escenarios de simulacros clínicos sobre habilidades de comunicación y rendimiento:

Los simuladores de alta fidelidad se pueden usar para investigar las habilidades de comunicación que tienen más probabilidades de resultar en un desempeño efectivo del equipo, y se han realizado investigaciones sobre los comportamientos de comunicación de los equipos de cuidados intensivos durante emergencias simuladas. Por ejemplo, el estudio de Lighthall y sus colegas sobre escenarios de eventos críticos en la UCI demostró la utilidad de la simulación para comprender la comunicación y los errores durante el trabajo del equipo y descubrió que los miembros del equipo no comunicaban sus prioridades de atención entre sí; que los médicos sobrecargaban a las enfermeras con peticiones, lo que llevó a que tareas clave no se realizaran con prioridad; que el liderazgo ineficaz resultó en el uso no eficiente de tiempo y personal; y que en algunos casos hubo una falta de comunicación sobre el inicio de nuevos tratamientos. Los estudios de simulador de alta fidelidad también se han utilizado para examinar las habilidades de comunicación de los residentes de la UCI durante la reanimación de pacientes críticos.

Mediante el análisis de vídeos de residentes de UCI canadienses que reaniman a pacientes simulados, se evaluó a los residentes sobre sus habilidades de comunicación junto con sus habilidades de liderazgo, resolución de problemas, conciencia situacional y utilización de recursos. Los expertos en reanimación y cuidados críticos utilizaron un sistema de calificación de comportamiento para evaluar el

comportamiento de los residentes. Las habilidades de comunicación de los residentes obtuvieron una calificación más alta si se comunicaban claramente en todo momento, animaban a expresar las opiniones y escuchaban los comentarios del personal, y usaban constantemente las comunicaciones verbales y no verbales dirigidas. Los residentes fueron calificados mal si no se comunicaron con el personal, no reconocieron las comunicaciones del personal y nunca utilizaron comunicaciones directas verbales y no verbales. En general, se encontró que los participantes se desempeñaron bien, y los residentes que recibieron capacitación de posgrado de 3 años consiguieron una puntuación más alta que aquellos con capacitación de 1 año.

Sin embargo, las pruebas de confiabilidad encontraron una consistencia relativamente pobre en la calificación del rendimiento de la comunicación, lo que indica que se solicitó alguna revisión del sistema utilizado para calificar el rendimiento. Además, no se informó ninguna relación entre las habilidades de comunicación y las medidas objetivas del rendimiento del equipo.

Ottestad y sus colegas también han desarrollado un sistema de puntuación para evaluar las habilidades de comunicación y trabajo en equipo de los miembros de unidades de cuidados críticos. En particular, los equipos fueron evaluados durante el tratamiento del shock séptico en un simulador de pacientes de alta fidelidad, y se examinó la relación entre el trabajo en equipo y el rendimiento técnico. Para este estudio, los participantes incluyeron residentes de la UCI y un equipo de apoyo de personal de enfermería, terapeutas respiratorios y anestesiólogos. Basado en el principio de gestión de recursos del equipo de la aviación, se evaluaron siete dimensiones de los comportamientos (por ejemplo, trabajo en equipo, planificación, liderazgo) con una buena comunicación que sustentan altos niveles de rendimiento en la mayoría de las dimensiones. Por ejemplo, los equipos recibieron una calificación alta si hicieron solicitudes claras y directas, delegaron tareas de manera efectiva, comunicaron la urgencia de los problemas de los pacientes, priorizaron aspectos de la atención de manera efectiva, se aseguraron de que todos los miembros del equipo estuvieran cómodos con sus tareas asignadas y compartieron información sobre el plan de cuidados de atención al paciente.

Los equipos fueron mal calificados si no solicitaron información adecuada, delegaron tareas o comunicaron prioridades y problemas de los pacientes. Se evaluaron los equipos en lugar de los individuos y se encontraron correlaciones entre las calificaciones del desempeño técnico (por ejemplo, diagnóstico, uso de antibióticos, colocación y catéter intravenoso adicional) y puntuaciones en los

aspectos de trabajo en equipo y comunicación.

- Mejora de la comunicación en cuidados intensivos:

El desarrollo de herramientas para capacitar y evaluar la comunicación y el trabajo en equipo en la UCI presenta un gran desafío. Dentro del ámbito de la cirugía, también se han hecho intentos para comprender y modelar los factores que vaticinan el trabajo en equipo efectivo, y para desarrollar herramientas de evaluación y capacitación en equipo. Si bien actualmente existen intervenciones y herramientas para mejorar la comunicación dentro de la UCI, queda mucho trabajo por hacer. En particular, las tareas de trabajo realizadas por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería en la UCI son muy variadas, se trata de equipos que admiten pacientes, detectan enfermedades, desarrollan planes de tratamiento, realizan procedimientos complejos, toman decisiones al final de la vida y se comunican con las familias y otras unidades hospitalarias. Además, se ha descubierto que las estrategias de comunicación utilizadas para administrar las actividades necesarias en el día a día varían significativamente según la tarea.

Por lo tanto, para desarrollar intervenciones personalizadas de capacitación en equipo, se requiere más investigación para identificar mejor las habilidades de comunicación y el comportamiento crucial para mantener la seguridad. Existe una variedad de técnicas para hacer esto, incluyendo entrevistas de personal, cognitivas y de actitud, observaciones de análisis de tareas jerárquicas durante el desempeño real y simulacros, estudios de cognición y análisis de causa fundamental de errores.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiente comunicación y el trabajo en equipo, son con frecuencia los factores que contribuyen a la aparición de errores médicos en la UCI. Además, las intervenciones para mejorar la comunicación en la UCI han dado como resultado informes con menor número de eventos adversos, y los simulacros sobre situaciones que podría ser reales en el entorno de la UCI, han demostrado que la comunicación efectiva entre los miembros del equipo se correlaciona con un rendimiento técnico mejorado.

Sin embargo, en comparación con ámbitos como la cirugía, las habilidades de comunicación y trabajo en equipo importantes para la seguridad están menos definidas. A medida que los equipos de cuidados críticos realizan una multitud de actividades que requieren una comunicación efectiva, existe el requisito extra

de identificar y comprender mejor las habilidades de comunicación asociadas con la seguridad en la UCI durante tareas específicas.

6 Bibliografía

- 1. Vincent C. Patient safety. London: Elsevier; 2006.
- 2. Lucas D. The causes of human error. In: Redmill R, editor. Human factors in safety critical systema. Oxford: Butterworth Heinemann; 1997. pp. 37-65.
- 3. Bowers C., Jentsch F., Salas E. Et al. Analyzing communication sequences for team training needs assessment. Hum Factor 1998; 40:672-679.
- 4. Donchin Y., Gopher D., Olin M., et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. Crit Care Med 1995; 23:294-300.
- 5. Baggs J.G., Schmitt M.H., Mushlin Al, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. Crit Care Med 1999; 27:1991-1998.
- 5. Weick K. The vulnerable system: an analysis of the Tenerife air disaster. J Manage 1990; 16:571-593.
- 6. Leonard M., Graham S., Bonacum D., The human factor: the clinical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. Qual San Healthcare 2004; 13:85-90.
- 7. Provonost P., Thompson D., Holzmueller C., et al. Toward learning from patient safety reporting systems. J. Crit Care 2006; 21:305-315.
- 8. Jain M., Miller L., Belt D., et al. Decline in ICU adverse events, nosocomial infection and cost through a quality improvement initiative focusing on teamwork and culture change. Qual San Healthcare 2006; 15:235-239
- 9. Puntillo K., McAdam A. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. Crit Care Med 2006; 34:S332-S340.
- 10. Lighthall G.K., Barr J., Howard S.K., et al. Use of a fully simulated intensive care unit environment for critical event management training for internal medicine residents. Crit Care Med 2003; 31:2437-2443.
- 11. Ottestad E., Boulet J., Lighthall G. Evaluating the management of septic shock using patient simulating. Crit Care Med 2007; 35:769-775
- 12. Provonost P.J., Berenholtz S.M., Dorman T. Et al. The influence of nontechnical performance on technical outcome in laparoscopic cholecystectomy. Sure. Endosc.
- 13. Lighthall G.K., Barr J., Howard S.K., et al. Use of a fully simulated intensive care unit environment for critical event management training for internal

medicine residents. Crit Care Med 2003; 31:2437-2443.

Capítulo 273

EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE MAMA

GORETTI PIEDRAFITA MENÉNDEZ

1 Introducción

El cáncer es una enfermedad que consiste en un crecimiento tisular producido por una proliferación continua con células anormales. Estas células tienen la capacidad de invadir y de destruir otros tejidos. En el caso del cáncer de mama, se produce una alteración en los mecanismos de división celular del tejido mamario con capacidad de: invadir tejidos, órganos, trasladarse y producir metástasis.

Según datos del año 2019, en España se diagnostican unos 33.307 nuevos casos de cáncer de mama al año. Siendo los dos principales tipos de cáncer de mama:

- Carcinoma in situ: proliferación de células malignas que se producen en el conducto mamario sin llegar a producir invasión o infiltración en los tejidos que lo rodean. El carcinoma in situ puede ser ductal (dentro del conducto) o lobulillar (dentro de un lobulillo).

- Carcinoma invasivo: proliferación de células malignas que invaden el tejido mamario. Puede ser ductal (el tipo más frecuente) o lobulillar (se produce en los lobulillos donde se produce la leche materna)

Los cuidados de enfermería relacionados con el cáncer de mama son imprescindibles. La enfermera tiene un papel fundamental en la prevención del cáncer de mama. Además, es importante permitir a la paciente expresar sus sentimientos y miedos, aportar información, integrar a la paciente y a su familia en los cuidados, respetar, no culpabilizar, entender y permitir autonomía.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de la prevención del cáncer de mama.
- Conocer el papel de la lactancia materna en el cáncer de mama.
- Averiguar cuáles son las principales intervenciones de enfermería en la atención a la mujer con cáncer de mama.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica relacionada con el papel de enfermería en el abordaje del cáncer de mama durante el mes de noviembre de 2019. Para ello, se han consultado fuentes de información primarias, secundarias y páginas web como la Asociación Española Contra el Cáncer. Se emplearon diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo y Medline. Se realizó una búsqueda en la biblioteca electrónica creada por la iniciativa de la fundación para el apoyo a la investigación del Estado de São Paulo (Brasil). Además, se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión para todas las bases de datos consultados.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 10 años, a excepción de aquellos que fuesen relevantes para la realización del trabajo.
- Artículos escritos en inglés o castellano.
- Documentos que fuesen relevantes para la profesión enfermera en relación con el abordaje del cáncer de mama.
- Artículos que tratasen sobre la mujer adulta.

Criterios de exclusión:

- Documentos de carácter divulgativo.
- Artículos orientados a profesiones diferentes a la enfermería.

Finalmente, se seleccionaron aquellos documentos que cumplieron los criterios anteriormente descritos, se emplearon un total de 11 referencias bibliográficas para la realización de este trabajo.

4 Resultados

Uno de los principales objetivos en la actualidad es la prevención del cáncer de mama. Es muy importante su prevención porque es el primero en incidencia en

la mujer, su incidencia está en aumento, 1 de cada 8 mujeres tendrá cáncer de mama a lo largo de su vida y en España constituye el 30% de los tumores en la mujer.

Se puede prevenir de diferentes maneras, dividiéndose la prevención en los siguientes grupos:

-La prevención primaria consiste en evitar la enfermedad para que no llegue a aparecer. Los principales métodos son: evitar los factores de riesgo, tener una buena alimentación, realizar ejercicio físico, realizar una mastectomía preventiva, la quimioprevención o la lactancia materna.

-La prevención secundaria trata de diagnosticar precozmente la enfermedad una vez está instaurada. Para ello es importante el cribado poblacional que consiste en mamografías y la autoexploración mamaria. En España el primer programa de prevención secundaria se llevó a cabo en Navarra, desde entonces fue implantándose en casi todas las comunidades autónomas. Los efectos son: desaparición de las diferencias que existían entre las mamografías y el nivel socioeconómico de las mujeres y disminución de las tasas de mortalidad. Además, a pesar del aumento de incidencia del cáncer de mama que hubo entre 1987 y 2002 se pudieron cumplir los objetivos propuestos (aumento de la calidad y de la esperanza de vida). También se consiguió mejorar el pronóstico de estas mujeres. Se decidió que la periodicidad para realizar las mamografías sería cada 2 años. Aunque aún sigue habiendo debates (relacionados con los grupos de edad que deben de realizar mamografías), en los últimos años ha aumentado la franja de edad del tramo superior ya que se ha demostrado que la eficiencia de esta prueba aumenta en las mujeres a partir de los 50 años. Motivo por el cual es aconsejable que las mamografías las hagan las mujeres hasta los 69 años.

-La prevención terciaria se centra en evitar las recidivas y la rehabilitación.

Existe una gran relación entre el cáncer de mama y la lactancia materna. Existen evidencias científicas de que la lactancia materna puede prevenir la aparición de esta enfermedad. En el Hospital San Cecilio de Granada se llevó a cabo un estudio retrospectivo. En este estudio participaron 504 mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama, que tenían entre 19 y 91 años durante los años 2003 y 2008. El objetivo principal de este estudio era establecer de una manera estadística la edad de debut de esta enfermedad dependiendo de que las mujeres tuvieran hijos o no. Tras estudiar a estas mujeres se llegó a la conclusión de que periodos prolongados de lactancia materna pueden disminuir el riesgo de padecer cáncer de mama (hasta un 50%). Sin embargo, existe el problema de la tendencia moderna a no amamantar. En cuanto al futuro del diagnóstico precoz del cáncer de

mama: se propone que disminuyan las biopsias gracias a mamótomos con biopsia estereotáxica. También es muy probable que aumenten las técnicas de imagen para aumentar la calidad de los mamógrafos gracias a mamógrafos digitales. Finalmente, lo más innovador son los biochips de ADN que podrían identificar tipos de cáncer de mama (sobre todo los más invasivos).

Las intervenciones psicosociales son un elemento imprescindible en el tratamiento integral del cáncer de mama. Es importante que la información se dé de forma oral y escrita. Existe una muy buena evidencia del counselling porque ayuda a las mujeres en el aspecto psicológico en los meses posteriores al diagnóstico. El counselling consiste en tratar desde una perspectiva psicológica problemas y conflictos. En este caso, los que atraviesan las mujeres con cáncer de mama. El resultado del counselling radica en un cambio de la dinámica emocional de las pacientes. Según la evidencia científica consultada, las mujeres con cáncer de mama presentan malestar la semana previa a la visita. Sin embargo, tras la visita disminuye el malestar significativamente. El aspecto más difícil de tratar es la preocupación.

Como conclusión, el counselling es una intervención psicosocial que abordando la esfera global y subjetiva de la mujer, se consigue un impacto emocional favorable inmediato. Les permite explorar, adaptarse, cambiar y movilizar sus recursos de afrontamiento viendo las cosas desde otra perspectiva.

En cuanto a las intervenciones postmastectomía pueden dividirse en:

-Síndrome del dolor postmastectomía. Es un síndrome doloroso postquirúrgico que puede ocurrir después de un procedimiento quirúrgico de cáncer de mama. Es un dolor neuropático que está provocado por las lesiones nerviosas. Intervenciones: acupuntura, actividad física, masajes, apoyo psicosocial e intervención multidisciplinar.

-Linfedema: en este caso, los cuidados de enfermería se centran en evitar el linfedema, un hinchazón del brazo provocado por un insuficiente drenaje linfático. Los cuidados de enfermería se centrarían en informar a la mujer para prevenir esta secuela: elevar el miembro y compresión con media elástica; no dejar el brazo colgando; no dormir sobre el lado operado; usar sujetador de tirante ancho; no utilizar objetos que compriman; no realizar esfuerzos con el brazo; cuidar la piel (no utilizar colonias o desodorantes con alcohol); evitar pinchazos y otras lesiones en el brazo; pérdida de peso; consultar con un especialista en linfedemas.

Las principales intervenciones en sexualidad consisten en la utilización de lubricantes y anticonceptivos sin carga hormonal, el uso de hidratantes para la

sequedad vaginal y el apoyo psicoeducativo. Por ejemplo: terapias grupales o individuales.

Las intervenciones en situaciones terminales serán necesarias en el caso de que una mujer con cáncer de mama esté en una situación terminal, es importante evitar el encarnizamiento terapéutico. Además, es esencial que la enfermera le brinde apoyo psicológico tanto a los pacientes como a los familiares. Podría ser necesaria la intervención de una enfermera especialista en salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que se extraen de la búsqueda bibliográfica realizada, son las siguientes:

- La incidencia del cáncer de mama está en aumento, por esta razón cada vez se hace más importante su prevención.
- La eficiencia de la mamografía aumenta en las mujeres mayores de 50 años y en España se realiza cada 2 años.
- La lactancia materna puede prevenir en hasta un 50% de los casos la aparición del cáncer de mama.
- El counselling es una de las principales actividades que deben utilizarse como intervención psicosocial en las mujeres con cáncer de mama.
- La enfermera debe brindar apoyo psicológico no solo a las mujeres que padecen la enfermedad, sino también a los familiares.

6 Bibliografía

- AECC. Cáncer de mama [monografía en Internet]. 2017.
- Cameselle Teijeiro J.F, Cortizo Torres M.E, López Touza A, Gómez Cuñarro M, Pousa Estévez L, Senra Varela A. Prevención del cáncer de mama en atención primaria. Atención primaria.
- Costa M, Saldanha P. Risk Reduction Strategies in Breast Cancer Prevention. Eur J Breast Health [Internet] 2017.
- Shapira N. The potential contribution of dietary factors to breast cancer prevention. Eur J Cancer Prevention [Internet] 2017 [acceso 7 de noviembre de 2017]; 26(5): 385-395.
- Puigpinós-Riera R, Serral G. A favor del lazo rosa y la prevención del cáncer de mama: diferentes puntos de vista. Gac Sanit [Internet] 2017 [acceso 7 de noviembre de 2019]; 31 (3): 253-254.

- Alés Martínez J.E. Quimioprevención del cáncer de mama. *Oncología (Barc)* [Internet] 2006.
- Aguilar Cordero M^aJ, González Jiménez E, Álvarez Ferre J, Padilla López C.A, Mur Villar N, García López PA, Valenza Peña M^a.C. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutr Hosp* [Internet] 2010.
- Asua Batarrita José. Mamografía y detección precoz del cáncer de mama. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet] 2005; 7(5): 517-520.
- Andreu Martínez F. J., Martínez Mateu J. M. Papel de la radioterapia en el tratamiento del carcinoma in situ de mama. *Oncología (Barc)* [Internet] 2006; 29(8): 34-40.
- Alés Martínez J.E. Quimioprevención del cáncer de mama. *Oncología (Barc)* [Internet] 2006; 29(1): 24-29.
- Blanco Sánchez Rafaela. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm* [Internet] 2010; 19(1): 24-28.

Capítulo 274

CONOCIMIENTO Y UTILIZACIÓN DEL PLACEBO, EFECTO PLACEBO Y NOCEBO POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

ALBA RUIZ MARTÍN

CRISTINA MARTÍNEZ PIEDRA

1 Introducción

“Todos tenemos que morir. Pero mi mayor y constante privilegio es poder ahorrar días de tortura. El dolor es el más terrible azote de la Humanidad; peor incluso que la misma muerte.” Albert Schweitzer (1).

El dolor es una de las afectaciones y problemáticas que más comúnmente nos encontramos entre los pacientes tanto a nivel de atención primaria como en atención especializada, en hospitales y centros médicos, tratándose de un problema de salud pública a nivel mundial. La Internacional Association for the Study of Pain (IAPS) en 1979 definió el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma y, si persiste sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma.” (2) posteriormente la IAPS ha definido el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.” (3)

Tratándose por lo tanto de una experiencia desagradable, y muy subjetiva difícil de objetivar ni generalizar a la hora de tratar con los pacientes. No todas las

personas tienen el mismo umbral del dolor ni lo perciben de igual modo, interviniendo en esta percepción elementos bioquímicos, anatómicos, psicológicos y culturales de la persona experimenta la sensación desagradable.

Los profesionales sanitarios debemos ser conscientes y consecuentes que ante una misma actuación o patología, distintas personas van a reaccionar de diferente modo y a sentir distintos grados de dolor.(1) El dolor va a afectar considerablemente a la calidad de vida de la persona que lo padece ya bien sea de manera transitoria o temporal, o si se trata de un modo crónico puede repercutir sobre el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

Además, tenemos que tener en cuenta que se pueden presentar varios tipos de dolor, los cuales pueden clasificarse en función del tiempo de duración, el lugar de aparición, su origen etiológico o según el criterio neurofisiológico. Sin embargo, el conocimiento del mismo, cómo detectarlo, valorarlo y afrontarlo continúa siendo escaso con respecto al ritmo de evolución en conocimientos que se esperaba, puede ser las causas diversas desconocimiento del estado actual del tema, formación de los profesionales, políticas nacionales estatales y de ámbito sanitario, económicos, motivacionales, tiempo, etc. En 1999, la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO) publicó los Pain Assessment and Management Standards. La JCAHCO exigió:

- Que la valoración del dolor fuese considerada la quinta constante vital
- Que fuese determinada durante todo el ingreso del paciente, algo esencial en el trabajo de evaluación de enfermería y que en la práctica clínica supone una nueva función reglada de la enfermera
- Requerir su cumplimiento en el año 2001(4,5)

A día de hoy, mayo de 2018, continúa sin considerarse la quinta constante en muchos de los hospitales y por ello no se valora de manera adecuada en los pacientes con dolor agudo o dolor crónico. Es decir, aún no se han establecido las premisas requeridas por JCAHCO hace 17 años. En cuanto al tratamiento del dolor, el objetivo es la modulación de la transmisión nociceptiva. Para ella disponemos de distintos métodos de actuación los cuales se pueden realizar de manera externa o interna. Entre ellos los más comunes son los tratamientos analgésicos dados de modo externo, las endorfinas, péptidos opioides endógenos, producidos de manera natural por nuestro cuerpo en determinadas ocasiones, y los placebos, que es en lo que nos vamos a centrar en este estudio.(5)

La definición dada por la Real Academia Española de la Lengua Española (RAE) para el término placebo es la siguiente: l.m. "Sustancia que, careciendo por sí

misma de acción terapéutica produce algún efecto favorable en el enfermo, si este la recibe convencido de que esa sustancia posee realmentetal acción.”El efecto placebo se considera como una actuación simbólica que trata disimular una intervención médica o tratamiento terapéutico, sin que se pueda asociar a propiedades fisiológicas o farmacológicas. En la mayoría de las ocasiones cuando se utiliza una sustancia para conseguir el efecto placebo, se hace en términos positivos que produzcan una mejoría de los síntomas negativos de la persona que consume el placebo. Los factores que influyen en que se consiga el efecto deseado son la esperanza de mejora clínica por parte de la persona que recibe el placebo, y los cambios fisiológicos experimentados debidos al cambio de actitud que hacen potenciar aún más el efecto y la creencia en el mismo(7).

Existen varios tipos de placebos, los dos grandes grupos son el placebo puro inactivo y el placebo impuro y activo, que serán explicados con posterioridad en este estudio. Y al igual que toda intervención también puede desarrollar efectos secundarios indeseados en el paciente o persona que éste recibiendo el placebo como son las náuseas, vómitos, cefaleas, cansancio, malestar generalizado, somnolencia etc. Este efecto se conoce con el nombre de efecto nocivo. Con el paso de las décadas el placebo y el efecto placebo son los dos términos que con mayor fuerza y potencia están siendo introducidos en el ámbito médico, farmacológico y psicológico. Pero el placebo y su efecto son y han sido muy cuestionados y han surgido numerosos debates en torno a la utilización o no, el efecto beneficioso o cuestiones éticas en torno a los mismos.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Determinar el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el placebo, el efecto placebo, y el nocebo.
- Cuantificar la utilización de los placebos en los pacientes por parte de los profesionales de enfermería.

Objetivos secundarios:

- Conocer la opinión de los enfermeros sobre el efecto placebo
- Identificar a qué perfil de paciente más comúnmente se administran placebos.
- Saber qué tipo de placebo es el de primera elección por los enfermeros.
- Determinar el acuerdo o desacuerdo de los profesionales de enfermería sobre la administración del placebo.

3 Metodología

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo transversal en el que se intenta conocer los conocimientos y la utilización, por parte de los profesionales de enfermería del Principado de Asturias, sobre el placebo, el efecto placebo y el nocebo a través de la realización de una serie de cuestionarios que nos permitan obtener la información necesaria. A su vez de forma secundaria se analizará si existe una asociación entre el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de enfermería sobre el placebo, su efecto y el nocebo, y la frecuencia de la utilización del mismo.

Muestra a estudio.

1-Población diana. Profesionales de enfermería que trabajen en el Principado de Asturias.

2-Accesibilidad/ viabilidad. Profesionales de enfermería que trabajen en los hospitales públicos del Principado de Asturias en la actualidad.

3-Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Profesional de enfermería con titulación universitaria (DUE o Graduado).
- Trabajador actual en el SESPA. (Tanto fijo como eventual).
- Que haya aceptado y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal que rechace participar en el estudio
- Estudiantes de enfermería.
- ATS.
- Que no cubran las preguntas señaladas con un asterisco (*) en el cuestionario
- Que no hayan cumplimentado el 80% de los cuestionarios del estudio.

4-Tamaño Muestral:

Para realizar el proyecto se hará un cálculo estadístico del tamaño muestral, para así saber el número de participantes que se necesitarán para realizar finalmente el estudio, el proceso de conocimiento del tamaño muestral se llevará a cabo con la siguiente fórmula: $n: (Z^2 \times P \times Q) / D^2$

Z2: el valor de Z asociado al riesgo deseado es de 1,96 // P: 0,5 q: 1-p= 0,5 d: asumimos un porcentaje de alejarnos de la realidad del 5% para intentar que la muestra sea lo más representativa posible de la población.

Con estos datos, la realización del cálculo del tamaño muestral según la fórmula

ha dado un resultado de 384,16, que redondeando se estimará que son necesarios 385. Sin embargo, teniendo en cuenta que la realización del estudio es de manera voluntaria y participativa, debemos ser realistas, y tener en cuenta que puede haber una pérdida de los participantes a la hora de la realización del estudio, por diversas causas, así mismo como personas que rellenen los formularios, pero no cumplan con los criterios de inclusión y exclusión estimados. Por ello asumimos que a lo largo de la realización del estudio se puede producir un 10% de pérdidas de participantes. Para evitar este descenso de representatividad de la muestra, el tamaño muestral que se buscará será de 422.576 que redondeado será de 423 profesionales de enfermería.

Variable independiente.

1. Conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el placebo, el efecto placebo y el efecto nocebo.

Variable cualitativa nominal. Se intentará dejar reflejados los conocimientos que tienen los profesionales de enfermería del Principado de Asturias sobre su efecto y el efecto placebo. Se trata de conocer si los profesionales sanitarios son conscientes y tienen nociones científicas sobre que es el placebo, y sustancias actúan como tal en determinadas situaciones, también si tienen conocimientos sobre el efecto que producen en los pacientes la administración de este placebo dependiendo del tipo de placebo que se utilice (puro o impuro) de las características del mismo, de la vía de administración, de la situación actual del paciente, y de la relación profesional sanitario-paciente. Y por supuesto determinar cuánto saben los profesionales sanitarios sobre los efectos secundarios que pueden producir los placebos en los pacientes si no se utilizan de manera adecuada. Esta variable será obtenida a través del cuestionario de recogida de datos que será entregado a la supervisoras de planta de los hospitales del Principado de Asturias para que las reparta al resto de personal de la plantilla y sean devueltos a las mismas. Se concertará una cita con las supervisoras para administrar los cuestionarios y explicar en qué consiste el proceso, y otra para ser recogidos.

2. Utilización por parte de los profesionales de enfermería del placebo.

Se trata de una variable cuantitativa de razón en la cual los profesionales indicarán con un número exacto cada cuanto tiempo utilizan un placebo en el tratamiento del placebo. Esta variable posteriormente será transformada en una variable cualitativa ordinal con cuatro posibles opciones: "nunca, rara vez, ocasionalmente, con frecuencia" con el objetivo de facilitar el análisis de los datos una vez plasmado el estudio. Se trata de conocer cada cuánto es utilizado el placebo por parte de los profesionales sanitarios como alternativa terapéutica

en el tratamiento clínico de los pacientes, y observar si existe alguna relación entre la frecuencia en la administración y los conocimientos que se tienen sobre el mismo.

VARIABLES UNIVERSALES.

1. Sexo

Variable cualitativa nominal dicotómica con dos opciones posibles: mujer y hombre

2. Edad

Variable cuantitativa continua de razón. Una vez obtenidos los datos, los pacientes serán agrupados y la variable se transformará en una variable cualitativa ordinal, con las siguientes agrupaciones:

- De 21 a 25 años
- De 26 a 30 años
- De 31 a 40 años
- De 41 a 50 años
- De 51 a 60 años
- De 61 a 65 años

3. Años de experiencia laboral

Variable cuantitativa continua de razón que será transformada en una variable cualitativa ordinal para agrupar a los pacientes en los siguientes grupos:

- Menos de 5 años
- De 5 a 15 años
- De 15 a 25 años
- De 25 a 35 años
- Más de 35 años trabajados

4. Situación laboral

- Enfermera interna residente
- Eventual
- Vacante
- Plaza fija

5. Haber padecido una enfermedad grave personal o de un familiar próxima.

Variable cualitativa ordinal dicotómica con dos posibles respuestas: si, no.

Instrumentos de recogida. Para la recogida de datos, se usarán los siguientes instrumentos:

- Formulario de datos sociodemográficos
- Cuestionario sobre el conocimiento por parte de los profesionales de enfermería del placebo, efecto placebo y nocebo
- Cuestionario sobre la frecuencia de utilización de los placebos
- Petición al comité de ética
- Consentimiento informado para los participantes

Procedimiento de recogida de datos.

Previamente al inicio del estudio, se realizará un pilotaje una vez se disponga de los cuestionarios para comprobar si estos se entienden de manera adecuada por los profesionales de enfermería. Este pilotaje se realizará con una muestra de cinco enfermeras del hospital san Agustín, a las cuales se les entregará personalmente los cuestionarios y se les explicará en qué consiste, deberán firmar el consentimiento informado, y posteriormente se recogerán los datos de los cuestionarios los cuales serán incluidos en la muestra del estudio. Además, al finalizar se les entregará una hoja de sugerencias en la que podrán expresar su opinión sobre el estudio, si las preguntas han sido claras, o si hay alguna que debería reformularse, o cualquier crítica constructiva que puedan añadir respecto a los cuestionarios que se repartirán posteriormente en el estudio. Este pilotaje se realizará durante el mes de mayo, una vez que el proyecto haya sido finalizado y aceptado por el tribunal de la universidad. Una vez que el pilotaje es superado con éxito se procederá al inicio del estudio real.

El primer paso consistirá en reconocer cuales son los Hospitales públicos del Principado de Asturias, ya que el estudio va a ser entregado a los profesionales de enfermería de dichos hospitales.

Asturias cuenta con hospitales públicos repartidos por toda la comunidad, que son los siguientes:

- Hospital de Jarrio → área I
- Hospital de Carmen y Severo Ochoa → área II
- Hospital Universitario San Agustín (HSA) → área III
- Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) → área IV
- Hospital Universitario de Cabueñes → área V
- Hospital del Oriente de Asturias → área VI
- Hospital Álvarez Buylla → área VII
- Hospital Valle del Nalón → área VIII

Una vez determinados los hospitales de los que se van a escoger los trabajadores participantes en el estudio se dispondrá a establecer una reunión con las super-

visoras de planta para explicarles en qué consistirá el estudio, los objetivos del mismo, y el procedimiento que se llevará a cabo.

Los cuestionarios serán diseñados en función de los objetivos del estudio, que permitan conocer los datos de interés, siguiendo una escala Likert, con un máximo de tres opciones y una única respuesta correcta para que los profesionales puedan elegir la respuesta que consideren más adecuada. Se contará también con una sección para que expresen su opinión dudas o cualquier comentario que deseen realizar respecto al tema del estudio, o al estudio en sí. Diseñados e impresos los cuestionarios de recogida de información y formularios de recogida de datos, los miembros del estudio se citarán en una reunión en la sala de reuniones del hospital con las supervisoras de los hospitales, para aquellas que no puedan acudir a dicha reunión se tendrá una cita a parte en el momento en el que sea posible para explicar el proceso, o con una persona delegada para llevar a cabo la actividad. En dicha reunión se les mostrarán los objetivos del estudio, cómo se llevará a cabo, se les informará de la protección de datos que se ofrecerá a los participantes, y de los beneficios que podría ofrecer conocer los resultados del estudio para la enfermería y el desarrollo profesional y personal, con el objetivo de continuar investigando en el tema y poder dar charlas o cursos de formación a los profesionales de los hospitales en este ámbito.

Una vez explicado el procedimiento se les entregarán los siguientes documentos: Formulario sociodemográfico, cuestionario sobre los conocimientos por los profesionales de enfermería del placebo, efecto placebo y nocebo, cuestionario sobre frecuencia de utilización del placebo, consentimiento informado para los participantes. Las supervisoras o personas delegadas responsables serán las encargadas de distribuir los cuestionarios entre los profesionales de enfermería. Además, durante dos días los trabajadores del estudio irán a las plantas para hablar con los enfermeros y explicar brevemente los objetivos del estudio, para así favorecer la participación en el mismo. Intentando llegar de manera personal y más cercana al mayor número de profesionales posibles, invitándoles así a rellenar las encuestas. Una vez los profesionales de enfermería hayan rellenado los formularios y cuestionarios, se los entregarán a las supervisoras de planta para que los archiven.

El periodo para recoger los formularios será de dos meses. Cada viernes se irá a los despachos de las supervisoras para ir recogiendo los cuestionarios que hayan sido realizados, y así ir recogiendo y administrando los datos. Se concretará una hora, conjuntamente con los responsables, para ir a dicha recogida, y se explicará

que los enfermeros pueden preguntarnos cualquier cuestión comentario o sugerencias referentes al estudio, sirviendo esto de un modo de mejorar la comunicación con los participantes, favorecer la formación y poder captar nuevos participantes. Así mismo, se les administrará una dirección de correo electrónico donde pueden contactar con nosotros en cualquier momento para cualquier duda solicitar cualquier tipo de información adicional. Una vez finalizado el plazo serán recogidos todos los cuestionarios, en caso de no haber obtenido el número necesario para adquirir un tamaño muestral representativo, se ampliará un mes más la fecha de recogida de datos sobre la anterior prevista. Aquellas personas que rellenen los formularios, pero no entreguen el consentimiento informado, estos no serán aptos para participar en el estudio. Los cuestionarios rellenos por personas que no cumplan los criterios de inclusión y exclusión serán eliminados del estudio.

Análisis de datos.

- Una vez obtenidos los datos de todos los participantes, se procederá al análisis estadístico, comenzando por realizar una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 24.0.
- Se realizará un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas para caracterizar la muestra (para las variables cuantitativas: media, rango y desviación estándar; y para las variables cualitativas la distribución de frecuencias absolutas y los porcentajes). Se realizará también un análisis descriptivo de los cuestionarios utilizados.

4 Bibliografía

- 1-Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. Rev. Soc. Esp.2005; 12(1): 17-23.
- 2- Merskey H. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by IASP Subcommittee on Taxonomy. Pain 1979;6:249-252.
- 3- Álvarez Bartolomé M, Pastor SanMillán D. Codificación Clínica con la CIE-9- MC. Actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en columna. 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012; 37: 7-125.
- 4- Baker WD. The Joint Commission's Pain Standards: Origins and Evolution. JAMA. 2017 Mar21;317(11):1117-1118
- 5- Camacho Barreiro L, Pesado Cartelle J, Rumbo-Pietro JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica,

en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. Ene.

6- Real Academia Española. 23ª ed. Madrid: Real Academia Española, 2018.

7- Martín-Aragón S, Benedí J. Placebos. Farmacia Profesional. 2004; 18 (9): 74-7

8- Octavio Abarca A, Alexander Chacón S, Fabiola Espinosa S, Pablo Vera-Villaruel. Placebo and Clinical Psychology: Conceptual and Theoretical Aspects and Implications. Terapia psicológica. 2004; 23(1): 73-8

Capítulo 275

INCIDENCIA DE INFECCIONES EN VÍAS DE ACCESO PERIFÉRICO, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA

IRENE GARCIA CANCELO

RAÚL PÉREZ ISAAC

SHEILA GARCÍA CASTAÑÓN

1 Introducción

La canalización de vías venosas es una de las técnicas realizadas por el personal de enfermería que mayor incidencia presenta sobre los pacientes, especialmente en ámbitos hospitalarios. De las distintas unidades asistenciales, es en el servicio de urgencias donde se realizan un mayor número de canalizaciones periféricas. Ello es debido a la necesidad de obtener un acceso rápido y eficaz para la administración de medicamentos, aprovechándose en numerosas ocasiones la necesidad de realizar una extracción sanguínea para dejar canalizado un catéter y evitar así nuevas molestias y punciones al paciente (1).

En las unidades de cuidados intensivos pediátricos es la primera vía de elección. - La utilización de los accesos venosos en la historia. Los accesos venosos han sido empleados desde hace varias décadas, aunque el conocimiento del sistema venoso y sanguíneo en general es muy anterior. La utilización de estas vías de administración de fármacos ha dependido no tanto del conocimiento anatómico,

sino sobre todo de la disponibilidad de material adecuado tanto para la punción venosa como para la perfusión de líquidos y fármacos, siendo también importante, la viabilidad y compatibilidad con la sangre de las propias sustancias a perfundir.

De todas las fechas destacadas en el camino hacia la utilización de las vías venosas se podrían destacar:

1628 William Harvey descubre la circulación de la sangre.

1662 J. D. Mayor lleva a cabo con éxito la primera inyección en un hombre.

1665 se transfunde sangre de un animal a otro.

1667, el científico francés Juan Bautista Denys efectuó la primera transfusión al hombre, con sangre de carnero a un niño de 15 años, el paciente murió.

1923 se administra por primera vez una sustancia por vía parenteral.

1945 se canaliza la primera vía central (2).

- Catéter venoso periférico. El acceso venoso periférico es la técnica más utilizada, para la instalación de terapia intravenosa en el cuidado de pacientes dentro del ámbito hospitalario, es realizada íntegramente por el personal de enfermería. Su instalación puede disminuir el riesgo de muerte y es un procedimiento ineludible y rutinariamente empleado en neonatos de cuidado intensivo, dada la necesidad de aportar líquidos precozmente, nutrición parenteral o fármacos en general, como antibióticos o fármacos vasoactivos (3).

Con el catéter venoso periférico (CVP) se pretende instalar de una cánula endovenosa corta o tipo palomilla, para la administración de una terapia intravenosa, que no sea ni muy agresiva, ni muy larga en el tiempo y que permita aplicar tratamiento con la menor iatrogenia para el paciente, tanto a nivel nosocomial como hemodinámico. Al insertar una vía venosa periférica, necesitamos una palomilla o una cánula venosa periférica, siendo estas últimas las que más habitualmente se suelen utilizar (1).

El calibre del sistema de venoclisis a elegir debería ser siempre el mínimo indispensable, con la finalidad de minimizar el daño producido en la íntima de la vena, para reducir las posibles complicaciones derivadas. Los calibres suelen medirse en Gauges (G) cuyo valor es inversamente equivalente al grosor de la aguja y a su longitud. Los más utilizados en pediatría suelen ser del 18 al 26 G (4).

La canalización venosa periférica puede hacerse en todas las venas visibles o palpables a través de la piel, pero la elección de la vena más adecuada dependerá de criterios como su accesibilidad, el tratamiento farmacológico y fluidos a adminis-

trar, el tiempo estimado de permanencia, punciones anteriores y por supuesto la habilidad técnica del enfermero/a. Las principales zonas de elección son el antebrazo y las manos. Las principales venas son: basilica, cefálica, braquial, axilar y cubital en las extremidades superiores y palmar, radial, dorsales metacarpianos y palmares metacarpianos en la mano. En los niños pueden emplearse como acceso venoso la mano, el dorso del pie o el cuero cabelludo. Se debe evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible. Además se debe utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas(5)

- Infección y sepsis. Las infecciones relacionadas a catéter venoso central y periférico, particularmente las bacteriemias, se asocian con aumento de la morbilidad, hospitalización prolongada (media de 7 días) y una mortalidad de 10 a 20%, independientemente de la enfermedad de base. La sepsis por catéter representa la máxima expresión de esta patología, ya que a su notable prevalencia se une una mortalidad media del 3%.

Se asocian con un notable incremento de la morbilidad del 35% (IC95%: 25-45), el tiempo de hospitalización en un factor de 3 (de 8 a 24 días) (6)

- Criterios de utilización. La utilización de CVP está recomendada en tratamientos cortos y poco agresivos. El juicio de la enfermera/o será imprescindible, valorando al enfermo en cuanto a los patrones de seguridad, actividad, estado emocional, necesidad de hidratación alimentación, etc (1).

2 Objetivos

Objetivos primarios:

- Determinar la relación de la edad del paciente con el lugar de inserción del catéter.
- Determinar la relación de sepsis con ser portador de vía venosa periféricas.

Objetivos secundarios:

- Identificar los principales motivos de retirada de la vía periférica.
- Identificar la edad en la que se canalizan el mayor número de vías periféricas.

3 Metodología

- Tipo de estudio:

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal en el que se estudiaron las siguientes variables; tipo de vía, lugar de inserción, fecha de inserción, fecha de retirada y principales motivos de retirada.

- Lugar de realización del estudio:

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Esta unidad consta de cuatro camas para cuidados críticos, tres camas para cuidados intermedios y una cama para realización de técnicas a pacientes ingresados en otras unidades de hospitalización que precisan sedo-analgesia. Ingresan niños con edades desde los 28 días hasta los 14 años, si bien el ingresan pacientes que superan por defecto o por exceso esos límites. En el estudio se incluyeron niños hasta los 12 años, puesto que durante el tiempo de recogida de datos, no ingreso ninguno de mayor edad.

- Periodo de realización del estudio:

Se recogieron datos de las vías venosas periféricas canalizadas desde el uno de febrero de 2018 hasta el treinta de abril de 2018, en la UCIP del HUCA. El análisis de los resultados se llevó a cabo en el mes de mayo de 2018.

- Población de estudio:

Pacientes ingresados en UCIP desde el uno de febrero de 2018 hasta el treinta de abril de 2018

Durante este tiempo fueron ingresados en la unidad de cuidados pediátricos un total de 130 niños, de los cuales, 76 pertenecían a cuidados críticos y 54 a cuidados intermedios. Durante este tiempo se establecieron un total de 24 vías de acceso periférico

Criterios de inclusión: Vías periféricas canalizadas en la unidad en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión: Vías periféricas que fueron canalizadas en otras unidades, vías periféricas canalizadas a pacientes que fueron trasladados a otras unidades, vías periféricas canalizadas a los pacientes que se les realizó alguna técnica y no precisaron ingreso.

- Variables recogidas. Las variables recogidas para su análisis son:

Tipo de vía: Palomilla (27G, 25G, 23G) y angiocatéter (24G, 22G, 20G, otros).

Lugar de inserción: Codo cabelludo, mano (derecha o izquierda), antebrazo (derecho o izquierdo), miembro inferior "pie" (derecho o izquierdo) y otros.

Fecha de inserción.

Fecha de retirada.

Principal motivo de la retirada: Fin de la terapia intravenosa, extravasación, flebitis, oclusión, retirada accidental y otros.

Recogida de datos:

Se utilizó una hoja de recogida de datos, que fue cubierta por el personal de enfermería de la unidad, durante el periodo del estudio.

Estudio estadístico:

Para el estudio del número total de vías, tipo de vías y principales motivos de retirada de la vía periférica, se ha realizado un análisis estadístico unidimensional. Donde: se ha tabulado la información obtenida; se han obtenido las frecuencias relativas ordinarias (fi); se ha realizado la representación gráfica con dichas frecuencias.

Para el estudio de la relación de la edad con el lugar de inserción y tiempo de inserción se ha realizado un análisis estadístico bidimensional.

Donde:

Se ha tabulado la información obtenida

Se han obtenido los porcentajes de cada uno de los datos

Se ha realizado la presentación gráfica con esos porcentajes.

Se ha calculado el coeficiente chi cuadrado y el coeficiente de contingencia de Pearson para estudiar la dependencia/independencia de las variables; lugar de inserción y edad.

Se ha calculado la covarianza y el coeficiente de correlación lineal de Pearson para estudiar la dependencia/independencia de las variables; tiempo de inserción y edad.

4 Resultados

- Población: durante este tiempo fueron ingresados en la UCIP un total de 130 niños, de los cuales, 76 pertenecían a cuidados críticos y 54 a cuidados intermedios. Durante este tiempo se establecieron un total de 24 vías de acceso periférico. Durante este periodo 16 de los CVP fueron canalizadas a pacientes lactantes (≤ 1 año), 7 a pacientes preescolares (2-5 años) y 1 fue canalizado a un paciente en edad escolar (6-12 años).
- Tipo de vía. El tipo de catéter canalizado y el calibre del mismo, se muestra en la tabla 1, siendo tan solo 1 catéter tipo palomilla y 23 tipo cánula.
- Principales motivos de retirada. Los principales motivos de retirada de los

catéteres, han sido el fin de la terapia intravenosa, en 12 ocasiones, y la infección en 10 ocasiones.

- Relación de la edad con el tiempo de inserción del catéter venoso periférico. En cuanto al tiempo de inserción del catéter se han tomado los siguientes intervalos; < 2 días, 2-5 días y 6-10 días. Es en lactantes en el grupo de niños en el que los catéteres duran más tiempo (de 2 a 5 días), frente al grupo de preescolares (hay igual número de casos para <2 días que para 2-5 días), en los niños escolares entre 6-12 años, tan solo se pudo incluir un catéter.

En cuanto a la relación existente entre el tiempo de inserción del CVP y la edad del paciente, se han obtenido una Covarianza=-0,51, lo que indica que las variables no son independientes. Calculado el coeficiente de correlación lineal de Pearson=-0,13, indica que la asociación de las variables es negativa y no muy alta. Por lo tanto, según los datos obtenidos, las dos variables, la edad del niño y el tiempo de inserción del catéter, guardan relación. La asociación de las variables es negativa y la relación que guardan no es muy alta, esto puede ser debido a que al ser la muestra pequeña (n=24) los datos no son muy significativos.

- Relación de sepsis con ser portador de vía venosa periférica. La relación en este es nula, pues de los catéteres periféricos retirados por infección de la zona, en este caso en 10 ocasiones, ningún niño a desarrollado ningún tipo de sepsis, esto puede ser debido a que al ser la muestra pequeña (n=24) los datos no son muy significativos.

5 Discusión-Conclusión

La duración de inserción del CVP es menor a menor edad del paciente.

- La edad del paciente y el lugar de inserción del CVP guardan relación.
- El principal motivo de retirada del catéter venoso periférico en la UCIP del HUCA es el fin de la terapia intravenosa, seguido de la infección, suponiendo esto un incidente sobre el que podrían establecerse medidas correctoras.
- Existe una relación baja entre la retirada del catéter venoso periférico por infección y desarrollar una sepsis
- El mayor número de vías periféricas canalizadas a los pacientes de UCIP del HUCA han sido cánulas cortas del calibre 24G, siguiendo el criterio de utilizar pequeño calibre.
- El mayor número de vías periféricas canalizadas en la UCIP del HUCA son a pacientes lactantes.

- Debido a las limitaciones del estudio en cuanto al tamaño de la muestra es pequeña, sería necesario plantear un trabajo con mayor número de pacientes.

6 Bibliografía

1. Nieto Galeano J., Moreno Cano S., Vicente Paños E., Fernández Bejarano J.A., García Moreno A., Rodríguez Almodóvar A.I. et al. Canalización de vías periféricas en urgencias. Indicador de calidad.
2. Osakidetza. Manual de terapia intravenosa. [Monografía en internet]. Euskadi: Osakidetza
3. Rivas Lienqueo A., Rivas Riveros E. Evaluación de protocolos de seguimiento de vías venosas periféricas. Scielo
4. Torralbas Ortega J., Albert Mallafre C., Molina Pacheco F. Inserción de catéteres cortos venosos. Tratado enfermería cuidados críticos pediátricos y neonatales.
5. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. H-13 Técnica de inserción de catéteres periféricos. Hospital universitario Reina Sofía.
6. A. Gómez Luque, N. Huertas Simonet, M. I Viciano Ramos, M. Moreno Palacios, P. E. Hernández Pardo. Profilaxis de las complicaciones infecciosas de los catéteres venosos centrales. Rev Esp Anestesiología Reanimación 2002; 49:17- 33.

Capítulo 276

NUTRICIÓN ENTERAL EN CUIDADOS INTENSIVOS

REBECA IVARS NULES

SILVIA GOMEZ GONZALEZ

1 Introducción

La nutrición enteral (NE) es una técnica de soporte nutricional mediante la cual se aportan sustancias nutritivas al aparato digestivo, por medio de sondas implantadas por vía nasogastrica , nasoyeyunal nasoduodenal o enterostomica. La NE está indicada en aquellos pacientes que no pueden realizar la ingesta oral habitual y no presentan contraindicación para utilizar la vía digestiva.

2 Objetivos

- Mejorar el estado nutricional de los pacientes ingresados en UCI.
- Estandarizar los cuidados de enfermería que reciben los pacientes con NE.

3 Metodología

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

4 Resultados

En nuestra unidad utilizamos el método de administración continua mediante bombas volumétricas y vía nasogastrica. El personal de enfermería es el responsable de su preparación , administración seguimientos y cuidados.

Cuidados

- Proporcionar intimidad e información del procedimiento a realizar
- Posición fowler
- Comprobar que la sonda nasogástrica se aloja en la cavidad gástrica
- Comprobar la correcta presión del neumotaponamiento en pacientes intubados
- Mantener la permeabilidad de la sonda mediante lavados por turno y después de la medicación.
- Evitar erosiones nasales mediante la movilización de la sonda y fijándola con un Apólito adecuado.
- Interrumpir la NE siempre que se realicen movilizaciones, conectándola a bolsa para evitar broncoaspiración.
- Valorar diariamente la tolerancia a la nutrición , permitiendo así adecuar la dosis diaria necesaria, hasta alcanzar la dosis máxima deseada.
- La formula ha de estar en un lugar fresco y seco
- Comprobar caducidad.
- Cambiar diariamente el sistema de infusión y el contenedor de la dieta.
- Mantener la jeringa de lavado siempre limpia y metida en su envoltorio
- La seguridad de la NE dependen en gran parte de la adecuada atención , las normas de manejo , administración y cuidados, siendo estos últimos parte integral de su tratamiento.
- La elección de la formula apropiada a las diferentes patologías que presentan los pacientes de UCI es un elemento clave para el éxito.
- Gracias a la protocolización de la administración de NE, se favorece un mayor control del estado nutricional de los pacientes. Estandarizar los cuidados que requiere este tipo de pacientes es una garantía de la calidad que desde nuestra unidad.

5 Discusión-Conclusión

Las principales ventajas de la NE son:

- Promueve la motilidad.
- Previene la atrofia de la mucosa intestinal.
- Disminuye la traslocación bacteriana.

- Favorece la cicatrización de heridas y úlceras por presión.
- Tiene menos riesgos que la nutrición parenteral.
- Mejor relación coste-beneficio.

6 Bibliografía

1. Hidalgo Sánchez SO, Meza Solórzano DY. Relación del estado nutricional y suplementación enteral en pacientes con insuficiencia renal crónica. [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de ciencias medicas.2018.
2. GRAU, T.; BONET, A. Estudio multicentrico de incidencia de las complicaciones de la nutrición enteral total en el paciente grave: Estudio ICOMEP 2ª parte. Nutr. Hosp. vol.20 no.4 [Internet] 2005. ISSN 1699-5198
3. Garcia Vila, B. ; Grau,T . Nutrición enteral precoz en el enfermo grave. Nutr. Hosp. [Internet]. 2005s vol.20, n.2, pp.93-100. ISSN 1699-51984.
4. C. Serón Arbeloa, M. Zamora Elson, L. Labarta Monzón, I. Garrido Ramírez de Arellano, A. Lander Azcona, M.a I. Marquina Lacueva, J. C. López Claver y J. Escos Orta. Resultados del soporte nutricional en una UCI polivalente. Nutr. Hosp.2011;26(6):1469-1477
5. . Tomalá Vera SL, Tobar Bone NS. Evaluar las actividades del profesional de enfermería en pacientes que reciben nutrición enteral en el área del UCI del Hospital "Teodoro Maldonado Carbo" Tesis

Capítulo 277

LA DERMATITIS DE PAÑAL NO ES SOLO CUESTIÓN DE NIÑOS

CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA

TERESA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

La dermatitis de pañal es un problema cutáneo que se desarrolla en la zona de piel cubierta por el pañal, en la actualidad ya no es solo una enfermedad exclusiva de los bebés, ya que el uso del pañal se ha extendido a los adultos. El uso del pañal puede provocar la pérdida de función barrera de la piel, dañando la epidermis, siendo así más susceptible de producir una irritación.

2 Objetivos

Revisar artículos que analicen la dermatitis de pañal para conocer mejor esta patología, que causas provocan la irritación y cuál es la prevalencia, estudiaremos los casos de niños y adultos.

3 Metodología

El método de trabajo fue una revisión de artículos sobre la dermatitis de pañal. Se han consultado bases de datos (SciELO, Portal Regional de la BVS, Dialnet) así como directorios de revistas con acceso abierto (Elsevier). Se han utilizado descriptores en español (“dermatitis”, “pañal”, cutánea “prevalencia”). Los criterios

establecidos fueron 1) Estudios que analicen la dermatitis del pañal 2) que aporten datos sobre la causa y prevalencia 3) escritos en español. De un total de 6 publicaciones, fueron seleccionadas 3.

4 Resultados

Se han encontrado numerosos factores predisponentes a sufrir esta patología, los más destacados son, la fricción, exceso de humedad, exposición a heces y orina, oclusión, pH elevado. La prevalencia en adulto alcanza el 25% siendo en bebés el 35%. los procesos diarreicos hacen aumentar el número de casos.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de los casos no se puede prescindir del uso del pañal, que sería una de las primeras medidas a tomar, por tanto hay que aumentar las precauciones para evitar la aparición de esta dermatitis, por tanto se usarán pañales preferiblemente de algodón, que sean ultra – absorbentes y se utilizaran crema de tipo “barrera”. En estos casos adquiere una elevada importancia mantener una buena higiene de la piel, así como mantenerla seca.

6 Bibliografía

- Rueda López, Justo et al. Dermatitis irritativa del pañal: Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida. Gerokomos, Mar 2012, vol.23, no.1, p.35-41. ISSN 1134-928X
- García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Verdú Soriano J. Efectividad de la película barrera no irritante en la prevención de lesiones de piel: Revisión sistemática. Gerokomos 2009; 20: 29-40.
- Querol Nasarre, I. Dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria, Dic 2009, vol.11, suppl.17, p.317-329. ISSN 1139-7632

Capítulo 278

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL DUELO

CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA

TERESA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

Una persona durante su vida vive numerosas experiencias, muchas de ellas buenas, pero alguna muy dolorosa, un claro ejemplo es el fallecimiento de un ser querido. Cuando esto ocurre la persona debe adaptarse a esta nueva vida, todo ello de una manera gradual, debe asumir la realidad de la situación y mantener la vida antes del suceso, este proceso se denomina duelo. No es una enfermedad, pero puede presentarse de una manera patológica, incluso no tener resolución.

2 Objetivos

- Analizar la situación de la persona para prevenir las complicaciones del duelo, buscar recursos para afrontar la adaptación a la nueva vida.
- Diferenciar tres fases, la anterior a la muerte, la fase final o de agonía y la fase post mortem.

3 Metodología

El método de trabajo fue una revisión bibliográfica de artículos basados en la evidencia científica sobre el duelo. Se han consultado bases de datos (SciELO,

Porta Regional de la BVS, Dialnet) así como directorios de revistas con acceso abierto (Elsevier), se ha limitado la búsqueda entre el año 2007 al 2015. Se han utilizado descriptores en español (“duelo”, “terminal”, muerte, “enfermería”).

Los criterios establecidos fueron:

- Estudios que analicen el duelo.
- Que aporten datos empíricos sobre los recursos para resolver el duelo.
- Escritos en español. De un total de 10 publicaciones, fueron seleccionadas 4.

4 Resultados

En muchos casos, para poder resolver el proceso de duelo es necesario la actuación de profesionales para volver a la normalidad, en estos casos el personal de enfermería ofrecerá de manera individualizada un apoyo emocional para que afronte su situación.

5 Discusión-Conclusión

La atención que precisan las personas que sufren el duelo es compleja, ya que cada una de ellas sufre este proceso de una manera diferente, por tanto, la atención debe ser siempre individualizada. Encontraremos numerosas manifestaciones de duelo ya que influyen en él numerosos factores, creencias, género, entorno familiar, recursos económicos, edad. Solo de esta manera individualizada se conseguirá un afrontamiento eficaz del proceso de duelo.

6 Bibliografía

1. Schmidt, J. et al. Dos procesos de fin de vida: Cuando la intervención de los profesionales marca la diferencia. *Index Enferm*, Dic 2008, vol.17, no.4, p.256-260. ISSN 1132-1296.
2. Rodríguez Alvaro, Martín, García Hernández, Alfonso Miguel and Toledo Rosell, Cristina Hacia una visión constructivista del Duelo. *Index Enferm*, Set 2008, vol.17, no.3, p.193-196. ISSN 1132-1296.
3. Martínez Sola, Encarnación M^a. and Siles González, José El duelo en una residencia de mayores versus en el entorno familiar. *Gerokomos*, Jun 2010, vol.21, no.2, p.62-65. ISSN 1134-928X.
4. García, AM. La pérdida de un hijo y la búsqueda de significado: Reescribiendo historias de pérdida y de dolor. En W. Astudillo, A. Ispizua, A. Orbeagozo (Eds.),

Acompañamiento en el duelo y Medicina Paliativa, pp. 133-156. San Sebastián, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2007.

Capítulo 279

DISNEA A ESTUDIO

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

1 Introducción

La disnea o dificultad respiratoria es una sensación subjetiva de falta de aire. Algunas personas pueden sentirse disneicas con sólo ejercicio leve (por ejemplo, subir escaleras), aunque no padezcan un trastorno específico. Una historia clínica completa valorará de forma minuciosa el corazón, los pulmones y las vías respiratorias altas.

2 Objetivos

- Valorar, diagnosticar y realizar tratamiento adecuado a la patología.

3 Caso clínico

Paciente de 70 años conocido de nuestro servicio por episodios de neumotórax izquierdos de repetición.

Actualmente acude a urgencias por cuadro de disnea de varios días de evolución que ha aumentado en las últimas horas hasta hacerse de reposo. Lo relaciona con actividad física puntual en gimnasio.

Antecedentes neumológicos:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Exploración y pruebas complementarias:

A su llegada a urgencias presenta dolor en hemitórax izquierdo con características pleuríticas. Abdomen anodino, no globuloso. TA: 160/ 85 FC 102lpm Sat. O2 90 % (con O2 a 2lpm) Temperatura 36,8°C. No enfisema subcutáneo. Mecánica ventilatoria conservada. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombo-sis venosa profunda. No distensión yugular bilateral. No cianosis. No hemoptisis. No taquipnea.

Radiografía de tórax (neumotórax basal izquierdo).

Analítica de sangre sin alteraciones significativas.

Gasometría arterial dentro de rango.

Diagnóstico diferencial:

Sospecha de reagudización de EPOC. Pericarditis.

Neumotórax a tensión.

Derrame pleural.

Tromboembolismo pulmonar.

4 Resultados

- Juicio clínico.

- Neumotórax de repetición.

Plan de cuidados:

- Ingresa en la unidad para colocación de drenaje torácico a aspiración para lograr así la expansión pulmonar, manejo del dolor, antibioterapia y corticoesteroides. Vigilancia estrecha de clínica respiratoria.

5 Discusión-Conclusión

El neumotórax espontáneo lo causa una rotura de una zona debilitada del pulmón. La causa principal de las recidivas son las bullas. El drenaje a aspiración es necesario para evitar complicaciones.

6 Bibliografía

- Neumología Clínica.. J.L. ALVAREZ-SALA. S.A. ELSEVIER ESPAÑA

Capítulo 280

HIPERINSULINISMO CONGÉNITO & TRANSITORIO EN NEONATOS

ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ

NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS

1 Introducción

El hiperinsulinismo es la causa más frecuente de hipoglucemia en el recién nacido y la infancia. Es un factor importante de riesgo de daño cerebral y de la consiguiente alteración en el desarrollo psicomotor del niño. Un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado pueden prevenir complicaciones como la epilepsia, retraso mental o parálisis cerebral.

Normalmente corresponde a recién nacido grande para la edad gestacional, que presenta hipoglucemia persistente desde las primeras horas de vida, con requerimientos altos de glucosa ($>10-15\text{mg/Kg/min}$) y con alto riesgo de daño neurológico irreversible.

2 Objetivos

- Describir el hiperinsulinismo transitorio (HIT) y el hiperinsulinismo congénito o persistente (HIC).
- Analizar la evolución, tratamiento y diagnóstico de estos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 88 estudios y de ellos fueron seleccionados 4 artículos. Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron :“hiperinsulinismo”, ”transitorio”, “congénito”, “enfermedades raras”.

4 Resultados

Hiperinsulinismo transitorio (HIT).

Está asociado a condiciones perinatales/maternas de riesgo, el mecanismo no es totalmente comprendido. El hiperinsulinismo se resuelve generalmente en pocos días de vida después del nacimiento. Se resuelve con el tratamiento.

- Hijo de madre diabética: tienen una producción incrementada de insulina secundaria a la sensibilidad aumentada de la célula beta del páncreas a la glucosa. Se produce 4-6 horas tras el parto y puede durar días.
- Eritroblastosis fetal.
- Drogas maternas: clorpropamida, benzotiazidas, glucosa iv intraparto.
- Recién nacido pre-término.
- Retraso intrauterino del crecimiento
- Estrés peri-natal: asfixia, hipotermia, acidosis, sepsis, shock.
- Preeclampsia.
- Asociado a síndromes: Beckwith- Wiedemann (B-W), Sotos, Kabuki, Costello, Usher, Timothy.

Hiperinsulinismo congénito o persistente (HIC).

El HIC es una enfermedad heterogénea en su forma de presentación, histología, genética y respuesta al tratamiento. Tienen en común la presencia de hipoglucemia recurrente asociada a valores inapropiados de insulina secretados por la célula beta pancreática para el nivel de glucemia existente. Es una entidad poco frecuente. Es una mutación genética, persistente por vida. Han sido descritos defectos en nueve genes implicados en la secreción de insulina por la

célula β pancreática. En general, su incidencia se estima en 1/40.000-50.000 nacidos vivos. Puede ir asociado con otros síndromes de sobrecrecimiento (Perlman, Trisomía 13, Kabuki).

Su tratamiento depende de la capacidad de respuesta a fármacos (diazóxido, octeótrido), las pruebas genéticas y los estudios de imagen invasivos. La sintomatología de hipoglucemia por hiperinsulinismo es igual de inespecífica que en cualquier otra situación de hipoglucemia neonatal.

El diagnóstico bioquímico para HH está basado en la hipoglucemia no cetósica, con secreción de insulina no suprimida y descenso en el nivel de ácidos grasos. Cuando no existe respuesta a medicamentos o tienen un HIC focal de origen genético, se les realiza una pancreatectomía parcial o total, lo que puede desencadenar a corto/largo plazo en una diabetes. El nivel de cortisol y de hormona de crecimiento ha de ser normal excluyendo su deficiencia como causa. Los aminoácidos en sangre y los ácidos orgánicos en orina son también normales.

Los cuidados el recién nacido con HI puede ser extremadamente delicados. Además de presentar múltiples problemas (sobrehidratación, sepsis, no respuesta adecuada al tratamiento, metabulopatías secundarias ...). Es imprescindible realizar una monitorización de glucemia frecuente y horaria donde se debe de implantar un catéter venoso periférico y a veces, central para la infusión de altas concentraciones de dextrosa y de otros iones asociados como son el gluconato cálcico. La principal sintomatología que suele asociarse a sus complicaciones en niños con HI suelen ser: hipoglucemia, convulsiones, síncope, coma. El HIC tiene peor pronóstico y suele ir asociado a otros síndromes neonatales más complicados y de difícil tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de vital importancia que el tratamiento sea el más precoz posible y que sus cuidados sean inmediatos, favoreciendo así una mayor calidad de vida del recién nacido a corto y largo plazo y como no, la de sus padres.

Las secuelas que este síndrome puede llegar a tener suelen ser significativas como secuelas cerebrales, complicaciones (convulsiones, síncope, coma), síntomas conductuales, cerebrales y/o deterioro cognitivo, pudiendo repercutir considerablemente en el futuro del neonato y en el de su familia. Se necesita un abordaje interdisciplinar, continuo y perseverante, donde participen médicos, enfermeros,

fisioterapeutas, etc.

6 Bibliografía

- Laje P, States LJ, Zhuang H, Becker SA, Palladino AA, Stanley CA et al. Accuracy of PET/CT Scan in the diagnosis of the focal form of congenital hyperinsulinism. *J Pediatr Surg* 2013; 48:388-393.
- Güemes M and Hussain K. Hyperinsulinemic Hypoglycemia. *Pediatr Clin N Am* 2015;62:1017-36.
- Martinez R, Fernández-Ramos C, Vela A, Velayos T, Aguayo A, Urrutia I et al. *Eur J Endocrinol* 2016; 174. DOI: 101530/EJE-16-0027
- Van der Steen I, van Albada ME, Mohnike K, et al. A multicenter experience with long-acting somatostatin analogues in patients with congenital hyperinsulinism. *Horm Res Paediatr.* 2018;89(2):82-89.

Capítulo 281

DIETA CONTROLADA EN PROTEÍNAS EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome nefrótico se caracteriza por la asociación clínica de proteinuria masiva ($\geq 3,5$ gr de proteínas en la orina al día), hipoalbuminemia y edemas. Además, la orina puede contener también grasa visible al microscopio. Las causas renales de este síndrome pueden ser múltiples. Muchas veces aparece de forma tardía en el transcurso de una enfermedad renal progresiva. Con frecuencia se asocia a una enfermedad renal que afecta a la permeabilidad de la pared capilar glomerular, como ocurre en el caso de la hipertensión o la nefropatía diabética. Este síndrome también puede asociarse a enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, la hepatitis B, la intoxicación por metales o el cáncer. Raramente el síndrome aparece en enfermedades que afectan a los túbulos renales o el intersticio.

En todo caso, la pérdida proteica masiva se debe a un aumento de la permeabilidad glomerular a las proteínas. Este síndrome evoluciona con otras alteraciones metabólicas con hipertensión arterial, hipercolesterolemia (el 85% de la población que presenta síndrome nefrótico tiene concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (LDL) superiores a 130 mg/dl y el 50%, por debajo de los 35 mg/dl de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (HDL) e hipertrigliceridemia (el 60% presenta concentraciones superiores a 200mg/dl). En el trascurso del cuadro suelen aparecer ascitis y/o derrame pleural. Las complicaciones más frecuentes asociadas al síndrome nefrótico descontrolado son el

aumento de la susceptibilidad a la infección, la trombosis de la vena renal y la malnutrición proteico-energética. En algunas ocasiones la función renal puede deteriorarse durante el curso de este síndrome.

El síndrome nefrótico puede afectar a todos los grupos de edad. En los niños es más común entre los 2 y los 6 años, y la prevalencia en la población adulta es ligeramente superior en hombres que en mujeres.

El objetivo del tratamiento del síndrome nefrótico será mantener la calidad de vida del paciente, prevenir complicaciones inmediatas (acontecimientos tromboembólicos, infección, etc) y complicaciones tardías relacionadas con aterosclerosis y enlentecimiento de la progresión en la enfermedad renal.

2 Objetivos

- Determinar los objetivos nutricionales que deben plantearse ante el paciente con síndrome nefrótico.
- Describir las características de la dieta que debe llevarse a cabo en este tipo de pacientes.
- Realizar un ejemplo de menú para un paciente tipo.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de las bases de datos científicas: PubMed, Elsevier y Scopus utilizando como descriptores las palabras claves: "Síndrome nefrótico", "Dieta controlada en proteínas", "Objetivos nutricionales", "Características de la dieta". Se seleccionaron estudios publicados tanto en castellano como en inglés.

También se consultaron libros y revistas científicas disponibles sobre el tema tratado.

4 Resultados

Objetivos nutricionales:

La dietoterapia constituye una parte fundamental en el tratamiento del síndrome nefrótico y pretende:

- Reemplazar la albúmina y otras proteínas excretadas por la orina.

- Controlar los edemas y la hipertensión.
- Evitar la malnutrición proteica, minimizando el catabolismo muscular.
- Aportar una cantidad suficiente de energía para paliar los efectos de la anorexia.
- Controlar el perfil lipídico plasmático.

Característica de la dieta:

La dieta debe aportar la suficiente energía y proteínas para mantener un balance nitrogenado positivo, producir un aumento de la albúmina plasmática y disminuir el edema.

La dieta se adaptará a cada caso concreto, teniendo en cuenta las características individuales del paciente. Intentará proporcionar suficiente libertad dietética, animando al paciente a llevar una vida lo más normal posible. Ante la prescripción de una dieta a un paciente con síndrome nefrótico es necesario delimitar la cantidad de proteínas y sodio. Toda recomendación dietética debe contener información respecto a la necesidad o no de controlar la ingesta lipídica del paciente.

Aporte energético:

El aporte energético debe ser suficiente para cubrir las necesidades según el tamaño corporal, la edad y el sexo del individuo. En la mayor parte de los casos, debido al escaso apetito del paciente con síndrome nefrótico, se requiere una supervisión constante de la dieta por parte del terapeuta. En caso de un aporte insuficiente, la dieta deberá incluir suplementación o bien será preciso plantearse un soporte nutricional artificial. No es recomendable la restricción calórica en estos pacientes.

Proteínas:

Hasta hace muy poco se recomendaba al paciente con síndrome nefrótico el uso de dietas ricas en proteínas. Con ello se creía que podría minimizarse la pérdida proteica y conseguir balances nitrogenados positivos. Estudios realizados tanto en animales como en seres humanos han demostrado que con este tipo de dietas se consigue solamente aumentar las pérdidas de proteínas por la orina, sin mejorar la hipoalbuminemia ni el pool proteico total. Existen grandes dudas respecto a si un aporte excesivo de proteínas puede empeorar la evolución de la enfermedad renal. Ciertos estudios demuestran un incremento en la permeabilidad glomerular tras la ingesta de altas cantidades de proteínas.

El aumento de la proteinuria es a priori un fenómeno deletéreo, ya que podría contribuir a la progresión de la insuficiencia renal, sea de manera directa (alteración de las células mesangiales y epiteliales) o indirecta (hiperlipemia, coagulación

intraglomerular). Por ello existe prácticamente un consenso entre los autores en no recomendar la utilización de dietas hiperproteicas en estos enfermos.

Más recientemente, diferentes estudios han observado la reducción de la proteinuria y del aclaramiento fraccional de albúmina tras la restricción dietética en proteínas. La ingesta de una dieta que contiene una cantidad de proteínas que satisface las necesidades mínimas proteicas se ha asociado a la disminución no sólo de la excreción urinaria de proteínas, sino también a un aumento de los valores de albúmina y a una reducción de las concentraciones de colesterol y triglicéridos en plasma.

La mayoría de estos estudios han sido realizados con intervenciones dietéticas de corta duración, por lo que es imprescindible la valoración de estudios longitudinales a largo plazo que determinen también la evolución de la función renal y del estado nutricional de los pacientes.

La mayoría de los estudios establecen que para reducir la proteinuria y conseguir controlar la intensidad de otras complicaciones es suficiente un aporte proteico normal equivalente a 1g/kg/día. Alrededor del 70% de las proteínas deberán ser de alto valor biológico. En el caso de que la filtración glomerular disminuya, podrán limitarse las proteínas de la dieta.

En situaciones en las que sea necesario aumentar la ingesta de proteínas con la finalidad de evitar la malnutrición, y cuando el funcionamiento renal sea relativamente bueno, podrán administrarse hasta un 1,2 gr/kg/día.

Ciertos autores han suplementado las dietas de bajo contenido proteico con aminoácidos esenciales, observándose también buenos resultados. Sin embargo, esta aproximación necesita una evaluación minuciosa en un futuro.

Las concentraciones plasmáticas de albúmina, transferrina y lípidos, así como la proteinuria, son buenos marcadores para monitorizar al enfermo y evaluar el efecto de la dieta sobre el estado nutricional.

Lípidos:

El síndrome nefrótico se caracteriza por alteraciones metabólicas que comportan el aumento de los niveles circulantes de ciertas lipoproteínas plasmáticas. La dislipemia puede afectar incluso a la función renal, incrementar la proteinuria y acelerar el progreso de la enfermedad hasta producir glomeruloesclerosis. Estas complicaciones pueden acelerar el proceso hasta que el paciente requiera diálisis.

La dislipoproteinemia del síndrome nefrótico no se ha relacionado de forma clara con el desarrollo de lesiones arterioescleróticas, aunque las alteraciones metabólicas encontradas en el metabolismo lipídico hacen aconsejable la corrección del patrón lipídico plasmático.

Las alteraciones lipídicas observadas con más frecuencia en el paciente con síndrome nefrótico son el aumento de las LDL, las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL) y los triglicéridos plasmáticos. Las concentraciones plasmáticas de HDL suelen encontrarse normales o reducidas. Las causas de esta dislipoproteinemia son probablemente múltiples. Entre ellas cabe citar la pérdida de lípidos y apolipoproteínas por la orina, la alteración de la síntesis hepática de lipoproteínas, la afectación de la actividad lipoproteinlipasa y el uso prolongado de corticoides o ciertos antihipertensivos.

Algunos autores han observado un déficit relativo de concentraciones plasmáticas de ácido araquidónico y docosahexaenoico en niños con síndrome nefrótico de origen congénito, subrayando la necesidad de monitorizar las concentraciones plasmáticas de ácidos grasos esenciales.

El objetivo del tratamiento del síndrome nefrótico en cuanto a los lípidos es reducir los valores de colesterol total y colesterol-LDL sin reducir significativamente los niveles de HDL. Varios estudios demuestran que el tratamiento con estatinas puede reducir la dislipemia en pacientes con síndrome nefrótico, enlenteciendo así la progresión de la disfunción renal.

En referencia a la dieta, se intentará que sea equilibrada, aportando, como máximo, un 30% de las calorías en forma de grasas, evitando un exceso de calorías en forma de ácidos grasos saturados, hidratos de carbono de absorción rápida y de alcohol. El aporte calórico en forma de ácidos grasos saturados no superará el 10%. Ciertos autores han observado una mejora importante de los valores de los lípidos plasmáticos con la administración de dietas vegetarianas ya que contienen cantidades relativamente bajas en proteínas.

En estudios realizados en animales se ha demostrado que la inclusión de proteína de soja a la dieta mejora el perfil lipídico, disminuyendo significativamente las concentraciones de colesterol y triglicéridos en sangre. La manipulación dietética no es suficiente en muchas ocasiones para controlar las concentraciones lipídicas. En ciertas ocasiones puede ser útil la administración de fármacos hipolipemiantes. Esto es cierto sobre todo cuando existe una enfermedad vascular preexistente.

Sodio y líquidos:

La restricción de sodio es de suma importancia para evitar edemas, iniciar la diuresis y controlar la hipertensión arterial. En este caso podrá administrarse una dieta hiposódica, que contiene entre 600 y 1.000 mg de sodio al día (26 a 44 mEq/día o 1,5 a 2,5 gr de sal/día).

Las dietas bajas en sal, combinadas con el uso de diuréticos, permiten reducir los edemas hasta eliminarlos, con lo que se alcanza un equilibrio del balance de sodio en poco tiempo. En este momento pueden añadirse pequeñas cantidades de este ión (hasta 2.000mg/día, 88mEq/día o 4 gr de sal/día) para que las comidas sean más apetitosas. La restricción de fluidos no suele ser necesaria. Ante la presencia de importantes edemas refractarios al tratamiento conservador, debe ensayarse la restricción parcial de la ingesta de líquidos hasta producirse un balance negativo.

Vitaminas y minerales:

En ciertos pacientes con síndrome nefrótico grave y prolongado pueden aparecer déficits de calcio y potasio. Esta complicación es poco frecuente y puede prevenirse con dietas que contengan cantidades adecuadas de ellos.

Niños con síndrome nefrótico idiopático, sobre todo aquellos que toman altas dosis de esteroides, presentan una masa ósea baja, que puede derivar a osteoporosis. Esto hace imprescindible tener en cuenta una evaluación regular de la densidad mineral del hueso, así como valorar la suplementación con calcio (500mg/día) y vitamina D (200 UI/día).

Una vez definidas las necesidades del paciente, se realizará la dieta a partir de las tablas de equivalencia de proteínas, en las que además viene especificado el contenido en sodio, potasio y fósforo.

Es importante recordar que estos pacientes suelen presentar anorexia. Es por ello necesario educar al paciente en cuanto a la forma de aumentar el aporte calórico de las comidas.

Ejemplo de dieta equilibrada de 2.000 Kcal para un paciente con síndrome nefrótico:

Desayuno:

- Vaso de leche desnatada con cereales.

Media mañana:

- Plátano.

- Tostadas con aceite de oliva.

Comida:

- Variado de verduras a la brasa.
- Lentejas con arroz.
- Una rebanada de pan.
- Aceite de oliva.
- Una naranja.

Merienda:

- Yogur líquido de sabores.

Cena:

- Ensalada de tomate con queso fresco en rodajas.
- Salmón con patata al horno.
- Aceite de oliva.
- Macedonia de frutas.

Cantidades aportadas por este menú:

- Energía: 2.000 Kcal
- Proteínas: 76 gr (15% VCT)
- Hidratos de carbono: 266 gr (54,5% VCT)
- Lípidos: 66 gr (30,5% VCT)
- Contenido en sodio: 1.200 mg

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento dietético del síndrome nefrótico es eficaz para disminuir la proteinuria, mejorar el perfil lipídico y prevenir la desnutrición del paciente. Es por ello muy importante contar con un dietista-nutricionista dentro de los cuidados del paciente, ya que ayudará a mejorar su evolución elaborando una dieta personalizada, acorde a sus necesidades, gustos y costumbres, que facilite la adherencia.

6 Bibliografía

- Buemi M, Nostro L, Crasci E, Barilla A, Consentini V, Aloisi C, et al. Statins in nephrotic syndrome: a new weapon against tissue injury. *Med. Res. Rev.* 2005; 25: 587-609.
- Wheeler DC, Bernard DB. Lipid abnormalities in the nephrotic syndrome: causes, consequences and treatment. *Am J Kidney Dis.* 1994; 23: 331-46.
- Watson AR, Coleman JE. Dietary management in nephrotic syndrome. *Arch. Dis. Child.* 1993; 69: 179-80.

- Walser M, Hill S, Tomalis EA. Treatment of nephrotic adults with a supplemented, very low-protein diet. *Am J Kidney Dis.* 1996; 28: 354-64.
- Usberti M, Gazzotti RM, Poiesi C, D'Avanzo L, Ghielmi S. Considerations on the sodium retention in nephrotic syndrome. *Am J Nephrol.* 1995; 15:38-47.

Capítulo 282

FARMACOLOGÍA: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

JULIA MENENDEZ FERNANDEZ

ROSA MARIA GARCIA PEREZ

1 Introducción

La farmacología es la ciencia que estudia el origen de los fármacos, sus propiedades físicas y químicas, las biotransformaciones que sufre el fármaco en el organismo y la eliminación y excreción del fármaco.

Cuando las funciones del organismo se alteran por una enfermedad, se administra un fármaco para restaurar, aliviar o curar. Un medicamento es un fármaco dotado de utilidad terapéutica. El proceso que sufre el medicamento desde que entra en el organismo es: Medicamento - liberación - absorción - distribución - metabolización - excreción o eliminación.

2 Objetivos

Exponer las vías de administración y formas medicamentosas más utilizadas para la administración de medicamentos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica actualizada de la literatura sobre las vías de administración y formas medicamentosas más utilizadas para la administración de medicamen-

tos.

4 Resultados

Podemos encontrar los fármacos en cinco formas distintas:

- Formas solidas(polvos,pastillas,grageas,capsulas ,comprimidos,supositorios etc).
- Formas liquidas(jarabes,lociones,enemas,etc).
- Formas semilíquidas(emulsiones y suspensiones).
- Formas semisolidas(cremas y pomadas).
- Fomas gaseosas(aerosoles).

Las vías de administración mas frecuentes son:

- Vía oral (es la mas utilizada) vía sublingual (se administra fármaco debajo de la lengua).
- Vía respiratoria (inhalatoria).
- Vía tópica (directamente sobre piel y mucosas).
- Vía rectal y via vaginal.
- Vía parenteral (siendo una vía de absorción rápida).

5 Discusión-Conclusión

Para administrar un medicamento hay que comprobar la caducidad, teniendo en cuenta que en algunos la caducidad cambia una vez abierto el envase, comprobar el nombre del paciente, el nombre del medicamento, la dosis, la vía de administración y el horario de administración, preparar la bandeja de medicación fuera de la vista del paciente, en caso de duda, error o no entender bien una orden, informar a quien proceda según protocolo del centro sanitario.

6 Bibliografía

- Macmillan, iberia, s, a.
- Auxiliares de enfermería del insalud mad 100-110.
- Arnijo valenzuela m.convenio de hidrologia medica barcelona ed cienti.
- Enciclopedia basica visual.ed.oceano.

Capítulo 283

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO.

ALEJANDRA ROZADA GARCÍA

1 Introducción

Podemos definir “pérdida” como una experiencia inevitable que se produce en la vida de toda persona en el momento en que algo valorado cambia y deja de estar disponible o desaparece.

Aún así, el orden cronológico más frecuente en el que suelen aparecer, es el siguiente: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. De esta manera, podemos apreciar que es muy importante que el profesional de enfermería sepa identificar en qué fase se encuentra cada paciente para poder ofrecerle los cuidados que mejor se adapten a sus necesidades y, así, contribuir en su bienestar y su confort en el proceso del final de la vida.

2 Objetivos

Determinar las diferentes fases del duelo en los familiares durante la pérdida de un ser querido.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como por ejemplo Elsevier, revistas de portales médicos... y diferentes paginas web.

4 Resultados

Ante la pérdida de cualquier ser querido desarrollamos un duelo que consta de las siguientes fases :

- Negación: En esta primera fase la persona se niega a creer que se está produciendo la pérdida, por lo que el papel de la enfermera consiste en dar soporte verbal al paciente sin reforzar su negación y en examinar su propio comportamiento para asegurarse de que no comparte la negación del paciente, ya que sólo así podrá iniciar una relación de ayuda que conlleve a la evolución favorable del paciente.
- Ira: En esta fase el paciente o la familia pueden dirigir su ira hacia la enfermera o el resto del personal sanitario sobre asuntos que normalmente no les molestarían, por lo que el papel de la enfermera consiste en ayudar al paciente a entender que la ira es una respuesta normal ante este tipo de pérdidas, en evitar las represalias, es decir, la enfermera no debe tomarse la ira como algo personal y en proporcionar unos cuidados estructurados y continuos para favorecer los sentimientos de seguridad.
- Negociación: En esta fase la persona intentará negociar para evitar la pérdida.
- Depresión: En esta fase el paciente manifiesta su tristeza por lo que ha ocurrido y por lo que no puede ser, por lo que el papel de la enfermera consiste en permitir que el paciente exprese esta tristeza y en comunicarse correctamente de forma no verbal, por ejemplo, sentándose en silencio sin esperar conversación, transmitiendo afecto mediante una caricia o un abrazo, mostrando empatía, mirándole a los ojos...
- Aceptación: En esta última fase la persona llega a aceptar la pérdida y puede tener menos interés en el entorno y en las personas de apoyo, por lo que el papel de la enfermera consiste en ayudar a la familia y a los amigos a comprender la menor necesidad de socialización del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El duelo es un proceso por el que toda persona tiene que pasar y aceptar tarde o temprano y el personal de enfermería debe de ayudar a los familiares influyendo positivamente en todo lo que este a nuestro alcance. Recordando a los familiares que el tiempo es esencial para poder recuperarse .

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-profesional-de-enfermeria-en-las-etapas-del-duelo>
- <https://diarioenfermero.es>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/duelo-cuidados-enfermeros/>

Capítulo 284

TRATAMIENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR DE LA FIBROMIALGIA

ALEJANDRA ROZADA GARCÍA

1 Introducción

Al desconocerse el origen de la enfermedad, el tratamiento de la fibromialgia puede ser difícil ya que no hay un tratamiento curativo. A pesar de ello, el tratamiento puede mejorar los síntomas y proporcionar una mejor calidad de vida a los/las pacientes. En la actualidad los pilares sobre los que se basa el tratamiento y siguiendo de forma rigurosa la mejor ciencia/medicina son:

- Tratamiento farmacológico.
- Terapia psicológica.
- Ejercicio físico terapéutico.

2 Objetivos

Establecer objetivos a corto y largo plazo. Los objetivos a corto plazo irán relacionados con los síntomas diarios variables (dolor, contracturas, alteraciones posturales, puntos gatillo...), mientras que los objetivos a largo plazo tendrán que ver con la propia enfermedad o con síntomas que evolucionan en periodos más largos (fatiga, sueño no reparador, estado de ánimo...).

3 Metodología

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

4 Resultados

- Hacer un seguimiento de los enfermos para ver como logran sus metas.
- Poner a su alcance terapias psicológicas básicas.
- Darles los tratamientos necesarios para que pueda realizar las actividades diarias con las menores limitaciones posibles.

5 Discusión-Conclusión

Diferentes estrategias funcionan mejor para algunas personas que para otras. Algunas pueden funcionar adecuadamente para ti un día, pero no otro. Por ello, es conveniente contar con una variedad de opciones escritas entre las cuales elegir.

Los estudios han demostrado que lo que nos decimos dentro de nuestras mentes puede afectar nuestra percepción del dolor. Convertir los pensamientos negativos en positivos requiere práctica, pero vale la pena el esfuerzo.

6 Bibliografía

- <https://www.parcdesalutmar.cat/es/fibromialgia/tractament-fibromialgia/>
- <https://fibro.info/fibromialgia-fisioterapia/>
- <https://www.mayoclinic.org>

Capítulo 285

PLAN DE CUIDADOS EN UN PACIENTE CON UN CÓLICO RENAL

LUIS PEREZ MORENO

1 Introducción

El colico renal es un episodio de dolor muy intenso, tipo espasmo, originado en la zona lumbar, pudiéndose irradiar hacia flanco abdominal, zona inguinal y genitales externos. Pueden aparecer náuseas, vómitos, sudoración, hematuria y fiebre.

La causa más frecuente es una obstrucción aguda del riñón debido a un cálculo en las vías urinarias. Es motivo frecuente en urgencias, ya que requiere un rápido diagnóstico y manejo del dolor intenso.

La prevalencia en España es del 5,06 %, y la incidencia del 0,73%, siendo más frecuente en varones, con edades entre 20 y 50 años.

2 Objetivos

Valoración de la función renal en términos de Tasa de Filtración Glomerular en pacientes con diferentes situaciones clínicas con el fin de aprender todo acerca de esa enfermedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en la literatura científica, consultando bases de datos de Scielo y Pubmed, y revistas científicas. Se han revisado artículos

originales y guías de práctica clínica, sobre cuidados de enfermería a pacientes con cólico renal. Los descriptores utilizados han sido “cólico renal”, “enfermería”, “epidemiología”, “care”.

4 Resultados

- Aumentar la ingesta de líquidos, en unos 3 litros de agua al día.
- Realizar de forma habitual ejercicio físico.
- Realizar controles periódicos de orina y de sangre, para detectar los cálculos lo antes posible.
- Evitar el estreñimiento, ya que favorece la formación de cálculos.
- Evitar alimentos ricos en calcio para evitar la formación de cristales de calcio.
- Evitar también los alimentos ricos en xalatos como el té y las legumbres.
- Finalmente, disminuir el consumo de alcohol, sal y dulces.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental un plan de cuidados enfermeros con el fin de garantizar una buena asistencia sanitaria a estos pacientes. Es necesario que los pacientes conozcan medidas de prevención en formación de cálculos renales, para aumentar la calidad de vida y disminuir posibles complicaciones y prevalencia en urgencias.

6 Bibliografía

- “Compendio de medicina de urgencias”. L. Jiménez Murillo, F.J. Montero. Ed. El Servier, 2004.
- “Manual de protocolos y actuación en urgencias”. A.J. Jiménez. Complejo Hospitalario de Toledo. 2003.
- “Manual del médico de guardia”. J.C. García-Moncó. Ed. Díaz de Santos. 1998.
- “Medicina Interna” Farreras-Rozman. Ed. Moby-Doyma. 1997.
- “Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos”. <http://tratado.uninet.edu>
- “Litiasis renal”, “Cólico nefrítico”. Guías clínicas. www.fisterra.com

Capítulo 286

CUIDADOS A UN PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

LUIS PEREZ MORENO

1 Introducción

Resultado de un daño cerebral, no degenerativo ni congénito, causado por una fuerza física externa que puede producir una disminución o alteración de la conciencia y que deriva en una discapacidad de las habilidades cognitivas, o de la función física, además de una alteración de la función conductual o emocional. Limitaciones que pueden ser permanentes o temporales y causar discapacidad funcional parcial o total o un desajuste psicosocial.

2 Objetivos

Como hemos visto hasta ahora, para prevenir la aparición de complicaciones neurológicas es muy importante que el paciente con TCEG reciba unos cuidados específicos mediante la aplicación de las medidas generales de tratamiento. Pero además, por el hecho de ser un paciente crítico, no nos podemos olvidar de todos aquellos cuidados de enfermería básicos, dirigidos a prevenir complicaciones sistémicas como las infecciones nosocomiales, las úlceras por presión o las complicaciones relacionadas con la inmovilidad o la movilización del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

La atención del paciente neurocrítico en la unidad de cuidados intensivos se rinde con los siguientes puntos:

- Monitorización de la presión intracraneal.
- Hipertensión intracraneal: ≥ 20 mmHg.

Cuidados de enfermería:

- Realizar un manejo aséptico.
- Colocar el transductor de presión (para hacer el calibrado) a la altura del pabellón auditivo externo (mismo nivel que el agujero de Monro) obteniendo medidas más fiables de PPC.
- Posición del paciente en decúbito supino.
- Conectar la bolsa colectora por debajo del nivel del paciente.
- Realizar los cambios de bolsa de manera estéril.
- Evitar acodamientos del sistema y movilizaciones innecesarias.
- Ante movilización del paciente, se deberá cerrar el drenaje.
- Comprobar la permeabilidad del mismo.
- Vigilar posible exudado, punto de inserción y correcta fijación.
- Realizar curas asépticas del punto de inserción.
- Valorar volumen y aspecto de lo drenado, etc.

Sedación y analgesia:

- Necesario para evitar las elevaciones de la PIC y permitiendo una correcta adaptación a la ventilación mecánica.
- La administración será intravenosa y mediante una bomba de perfusión continua.
- El sedante de elección es el Midazolam.
- La analgesia, se utilizará el Cloruro mórfico o Morfina y el Fentanilo.

- Índice Biespectral (BIS), sistema no invasivo de monitorización neurofisiológica del SNC: Análisis del patrón de ondas cerebrales, convirtiéndolas en un número de “profundidad de sedación”. Las cifras reflejadas se interpretarán como 0; paciente en coma profundo (actividad EEG cero) y 100; paciente despierto (EEG normal).

Control hemodinámico:

- Objetivo: mantener cifras adecuadas de PAM (\geq a 90 mmHg) y PPC (entre 50-70 mmHg).
- Se deberán conocer los valores de presión venosa central (PVC), que deberían controlarse entre 10-15mmHg y de presión capilar pulmonar entre 12 y 18 mmHg. Estos solo se podrá obtener a través de cateterizaciones venosas centrales como los catéteres Swan- Ganz.

Posición correcta:

- Cabecera deberá estar elevada unos 20-30°, lo que permitirá mejorar la función pulmonar, favorecer el retorno venoso, disminución de la PIC, prevención de broncoaspiraciones y neumonías asociadas a la ventilación mecánica.
- Se colocarán almohadas en brazos para disminuir el edema y favorecer igualmente el retorno.
- La cabeza deberá estar en una posición neutra, con una alineación entre el cuerpo y la cabeza.

Normotermia:

- Existe evidencia del efecto perjudicial del aumento de la temperatura sobre el SNC.
- Tratando cualquier elevación superior a 37° con medidas físicas, fármacos (Paracetamol, Metamizol, Ibuprofeno etc. aunque este último requiere especial precaución con la coagulación), infusión de líquidos fríos, métodos de enfriamiento intravascular, entre otros.
- La hipotermia inducida como método para disminuir la lesión cerebral secundaria: existe controversia.

Nutrición y normoglucemia:

- Reposición calórica completa (15-20% de las calorías totales) de 7 días, comenzada no más tarde de las 72h.
- Por vía enteral (sonda nasogástrica, sonda orogástrica en caso de fractura de base de cráneo, sonda naso- yeyunal, o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)) o parenteral. La nutrición parenteral es mejor tolerada, sin embargo tiene

mayor riesgo de infección y alteraciones electrolíticas, por tanto la vía de elección siempre será la enteral a no ser que existan contraindicaciones.

- La hiperglucemia agrava la isquemia, mantener valores de 90-120mg/dl.

5 Discusión-Conclusión

El TCE constituye un auténtico problema de salud pública por su elevada morbilidad y el gasto social-sanitario que genera.

La enfermería está en la posición idónea para poder disminuir, en la medida de lo posible, las complicaciones de un traumatismo craneoencefálico. No existe unanimidad en el manejo del paciente con TCE en aspectos como la hiperventilación profiláctica, la utilización de manitol y la hipotermia inducida como métodos para la disminución de la presión intracraneal. Sin embargo, en este trabajo, se han señalado las pautas más consensuadas.

6 Bibliografía

- M.Ruiz Bailén, L.J Fierro Roscón, J.A Ramos Cuadra, M.C Serrano Córcoles, B. Hurtado Ruiz, M.A Díaz Castellano, E. de Burgos Marín. Manejo del traumatismo craneoencefálico grave en un hospital comarcal. Revista Emergencias (Semes). 2000;12: 106-115. Disponible en http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/numeros-antteriores/volumen-12/numero-2/manejo-del-traumatismo-craneoencefalico-grave-en-un-hospital-comarcal/.
- E. Alted López, S.Bermejo Aznárez, M. Chico Fernández. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista de Medicina Intensiva. 2009; 33: 16-30. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912009000100003&script=sci_arttext
- A. Bárcena Orbe, C.A Rodríguez Arias, B. Rivero-Martín, J.M Cañizal-García, C.Maestre- Moreiro, J.C. Calvo-Pérez, et al. Revisión del traumatismo craneoencefálico. Neurocirugía (revista en la Internet). 2006 Dic; 17 (6): 495-518. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1130-14732006000600001&script=sci_arttext.
- J.V Carmona Simarro, J.M Gallego López, P.Llabata Carbal. El paciente neurocrítico; Actuación integral de enfermería. Revista Enfermería (Enfermería Global). 2005. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/502/499>.

- C. Calderón Dimas, G. Rodríguez Benítez, R. López Castillo, A. García Sandoval, R. Ramírez Cano. Intervenciones de enfermería en la atención al adulto con traumatismo craneoencefálico grave. México. Secretaría de Salud, 2013. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_-604_13_ENFERMERIAENTRAUMACRANEOENCEFALICO/604GER.pdf
- López-Morales AB, Calderón-Dimas C, Rodríguez-Benítez G, López-Castillo R, García-Sandoval A. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la atención del adulto con traumatismo craneoencefálico grave. Revista Enfermería Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1): 43-49. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2015/eim151h.pdf>

Capítulo 287

VALORACIÓN ÁREA PREQUIRÚGICA:

LUIS PEREZ MORENO

1 Introducción

Nuestro sistema de salud presenta un déficit que hacen necesaria una mejor gestión de los recursos, lo que nos obliga a llevar a cabo un estudio de los posibles problemas que podemos encontrar dentro del funcionamiento de nuestros hospitales. A día de hoy los hospitales realizan cada vez más actos quirúrgicos por lo que es importante:

- Una correcta gestión de esos actos.
- El conocimiento del funcionamiento y actividad hospitalaria y de su actividad.
- Asegurar su sostenibilidad, debido a su alto impacto en los presupuestos de los centros hospitalarios. El bloque quirúrgico es uno de los recursos que conlleva un mayor gasto económico y complejidad.
- Una gestión eficaz y eficiente aportaría mayores beneficios.
- Uno de los principales parámetros a mejorar en la política de gestión de las áreas quirúrgicas es el índice de cancelaciones de las intervenciones quirúrgicas.

Las consecuencias de la cancelación:

- Uso no óptimo de recursos generado por quirófanos no utilizados.
- Inconvenientes causados a pacientes, familias y miembros del personal sanitario.
- Gran impacto económico al sistema sanitario y emocional al paciente, (aumento en el tiempo de ingreso, mayor riesgo de infección hospitalaria y aumento de los costos para la institución).

Por ello, para que el bloque quirúrgico funcione correctamente, es importante una buena protocolización de la atención quirúrgica de modo que garantice la seguridad y eficacia del procedimiento.

2 Objetivos

Los objetivos generales del estudio son:

- Identificar y evaluar los motivos por los que se lleva a cabo la suspensión de cirugías de los Hopistales.
- Identificar en qué causas de suspensión podría actuar el personal con el fin de disminuir las tasas.

Los objetivos específicos en relación a los objetivos generales son:

- Identificar medidas para reducir el número de suspensiones.
- Establecer posibles recomendaciones para mejorar el desempeño del personal sanitario en este ámbito.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional con abordaje cuantitativo, seleccionando todas las cancelaciones de cirugías que se han producido el día previo o el mismo día de la intervención durante los años 2014-2018, con un total de 597 cancelaciones en el Hospital San Agustín de Avilés, Asturias.

4 Resultados

En el periodo de Enero de 2014 a Diciembre de 2018 fueron programados 10122 procedimientos quirúrgicos y suspendidos 597, evidenciando una tasa de suspensión quirúrgica del 3.8%.

En función de la especialidad, en el año 2014 observamos que el mayor número de cancelaciones se da en oftalmología (29 casos), en 2015 en dermatología (36), en 2016 en traumatología (31), en 2017 en traumatología (26) y en 2018 oftalmología (31).

Podemos observar que las razones para la suspensión quirúrgica fueron fundamentalmente debidas a factores relacionados con el propio paciente, como la incomparecencia, el alta médica o la negativa a la intervención.

5 Discusión-Conclusión

La suspensión de actos quirúrgicos es un problema de gran importancia debido al alto coste económico y social que supone.

En numerosos estudios se afirma que cualquier reducción en las tasas de suspensión de procedimientos quirúrgicos tiene el potencial de ahorrar importantes cantidades económicas.

Se estima que cerca del 60% de la suspensión de actos quirúrgicos son potencialmente evitables con técnicas de mejora de la calidad. El uso de un adecuado protocolo preoperatorio y la evaluación pre-operatoria junto con la Sistematización de la Asistencia de Enfermería Perioperatoria (SAEP) contribuiría a esta mejora.

Como hemos podido analizar, las razones de suspensión quirúrgica, son fundamentalmente debidas a motivos relacionados con el propio paciente (47%). Llevando a cabo una buena valoración enfermera pre-quirúrgica podríamos disminuir dichas tasas, pues actuaríamos ante la negativa del paciente a la intervención, la incomparecencia, el estrés o la ansiedad. Las tasas de suspensiones quirúrgicas siguen en aumento, aún no se ha establecido un consenso sobre qué actuaciones deben seguirse para disminuir dichas tasas.

El personal enfermero tiene una gran herramienta, la valoración de enfermería, que permite un estrecho contacto con el paciente y, en consecuencia, una rápida visión sobre los posibles problemas que pueden darse previos a la intervención, por lo que podría adelantarse a los acontecimientos y evitar futuras suspensiones. Conocer y analizar las causas de cancelaciones quirúrgicas es un paso previo esencial para poder reducir su incidencia.

La visita preoperatoria por parte del personal de enfermería posee efectos beneficiosos como la reducción de la ansiedad y el temor, siendo personalizada, proporcionando información y aplicando un plan de cuidados al mismo tiempo que se resuelven dudas del paciente.

6 Bibliografía

- Gaviria García G, Lastre Amell G, Suárez Villa M. Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. *Enferm Univ.* 2014; 11 (2) ISSN: 1665-7063.
- Ballantyne H. *Developing nursing care plan. Nursing standard.* Cambridge. 2016 [Citado 24 Febrero 2017]; 30 (26): 51-7.
- Torralbo Aranda E. *Cuidados de enfermería en el periodo perioperatorio.* Portales médicos. [edición electrónica] 2014 [citado 14 marzo 2017] 5. Disponible

en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-periodo-perioperatorio>.

- Abeldaño RA, Coca SM. Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enferm Univ. Córdoba*. 2016; 13 (2): 107-13.

- DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.005>.

- González Arévalo A, Gómez Arnau JI, DelaCruz FJ, Marzal JM, Ramírez S, Corral EM, et al. Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *AAGBI*. 2009; 64 (5): 487-493 DOI: 10.1111/j.1365-2044.2008.05852.x.

- Bejarano M. Evaluación cuantitativa de la eficiencia en las salas de cirugía. *Rev Colomb Cir*. 2011; 26: 273-84.

- Soares Ramos A, Batista Ferreira E, Wanderley Souza G, Silvera da Silva J, Carvalho Fernandes LC. Construcción de una cartilla educativa como herramienta de soporte a la Sistematización de la Asistencia de la Enfermería Perioperatoria y a la experiencia quirúrgica: relato de la experiencia. *Interfaces*. 2016; 4 (1): 182-190.

Capítulo 288

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS UPP DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

MONICA FERNANDEZ FALCÓN

EVA CLARA SAIZ LANDERAS

1 Introducción

La úlcera por presión es una lesión que se forma en la piel o tejido subyacente por la limitación del flujo sanguíneo debido a una presión prolongada entre dos planos duros, uno del paciente y otro externo a él.

Las zonas con más riesgo para padecer las UPP son: zona sacra, talones, caderas y tuberosidades isquiáticas, dependiendo de la posición anatómica en la que se encuentre el paciente.

Hay diferentes factores que favorecen la aparición de las UPP:

- Factores intrínsecos: estado general del paciente, nivel de movilidad, estado nutricional, edad e hidratación de la piel.
- Factores extrínsecos: presión, humedad, fricción y cizalla.

Las UPP pueden clasificarse en diferentes grados:

- Grado I: La piel se encuentra enrojecida, no cede al aliviar la presión durante 30 segundos. Afecta a la epidermis.
- Grado II: La piel tiene flictenas, vesículas y pérdida de continuidad. Afecta a la epidermis y a la dermis superficial.

- Grado III: Existe pérdida de tejido que llega hasta la dermis profunda e hipodermis.
- Grado IV: Existe una pérdida total de piel, con destrucción o lesión de los músculos, huesos o estructuras de sostén.

2 Objetivos

- Exponer las principales medidas preventivas para evitar el desarrollo de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
- Abordar el problema de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática de la literatura sobre cuidados de enfermería en la prevención de las úlceras por presión del paciente hospitalizado.

4 Resultados

La primera medida es la identificación de los pacientes susceptibles de desarrollar UPP, por lo que es de gran utilidad, es el uso de escalas que midan este riesgo, de este modo se podrán instaurar precozmente los cuidados apropiados.

Existen varias escalas para valorar el riesgo, entre ellas las más utilizadas son Norton y Braden. Deben ser utilizadas al ingreso del paciente .

También como medidas preventivas es importante:

- Cambios posturales de pacientes encamados cada 2-3 horas.
- Evitar el arrastre de los pacientes.
- Utilizar dispositivos que alivien la presión: colchones antiescaras, almohadas, etc.
- Examinar las prominencias óseas.
- Valorar el estado nutricional del paciente.
- Mantener una correcta higiene corporal, evitando la humedad.
- Ropa de la cama bien estirada, sin arrugas.
- Aplicar si es preciso aceites de protección, como los ácidos grasos hiperoxigenados.

Se debe tener bien claro cómo personal de enfermería que nuestro objetivo principal no es enseñar a curar una UPP sino a evitar su aparición o desarrollo a través de la planificación de cuidados a todo paciente con riesgo a desarrollarlas.

Las úlceras por presión se asocian a una mayor morbi-mortalidad de los pacientes, por ello son de gran importancia todas las medidas de prevención.

La valoración inicial al ingreso del paciente con cualquiera de las escalas adecuadas para ello, es imprescindible. Esta primera valoración es fundamental para confeccionar un buen plan de cuidados y así conseguir la no aparición de las UPP o evitar su desarrollo.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de la piel y los cambios posturales son algunas de las estrategias para la prevención de las úlceras por presión; por lo que, ante un paciente con riesgo de padecerlas, se hace necesario elaborar un adecuado plan de cuidados individualizado encaminado a disminuir o controlar los factores de riesgo, principalmente: movilidad, estado de la piel, hidratación y nutrición.

6 Bibliografía

- Enfermería intensiva 16(4), 153-163, 2005
- Guía de Cuidados Enfermeros. Úlcera por presión. Instituto Nacional de Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid. España.
- Taxonomía II NANDA versión 2003-2004. Página 1085. Nuevo manual de enfermería. Grupo Océano. Edición Española.
- Revista médica electrónica. Cuidados de Enfermería en úlceras por presión, 18 septiembre, 2017.
- Esevier. Gol. 23. Num. 3. Páginas 130-134(Marzo 2004).

Capítulo 289

RIESGOS BIOLÓGICOS HOSPITALARIOS ,CLASIFICACIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

SALUD CUENCO CUELLO

1 Introducción

Se define el Riesgo Biológico como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

Constituye uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores de Centros Sanitarios, afectando a todas las categorías. Están especialmente expuestos a la transmisión por vía sanguínea por los profesionales de enfermería, médicos y el personal de limpieza y lavandería.

El riesgo biológico es aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos , que existe en todos los ambientes, pero es mayor a nivel de hospitales y centros de investigación biomédica. En algunas ocasiones la infección se transmite directa o indirectamente de un paciente a otro; además los trabajadores sanitarios están en riesgo de adquirir infecciones a partir de los pacientes y a su vez contagiarlos a ellos, de forma que pueden actuar como fuentes, vectores u hospederos.

2 Objetivos

Los objetivos de esta revisión son:

1.- Establecer la clasificación de los agentes biológicos según el nivel de riesgo de la infección y las principales vías de entrada de los microorganismos al ser humano.

Clasificación y vía de entrada de los agentes biológicos:

- Según el nivel de riesgo de la infección, los agentes biológicos se clasifican como sigue:

Grupo de riesgo I: no es probable que causen enfermedades humanas.

Grupo de riesgo II: pueden causar enfermedades humanas; son un potencia peligro para los trabajadores aunque no es probable que se propaguen a la colectividad; suele existir una profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos.

Grupo de riesgo III: pueden causar enfermedades humanas graves, por lo tanto representan un serio peligro para los trabajadores; hay riesgo de propagación hacia la colectividad, pero se suele disponer de profilaxis o tratamientos eficaces contra ellos. No es probable que se propaguen por el aire.

Grupo de riesgo IV: causan enfermedades humanas graves y constituyen un serio peligro para los trabajadores; tienen alto riesgo de propagación hacia la colectividad y por lo general no se dispone de profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos

- Las vías de entrada de los microorganismos al ser humano son las siguientes:

Vía respiratoria: inhalación de aerosoles producidos por centrifugación de muestras, agitación de tubos, aspiración de secreciones, tos, estornudos, etc.

Vía digestiva (fecal oral): por ingestión accidental, al pipetear con la boca, al comer o fumar en el lugar de trabajo.

Vía sanguínea, por piel o mucosas: como consecuencia de pinchazos, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras, etc.

Entre los microorganismos patógenos del aire interior se encuentran bacterias, virus y hongos, sin olvidar a los ácaros del polvo, susceptibles todos ellos de generar infecciones en el ser humano. Estos agentes también pueden estar dentro de humidificadores, sistemas de agua y torres de refrigeración.

2.- Dar a conocer el concepto de Precauciones Universales/Estándar y sus principios, así como otros aspectos de importancia para la Bioseguridad.

Principios de las precauciones Universales/Estándar:

- Lavado de las manos: se recomienda efectuar lavado de manos con agua y jabón después de tocar cualquier fluido o secreción corporal independientemente de que se haya utilizado guantes o no; y lavarse las manos siempre después de retirarse los guantes, entre contactos con pacientes y en cualquier otra ocasión que

se considere necesario.

- Elementos de protección de barrera: se debe utilizar guantes, máscaras para protección ocular/pantallas faciales, tapaboca, ropas protectoras y delantales quirúrgicos, según grado y tipo previsible de exposición. Uso de guantes al manejar sangre o fluidos corporales, objetos potencialmente infectados o al realizar procedimientos invasivos, como colocación de sondas urinarias, punción lumbar o pleural, intubación endotraqueal, extracción de muestras de laboratorio de sangre venosa o arterial, manipulación de ropa sucia, curaciones de heridas, aspiración de secreciones, aseo de pacientes, etc. Las intervenciones quirúrgicas se deben realizar con doble guante. Se debe utilizar mascarilla cuando exista riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos hacia la mucosa nasal u oral; protección ocular, cuando existe este riesgo para la mucosa ocular; y batas y delantales impermeables frente a riesgo de grandes volúmenes de salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.

- Manejo de objetos cortantes o punzantes: tener extremo cuidado con los mismos, no reencapsular las agujas y si es imprescindible taponarlas, colocar la tapa de la aguja en una superficie sólida y con una sola mano ; eliminar el uso de dispositivos con agujas cuando existan alternativas seguras y efectivas; implementar el uso de dispositivos dotados de mecanismos de seguridad ; no dejarlos abandonados en cualquier sitio, comprobar que no van entre las ropas que se envían a lavandería y eliminarlos en contenedores rígidos de seguridad . El descartador debe estar hecho con material resistentes a pinchazos, provisto de asas para su transporte ubicadas lejos de la abertura del descartador y ésta debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado la mano del operador no sufra riesgo de accidente; debe ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante . Los contenedores se deben disponer en un lugar cercano al lugar de trabajo de modo que los implementos se puedan desechar de inmediato tras su utilización.

- Precauciones basadas en el mecanismo de la transmisión: se utilizan en pacientes que tienen diagnósticos o sospecha de infección por microorganismos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes, para los cuales se necesitan medidas adicionales a las precauciones estándar. Se debe tener en cuenta los tres mecanismos de transmisión que son vía aérea, gotas y contacto. Ejemplo de estas enfermedades son tuberculosis, varicela y sarampión

3 Metodología

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

4 Resultados

Uno de los pilares de la prevención es la formación de los trabajadores en materia preventiva, así lo contempla la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y atribuye al empresario el deber de garantizar la misma. Se ha demostrado que conocer y aplicar las medidas de prevención y protección disminuye el riesgo de contraer enfermedades laborales producidas por agentes biológicos.

5 Discusión-Conclusión

En el medio sanitario, los riesgos biológicos son los que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermo y el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas , por ello es muy necesario conocer todos los aspectos importantes de la bioseguridad.

6 Bibliografía

- Alberto Fica C., M. Irene Jemenao P., Gloria Ruiz R., Milton Larrondo L., Carmen Hurtado H., Gabriela Muñoz G. y Cecilia Sepulveda C. Accidentes de riesgo biológico entre estudiantes de carreras de la salud. Cinco años de experiencia. Chile. 2009. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v27n1/art05.pdf>
- Margarita María Orozco. Accidentalidad por riesgo biológico en los estudiantes de enfermería de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A, Bogotá, Colombia. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 16(1): 27 - 33, 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v16n1/v16n1a04>
- Silvia Ortiz Molina. Riesgos biológicos en estudiantes de enfermería. Enfermería clínica. Córdoba. 2003. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862103738224>

Capítulo 290

ÚLCERAS POR PRESIÓN Y MEDIDAS DE PREVENCIÓN.

SALUD CUENCO CUELLO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce. Este tipo de lesiones aparece principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:

- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

2 Objetivos

- Exponer las principales medidas de prevención para evitar la úlceras por presión.
- Abordar de manera global el problema de las úlceras por presión y la morbilidad asociada a las mismas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

El Grupo Nacional de Úlceras (GNEAUPP) realizó el primer Estudio Nacional de Úlceras por Presión en España con el objetivo de poder dimensionar el problema de las UPP, así como algunos aspectos relacionados con las tendencias de prevención en instituciones de Atención Primaria, hospitalaria y sociosanitaria.

Cuidados específicos:

- Piel:

Hay que examinar el estado de la piel, como mínimo una vez al día, para detectar rápidamente la aparición de la lesión. En su fase más temprana consiste en un eritema cutáneo que no palidece en piel intacta tras 30 minutos de haber cesado la presión. Se debe actuar sobre ella de inmediato y evitar que progrese a estadios más avanzados prestando mayor atención a las prominencias óseas (sacro, talones, caderas) y a las zonas expuestas a humedad por incontinencia, transpiración o secreciones.

Ha de mantenerse en todo momento la piel del paciente limpia y seca y se utilizarán jabones o sustancias limpiadoras que no agreden la piel, evitando la fricción cuando se realice su secado.

- Características y aplicación de los AGHO:

Resulta conveniente aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción. En los puntos de apoyo, donde hay riesgo de desarrollo de UPP y la piel se encuentra intacta, se recomienda la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO).

La aplicación de AGHO en las zonas de riesgo de desarrollo de UPP es una medida que forma parte de los protocolos de prevención de UPP, que se llevan a cabo en los hospitales más importantes de España. Los AGHO son una mezcla de ácidos grasos que han sido sometidos a un proceso de hiperoxigenación que les confiere su eficacia terapéutica. Protegen la piel frente a las causas que originan la aparición de las UPP, evitan la deshidratación cutánea y restauran la película hidrolipídica, aumentan la resistencia al rozamiento, mejoran la troficidad cutánea, impulsan la renovación celular y mejoran la microcirculación sanguínea evitando la isquemia tisular. Si se previene la aparición de UPP de grado I, se está previniendo sus complicaciones posteriores, como son las UPP de grado II, III y IV.

- Manejo de la presión:

La presión mantenida sobre determinadas zonas del cuerpo es el factor más importante en la aparición de UPP, ya que genera un proceso isquémico en los tejidos implicados como consecuencia de una disminución del aporte de oxígeno y de nutrientes a esa zona. Para minimizar el efecto de la presión hay que intentar mejorar la movilidad del paciente y realizar cambios posturales cada 2-3 horas cuando se encuentra encamado y, en el caso de que el paciente pueda moverse por sí solo, es conveniente que realice cambios de postura cada 15 min. Se debe evitar que el paciente se apoye directamente sobre sus lesiones, el contacto directo de las prominencias óseas entre sí y el arrastre a la hora de efectuar las

movilizaciones para reducir la fricción.

Algunas consideraciones sobre las UPP y su cura:

- Teniendo en cuenta que todas las UPP están contaminadas por bacterias, debe realizarse un diagnóstico clínico, basado en la inflamación, el dolor, el olor y el exudado purulento.
- La infección de una UPP puede estar influenciada por el déficit nutricional, la obesidad, la diabetes, neoplasias, edad avanzada, incontinencia, y por fármacos como los inmunosupresores y los citotóxicos.
- Si transcurridas 2-4 semanas, la úlcera no evoluciona favorablemente, pueden utilizarse apósitos que contienen plata en malla de carbón activado o recurrir a antibióticos locales como la sulfadiazina argéntica o el ácido fusídico.
- Para evitar que se formen abscesos o que la lesión se cierre en falso hay que rellenar parcialmente las cavidades y tunelizaciones con productos basados en los principios de la cura húmeda y evitar que se desque el lecho de la úlcera y se lesione el tejido periulceral.
- La cura en ambiente húmedo ha demostrado una mayor efectividad en este tipo de lesiones frente a la cura tradicional.

Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso, cada vez más, el problema de las UPP está teniendo repercusiones legales, ya que el hecho de que un paciente ingrese por una patología determinada y deba prolongar su estancia en el hospital debido a la aparición de una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenir la UPP.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

El Grupo Nacional de Úlceras (GNEAUPP) realizó el primer Estudio Nacional de Úlceras por Presión en España con el objetivo de poder dimensionar el problema de las UPP, así como algunos aspectos relacionados con las tendencias de prevención en instituciones de Atención Primaria, hospitalaria y sociosanitaria.

La tabla 1 resume algunos de los resultados encontrados que indican que hay una mayor prevalencia de UPP en el ámbito hospitalario, que se presenta con mayor frecuencia entre 71 y 90 años, que es más frecuente en mujeres que en varones, que la zona más afectada es el sacro y que la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión es mayor en los centros sociosanitarios.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio puede afirmarse que las UPP constituyen, hoy día, un importante problema de salud, que su prevención aún no es considerada como una prioridad y también que a pesar de que afecta primordialmente a las personas mayores, también hay que tener en cuenta su impacto en pacientes más jóvenes.

- Cuidados específicos:

En las zonas de especial riesgo para el desarrollo de este tipo de lesiones, como son los talones, se pueden utilizar sistemas de protección local ante la presión, siempre que sean compatibles con otras medidas de prevención, que faciliten la inspección de la piel y que no la dañen cuando se retiren, como los apósitos tipo bota-botín que se colocan y se retiran con mucha facilidad.

También hay que tener en cuenta que los diferentes dispositivos que se utilizan en los pacientes, como pueden ser las sondas, mascarillas o catéteres, pueden provocar problemas de rozamientos y de presión sobre la piel y que, en estos casos, será útil la aplicación de AGHO.

- Soporte nutricional:

Es imprescindible una adecuada nutrición para favorecer la cicatrización de las UPP e incluso para evitar su aparición. Habitualmente, los pacientes que desarrollan UPP reúnen una serie de condiciones, que dificultan una correcta nutrición, como pacientes de edad avanzada con problemas de inapetencia, carencia de dientes, o bien pacientes con problemas neurológicos o bajos grados de conciencia.

5 Discusión-Conclusión

Las Úlceras por Presión (UPP) son de rápida aparición y cursan con un proceso de larga curación debido al gran compromiso que se puede generar en las estructuras musculares y tendinosas de un área corporal, por ello es necesario conocer las medidas de prevención de la aparición de estas. La identificación del colectivo de riesgo a través de la escala de Braden y el conocimiento y instauración precoz de medidas de prevención disminuiría la incidencia de UPP .

6 Bibliografía

- J Am Geriatr Soc. 2009 Jul;57(7):1175-83. PubMed PMID: 19486198. 2009Feb;55(2):16-31. PubMed PMID: 19246782. 9. Panel for the Prediction and Prevention of pressure Ulcers in Adults. US: Department of Health and Human Services. Public Health Service. - Agency for Health Care Policy and Research; 1992 1992. 10. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory. García-Fernández F, Montalvo Cabrerizo M, García Guerrero A, Pancorbo Hidalgo P, García Pavón F, González Jiménez F, et al.
- Guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007 2008. 12.
- Lewis M, Pearson A, Ward C. pressure ulcer prevention and treatment: transforming research findings into consensus based clinical guidelines. Int J Nurs Pract. 2003 Apr;9(2):92-102. PubMed PMID: 12694478. 13.
- Pancorbo-hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IM, Alvarez-Nieto C. risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(2):94-110.

Capítulo 291

ULCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

La úlcera o escara es la herida de origen isquémico por la mortificación y necrosis de los tejidos la aparición de estas úlceras tiene relación como base física la relación que se presenta entre la presión ejercida y la intensidad de la misma. Es característico de este tipo de úlceras el que sin existir una superficie afectada haya una base extensa dañada.

2 Objetivos

Proporcionar un apoyo nutricionales que suponga una mejora en la cicatrización de las úlceras por presión. Determinar medidas de prevención de las úlceras por presión en el anciano.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una buena alimentación ayuda a los nutrientes a reducir un 95% la aparición de úlceras por presión para favorecer la cicatrización de las úlceras. Será imprescindible realizar una valoración inicial utilizando las escalas de valoración, de riesgo de ulcera para posteriormente planificar los cuidados de enfermería. Se examinará la piel al menos una vez al día aplicando ácidos grasos hiperoxigenados si se observa alguna rojez en zonas con presión. La higiene básica se hará con jabón neutro y agua templada. Cada 2 o 3 horas es recomendable realizar cambios posturales.

5 Discusión-Conclusión

Es indispensable una buena valoración inicial de la piel y utilizar escaladas de valoración inicial de la piel. Mantener una buena higiene y cuidados de enfermería.

6 Bibliografía

- <http://www.personamayor.org/consejos/prevención-de-las-ulceras-por-presión-en-las-personas-mayores/> editorial opositor mad

Capítulo 292

TUBERCULOSIS EN LA ACTUALIDAD.

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana causada por un el bacilo de kocch que afecta a los pulmones bronquios y pleura. Puede afectar a toda la población se transmite a través de gotas microscópicas de saliva por el aire (gotas de pflüge).

2 Objetivos

Dar a conocer entre la población sanitaria el origen de la tuberculosis y la importancia con la leche y la pasteurización.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con mucha menor frecuencia, el contagio se produce como resultado de la aerosolización de los microorganismos tras la irrigación de heridas infectadas, en laboratorios de micobacteriología o en la morgue.

En el pasado se informaban con frecuencia casos de TBC amigdalina, ganglionar, abdominal, ósea y articular como consecuencia de la ingestión de leche o productos lácteos (p. ej., queso) contaminados con *M. bovis*, pero esta vía de transmisión ha sido erradicada en los países desarrollados gracias al sacrificio de las vacas que obtenían resultados positivos en la prueba cutánea de tuberculina y a la pasteurización de la leche. La tuberculosis causada por *M. bovis* aún se halla en países en vías de desarrollo y en inmigrantes de estos países, donde la tuberculosis bovina es endémica (p. ej., algunos países de América Latina).

La creciente popularidad de los quesos elaborados con leche sin pasteurizar plantea nuevas preocupaciones, si estos quesos provienen de países con problemas de tuberculosis bovina (p. ej., México, el Reino Unido).

5 Discusión-Conclusión

En un principio, el bacilo *M. tuberculosis* causa una infección primaria que no suele producir una enfermedad aguda. La mayoría (alrededor del 95%) de las infecciones primarias no produce síntomas y al finalizar ingresa en una fase latente. Un porcentaje variable de las infecciones latentes se reactiva con signos y síntomas de la enfermedad. La infección no suele transmitirse durante el estadio primario y no contagia en la fase latente.

6 Bibliografía

- <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc>
- Editorial mad gia del opositor

Capítulo 293

XEROSTOMÍA.

ANDREA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARÍA SARAI FERNÁNDEZ SERRANO

1 Introducción

Las glándulas salivares se extienden por toda la boca excepto encías y porción anterior del paladar duro. Son las encargadas de la secreción de la Saliva , el 99% es agua y 1% moléculas orgánicas e inorgánicos.

La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad bucal "boca seca ". Según la facultad de Odontología de Granada un 40% de las personas mayores de 55 años la padecen.

2 Objetivos

Desarrollar y adquirir los suficientes conocimientos y habilidades que ayuden a manejar de forma correcta esta patología que padece en gran parte de la población adulta.

3 Metodología

Revisión bibliografía en diferentes bases de datos, revistas de portales médicos, Asociación Española de Odontología, Bibliotecas Nacionales de Medicina en EE.UU.

4 Resultados

La falta de saliva irrita los tejidos blandos y duros de la boca, aumentando la placa bacteriana y las patologías dentarias y bucales.

Existen dos tipos de xerostomía:

- Reversible: se da por factores externos. Existe una cura que va enfocada a solucionar las causas, eliminando los factores etiológicos que lo provocan.
- Irreversibles: causada muchas veces por fármacos empleados en patologías crónicas, enfermedades auto-inmunes y medicaciones con efectos anticolinérgicos.

Causas:

- Cambios hormonales, embarazo, menopausia.
- Tabaco y drogas.
- Quimioterapia, terapia con rayos X.
- Más de 500 fármacos, demostrado que la provocan.
- Diabetes, Anorexia, Bulimia, Enfermedades Hepáticas, Parkinson, mal de Hodgkin, Síndrome de Sjogren y Sida.

Síntomas:

- Dificultad para hablar, masticar y tragar.
- Lengua seca, áspera y llagas bucales.
- Halitosis, sed frecuente, sequedad de garganta.
- Se reduce el gusto, teniendo un gusto característico metálico.
- Dolor e irritación.

Tratamiento:

- No olvidarnos de las revisiones periódicas con el Higienista y el Dentista.
- Reducir o modificar por parte del médico los medicamentos que la provocan.
- Aumento de consumo de líquidos nunca a temperaturas extremas.
- Evitar consumo de cafeína, alcohol y tabaco.
- Sustitutivos de saliva o sustancias hidratante orales. Enjuague orales sin alcohol.

5 Discusión-Conclusión

La xerostomía se acentúa con la edad, los mayores de 65 años la presentan entre un 45% a un 65%; esta población también es la que más fármacos consume. Es aconsejable que los medicamentos se tomen a ser posible en la noche causando menos efectos sobre la humedad de la boca.

El estudio de la saliva para diagnosticar enfermedades tiene un futuro muy prometedor. Cada día se descubren nuevos marcados que ayudan a la medicina a identificar múltiples patologías mediante sencillos Test salivares.

6 Bibliografía

- López-Jornet Alteraciones de las glándulas salivares. Murcia. Universidad de Murcia 2002 p17.25.
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.
- Fox Pc Managment oficial dry motín.Dent clínica North Am 1997.
- Profesores del Master de Odontología en pacientes especiales. Departamento de Estomatologia Universidad de Valencia.
- Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneoencefálico.

Capítulo 294

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

SHURA ALCAIDE MARTINEZ

1 Introducción

También conocido como VPH no es un solo virus, son varios (más de 200) y normalmente causan verrugas en el cuerpo. Alrededor de unos 40 afectan a los genitales.

En este trabajo me voy a centrar en los que se contagian por vía sexual: los de bajo riesgo (verrugas) y los de alto riesgo (cáncer).

Para que se produzca el contagio una de las personas tiene que estar infectada. Si no hay nadie con el virus no se puede contraer. Es una infección habitual en personas con varias parejas sexuales o cuya pareja haya tenido varias parejas sexuales anteriormente.

2 Objetivos

Esquematizar los tipos clasificándolos en alto o bajo riesgo.
Aclarar síntomas, tratamiento y prevención.

3 Metodología

Además de mi experiencia personal y la de otras mujeres que han sufrido VPH de alto riesgo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una

búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, Google Académico seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los VPH de alto riesgo son por contagio sexual. La única vía de prevención es no mantener relaciones sexuales. Para las mujeres activas sexualmente es muy recomendable revisiones periódicas en el ginecólogo para realizar el papanicolau. Usar preservativo, aunque no es 100% eficaz. Y en niñas la vacunación.

5 Discusión-Conclusión

Es una infección muy extendida que en general no produce problemas en la salud. La persona no sabe normalmente que es portadora así que es aconsejable realizarse revisiones periódicas.

Es poco realista no mantener relaciones sexuales por el miedo a la infección. La mayoría de los médicos recomienda la vacunación a edades tempranas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 295

BALANCE HIDROELECTROLÍTICO DEL PACIENTE

M^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ

1 Introducción

El balance de líquidos de un paciente es la diferencia que se obtiene entre los líquidos ingeridos y los eliminados en un periodo de tiempo.

2 Objetivos

El organismo debe ajustar mediante mecanismos reguladores que este sea equilibrado, para evitar que un exceso o déficit en los líquidos corporales produzca alteraciones y por tanto pérdida de salud.

3 Metodología

- La ingesta de líquidos(vías de entrada son la enteral y la parenteral.
- La pérdida de líquidos: La piel, el sistema respiratorio, el sistema urinario, el aparato digestivo, el agua endógena, drenajes quirúrgicos.

4 Resultados

Los resultados obtenidos permiten al intensivista ajustar no sólo el volumen, sino la cantidad y calidad de los iones, para evitar la descompensación metabólica que agravaría la patología del enfermo.

El balance es parcial cuando se contabilizan los ingresos y pérdidas en un intervalo de tiempo, o es total cuando se realiza en un periodo de 24 horas.

5 Discusión-Conclusión

En determinadas patologías, la deshidratación grave, el cálculo de las cantidades va secundado por un protocolo analítico en sangre y orina y toma de muestras de drenados y aspirados.

Para mantener una buena salud es necesario que exista un balance adecuado de líquidos. Existe una relación entre la cantidad de líquidos que se ingiere y la que se elimina, con el fin de garantizar el funcionamiento fisiológico del organismo, de modo que se elimine la misma cantidad que se ingiere.

6 Bibliografía

- Técnicas Básicas de Enfermería. Equipo Macmillan Profesional. Autoras: Belén Montes Cascallana, Angeles López San Miguel. Dolores Fernández-Villacañas Martín, Milagros Pulido del Pino.

Capítulo 296

EL ESTREÑIMIENTO AFECTA A CUALQUIER EDAD

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

El estreñimiento es el tránsito difícil o infrecuente de materia fecal, el aumento de la dureza de ésta o una sensación de evacuación incompleta.

2 Objetivos

Se realizó búsqueda bibliográfica en web de divulgación científica tales como scielo ,pubmed o cuiden se utilizan paginas de Internet y manual merk.

3 Metodología

El estreñimiento representa un motivo de consulta muy frecuente a cualquier edad. De hecho, cualquier persona puede tener temporadas de estreñimiento, sobre todo coincidiendo con cambios de dieta o viajes.

4 Resultados

La mejor forma de prevenir el estreñimiento es llevar un estilo de vida saludable con una dieta rica en fibra, como la mediterránea. Además, conviene beber muchos líquidos, aproximadamente dos litros de agua al día, realizar ejercicio de forma regular y acostumbrar al cuerpo a ir al baño cuando tenga ganas de

defecar en lugar de esperar. Las personas de edad avanzada o con poca actividad presentan este trastorno con más frecuencia.

5 Discusión-Conclusión

El estreñimiento crónico es particularmente frecuente en los ancianos por la disminución de los reflejos intrínsecos del colon relacionada con la edad, las dietas bajas en fibra, la falta de ejercicio y el uso de medicamentos astringente.

6 Bibliografía

- <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/estrenimiento.html>
- Manual .

Capítulo 297

INFECCIÓN POR LEVADURAS INTESTINALES

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

La candidiasis es una infección causada por levadura de la familia de las cándidas. Existen 150 especies de cándidas distintas: cándidas albicans, cándida. Las levaduras están presentes en nuestro organismo poco después de nacer y viven en armonía con nosotros. Se encuentran en la piel, aparato digestivo y genitourinario.

2 Objetivos

Concienciar a la población sobre los peligros de las cándidas y enseñar a los pacientes métodos para reducir o evitar las infecciones por cándidas.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y en la página web de Biosalud sobre la aplicación de antifúngicos naturales y una dieta específica.

4 Resultados

Las cándidas son organismos dimórficos, (tienen 2 formas) que pueden vivir y manifestar como levaduras y hongos. Cuando las cándidas crecen en el intestino

pueden cambiar su anatomía y fisiología pasando de ser inofensivas levaduras a convertirse en hongos. Este nuevo estado es el causante de la llamada candidiasis.

En estado de levadura las candidas no son invasivas mientras que en estado micótico producen rizoides o raíces muy largas altamente invasivas que pueden penetrar en la mucosa intestinal. En este estado pueden causar inflamación y excesiva permeabilidad de la mucosa, afectando negativamente a la producción de enzimas y jugos para la digestión, al igual que la absorción de nutrientes. Por este motivo no es de extrañar que las personas con candidiasis presenten una deficiencia de nutrientes crónicas.

5 Discusión-Conclusión

El primer paso del tratamiento es dejar de alimentar estos microorganismos, haciendo uso de carbohidratos que requieren el mínimo de proceso digestivo y que dejen el mínimo residuo. Consecuentemente la implementación de este paso disminuirá la producción de ácidos y gases en la pared intestinal y las vellosidades y por lo tanto la irritación intestinal con el tiempo, la pared intestinal y las vellosidades se repararán y la digestión y absorción se normalizarán.

Las recomendaciones dietéticas que aconsejo para este desequilibrio tienen la misma base que el tratamiento dietético de la candidiasis.

6 Bibliografía

- <https://www.medicinaintegral.es/candidiasis-intestinal>.
- Cándidas crónica. Cervera nutricionista ortomolecular.

Capítulo 298

LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES.

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El presente capítulo lo basamos en conocer las enfermedades cerebrovasculares, llamadas ictus.

Los ictus ocurren cuando una arteria que va al cerebro se obstruye o se rompe, causando la muerte en un área del tejido cerebral provoca pérdida de irrigación sanguínea(infarto cerebral).Los ictus afectan al flujo sanguíneo en el cerebro de manera transitoria o permanente. Los procesos pueden ser: isquémicos o hemorrágicos.

Son una emergencia médica en cuestión de minutos, las neuronas comienzan a morir. Es fundamental tratamiento inmediato, las primeras 24 horas son decisivas. Cuando un paciente llega a la unidades de hospitalización, enfermería hace una valoración inicial, para la detección de factores de riesgo del ictus y facilitar prevención secundaria. La valoración neurológica realizadas por enfermería, se facilita con una escala validada , escala canadiense o escala de Glasagow, que incluyen, nivel de conciencia, orientación funciones motoras, pupilas, capacidad del habla, lenguaje, contantes vitales, evalúan el dolor mediante escala numérica, escala verbal analógica.

Los factores de riesgo del accidente cerebrovascular, pueden ser:

- Modificables: niveles altos de colesterol, hipertensión arterial diabetes, ser fumador, obesidad, depresión o estrés, trastornos cardiacos, consumo de drogas o endocarditis infecciosa.
- No modificables: haber sufrido un accidente cerebrovascular previo, ser persona mayor, tener antecedentes genéticos.

2 Objetivos

Conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad en España.

Prevención, detección precoz, tratamiento y cuidados.

Identificar por parte de enfermería, utilizando las guías necesarias de la unidad hospitalaria, cualquier cambio en el paciente.

3 Metodología

El propósito de esta revisión bibliográfica, es recopilar aquellos artículos científicos que relacionen la prevención, detección precoz, tratamiento y cuidados en el ictus.

Según los expertos en España se producen ictus cada 6 minutos.

La revisión de artículos en diferentes bases de datos en el periodo comprendido entre 2008 y 2019. Para esta revisión bibliográfica se ha utilizado buscador de google, especialista en la búsqueda.

4 Resultados

El estudio realizado comienza, que las ECV en 1980 fueron la principal causa de muerte en España. Uno de los elementos que coincide en el enorme descenso en mortalidad que se registra en 2008 es la puesta en marcha de varias unidades de ictus en España. Demandan formación continua en las enfermeras. Por otra gran parte las ECV se pueden prevenir, el conocimiento de los factores modificables y tratamientos en atención primaria, hizo que descendiera la mortalidad en el transcurso de los años hasta 2019.

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico a largo plazo para las personas diagnosticadas de ictus, ha mejorado notablemente en los últimos años. Necesario establecer acceso a las unidades de ictus y que el código ictus sea útil para un mayor número de ciudadanos. Seguir promoviendo la realización de estudios que aporten evidencia científica. Desarrollar guía práctica para el paciente y sus cuidadores, para ayudar a comprender mejor la enfermedad. Crear talleres para familias y grupos de apoyo. Rehabilitación hospitalaria y ambulatoria.

6 Bibliografía

- Manual MSD.
- Herat and stroke(Foundation of onatorio).
- Medline Plus.
- El sevier.
- Scielo(scientific electronic library online).
- Revista médica de España.

Capítulo 299

CUIDADOS DE LAS FÍSTULAS.

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

1 Introducción

Una fistula es una comunicación entre dos vísceras huecas o entre una víscera hueca y la piel, en general son consecuencia de una complicación quirúrgica o patológica (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa...).

En los enfermos con cáncer en estado terminal suelen ser consecuencia de un proceso tumoral, radioterapia, o complicaciones postquirúrgicas.

2 Objetivos

Exponer los cuidados principales que tiene que tener una fístula.

Abordar el problema de las fistulas y la morbilidad asociada a las mismas.

3 Metodología

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

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Las fistulas producen secreciones que son agresivas para la piel circundante, por lo que hay que tener especial cuidado con ellas, sobre todo, evitar fugas de líquido drenado ya que es un canal que comunica un órgano o conducto natural con otra superficie interna o externa.

Las fistulas se pueden dar en muchas partes del cuerpo:

- Arteriovenosas, entre una arteria u una vena.
- Biliares, durante una cirugía de vesícula para conectar los conductos biliares con la superficie cutánea.
- Cervicales, orificio anormal en el cuello o en la nuca.
- Craneosinuales, entre el espacio intracraneano y un seno paranasal.
- Enterovaginales, entre los intestinos y la vagina.
- Fecales o anales, las heces salen por un orificio diferente al anal.
- Gástricas, desde el estómago hasta la superficie cutánea.
- Metroperitoneales, entre el útero y la cavidad peritoneal.
- Umbilicales, conectan el ombligo con el intestino.
- Arteriovenosas pulmonares, en un pulmón la arteria pulmonar y la vena se conectan y así la sangre desvía el proceso de oxigenación en el pulmón.

Existen distintos tipos de clasificación de fistulas pero vamos a centrarnos en dos:

- Según la abertura: Ciegas, completas, incompletas.
- Según la parte del cuerpo afectada: externas, internas.

Según la abertura:

- Ciegas, están abiertas en un solo extremo, pero conectadas a dos estructuras.
- Completas, tienen orificios tanto externos como internos.
- Incompletas, son un tubo cutáneo cerrado en su interior que no se conecta con ningún órgano o estructura interna.
- En herradura, conectan el ano a uno o más puntos de la superficie cutánea después de circundar el recto.

Según la parte del cuerpo afectada.

- Externas:

Entero-cutáneas, cabeza, cuello, boca, anales.

- Internas:

Recto-vaginales, recto-vesicales, traqueo-esofágicas.

Cuidados:

En los cuidados a realizar en toda fístula, el objetivo a perseguir es evitar que las secreciones que se expulsan produzcan lesiones de la piel, disminuir el dolor y llevar al paciente a un nivel óptimo de autocuidados y calidad de vida.

Vamos a centrarnos en los cuidados de cuatro tipos de fístulas distintas:

- Fístula entero-cutánea.
- Fístulas recto- vaginales.
- Fístulas anales.
- Fístulas uretrales.

Fístulas entero-cutáneas:

Las secreciones que se expulsan son distintas según su localización, pero tienen una característica común, la agresividad de las enzimas digestivas frente a la piel.

Cuidados:

- Lavado de la zona con agua y jabón neutro.
- Evitar el uso de antisépticos.
- Emplear protectores cutáneos.
- Uso de bolsas de ostomía.
- No realizar más cambios de bolsa de los necesarios.
- Usar ambientadores y asegurar la buena ventilación de la habitación durante el cambio de bolsa o cura.

Fístulas recto-vaginales:

Producen la emisión de heces por la vagina.

Cuidados:

- Limpieza frecuente con agua y jabón.
- Lavados de arrastre con una dilución de 5 cc. de povidona yodada en 500 ml. de suero fisiológico.
- Si hay mal olor, hacer lavados con metronidazol,
- Proteger la piel circundante con pastas hidrocoloides.
- Si hay micosis, aplicar cremas de clotrimazol.
- Dejar compresas en el periné y cambiar cuando sea necesario.

- Si hay dolor, hacer la cura lo más suavemente posible y dar dosis extra de analgésicos.
- Colocar empapadores en la cama.
- Registrar la actividad en hojas de enfermería.

Fístulas Anales:

Es la comunicación de un absceso rectal con el exterior o con otro espacio anatómico. Son consecuencia de la cronificación de un absceso ano-rectal. En ocasiones aparecen como fisuras, enfermedades inflamatorias, traumatismos, neoplasias y efectos de tratamientos de radioterapia.

Según el trayecto que siguen, pueden ser:

- Interesfinteriana.
- Transesfinterianas.
- Supraesfinterianas.
- Extraesfinterianas.
- Rectovaginales.

Fístulas Uretrales:

Comunican el conducto ureteral con órganos vecinos como el recto o vagina, a veces, también con la piel, produciéndose la salida de orina al exterior durante la micción.

Pueden ser:

- Congénitas: comunican la uretra con el recto, necesita cirugía para reconstruirlas.
- Adquiridas: debidas a la complicación de un proceso inflamatorio o tumoral de la próstata y también consecuencia de lesiones traumáticas.
- Características del cuadro clínico: incontinencia, micción conservada o no, emisión de gases, material fecal por el conducto...

Necesitan cirugía para ser reconstruídas y suelen ser recidivas.

5 Discusión-Conclusión

Existen muchos tipos diferentes de fístulas, presentando cada una de ellas una problemática asociadas y unos cuidados específicos. Es fundamental el adecuado conocimiento para poder solucionar los problemas relacionados con la mayor brevedad posible. Así conseguiremos una menor morbilidad asociada en los pacientes.

6 Bibliografía

- Anotomo-fisiología; Martín Villamor P., Soto Esteban J.; Vol II. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.; 1994.
- Enfermería médico-quirúrgica; Piriz Campos R., de la Fuente Ramos M.; Ed. DAE. 2001.
- Diccionario Mosby de enfermería y ciencias de la salud. Ed. Hartcourt. 5ª Edición.
- Técnicas en enfermería clínica. 4ª ed. Vol II. Editorias Mcgraw-Hill, Interamericana. 1998.
- Medicina Interna; P. Farreras, C. Rozman. Volumen II. Duodécima edición. Ed. Doyma. 1992.

Capítulo 300

CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO. TODO LO QUE SE DEBE SABER.

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

1 Introducción

Ostomía, es el término con que se llama a la intervención quirúrgica que tiene como objetivo crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal, para llevar al exterior los productos de desecho del organismo. Esta abertura que se crea en la ostomía se llama estoma.

2 Objetivos

Exponer los principales tipos de estoma que existen y sus cuidados.
Abordar el problema de los estomas y la peculiaridad de los cuidados de los pacientes portadores de estomas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es el paciente que ha sido sometido a una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica o estoma que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima), y sociales (dificultad de integración y reinserción).

Procedimiento en el que se hace un orificio para permitir el paso de orina desde la vejiga o del contenido intestinal desde el intestino a una incisión o estoma creado quirúrgicamente en la pared del abdomen. La ostomía también se puede realizar para corregir un defecto anatómico, para aliviar una obstrucción o para permitir el tratamiento de una infección o lesión grave del tracto urinario o intestinal.

Procede del griego stoma y significa boca. Un estoma es una parte de intestino grueso o delgado o el tracto urinario que mediante procedimiento quirúrgico, se trae a la pared abdominal.

- Según su función:
 - Estomas de nutrición.
 - Estomas de drenaje.
 - Estomas de eliminación.

- Según el tiempo de permanencia:
 - Temporales.
 - Definitivas.

- Según el órgano implicado:

Intestinales:

- Colostomía: sigmoide, descendente, transversa, ascendente.
- Ileostomía.

Urinarias:

- Urostomía: ureterosmía cutánea, ureteroileostomía, ureterosigmoidostomía, citostomía.
- Tráquea: traqueostomía.

Cuidados y preocupaciones:

Se basa en la prevención y tratamiento de lesiones de los tejidos que rodean al estoma.

Valorar:

Tipo de ostomía, tamaño de la bolsa a usar, alergias al adhesivo, color del estoma, tamaño del estoma, sangrado, estado de la piel que lo rodea, cantidad y tipo de heces evacuadas, posibles molestias abdominales o distensión y estado emocional del paciente.

Precauciones:

Evitar el empleo de soluciones con alcohol o benzoina, no frotar la piel, lavar con jabón neutro y agua, secar bien la piel, no usar pomadas frías, observar la aparición de úlceras, vigilar la aparición de prolapsos o retracción, usar guantes estériles, evitar tirones sobre la piel al retirar la bolsa y realizar sólo los cambios de bolsa necesarios para no irritar la piel.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes ostomizados requieren un manejo particular e individual. Es fundamental conocer el tipo de estoma que tiene el paciente y los cuidados específicos que puede necesitar. De esta manera el proceso de atención a estos pacientes será de más calidad y con mejores resultados en términos de salud.

6 Bibliografía

- Diccionario Mosby de enfermería y ciencias de la salud. Ed. Hartcourt. 5ª Edición.
- Técnicas en enfermería clínica. 4ª Ed. Vol II. Editorial Mcgraw-Hill, Interamericana. 1998.
- Enfermería médico-quirúrgica; Piriz Campos R., de la Fuente Ramos M.; Ed. DAE. 2001.
- Gastroenterología. J Edward Berk. Vol III y IV. 4ª edición. Ed. Salvat. 1987.

Capítulo 301

FACTORES DE RIESGO EN LA CIRUGÍA

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

1 Introducción

La cirugía es la rama de la medicina relacionada con enfermedades y traumatismos que requieren intervenciones cruentas.

Existen multitud de factores que influyen sobre las respuestas fisiológicas y psicológicas en una intervención quirúrgica: edad, nutrición, obesidad, radioterapia, desequilibrio hidroeléctrico, respuesta neuroendocrina ineficaz, enfermedades crónicas, tabaquismo.

2 Objetivos

Exponer cuales son los principales factores de riesgo en la cirugía.
Abordar de manera individual cada uno de los factores de riesgo par ala cirugía y problemática asociada a los mismos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Edad:

Ante una cirugía, presentarán mayor riesgo los niños y personas mayores, unos por estar su cuerpo y mente inmaduros y los otros por los cambios degenerativos propios del envejecimiento.

Nutrición:

En una intervención se verá aumentada la necesidad de nutrientes. Un paciente desnutrido está predispuesto a una cicatrización dificultosa y a una infección quirúrgica. Si la intervención es programada y el estado nutritivo está alterado, puede corregirse en el periodo preoperatorio.

Obesidad:

Con la obesidad se va a incrementar el riesgo quirúrgico, pues estos pacientes suelen presentar una disminución de la función ventiladora y cardíaca, así como dificultad para llevar a cabo una actividad física normal. Se dificulta la cicatrización y existe riesgo de dehiscencia.

Radioterapia:

En enfermos con cáncer, la radioterapia suele aplicarse antes de la intervención para reducir el tamaño del tumor, pero estas radiaciones provocan problemas en la cicatrización (se adelgaza la capa dérmica, se destruye el colágeno y existe deterioro vascular). Por ello, lo aconsejable es prorrogar la intervención hasta pasados 6-8 semanas tras la radioterapia.

Desequilibrio hidroeléctrico:

El estrés quirúrgico provoca reacciones hormonales que producen retención de sodio y agua, además de pérdidas de potasio en los primeros días del postoperatorio. Por eso, un paciente que en el preoperatorio presenta hipovolemia y/o alteraciones electrolíticas, está en situación de riesgo durante y después de la intervención.

Respuesta neuroendocrina ineficaz:

Si existen, pueden presentarse complicaciones postoperatorias como el shock y retraso en la curación de las heridas. También puede existir una baja tolerancia a la anestesia y mayor posibilidad de desequilibrio de líquidos y electrolitos.

Enfermedades crónicas:

La existencia de una o varias enfermedades crónicas no afecta necesariamente al grado de riesgo quirúrgico. La naturaleza y extensión de la enfermedad, así como el grado de control de la misma, son variables muy importantes.

Enfermedades pulmonares, por ejemplo, EPOC. Afectan a la respuesta a anestésicos y capacidad de superar problemas respiratorios tras la cirugía.

Enfermedades cardiovasculares: es necesario que el corazón esté en buenas condiciones para que bombee con efectividad la sangre y los vasos sanguíneos se contraigan eficazmente para prevenir el shock o desequilibrios de líquidos.

Insuficiencia renal: puede aumentar el riesgo por la dificultad para eliminar cantidades excesivas de electrolitos y productos de desecho del catabolismo. Puede haber sobrecarga de líquidos por administración de líquidos parenterales y si la producción de orina no es la adecuada.

Diabetes mellitus: ha de estar bien controlada antes de la intervención. Los cambios en la actividad de glucocorticoides y nivel de potasio tras la cirugía, puede afectar al uso de la insulina.

Tabaquismo:

El tabaco irrita el árbol traqueobronquial y aumenta las secreciones que pueden obstruir las vías respiratorias y disminuir la ventilación. Se aconseja que los fumadores abandonen el hábito del tabaco un tiempo anterior a la cirugía para reducir complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía supone una agresión para el paciente que se somete a la misma. Existen factores de riesgo del propio paciente, algunos modificables y otros no, que pueden hacer que este evento cause una serie de secuelas más o menos importantes. Si conocemos cuales son los principales factores de riesgo implicados podremos brindar un mejor apoyo durante todo el proceso perioperatorio.

6 Bibliografía

- Abascal Altuzarra, M^a Luisa; Maimo Vaquer, M^a Ventura; Negueruela Sánchez, Francisco J.; Días Duarte, Lourdes. Tecnología Sanitaria 1. Ed. Everest, 1990. XIX/ 171-180.
- Carole G. Phipps, Barbara C. Long. Enfermería médico-quirúrgica. Ed. Mosby 2000, 1997. XX/414-480.
- Cayado B. Rubén. Cirugía básica. Ed. Mc-Graw-Hill Interamericana S.A., 1998. II/87-192.
- Fernández Delgado, Adela Ángeles, Durán Pérez M^a Asunción, Baeza Fernández de Rota, Margarita. Manual para Auxiliares de Enfermería. Ed. Centro de Escuelas Procesales, 1997. XXVI/ 295-303.

Capítulo 302

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO.

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

1 Introducción

Son los cuidados que corresponden al periodo posterior a la intervención quirúrgica, desde el momento en el que el paciente ingresa en la unidad postanestésica o de recuperación (URPA).

Algunos pacientes pasan directamente del quirófano a su habitación e incluso a su domicilio, si han sido intervenidos con anestésico local. Sin embargo, aquellos intervenidos bajo anestesia general son llevados a estas unidades para luego pasar a su habitación.

Objetivos del postoperatorio:

- Recuperación del equilibrio fisiológico.
- Prevención de complicaciones.
- Tratamiento del dolor.
- Restablecimiento del paciente

2 Objetivos

Explicar el principal protocolo de actuación en URPA.

Exponer los principales criterios para dar de alta al paciente de la URPA.
Abordar la situación del postoperatorio tardío o mediato así como sus cuidados posteriores.

3 Metodología

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

4 Resultados

Postoperatorio inmediato:

Los cuidados en esta etapa se harán en la sala de recuperación postanestésica, situada próxima al quirófano para facilitar la asistencia inmediata en caso de complicaciones. Estos cuidados se van a centrar en:

- Valoración postoperatoria e intervenciones apropiadas.
- Vigilancia y tratamiento de cualquier complicación.
- Registro de signos y datos del paciente.
- Proporcionar el mayor confort: luz baja, ausencia de ruidos y temperatura ambiental adecuada.

Protocolo de actuación en URPA:

El Auxiliar de Enfermería actuará en colaboración con la enfermera de la Unidad.

Las actuaciones a realizar son:

- Colocación del pulsioxímetro: para monitorizar la saturación de oxígeno.
- Colocar monitor electrocardiográfico: se aplicarán los electrodos en la posición correcta conectando con el monitor de registro electrocardiográfico.
- Colocar adecuadamente sueros y comprobar la permeabilidad de las vías venosas.
- Aplicar oxigenoterapia si estuviera prescrito
- Valorar al paciente siguiendo el test de Aldrete: cuando al valorar se obtiene más de 7 puntos sobre 10 la persona podrá ser trasladada a su habitación; si no llega a tal puntuación permanecerá más tiempo en la URPA o será llevado a la UCI si aumentan las complicaciones.

Criterio para dar de alta al paciente de la URPA:

Los criterios que hay que tener en cuenta a la hora de dar de alta a un paciente en la URPA son los siguientes:

- Los signos vitales son estables e indican que la función respiratoria y circulatoria son adecuadas.
- El paciente está despierto o se despierta fácilmente, pidiendo ayuda si la necesita.
- Se han evaluado las complicaciones postquirúrgicas y están bajo control.
- Las funciones motrices sensoriales han retornado.

Postoperatorio tardío o mediato:

Antes de trasladar al paciente a su habitación, una vez éste ha cumplido los criterios de alta en la URPA, el equipo de enfermería debe comunicarlo al personal de planta que va a recibir al paciente.

El Enfermo irá acompañado por un miembro del equipo de enfermería, quien entregará en planta la historia clínica y hoja perioperatoria donde se reflejará:

- Tipo de intervención.
- Tipo de anestésicos y medicación administrada.
- Estado general del paciente.
- Evolución postoperatoria en URPA.
- Existencia de apósitos, drenajes y catéteres y registro de constantes en la URPA.

Periodo inicial:

Realización y registro de la valoración de:

- Signos vitales.
- Nivel de conciencia.
- Aspecto de la piel.
- Presencia y características del dolor.
- Náuseas o vómitos.
- Revisión de apósitos.
- Revisión de tubos y drenajes.
- Revisión de perfusiones intravenosas.
- Posición del paciente.

Cuidados posteriores:

- Estado respiratorio: valorar frecuencia respiratoria; ejercicios de respiración y expectoración; deambulación precoz y cambios posturales; estimular la ingesta de líquidos para fluidificar secreciones; aspiración si se precisa.
- Estado cardiovascular: Movilización y deambulación precoz; medias antiembolia según prescripción médica.

- Ingestión y excreción de líquidos: dar pequeños sorbos de agua o mojar los labios según prescripción médica; administrar soluciones intravenosas prescritas; realizar aseo bucal; realizar balance de líquidos.
- Nutrición: administrar dieta prescrita comprobando tolerancia; estimular y observar la ingesta; vigilancia y cuidados específicos ante alimentación enteral o parenteral.
- Eliminación fecal: estimular la deambulación y movilización precoces; estimular y observar la ingesta; administrar enema o supositorio según prescripción facultativa.
- Protección de la piel y cuidados de la herida quirúrgica: aseo del paciente; arreglo adecuado de la cama; prevención de úlceras por presión; observar técnicas asépticas; cuidados específicos de la higiene.
- Tratamiento del dolor: administrar analgésicos o colaborar en otros tratamientos aplicados por el médico, método de distracción (televisión, visitas, aplicar frío/calor), técnicas de relajación.
- Restablecimiento de la movilidad: movilización y deambulación precoces y progresivas según prescripción médica.
- Seguridad del paciente: necesidad de colocar barandillas en la cama, timbre de llamada a su alcance.

5 Discusión-Conclusión

La situación del postoperatorio requiere de unos cuidados especiales por la vulnerabilidad que presenta el paciente tras la cirugía. Es fundamental conocer cuales son los principales protocolos de manejo para estandarizar el cuidado y manejo en este periodo.

6 Bibliografía

- Abascal Altuzarra, M^a Luisa; Maimo Vaquer, M^a Ventura; Negueruela Sánchez, Francisco J.; Díaz Duarte; Lourdes. Tecnología sanitaria 1. Ed. Everest, 1990. XIX/171-180.
- Carole G. Phipps, Barbara C. Long. Enfermería médicoquirúrgica. Ed. Mosby 2000, 1997. XX/414-480.
- Díaz Lourdes, Negueruela Francisco J., Maimo Moria V., Abascal M.L. Tecnología sanitaria II. Ed. Everest. 1996. XIVXV/ 150-160.
- García Conde Esther; Riera Muste, Nuria. Prácticas sanitarias. Ed. Everest, 1996. IX/90-98.

- Ignatavicius Donna; Varner Bayne Marilyn. Enfermería profesional. Ed: McGraw-Hill, 2001. Vol. IX, unidad V/ 459-509.

Capítulo 303

AREA DEL SERVICIO DE FARMACIA Y FUNCIONES DEL TCAE.

MARIA VICTORIA GALLARDO FRA

1 Introducción

La administración de medicamentos, es el procedimiento mediante el cual se suministran al paciente, los medicamentos que se le han prescrito. El fundamento es ayudar al organismo a vencer las enfermedades, aliviar los síntomas de las enfermedades, propiciar la salud y evitar la enfermedad, ayudar en el diagnóstico, etc. El médico es quien determina las necesidades de medicación del paciente y lo refleja por escrito en la orden de medicación o cualquier otro documento apto para este cometido. Inmediatamente activa el tratamiento para que el Servicio de Farmacia proceda a la dispensación.

2 Objetivos

Ayudar a mejorar el trabajo asistencial de los técnicos en farmacia formado sobre aspectos clínicos, terapéuticos y logísticos que se va a encontrar en el desarrollo de su actividad diaria.

3 Metodología

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

existente de las funciones del área de farmacia y funciones del TCAE. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

Área de almacenamiento y dispensación de medicamentos:

En ella se almacenan y conservan los medicamentos, con el fin de cubrir las demandas del hospital. Para su almacenamiento existen zonas con grandes estanterías donde los medicamentos están colocados por orden alfabético o por grupos terapéuticos.

Hay medicamentos que por sus características especiales deben guardarse en lugares específicos, como los de fluidoterapia, que dado su gran volumen de almacenaje, se guardan en almacenes exclusivos para este fin.

Para los medicamentos termolábiles se dispone de cámaras frigoríficas y congeladores que garantizan la cadena de frío.

Los medicamentos potencialmente peligrosos, como son los estupefacientes psicotrópicos, se guardan en armarios de seguridad al que solo los farmacéuticos tiene acceso.

Los medicamentos fotosensibles se conservan en envases especiales de cristal (color topacio) o protegidos con papel de aluminio y se disponen en estanterías exclusivas para ellos.

Vocabulario:

- Termolábiles: Término que define a productos que son sensibles al calor, pudiendo descomponerse o degradarse si no se mantienen en lugares fríos.
- Estupefacientes y psicotrópicos: Son sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central disminuyendo o alterando su capacidad de reacción, pudiendo causar efectos irreversibles si se toman en dosis no controladas.
- Fotosensibles: Sustancias que en presencia de una fuente luminosa reaccionan cambiando sus propiedades iniciales.

Funciones del TCAE:

Al recibir los pedidos, deben realizarse las pautas siguientes:

- Verificar la identidad del laboratorio.
- Comprobar la concordancia de los medicamentos pedidos y sus cantidades con lo recibido, según los albaranes.

- Controlar el lote y la fecha de caducidad, tanto de los medicamentos servidos como de los medicamentos ya almacenados.
- Comprobar el estado de los medicamentos termolábiles, garantizando su conservación sin romper la cadena de frío.
- Una vez realizados los pasos anteriores, se procede a firmar la hoja de albarán.
- Colocar el pedido en el lugar apropiado.
- Ordenar los medicamentos respetando los lugares y las normas establecidas. Hay que tener la precaución de poner los medicamentos recibidos detrás de los ya existentes para que se consuman en primer lugar los más antiguos.

Área de dispensación farmacológica:

Su cometido es dispensar los medicamentos solicitados. Los pedidos se hacen en impresos diseñados para la comisión de farmacia. Estas peticiones son realizadas por los supervisores de planta y se expenden al ser autorizadas por el responsable del servicio de farmacia.

Cada unidad de hospitalización requiere distintos medicamentos, según la patología de base que presenten los enfermos. Es común que en las plantas exista un pequeño almacén de medicamentos para atender a situaciones imprevistas. Este almacén se controla periódicamente con el fin de reponer los medicamentos.

Los pedidos de estupefacientes y psicotrópicos se efectúan en impresos o recetas especiales. La dispensación y retirada de estos productos suele estar más controlada. Todos los pedidos son revisados antes de su entrega; se comprueban los medicamentos servidos, las dosis y sus formas de presentación.

Funciones del TCAE:

- Recoger las hojas de pedido.
- Prepara los pedidos, comprobando su identidad y la fecha de caducidad de los medicamentos.
- Suministrar los pedidos.
- Contactar con el farmacéutico y el diplomado en enfermería siempre que sea necesario.
- Informar al responsable de la falta de medicación al poner los pedidos.

Área de farmacotecnia:

En esta zona se preparan dosis especiales de ciertos medicamentos, según las pautas establecidas por la comisión. Por ejemplo, bicarbonato sódico en sobres de gramo.

La preparación y manipulación de estos medicamentos se realiza en condiciones de higiene y asepsia suficientes para evitar riesgos sanitarios. Igualmente, se preparan fórmulas magistrales.

Para elaborar las fórmulas, el servicio de farmacia cuenta con un laboratorio equipado con el material y los productos precisos. Dado que estas fórmulas magistrales son preparados no normalizados que solita un médico para una circunstancia especial que sufre el paciente, se deben requerir en hojas separadas de la medicación habitual.

Otras fórmulas magistrales más frecuentes y normalizadas no precisan peticiones extraordinarias, ya que es habitual que se encuentren preparadas y listas para su uso. Dentro de este apartado existen preparaciones estériles y no estériles, aunque siempre estas últimas se deben realizar en las debidas condiciones de higiene y asepsia.

Funciones del TCAE:

- Colaborar en la preparación de las diluciones y en envase de fórmulas comprobando continuamente la identidad del producto que se está manejando y manteniendo en todo momento las condiciones de higiene.
- Preparar sobres en la máquina dosificadora.
- Colaborar en el llenado y el cierre de cápsulas con pulcritud, exactitud y limpieza. Tanto los utensilios que se manejan como las manos han de estar limpios. Es conveniente siempre el uso de guantes.
- Mantener el orden en la colocación de las materias primas y fórmulas magistrales ya preparadas.
- Renovar las etiquetas de los envases que contengan productos para prevenir confusiones.

Área de nutrición artificial:

Es un lugar destinado a la preparación de soluciones de nutrición artificial en sus dos modalidades: enteral y parenteral, para cubrir el aporte de nutrientes en aquellos pacientes que por su patología lo requieran.

El farmacéutico suele estar incorporado a la unidad de soporte nutricional del hospital, aportando sus criterios sobre los tipos de nutrición artificial y las composiciones. Las prescripciones de nutrición artificial son realizadas por los médicos que atienden al paciente. La unidad de nutrición artificial elabora y suministra los preparados conforme a los protocolos establecidos.

La preparación de la nutrición parenteral se realiza en zonas estéril, bajo cabinas de flujo laminar, garantizando su composición, esterilidad y la estabilidad del preparado.

Una cabina de flujo laminar, cámara de flujo laminar o campana de flujo laminar es un receptáculo en forma generalmente prismática con una única cara libre (la frontal) que da acceso al interior, donde se localiza la superficie de trabajo, que normalmente permanece limpia y estéril.

Funciones del TCAE:

- Poner en funcionamiento la cabina de flujo laminar al iniciar la jornada de trabajo.
- Recoger las prescripciones. Estas son revisadas y analizadas por el responsable del servicio de farmacia.
- Colocar en bandejas individuales el material y las soluciones necesarias para la preparación de la alimentación artificial. Esta operación se realiza con guantes y con medidas de asepsia.
- Manipular las bolsas de nutrición parenteral, introducirlas en recipientes especiales para protegerlas de la luz y colocar las etiquetas con el nombre del paciente y la unidad de hospitalización.
- Lavar las bandejas y el material utilizado.
- Limpiar diariamente la cabina de flujo laminar con agua y jabón. Una vez aclarada, se pasa una compresa empapada en alcohol.
- Limpiar el local y el mobiliario.
- Controlar las existencias de nutrientes y de material médico-quirúrgico.

Área de citostáticos:

En ella se preparan medicamentos cuya manipulación inadecuada puede ser peligrosa para la salud. Este tipo de preparados se maneja garantizando su composición, estabilidad y la seguridad del manipulador y del medio ambiente.

Esta área tiene una zona estéril donde está instalada una cabina de flujo laminar de alta seguridad biológica, con salida de aire filtrado al exterior. En ella se realiza la dosificación de los medicamentos citostáticos. (que inhibe el crecimiento y la multiplicación de las células).

Funciones del TCAE:

- Poner la cabina de flujo laminar en funcionamiento.
- Entregar al responsable del servicio las peticiones de citostáticos para ser revisadas.

- Colocar en las bandejas individuales los medicamentos y disolventes necesarios para su preparación.
- Comprobar el etiquetado de las preparaciones e introducirlas en bolsas fotoprotectoras estériles que son etiquetadas con el nombre del paciente y la unidad de hospitalización.
- Lavar las bandejas y limpiar la cabina de flujo laminar según las normas establecidas.
- Mantener el lugar en condiciones adecuadas de orden y limpieza.

Métodos de distribución y control de medicamentos:

La distribución de medicamentos desde el servicio de farmacia a las diferentes plantas del hospital se realiza con celeridad y cuidado para no cometer errores. Se puede hacer de dos modos:

Método tradicional:

- Prescripción por el médico en la hoja de tratamiento.
- Transcripción de las órdenes médicas al libro de tratamiento por parte del personal diplomado de enfermería.
- Petición de la medicación en los impresos adecuados, bien por enfermo o con carácter global para todo el servicio o unidad.
- La farmacia prepara los pedidos y los entrega en cestas o bolsas a las unidades que lo solicitan.
- En la unidad se comprueba la medicación remitida y se coloca en los cajetines destinados a cada paciente. Existe, además, un almacén de medicamentos en la planta.
- Preparación de las dosis en los intervalos prescritos y adecuados de la medicación.
- Administración del medicamento con el material adecuado.
- Registro de sus administración en las hojas de medicación.

Inconvenientes: pueden producirse errores. Estos se inician en el momento de la prescripción por parte del médico y en la transcripción del tratamiento por parte del diplomado de enfermería, al igual que al solicitar los medicamentos al servicio de farmacia. El farmacéutico, al carecer de datos clínicos relativos al paciente, no puede detectar las incompatibilidades terapéuticas. Existe un mayor riesgo de contaminación e invalidez del medicamento por inadecuada manipulación y malas condiciones ambientales. Exige más tiempo por parte de personal de enfermería en acciones relacionadas con el medicamento.

Hay más posibilidad de caducidad de los medicamentos.

Método de uni dosis:

Es un sistema más racional en cuanto a la preparación y distribución de los medicamentos. Las pautas a seguir suelen ser:

- Al ingreso del paciente en la unidad, el diplomado de enfermería envía al servicio de farmacia la hoja terapéutica, identificada con los datos del paciente, donde se irán registrando las órdenes médicas.
- El médico dispone de unas hojas autocopiativas y exclusivas para prescribir medicamentos. En estos documentos se anota el tratamiento del paciente.
- El personal de enfermería envía las copias de estas hojas al servicio de farmacia.
- El personal auxiliar prepara las hojas de prescripción para que el farmacéutico las interprete y las registre.
- El personal auxiliar de enfermería prepara la medicación que el paciente necesitará durante 24 horas y la coloca en un recipiente revisado y controlado por el responsable del servicio farmacéutico.
- Los medicamentos se administran a los pacientes en las horas establecidas.
- Registro de su administración en la hoja de control.

Ventajas: conservación del medicamento en mejores condiciones higiénicas, dado que su identificación se realiza en el momento de ser administrado. Las soluciones orales e inyectables se dosifican con mayor precisión, logrando un mayor aprovechamiento del medicamento. La distribución individual por paciente y día aumenta la seguridad y calidad terapéutica. Se reduce el tiempo empleado por el personal de enfermería en estas acciones.

Consideraciones del método de unidosis:

- Trabajo multidisciplinar integrado por el médico, farmacéutico, personal de enfermería y administración.
- Envasado especial de los medicamentos.
- Carros adecuados para la distribución de la medicación.
- Impresos autocopiativos específicos donde se pueden anotar las prescripciones y los cambios de la medicación.
- Elaboración de una historia farmacoterapéutica que se realiza en el servicio de farmacia.
- El mayor problema se suscita cuando se modifica el tratamiento durante el día.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del profesional de TCAE en el área de farmacia son muy concretas y diferentes según el ámbito o área en el que tenga que participar. Es fundamental

un adecuado conocimiento para reducir al máximo el riesgo de error.

6 Bibliografía

- Tecnología farmacéutica. Escrito por Néstor Segundo Álvarez Cruz, Ana Julia Bague Serrano, Editorial Club Universitario 2012. San Vicente. Alicante.
- Goodman y Gilman. Las Bases Farmacológicas de la terapéutica, 12 Edición, 2012 para España McGraw-Hill.

Capítulo 304

HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE.

ROSA MARIA GARCIA PEREZ

JULIA MENENDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La higiene es la suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades. Sin higiene personal corporal, la enfermedad es mas grave ya que el organismo se hace menos resistente.

En las personas enfermas (hospitalizadas o no) la higiene debe hacerse mas minuciosamente que en un individuo sano, ya que los cuidados de limpieza se efectúan con objeto que la piel cumpla eficazmente sus funciones:

- La respiración (la piel respira por los poros)
- La secreción (mediante las glándulas sudoríparas la piel elimina líquidos)
- La absorción (la piel absorbe las grasas asimilables como pomadas pero resulta impermeable para el agua)

2 Objetivos

Describir la patologia basica de la piel y aplicar las normas generales en la higiene de los pacientes realizando las tecnicas necesarias de aseo general y parcial.

3 Metodología

Para la elaboracion del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica ex-

istente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La piel esta formada por tejido epitelial, constituye la parte externa del cuerpo al cual recubre toda su superficie. Está compuesta por tres estratos: epidermis, dermis y tejido subcutáneo.

Para que la piel cumpla sus funciones con normalidad es necesario desembarazarla de la suciedad, que es la mezcla de las secreciones y el polvo, y que no la deja respirar ni absorber los medicamentos por vía tópica. El aseo ejerce un papel importante en la protección contra la invasión microbiana. La falta de higiene corporal puede facilitar la aparición de parásitos.

Antes de realizar cualquier técnica de higiene, es imprescindible que tengamos en cuenta una serie de consideraciones:

- Realizar en función del grado de dependencia y necesidades higiénicas del paciente.
- Conocer el estado de salud del paciente.
- Mantener la intimidad del paciente.
- Realizar siempre que sea necesario y al menos una vez al día.
- Solicitar colaboración del paciente.
- Evitar las corrientes de aire.
- Mantener una temperatura adecuada.
- Utilizar jabones neutros.
- Seguir el orden establecido, el cual, salvo contraindicación ,será de limpio a sucio y de arriba hacia abajo.
- Cuidar especialmente las sondas o sueros que pueda tener el paciente.

Las técnicas de aseo pueden ser:

- Aseo general: son las técnicas del paciente que incluyen aseo en ducha o bañera y aseo del paciente encamado.
 - Aseo parcial: aseo del cabello, higiene genital, higiene oral y cuidado de las uñas.
- El aseo parcial variará dependiendo de las necesidades del paciente. Cuando el paciente pueda, las realizara por si mismo.

5 Discusión-Conclusión

La importancia del aseo y la higiene influyen en la evolución de la patología que presenta el paciente. Unos cuidados básicos permitirán disminuir el riesgo de efectos adversos en la patología que presenta el paciente.

6 Bibliografía

- Macmillan Iberia, S ,A.
- Barbero Miguel L Higiene y atencion sanitaria domiciliaria, Ed Ideaspropias 2012.
- Lopez Porcel, J, B.Cuidados basicos de enfermeria, Ed Vertice , 2008.
- Manual de evaluacion de la calidad del servicio de enfermeria,Ed, Medica Panamericana.

Capítulo 305

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA AJENOS AL MUNDO DE LA RADIOLOGÍA.

FRANCISCO JAVIER POSADA REY

SARA MENENDEZ PÉREZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ

LAURA CABREJAS LOPEZ

ILIUSKA SUTIL REDONDO

1 Introducción

La radiación ionizante está en todas partes. Llega desde el espacio exterior en forma de rayos cósmicos. Está en el aire en forma de emisiones del radón radiactivo y su progenie. Los isótopos radiactivos que se originan de forma natural entran y permanecen en todos los seres vivos. Es inevitable (1).

Todo es radiación, en mayor o menor medida, como dice Gustavo E. Saravia-Rivera “ estamos expuestos a dos fuentes de radiación, una natural y otra artificial”, por tanto, es importante, interesarse por el efecto que esta radiación puede producir en el organismo vivo, este interés se suscita a lo largo de los años, desde que en 1895, en Wuzburgo perteneciente a Alemania, los rayos X se descubrieron por Conrad Roentgen (Alemania) (2), pero no fue hasta 1928 que aparecieron las

primeras normativas sobre radioprotección a través de un organismo llamado “Comisión Internacional de Protección Contra los Rayos X y el RAdio” (IRCP) (3).

La radiología es la rama medicinal que usa la tecnología imagenológica para diagnosticar y tratar enfermedades y se puede dividir en dos áreas distintas : la radiología diagnóstica y la radiología intervencionista (4).

La Comisión Internacional de Protección Radiológica (IRCP), fue constituida nuevamente en 1950, sobre las bases de otra comisión similar, que había nacido en 1928. Su finalidad es “establecer una filosofía de la protección radiológica” basándose en el conocimiento científico de los efectos que las radiaciones ionizantes sobre los organismos vivos (5).

Ser expuesto a radiación puede ser origen de futuros problemas de salud, bien es cierto que no todas las radiaciones producen enfermedades, sino sería incompatible la vida en el planeta Tierra para el ser humano, no obstante, si existe un tipo de radiaciones, las llamadas “radiaciones ionizantes”, que en función de parámetros como su potencia, tiempo de exposición y otros, pueden ser causantes de enfermedad, tanto a corto como a medio y largo plazo.

Un gran ejemplo que refleja la importancia de la protección en radiología para el ser humano, es la serie de TV estrenada a lo largo del año 2019 por la cadena HBO y titulada “Chernobyl”, que relata los días posteriores de la catástrofe de la central nuclear sucedido el 26 de abril en la central nuclear de Vladimir Ilich Lenin, ubicada en el norte de Ucrania (6).

El fin último de la radiobiología, por tanto, no es otro que “aprovechar la radiación en todas su formas conocidas, con un riesgo aceptable tanto para los individuos que la manejan como para la población en general y generaciones futuras” (5); así pues, es necesario que entendamos que la protección radiológica es el ámbito de la radiología que estudia, analiza y aplica las medidas necesarias para que cumplir el objetivo final de la radiobiología, que es hacer que la práctica radiológica esté dentro de unos parámetros de seguridad aceptables para la salud.

La forma de actuar de los rayos X con la materia viva, es de la siguiente forma, los rayos inciden sobre el cuerpo produciendo una semisombra que tiene áreas más claras y áreas más oscuras y que permiten ver la imagen de órganos internos que se interpretan en el diagnóstico. Cuanto más clara es la imagen mas densidad tiene el objeto sobre el que inciden los rayos, por ejemplo un hueso, cuando

más oscura es la imagen, menos densidad tiene el objeto sobre el que incide el rayo como puede ser una víscera, el negro absoluto se corresponde con el aire (7). Estos rayos, son capaces de producir daños en el organismo, debido a la interacción con la materia viva que provoca en ellos sobretodo un fenómeno conocido como ionización, el cual da lugar a cambios muy importantes en el tejido humano (células, órganos, etc.) tanto en el del ser vivo que se somete a dichas radiaciones como a su herencia genética, es decir, su descendencia (1).

El interés por la protección radiológica, a aumentado con los años, la observación del efecto de las radiaciones sobre los seres vivos en el tiempo, ha propiciado la mejora de la protección como se puede observar en el aumento de la normativa junto con el aumento de la rigurosidad de esta, en las sucesivas normativas de protección que los diversos países y organizaciones han ido publicando sucesivamente (8).

La OMS confirma los extremos comentados afirmando (9):

- La radiación ionizante existe y es liberada por átomos en forma de ondas electromagnéticas o partículas.
- Las personas se exponen a fuentes de radiación naturales (suelo, agua, vegetación,...) y artificiales (Rayos X, etc.).
- La radiación ionizante tiene aplicaciones beneficiosas también (en medicina, investigación, industria, etc.).
- A más uso de radiaciones ionizantes, mayor probabilidad de daño para la salud si no hay contención adecuada.
- Si la dosis es superior a unos determinados niveles, pueden aparecer efectos agudos para la salud. (quemadura, irritación, etc.).
- Dosis bajas de radiación ionizante pueden aumentar el riesgo de efectos a largo plazo.

Los efectos biológicos de la radiación ionizante pueden agruparse en tres categorías (10) :

- 1.- Hereditarios.- De acuerdo al consenso de los expertos, el riesgo de mutación (en efectos hereditarios) es más bajo que el riesgo de cáncer.
- 2.- Hormesis.- Estudios realizados en varios países constatan la posibilidad de que a bajas dosis de radiación, se podrían obtener efectos beneficiosos.
- 3.- Respuesta adaptativa.- La probabilidad desarrollar un sistema de defensa/resistencia a la radiación, cuando se es expuesto a bajas dosis de radiación, es una posibilidad contemplada desde hace años, que células irradiadas se vuelvan radio-resistentes a dosis más altas, este proceso es llamado respuesta adap-

tativa. Este un fenómeno se produce luego de un cierto tiempo después de haber la irradiación y varía según donde donde se realice la muestra.

De lo comentado anteriormente, suponemos que, mejorar conocimiento sobre protección frente a las radiación ionizantes, contribuirá a la mejora de la propia salud, cuando una persona deba verse sometido, a radiación por el motivo que sea. Aumentar el grado de conocimiento sobre el tema, hará que a la larga uno sea capaz de prever situaciones potencialmente peligrosas y proveerse de los medios adecuados de protección o la sustitución de la prueba por otra menos invasiva, en el caso de ser factible. No en vano uno no puede obviar que por ejemplo una resonancia magnética, se considera como el equivalente a haberse realizado 400 radiografías.

El personal laboral expuesto generalmente usa medios de protección radiológica, pero la alta frecuencia de la eventualidad de los contratos de los profesionales en España, muchos de los cuales además no trabajan continuamente en el sector radiológico hasta que no llegan a puntuaciones en las bolsas de empleo suficientemente altas, y eso pasa con los años, por tanto, en ocasiones el técnico de rayos tiene unos conocimientos desactualizados.

2 Objetivos

Se persigue en este texto extraer los conceptos de la bibliografía y simplificarlos al máximo para la comprensión fácil del lector, de cara a que en un futuro sea capaz de discernir o intuir situaciones de influencia de riesgo radiológico. Así mismo, tomar conciencia de la existencia del riesgo radiológico.

Deseamos proporcionar información sobre elementos de radioprotección para generar consciencia en el personal ocupado expuesto para asegurar la salud propia y del paciente.

3 Metodología

El periodo temporal contemplado en esta revisión va desde el año 2000 hasta el año 2019. Durante este tiempo, nos hemos dirigido a la búsqueda y cribado de referencias bibliográficas sumergiéndonos en las bases de datos de ciencias de la salud como: Pubmed, Uninet, Scielo, Google Scholar, Organización Mundial de la Salud, hemos consultado las páginas oficiales de International Atomic Energy Agency, Foro de la industria nuclear española, Consejo de Seguridad Nuclear de

España, también se empleó la plataforma HBO para el acceso al visionado de parte de la bibliografía.

Se consideró como marco lingüístico para la búsqueda, el idioma Castellano y cómo palabras clave a la hora de acotar la búsqueda consideramos las palabras “protección radiológica”, “radiología”, “radiobiología naturales clínica”, “chernobil hbo serie”, “radiación ionizante”, “elementos de protección”; con objeto de ampliar las referencias de la información obtenida del criterio de búsqueda, en ciertas situaciones se empleó el marcador booleano “and”.

La búsqueda de información se realizó con la condición de que fuera una búsqueda de material gratuito, completo y la publicación de las referencias seleccionadas no haya transcurrido más de 20 años, pero si en la búsqueda hubieran transcurrido más años, esta consulta solo se ha utilizado para obtener nuevas referencias relevantes sobre la materia.

La creación de este documento nace por la idea de dar luz al uso de los elementos de radioprotección y para generar conocimiento tanto para el personal laboral expuesto como a personas profanas que se interesan por la protección de la salud.

4 Resultados

El ser humano se expone constantemente a radiación de muchos tipos e intensidades, algunas de las cuales son inocuas para el hombre, otras en cambio, no tanto. De estas radiaciones algunas provienen del entorno más inmediato, esto quiere decir que la naturaleza que nos circunda emite radiación, sin que el hombre haya hecho nada para generarla; otras son originadas por la propia labor humana.

Este tipo de radiación procedente de la naturaleza, constituyen lo que se denomina “fondo radiactivo natural”, y tres pueden ser los motivos que las originan según establece Rincón Educativo “Protección radiológica” en 2018” (7) establece tres motivos principales:

- Motivo 1 .- La Radiación Cósmica. Son unas radiaciones que proceden de un origen externo a la Tierra, en procesos nucleares que tienen lugar en el espacio exterior. Esta radiación varía en función de la altitud, por tanto tiene valores diferentes en función de si está más alto o más bajo en relación al nivel del mar.
- Motivo 2 .- La radiación emitida por las sustancias radiactivas de la corteza terrestre. Varía mucho de unos puntos a otros de la tierra porque los materiales

que formar parte de la corteza terrestre, no se distribuyen de manera uniforme.

- Motivo 3 .- La radiación de los isótopos radiactivos contenidos en el propio organismo humano, sobretodo isótopos del carbono y del potasio. Se incluye en este apartado la radiación producida por el radón que se inhala con la respiración y que es fruto de la disgregación del radio y del torio.

También, estima un promedio de distribución de “fondo radiactivo natural” en todo el planeta de entorno al 15%

El resto de radiaciones presentes en el planeta diferentes del “Fondo Radiactivo Natural” se debe a causas artificiales o no naturales, por tanto son consecuencia de la actividad humana. Podemos poner ejemplos cómo las exploraciones de radiología, la televisión en color y las manecillas de los relojes fluorescentes, el remanente que queda tras explosiones nucleares en la atmósfera realizados en el pasado, las emisiones de centrales térmicas de carbón que por ejemplo contienen isótopos en el humo de sus chimeneas, y por supuesto también en las centrales nucleares (7).

Dentro de los muchos tipo de radiación existentes, las más peligrosas son las radiaciones ionizantes. Pero, ¿qué son?.

La radiación ionizante es un tipo de energía liberada por átomos de ondas electromagnética o partículas que se desintegran espontáneamente liberando una cantidad de energía que se denomina radiactividad. La cantidad de energía excedente de esta desintegración se denomina radiación ionizante (11).

El INSST (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo) (12) contempla que los tipos de radiación ionizantes existentes son:

- Radiación α (alfa): emisión de partículas formadas por núcleos de helio.
- Radiación β (Beta): emisión de electrones o positrones (igual masa que el electrón con carga positiva) desde el núcleo por la transformación de neutrones o protones.
- Radiación de neutrones: emisión de partículas sin carga.
- Rayos X: radiación electromagnética procedente de los orbitales atómicos.
- Rayos γ (gamma): radiaciones electromagnéticas procedentes del núcleo del átomo.

El conjunto de medios que se emplean para conseguir la protección sanitaria de la población expuesta a radiaciones ionizantes, se conoce como protección radiológica. Su finalidad fundamental es evitar los daños que producirían radiaciones ionizantes, si las dosis recibidas fueran lo suficientemente elevadas (7), o se estuviera expuesto el suficiente tiempo como para que se genere una dosis

acumulada lo suficientemente elevada para producir un efecto no deseado en el ser vivo. fuente : Rincón Educativo, 2018

Las magnitudes que se emplean en radiología para estimar la potencia de la radiación reciben diferentes nombres en función de si hablamos de radiación desde el punto de vista del emisor, o radiación desde el punto de vista del receptor, e incluso se puede diferenciar la radiación en función de la dosis que se absorbe o no.

De estas magnitudes citadas, la dosis equivalente sería la que está relacionada con los efectos de la radiación a nivel biológico, y por tanto es la más importante a tener en cuenta desde el punto de vista de la protección radiológica y se mide en Sv (Sieverts).

Sin embargo, si estamos hablando de cómo afecta la radiación sobre un organismo vivo, no solo debemos tener en cuenta la dosis equivalente, sino también, cuál es el órgano que recibe dicha radiación equivalente, puesto que no es lo mismo incidir sobre un órgano u otro del cuerpo o irradiar una parte o la totalidad del cuerpo. La magnitud, por tanto, que considera el órgano que recibe dicha radiación, recibe el nombre de dosis efectiva y se mide en Sv (Sieverts) (2).

Los efectos de la radiación sobre una persona, en lo referente a las dosis absorbidas se acumulan con el tiempo y van sumando sus efectos. Apunta Rincón Educativo en su publicación de 2018 que “la reglamentación habla de dosis comprometida como suma de todas las dosis recibidas por una persona a lo largo de su vida hasta el momento que se considere” y también define “la dosis colectiva que se refiere a las recibidas por un colectivo, y se mide en Sv·persona”(2).

Hay varias maneras para clasificar los efectos de la radiación:

Según tiempo de aparición:

- Efectos precoces: aquellos que aparecen poco después de ser expuesto (minutos, horas,...) por ejemplo náuseas, quemaduras, jaquecas, etc.(2).
- Efectos tardíos: tardan más tiempo en aparecer (semanas, meses, años) por ejemplo cáncer, mutaciones genéticas, etc. . La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) estima que el riesgo de un daño hereditario serio dentro de las primeras 2 generaciones seguidas a la exposición de la radiación de cualquiera de los padres es real (2).

Según biología :

- Efectos somáticos: es decir efectos sobre el cuerpo de la persona que ha sufrido esa radiación, por ejemplo el eritema. Se estima que con 5 Sv ya se presentan

efectos somáticos (2).

- Efectos hereditarios: se manifiestan en la descendencia y no en el individuo irradiado. Debido a la lesión de las células germinales de la persona expuesta, por ejemplo las mutaciones genéticas (2).

Según dosis :

- Efectos estocásticos: Son absolutamente aleatorios; pueden aparecer tras la exposición a pequeñas dosis de radiación ionizante. No precisas de una dosis determinada para producirse; pero al aumentar la dosis aumenta su probabilidad de aparición de estos efectos que suelen ser de tipo tardío. Se cree que los únicos efectos estocásticos son el cáncer radioinducido y las mutaciones genéticas (2).

- Efectos no estocásticos (determinísticos): Precisa de una dosis umbral para producirlos, por debajo de la cual la probabilidad de aparición de los mismos es muy baja. Suelen ser efectos tempranos, y a mayor dosis más severos son los efectos (2).

La radiosensibilidad que posee todo organismo vivo, consiste en la probabilidad de que sufra algún efecto de la radiación, y esta se mide por unidad de dosis. De entre estos, son muy radiosensibles la médula ósea, bazo, timo, ganglios linfáticos, gónadas, cristalino, etc. y son menos radiosensibles el hueso, músculo y sistema nervioso(2).

La protección y seguridad radiológica persigue unos objetivos de consistente en evitar los efectos deterministas y limitar los efectos estocásticos a niveles asumibles por la población sometida a radiación.

Tres son las organizaciones más relevantes encargadas de la protección radiológica :

- ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) que proporciona recomendaciones.

- IAEA (Organismo Internacional de Energía atómica) que establece los estándares de seguridad.

- UNSCEAR (Comité Científico de Naciones Unidas sobre los efectos de la Radiación Atómica) que estudia las consecuencias de la radiación atómica.

A la hora de sufrir una exposición a la radiación hay tres tipos de exposición (2):

- Exposición médica: personas (pacientes) sometidas a diagnóstico o tratamiento.

- Exposición ocupacional: personas (trabajadores) sometidas a práctica profesional.

- Exposición pública: personas sometidas ocasionalmente a la radiación; cómo

puede ser un acompañante o familiar del paciente, voluntariado para investigación y similares.

Es conveniente una buena actitud para protegerse de la radiación ionizante por eso (3) ICPR, recomienda basar la protección radiológica bajo tres premisas fundamentales:

- Justificación : es decir, debe ser justificable que los beneficios de la exposición radiológica, supera los inconvenientes de no hacerlo.
- Optimización : quiere decir que se somete al principio denominado "ALARA" que son las siglas en inglés para "as low as reasonably, que quiere decir que se debe aplicar siempre la menor dosis posible.
- Limitar la dosis : que quiere decir que nunca se debe superar una dosis preestablecidas por ley, para garantizar la protección en general del público y del profesional expuesto.

Las normas en general para trabajadores expuestos (13) son :

- Uso de una sala de rayos X solo para una exploración cada vez.
- Dentro de sala solo estarán las personas imprescindibles.
- Las personas dentro de sala se alejarán todo lo que puedan del haz de radiación.
- Ninguna persona debe quedar expuesta al haz primario.
- Prohibido irradiar con finalidad entrenamiento, prueba o evaluación del equipo.
- Todo el personal debe tener disponibles dispositivos de protección.
- El personal según su categoría de riesgo (categoría A) llevará dosímetro personal.
- La sujeción de pacientes, siempre que sea posible, será por medios mecánicos. Si no la realizará personal voluntario, informado y con protección de delantal plomado. Sin voluntarios será encargado de realizarla el personal profesionalmente expuesto debidamente protegido.
- Puertas de las salas siempre cerradas durante la radiación.
- Con máquinas encendidas con posibilidad de realizar disparos, nunca dejar sin supervisión personal.

Normas específicas de protección se basan en tres principios:

- Limitar el tiempo de exposición. La dosis absorbida es proporcional al tiempo expuesto.
- Usar pantallas o blindajes para protegerse.
- Distancia a la fuente de radiación.
- Protección en salas radiológicas.

- Permanecer el menor tiempo posible en las inmediaciones de la fuente de radiación.
- Aumentar la distancia, cuanto mayor mejor al foco emisor.
- Colocar barreras entre la fuente emisora y la persona. Por este motivo se emplean blindajes de material que absorbe la radiación con espesor suficiente (Paredes, o biombos plomados, etc.).

Elementos de protección radiológica (3):

- Delantal/chaleco plomado: fabricados en vinilo y plomo de al menos 0,25 mm de plomo a 0,35mm de plomo en función de potencia a aplicar.
- Protector tiroides: la glándula de la tiroides tiene una sensibilidad a la radiación ionizante extremadamente alta, por lo que es necesario de esta parte del organismo cuente con un protector específico. Son realizados en vinilo relleno de plomo con espesor de al menos 0,50 mm.
- Gafas plomadas : se fabrican con cristal plomado de espesor 0,20 mm. Su estructura debe ser ligera, además antirreflectantes y con protección lateral, superior e inferior.
- Guantes plomados: están confeccionados con vinilo plomado que proporcionen una protección equivalente a lámina de plomo de 0,50 mm. Son muy difíciles e incómodos de utilizar.
- Biombos plomados : son pantallas revestidas de plomo con espesor entre 0,25 y 0,50 mm de grosor que suele emplearse para separar unas personas que van a irradiar de otras con objeto de disminuir la radiación ambiental que queda al disparar el rayo.

5 Discusión-Conclusión

Cómo podemos ver, las radiaciones ionizantes dentro de las cuales se engloban los rayos X producen daño orgánico, dependiendo del tipo y magnitud de la radiación absorbida por el cuerpo mientras ha estado expuesto y también por acumulación de las sucesivas exposiciones.

Tras revisar la bibliografía, podemos concluir que existe un alto grado de conocimiento de la existencia de daño producido por la radiaciones ionizantes en el sector sanitario y en mucho menor grado entre la población general.

Contrariamente al reconocimiento de la existencia de radiaciones, el grado de conocimiento sobre los riesgos que entraña para la salud, es significativamente menor el de la población en general, aunque con los años va aumentando. Esto lo

podemos afirmar así, a ver que en los datos aportados, van apareciendo organizaciones de control, protección a nivel mundial, así que vemos que las normativas van haciéndose más restrictivas.

Es importante el uso de materiales de protección cómo los chalecos y las pantallas plomadas que reducen la dosis.

Las personas sometidas a radiación, consecuencia de la actividad humana, dependerá casi exclusivamente, de las circunstancias por las que pase en la vida, lo que podrá promover problemas de salud en el futura, o en su descendencia. Sin embargo, no parece que la radiación natural “fondo natural de radiación” existente en el planeta afecte negativamente en problemas de salud carcinogénicos o teratogénicos.

De las fuentes de radiación artificial, la que más influye es la exploración radiológica con fin médico, que además varía entre las distintas personas y tratamiento al que se someten. Por ejemplo, con una radiografía de tórax se soporta una considerable menor dosis que una tomografía computerizada.

Para la profesión sanitaria incorporarse a un servicio de atención a pacientes, donde son sometidos a radiaciones ionizantes, es todo un reto, puesto que la tecnología cobra un gran importancia tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de los pacientes. Esto obliga a una actualización continua sobre la protección ante la radiación, y a una observancia de los parámetros fijados por las autoridades en cuanto a dosificación de la radiación. Es primordial que los profesionales sanitarios, conozcan las normas oficiales de salud ambiental, de protección y seguridad radiológica y sepan interpretar los avisos y el empleo de la protección que se les proporciona. Para la población en general cuyo conocimiento es menor, es primordial aumentar la formación e información de los mismos y recalcar que deben cumplir la norma básica de hacer caso al que sabe pero minimizar riesgos, cumpliendo los requerimientos del personal sanitario en todo momento.

6 Bibliografía

- N. Cherry, Jr, R. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. [Ebook] (pp. 48.1). Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Retrieved from <https://www.insst.es/documents/94886/162520/Cap%C3%ADtulo+48.+Radiaciones+ionizantes> (p. 48.2).

- Saravia-Rivera, G. (2013). Protección y seguridad radiológicas. [online] Nietoeditores.com.mx. Available at: http://nietoeditores.com.mx/nieto/Radiologia/2013/abr-jun/art.revision_proteccion.pdf [Accessed 30 Oct. 2019] (p. 105).
- Nuñez Romina, G. (2014). Elementos de radioprotección en el servicio de unidad de terapia intensiva.. [online] Imgbiblio.vaneduc.edu.ar. Available at: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC115781.pdf> [Accessed 22 Oct. 2019]. (p. 15-20; 32-34).
- Levy, J. (2017). Imagenología y radiología: MedlinePlus enciclopedia médica. Retrieved 4 November 2019, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007451.htm>.
- Preciado Ramírez, M., & Luna Cano, V. (2010). Medidas Básicas de Protección Radiológica - PDF. Retrieved 4 November 2019, from <https://docplayer.es/11858012-La-exposicion-a-la-radiacion-puede.html>. (p. 25 - 30)
- 6 Renck, J. (2019). Chernóbil [Video]. EE.UU.: David Declerque.
- Rincón Educativo. (2018). Protección radiológica. [online] Available at: <http://www.rinconeducativo.org/es/recursos-educativos/proteccion-radiologica> [Accessed 29 Oct. 2019].
- Arias, C. (2006). La regulación de la protección radiológica y la función de las autoridades de salud. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 20(2-3), 188-197. doi: 10.1590/s1020-49892006000800015.
- OMS (2016). Radiaciones ionizantes: efectos en la salud y medidas de protección. Extraído de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ionizing-radiation-health-effects-and-protective-measures>.
- DURAND, J. (2000). Efectos Biológicos de la Radiación Ionizante. Consultado 5 Noviembre 2019 desde https://inis.iaea.org/collection/NCLCollectionStore/_Public/31/032/31032960.pdf. (p. 8-9).
- Csn.es. (2016). Radiaciones ionizantes - CSN. [online] Available at: <https://www.csn.es/radiaciones-ionizantes> [Accessed 29 Oct. 2019].
- Insst.es. (n.d.). ¿Qué tipos de radiaciones ionizantes existen? - Detalle riesgos físicos. [online] Available at: <https://www.insst.es/-/-que-tipos-de-radiaciones-ionizantes-existen-> [Accessed 29 Oct. 2019].
- Arceiz Campos, C., Sanz Freire, C., Ibáñez Rodríguez, J., Romo Garrido, G., Lopo Casqueiro, N., & Pedriza García, M. Manual de recomendaciones de protección frente a radiaciones ionizantes para los trabajadores de Rioja Salud. [Ebook] (1st ed., p. 14). La Rioja: Gobierno de La Rioja. Retrieved from <https://www.riojasalud.es/rrhh-files/rrhh/manual-de-recomendaciones-frente-a-radiaciones-ionizantes-3904.pdf>.

Capítulo 306

CONTAMINACIÓN Y CONTAGIO DE VIRUS Y BACTERIAS.

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

1 Introducción

La infección nosocomial es una infestación de virus y bacterias contraídos por ingresos hospitalarios de larga o corta estancia, que el paciente no venía con la infección y al cabo de días pueden aparecer síntomas de esta afección. Puede ser contraída de manera externa, por infección oportunista o de mala técnica de los profesionales, por temas de aislamiento o asepsia, afectan al 5% de los pacientes. Los principales tipos de infección sanitario son: infección respiratoria, quirúrgica, urinaria y bacteriemia de carácter vascular.

2 Objetivos

Identificar la importancia de las actividades de vigilancia epidemiológica que se llevan a cabo para la prevención de las infecciones nosocomiales en el medio hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversos buscadores como Google Académico y datos estadísticos del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Vall d'Hebran de Barcelona.

4 Resultados

Precauciones estándar basadas en la transmisión, estas precauciones se basan en medidas sencillas, fácil aprendizaje y manejo para el personal de enfermería. La prevalencia de infecciones realiza una encuesta en los años 90 cada año progresivamente y es claramente diferente en distintas áreas de hospitalización. La vigilancia y el tipo de hospital influyen en el índice de tasas. En la última década se ha reducido el índice de tasa de forma progresiva. A partir de los datos de un estudio de prevalencia en España EPINE, se estableció que alrededor de un 7% de los pacientes presentan un tipo de infección relacionada con el medio hospitalario de corta prevalencia, y un 5% de los pacientes, durante el ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Para la prevención y que disminuya la prevalencia gracias a medidas de gran eficacia ya citadas, información al personal sanitario, se darán instrucciones escritas en el lugar de trabajo para el equipo de enfermería.

Tratamiento precoz en la sepsis grave/choque séptico 95%.

Administración de corticoides 95%.

Indicación de aislamientos 100%.

6 Bibliografía

Artículo de revista ELSEVIER. vol 31. Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Central Universitario de Asturias.

Capítulo 307

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

EVA MARIA VÁZQUEZ DE LA FUENTE

ESTEFANIA PRIDA MOLLEDA

GEMMA DEL RÍO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica de una disfunción del bombeo de la sangre correctamente, muy frecuente en 15 de cada 100, sobre todo mayores de 70 años. Es incurable, pero sí controlable, en los siguientes apartados vemos como avanzó la medicina y los distintos tratamientos que la controla.

2 Objetivos

Conocer la prevalencia del número de casos y que requiere de atención sanitaria de una insuficiencia cardíaca.

Conocer las causas y factores desencadenantes, mejorar los síntomas, educar al paciente e iniciar las modificaciones necesarias relativas al estilo de vida y mejorar la supervivencia.

3 Metodología

Los estudios basados en distintos artículos de revistas médicas y consultas sobre la insuficiencia cardíaca, son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y la evaluación de los riesgos y beneficios de

las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria de los pacientes.

4 Resultados

Sigue siendo un problema de primera importancia, problemas en los tratamientos y ajustes de los mismos. El aumento de ingresos hospitalarios de esta enfermedad crónica, se asocia a una alta tasa de mortalidad. La prevalencia de casos estudiados evaluando a 2000 personas, se remitieron al servicio de cardiología 242 pacientes en el que necesitaron de asistencia sanitaria, en un intervalo de edad de 45 a 65 años. Hay que incorporar amplios conocimientos en la práctica de los profesionales para una mejora del mismo.

5 Discusión-Conclusión

La insuficiencia cardíaca tiene tratamientos de alta eficacia y con buena calidad de vida, desde los medicamentos orales específicos como la cirugía y dispositivos médicos, llegando a la gravedad, el trasplante en ultimo recurso.

La manera para evitar la insuficiencia cardíaca, es prevenir y controlar las afecciones que la originan, como la presión arterial altas, diabetes y obesidad. Los cambios de estilo de vida pueden mejorar la calidad de vida.

6 Bibliografía

- Artículos de MayoClinic.
- Medline Plus.
- Cardioalianza.
- Guía clínica Fisterra.
- Revista de la Sociedad Española de Cirugía-Torácica-Cardiovascular.

Capítulo 308

LA ARTRITIS REUMATOIDE. UNA PATOLOGÍA CRÓNICA.

ANA GÓMEZ UBLAÑO

MARIA DEL CARMEN DIAZ DIAZ

1 Introducción

Se trata de un trastorno crónico, en el que las articulaciones principalmente sufren un proceso inflamatorio, aunque también puede afectar a distintos sistemas corporales. Esta enfermedad afecta al revestimiento de las articulaciones dando lugar a hinchazón dolorosa que termina causando deformidad. Al comienzo de este proceso suele afectar a las más pequeñas de las articulaciones de nuestro cuerpo, especialmente a las uniones de los dedos de las manos y de los pies, a medida que la enfermedad avanza, se extiende a tobillos, rodillas, codos,... En la artritis reumatoide el sistema inmunitario ataca al sinovial (recubre las membranas articulares). La inflamación llega a destruir el cartílago y el hueso, así la articulación llega a perder su forma y alineación.

2 Objetivos

Estudiar a fondo las manifestaciones, síntomas Y signos de la artritis reumatoide, así como su prevención Y tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos de dialnet, encontrándose numerosos artículos que han sido revisados por su interés, a parte también se han consultados numerosos libros de la especialidad.

4 Resultados

Los factores de riesgo son muy diversos, entre los principales podemos decir que las mujeres son más propensas a desarrollar la enfermedad. La causa de la artritis reumatoide es de origen desconocido. Se han realizado estudios a agentes infecciosos como virus y bacterias, aunque no se han encontrado datos que evidencien su implicación. Se cree que puede tener origen genético, ya que el propio sistema inmune es el que ataca a las articulaciones, además ciertas proteínas que se transmiten de forma hereditaria pueden predisponer la enfermedad.

Anticuerpos reumatoideos, se trata de una prueba, en la cual, mediante una analítica de sangre, se mide la cantidad de anticuerpos reumáticos (proteínas producidas por el sistema inmunitario que pueden atacar al tejido sano). También en dicho análisis, se mide la cantidad de anticuerpos antinucleares, anticuerpos antipectidos, ciclicos citrulinados, proteína reactiva y también la velocidad de sedimentación. Una vez se tenga el resultado de la prueba, si es positivo, indica que se detecto un elevado nivel de anticuerpos reumatoideos en sangre, lo que generalmente se asocia a la artritis.

5 Discusión-Conclusión

La artritis reumatóide no tiene cura, pero hay medicamentos que ayudaran a reducir su avance, aliviar dolor e inflamación.

AINE: medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, ayudan a reducir dolor e inflamación, los más conocidos son ibuprofeno y naproxeno.

Esteroides: además de reducir dolor e inflamación, retardan el daño articular. Ejemplo es la prednisona.

Otra alternativa es la cirugía, puede realizarse por varios procedimientos, entre los que destacaremos algunos de ellos:

- Sinovectomía-se extirpa el revestimiento que se inflama en la articulación.

- Fusión de la articulación-se trata de una fusión quirúrgica de la articulación para realinearla.
- Reemplazo total de la articulación- se introduce una prótesis de metal o plástico.

6 Bibliografía

- Abello-Banfi M et al.quality of life in rheumatoid arthritis:validation of a spanish versión of the arthritis impact measurement scales. 1994 JUL;21 (7):1250-5.
- Cooney Jk et al.Benefits of exercise in rheumatoid arthritis. J Aging Res. 2011 feb 13;2011:681640.
- Instituto nacional de artritis y enfermedades musculoesqueleticas y de la piel.
- Sanmarti R, Gomez- puerta J.A biomarcadores en la artritis reumatoide. Reumatol clin 2011;6:525-528.

Capítulo 309

SÍNDROME DE TURNER

SARA MENENDEZ PÉREZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ

LAURA CABREJAS LOPEZ

ILIUSKA SUTIL REDONDO

FRANCISCO JAVIER POSADA REY

1 Introducción

El síndrome de Turner es un trastorno genético, una alteración cromosómica, caracterizada por la pérdida total o parcial de uno de los cromosomas sexuales en el género femenino. El cario tipo de estas mujeres será 45,X0 en lugar del cario tipo normal que es 46,XX. Las alteraciones genéticas pueden ser las siguientes:

Monosomía: Es la ausencia completa de un cromosoma X.

Mosaicismo: Error en la división celular durante las etapas iniciales del desarrollo fetal.

Anomalías del cromosoma X: Puede ser que en los cromosomas falten partes o que éstas sean anormales. Material del cromosoma Y: En un porcentaje pequeño, algunas células tienen una copia del cromosoma X, y algún material de cromosoma Y. Éstos se desarrollan biológicamente con sexo femenino, pero con la presencia del material del cromosoma Y aumenta el riesgo de aparezca un tipo de cáncer llamado «gonadoblastoma». Los síntomas no son siempre iguales, es decir, son variables aunque la mayoría de mujeres presenta una estatura baja, y

alteraciones en el desarrollo de los caracteres sexuales. Este síndrome también es causa de infertilidad.

2 Objetivos

Conocer y analizar las características y las causas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las fuentes tratan del 2019. Como descriptores se uso "síndrome de Turner" y "características y causas síndrome de Turner".

4 Resultados

Ya que se trata de una cromosopatía, no hay cura definitiva para este síndrome. A pesar de no tener cura, existen algunos tratamientos farmacológicos y quirúrgicos para tratar de corregir algunos trastornos asociados y poder llevar el día a día con más normalidad. Hormona del crecimiento. Terapia hormonal sustitutiva. Cirugía. Atención psicológica.

En la actualidad se barajan dos teorías o causas:

- Teoría meiótica: sería una alteración en la gametogénesis de los padres. Se convertirían en gametos no portadores del cromosoma X, y al fecundar darían lugar a embriones con el cario tipo 45, XO.
- Teoría mitótica: la pérdida del cromosoma X no tendría lugar en los gametos, sino que se perdería debido a un fallo en las primeras divisiones del embrión después de la fecundación. Esta última explica mejor el síndrome de Turner.

5 Discusión-Conclusión

Se aconseja que las niñas que tengan este síndrome acudan a más de un especialista, con el fin de detectar de manera precoz todas y cada una de las alteraciones

para poder aplicar el tratamiento correspondiente. El 96% de las mujeres que padecen este síndrome tienen problemas de fertilidad debido a la falta de desarrollo sexual y al fallo ovárico. Y además en caso de conseguir un embarazo, el aborto espontáneo es muy elevado en estas pacientes, así como el riesgo de tener hijos con malformaciones.

Dichas mujeres que se queden embarazadas de forma natural tienen una mayor probabilidad de tener hijos con síndrome de Down, síndrome de Turner u otras alteraciones genéticas

6 Bibliografía

- <https://www.reproduccionasistida.org/ser-madre-con-sindrome-deturner/>.
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/turner-syndrome>.

Capítulo 310

ENTORNO Y ATENCIÓN HOSPITALARIA EN CUANTO A LAS FUNCIONES DEL TCAE

MARIA VICTORIA GALLARDO FRA

1 Introducción

El hospital es el centro en donde se atiende a las personas con enfermedades graves o bien aquellas situaciones que superan las capacidades o los medios de la atención primaria a la salud. En ese sentido, se habla de atención especializada y hospitalaria. La atención hospitalaria requiere el internamiento clínico. El paciente será ingresado en uno u otro servicio en función de la enfermedad que padezca y del tipo de tratamiento que necesite.

2 Objetivos

- Exponer las principales funciones del TCAE en el entorno y atención hospitalaria
- Describir las principales funciones y elementos del entorno hospitalario

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente que aborda las funciones del TCAE en el entorno y atención hospitalaria. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han

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

4 Resultados

El objetivo principal del TCAE es aprender a atender adecuadamente a los pacientes en los centros hospitalarios cubriendo sus necesidades y satisfaciendo sus expectativas, concienciando al TCAE para aplicar las técnicas de atención y comunicación en el ámbito hospitalario en relación con los pacientes, garantizando la calidad del servicio ofrecido al paciente.

El medio hospitalario.

La zona de hospitalización está compuesta por todos los espacios físicos y recursos materiales necesarios para que el personal de enfermería realice su labor. Estas zonas suelen estar especializadas y distribuidas en las plantas de los hospitales.

En todas las zonas de hospitalización se encuentran los siguientes elementos:

- Habitaciones para los ingresados. Es el lugar en el que los pacientes se instalan durante su internamiento. Pueden ser para una, dos, tres o hasta cuatro personas.
- Pasillos. Deben ser amplios y estar despejados para un rápido y cómodo acceso a todas las habitaciones.
- Control de enfermería. Es el lugar en el que se reúne el personal de enfermería para organizar su trabajo. Aquí se guardan y organizan las historias clínicas de los pacientes mientras están ingresados y los tratamientos prescritos por el médico. Desde el se puede acceder a todas las habitaciones con facilidad y esta comunicado con todas ellas por medio de intercomunicadores. También dispone de un mostrador de información al que se podrán dirigir los familiares y las visitas cuando lo necesiten.
- Despacho para el supervisor de enfermería. Es el espacio privado en el que el supervisor de enfermería gestiona el funcionamiento de la planta.
- Sala de medicación. En ella se almacena y se prepara la medicación que precisen los enfermos de la planta.
- Office. Es el lugar en el que se organizan las comidas y se preparan algunas de ellas.
- Almacén para el material sanitario. Es el espacio donde se guardan materiales auxiliares para ciertas terapias o tratamientos como pies de gotero, bombas de perfusión, etc.

- Almacén para lencería. En él se guarda la lencería que se usa en la planta: sábanas, mantas, colchas, etc.
- Aseos del personal sanitario.
- Aseos para las visitas.
- Zona de sucio. En ella se almacena el material de desecho que se produce en la planta, hasta que el personal encargado pueda llevárselo.
- Habitación para el médico de guardia. Aquí podrá estar siempre localizado por si su actuación fuera del horario de consulta fuera necesaria.
- Sala de descanso. Para uso exclusivo del personal sanitario.
- Sala multiusos. Se puede usar, entre otras cosas, para las reuniones docentes o del personal sanitario.
- Sala de visitas.

Los procesos de acogida y despedida.

Los procesos de acogida y despedida se refieren a los procedimientos de ingreso y de alta. En estos procedimientos se pueden dar varias situaciones:

- Ingreso programado. Se fijan un día y una hora para el ingreso por indicación del médico especialista del propio centro hospitalario.
- Ingreso por urgencias. Una persona puede llegar al servicio de urgencias por iniciativa propia o remitida por el médico de familia o un especialista. Cuando la atención sanitaria no puede esperar, el médico de urgencias indica el ingreso del paciente en el propio centro.
- Traslado entre diferentes unidades. La persona ingresada en un servicio pasa a ser responsabilidad de otro equipo médico y de otra unidad de enfermería, dentro del mismo hospital. Este traslado también se denomina ingreso intrahospitalario. El traslado también puede producirse entre centros sanitarios.
- Alta programada. Tiene lugar cuando el paciente se encuentra suficientemente bien de salud como para poder terminar la convalecencia en su domicilio.
- Alta voluntaria. Se produce cuando una persona que no se encuentra en un estado de salud suficientemente bueno solicita el alta hospitalaria y abandona el centro bajo su propia responsabilidad. Es un requisito imprescindible que la persona disponga de una serenidad mental que le permita tomar estas decisiones.
- Alta por fallecimiento.

La acogida en el servicio de ingresos.

- El servicio de ingresos de un hospital se dedica a las tareas administrativas de seguimiento de los ingresos y de las altas.
- En un ingreso programado, antes de subir a la habitación, la persona que ingrese tendrá que pasar por el servicio de ingresos a comunicar sus datos personales. En

algunos casos puede necesitar la ayuda de sus acompañantes.

- En el caso del ingreso urgente, estas tareas las realizara un familiar u otra persona posteriormente, pero con la menor demora posible.
- El ingreso hospitalario es una situación angustiosa y generalmente nueva, que produce ansiedad tanto al paciente como a los familiares haciendo que estén especialmente sensibles. En este estado, cualquier desatención, descortesía, espera que consideren excesiva y una adecuada atención que no perciban como correcta puede desencadenar una reacción intensa de desagrado.
- En caso de discrepancia con el paciente o la familia debemos intentar ponernos en su lugar y aclarar cualquier malentendido mediante explicaciones claras, breves y pausadas, dejándoles tiempo para asimilarlas y para que puedan expresar sus temores y preocupaciones. Si los pacientes se sienten bien atendidos en los primeros minutos de estancia en el hospital, su adaptación será más fácil.

La acogida en planta.

- En un ingreso hospitalario, tras los trámites administrativos, la persona ingresada se dirige a la planta. Una vez allí, la actuación del auxiliar es fundamental para que el paciente se adapte más fácilmente:
- Saludar a la persona dirigiéndose a ella de usted, presentarse diciendo nombre y cargo.
- Revisar que la orden de ingreso es para la habitación que solicita.
- Acompañarla a su habitación.
- Presentarle a la persona con la que compartirá la habitación si la hay.
- Explicarle el uso de timbres y luces de la habitación.
- Darle los objetos personales que correspondan a su unidad de paciente.
- Si debido a su enfermedad está muy limitado, ayudarle a instalarse: guardar la ropa en el armario, desnudarse, ponerse el pijama, meterse en la cama si es necesario e instaurar las medidas de seguridad precisas. Si puede instalarse por sí misma, se le deben dejar unos minutos a solas para que lo haga.
- Informarle acerca de sus derechos y deberes como paciente, las normas del servicio y del hospital (normas de convivencia, horarios, lugares a los que puede acceder, barbería, servicios religiosos, biblioteca, etc.), que objetos personales puede usar en el centro. En la mayoría de los centros existe un folleto en el que se explican estos datos.
- Preguntarle por sus costumbres para que pueda continuar con ellas y sus necesidades para que sean cubiertas en la medida de lo posible.
- Informarle de que en unos minutos otro profesional le atenderá para efectuar su valoración inicial.

- Asegurarse de que la persona esta calmada y cómodamente instalada antes de salir de la habitación.
- Anotar el nombre del paciente en el Libro de ingresos de la unidad.

La acogida después de un ingreso de urgencia.

Atender las necesidades vitales del paciente, valorar su estado general y asegurarse de que sus vías de perfusión y sus catéteres estén bien fijados.

Los procedimientos al alta.

- Se llama alta al proceso mediante el cual una persona deja el servicio hospitalario en el que estaba ingresada.
- Siempre que una persona ingresada salga del hospital tiene que recibir un informe de alta hospitalaria que incluye los datos diagnósticos y los hechos terapéuticos más importantes durante su estancia en el hospital.
- El alta por curación o mejora es un alta programada. El paciente vuelve a su casa para terminar la convalecencia o incorporarse a su vida normal. Las funciones del TCAE en este caso son:
Informar al paciente y su familia de la hora prevista para el alta.
- Asegurarse de que entienden las prescripciones dadas por el facultativo y el equipo de enfermería.
- Explicarles los trámites administrativos que deben realizar para el alta.
- Ayudar al paciente, si lo necesita, a prepararse para la salida y asegurarse de que no ha olvidado ninguna de sus pertenencias.
- Informar al supervisor de su marcha.
- Seguir el procedimiento de preparación para el próximo ingreso.
- Verificar que el tratamiento prescrito en el Servicio de Urgencias este siendo aplicado correctamente.
- Informar y tranquilizar al paciente y sus acompañantes.
- El el caso de que un paciente sea transferido a otro centro o a otro servicio dentro del mismo centro se produce un alta por traslado. Las actuaciones que debe realizar el auxiliar son las siguientes:
- Ponerse en contacto con el servicio que alojara al paciente para comprobar que todo está preparado para su acogida.
- Revisar su identidad.
- Comprobar que el paciente y sus acompañantes saben que va a efectuarse el traslado y conocen los motivos por los cuales tiene lugar.
- Preparar la silla de ruedas, la camilla, la cama y la lencería necesarias para el traslado.

- Asegurarse de que los catéteres y perfusiones que lleve puestos estén bien fijados.
- Acompañarle hasta el nuevo servicio si es necesario.
- Anotar el traslado en la historia clínica.
- Seguir el procedimiento de preparación de la habitación para el próximo ingreso.
- Cuando la persona ingresada desea abandonar el centro hospitalario se habla de alta voluntaria. En este caso, la actuación del TCAE es la siguiente:
- Informar al personal de enfermería de que el paciente manifiesta el deseo de irse. El equipo médico responsable del caso será el encargado de intentar convencer al paciente para que se quede.
- Si el paciente quiere irse inmediatamente asegurarle que podrá hacerlo sin ningún impedimento, pero que tendrá que esperar unos minutos para poder cumplir las formalidades legales. Después, avisar a la unidad de enfermería o al equipo médico.
- Una vez que el equipo médico conozca el deseo del paciente de irse y se hayan cumplido los trámites legales necesarios para el alta voluntaria, el TCAE debe seguir el procedimiento de un alta por curación o mejora.

Como es lógico, la atención sanitaria no siempre consigue la curación de todos los pacientes. Cuando esto ocurre se produce el alta por fallecimiento. La labor del TCAE en este caso se basa en seguir el procedimiento de cuidados post mortem y el de preparación de la habitación para el próximo ingreso.

El entorno del paciente.

Una vez que la persona ha sido acogida en el centro hospitalario, los profesionales deben asegurarse de que su entorno cercano mantenga unas condiciones adecuadas. La habitación hospitalaria es el lugar donde el paciente residirá mientras este ingresado. Debe reunir una serie de requisitos relacionados con las condiciones ambientales, que repercuten en el estado de ánimo del paciente y por tanto en su salud y en la respuesta al tratamiento que está recibiendo:

- Higiene, limpieza y orden
- Temperatura correcta
- Iluminación adecuada
- Ventilación
- Tranquilidad y silencio

El TCAE se encarga de lo referente a la higiene del paciente, de la recogida de sus excretas, de hacer su cama y mantener los equipos de la unidad en las condiciones adecuadas de funcionamiento y limpieza con el fin de proporcionar al pa-

ciente comodidad, seguridad y serenidad.

El equipo de limpieza se encargara del resto de las actividades necesarias para mantener el orden y la limpieza de la unidad.

La unidad del paciente.

- La habitación del paciente es el espacio cerrado en el que este se alojara durante su ingreso hospitalario.
- La unidad del paciente es el conjunto formado por el área que ocupa este y su equipamiento, es decir, los muebles y los equipos dispuestos para que los utilice durante su estancia.
- Si en una habitación se alojan dos o más personas, habrá tantas unidades de paciente como personas ingresadas.
- En las habitaciones individuales, se considera unidad del paciente a todo el contenido y el espacio físico de la propia habitación.
- En un hospital habrá tantas unidades del paciente como número de camas.
- La unidad del paciente consta de muebles y equipos más o menos complejos.

Mobiliario.

El mobiliario que debe formar parte de una unidad del paciente depende del tipo de unidad de que se trate. Debe ser de color claro, para que se aprecie rápidamente la suciedad y estará construido de modo que puedan moverse con facilidad, lavarse a fondo y desinfectarse. El mobiliario que forma parte de una unidad tipo o estándar es el siguiente:

- Cama. Debe estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento para que permita la correcta acomodación del paciente. Ira provista con toda la ropa de cama necesaria. Se dispone de forma que el cabecero este en contacto con la pared de manera que tenga tres de sus lados libres para facilitar el trabajo del personal sanitario. No se debe colocar debajo de una ventana o próxima a una puerta. Es importante que sean articuladas y fácilmente manejables en su movilización.
- Accesorios: colchón, almohada, barandillas laterales, manivela y sistema electrónico para regular la altura y la articulación de la cama, triángulos, barras de tracción, poleas, etc.
- Mesilla de noche. Se sitúa junto a la cama, de forma que sea accesible, para que el paciente pueda coger cualquier objeto que necesite.
- Mesa de cama o carro-bandeja. Dispone de ruedas para desplazarse con facilidad. Tiene una base que puede introducirse bajo la cama y un tablero superior, regulable en altura, para que el paciente pueda adaptarlo para comer sentado en

la cama o el sillón.

- Silla o sillón. Se utiliza para el descanso de aquellos pacientes independientes o para aquellos en los que sea posible su movilización. Suelen disponer de brazos y reposapiés. Se colocan junto al paciente, al lado contrario de la mesilla y cerca de la cabecera de la cama, para que pueda sentarse fácilmente, y de tal manera que no interfieran en el acceso a la cama ni al aseo, permitiendo al paciente y al personal sanitario desplazarse por la habitación con comodidad. Siempre que el espacio lo permita, se debe disponer de una silla o sillón para el acompañante.
- Escabel. Es un escalón que se coloca cerca de la cama para ayudar a subir o bajar de ella.
- Armario. Se utiliza para guardar la ropa y otras pertenencias del paciente, y también una manta de repuesto por si fuera necesaria. Suele incluir alguna percha.
- Lámpara. Generalmente está fijada a la pared para que no ocupe espacio. Se utiliza en exploraciones, para lectura o como luz indirecta. No se utilizan lámparas en las mesillas, para evitar riesgos de accidente.
- Biombo o cortina. Separa las unidades de pacientes de la misma habitación durante los momentos en que la intimidad de estos deba protegerse especialmente, en particular durante la atención profesional. A pesar de esta separación, hay que tener en cuenta que las cortinas no aíslan del ruido ni evitan que se oigan las conversaciones.
- Papelera o cubo. Para recoger los desechos generados por el paciente que no sean sanitarios ni biológicos.

Además del mobiliario descrito, cada habitación debe disponer de un sistema de comunicación interna con el control de enfermería mediante señales acústicas (timbre) o luminosas, un piloto o luz de emergencia para ver por la noche, tomas de oxígeno y bombas de vacío fijadas en la pared y a la cabecera de la cama del paciente y, algunas veces, esfigmomanómetro de mercurio fijado a la pared.

Por último, las habitaciones tienen varios elementos, menos específicos del ambiente hospitalario, pero que aumentan el confort: cuarto de baño, televisor, teléfono, etc.

La actitud profesional del TCAE.

- El TCAE es el profesional del equipo que se responsabiliza de comprobar que la unidad del paciente este en perfectas condiciones, es decir, que todo el material esté disponible, que el mobiliario se encuentre en buen estado para su uso y que los equipos de apoyo funcionen correctamente.
- El cuidado de la unidad de paciente es uno más dentro del proceso de atención

de enfermería.

- La labor del TCAE, referida a dicho cuidado, es:
- Recoger el material necesario del botiquín, verificarlo y llevarlo a la unidad del paciente.
- Depositar el material de un solo uso en los contenedores apropiados.
- Llevar el material reutilizable a los lugares adecuados, para su limpieza y nuevo uso.
- Reponer los artículos fungibles.
- Observar posibles carencias en la unidad del paciente.
- Avisar cuando algún equipo necesite reparación.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el adecuado conocimiento del entorno hospitalario para poder desarrollar las funciones del profesional sanitario con la mejor calidad y seguridad. Un desconocimiento de los elementos del entorno hospitalario supondría un problema a la hora de desempeñar la actividad asistencial.

6 Bibliografía

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, de Evangelina Pérez de la Plaza. Editorial; S.A. MCGRAW-HILL interamericana de España Edición de 2016

Gestión de pacientes, Editorial Aran. Edición primera de marzo de 2019.

Capítulo 311

LOS AGENTES INFECCIOSOS Y LA INFECCIÓN

MARIA VICTORIA GALLARDO FRA

1 Introducción

Al principio, no se sabía nada de los microbios ni de las infecciones. La primera noción en este sentido fue percatarse de que algunas enfermedades eran transmisibles, es decir, que podían pasar de una persona a otra. Con las investigaciones y el paso del tiempo se descubrió que algunos agentes transportaban la enfermedad y finalmente se les identificó: eran los agentes patógenos.

Paralelamente a estas investigaciones se fue desarrollando una ciencia que trataba de estudiar la incidencia que los fenómenos biológicos y sociales tienen sobre la población y su repercusión sobre la salud. Esta ciencia es la epidemiología. Su definición fue evolucionando hasta la actualidad, al igual que los conceptos de salud y enfermedad.

En la actualidad se define la epidemiología como “la ciencia encargada del estudio de los aspectos ecológicos que condicionan los fenómenos de salud y enfermedad en los grupos humanos, con el fin de establecer sus causas, mecanismos de producción y procedimientos destinados a conservar, incrementar y restaurar la salud individual y colectiva”.

2 Objetivos

- Exponer los agentes infecciosos más frecuentes causantes de infección.
- Exponer las vías de infección más frecuentes y maneras de controlar las mismas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La epidemiología tiene como objetivo prioritario el estudio de los fenómenos biológicos y sociales que afectan a la salud comunitaria. Entre estos fenómenos tenemos los siguientes: el estudio del medio ambiente, del hábitat humano, de los residuos, de los excrementos, de los abastecimientos de agua, de los métodos de educación sanitaria, de los programas de promoción de la salud, de la salud laboral, de la lucha contra la drogodependencia y de la planificación y gestión de los servicios de salud (para corregir y mejorar los errores detectados).

Lo que se pretende con los estudios epidemiológicos de salud comunitaria es:

- Llegar a un diagnóstico de salud comunitaria.
- Valorar los métodos de diagnóstico y tratamiento.
- Establecer las probabilidades y riesgos de que se produzca una enfermedad.
- Entender los fenómenos biológicos.
- Investigar las causas capaces de desencadenar la enfermedad.
- Mejorar el funcionamiento de los servicios de salud.

AGENTES INFECCIOSOS.

Los agentes patógenos son seres vivos capaces de causar enfermedad en los seres humanos, en los animales o en las plantas. La mayor parte de estos agentes patógenos son microorganismos, como los virus, las bacterias, los hongos y los protozoos.

Los microorganismos son estructuras pequeñísimas capaces de desarrollar procesos vitales. Debido a su pequeño tamaño solo se pueden observar utilizando un microscopio óptico o electrónico. Una posible forma de clasificar los microorganismos es haciéndolo en formas acelulares, tales como los virus o los priones, y formas celulares, tales como bacterias, hongos y protozoos.

En general, los microorganismos están adaptados a todos los ambientes: viven en el aire, en el agua, en la tierra, sobre los seres vivos y sobre los alimentos. La mayoría de los microorganismos viven de forma independiente, aunque algunos dependen de otros seres vivos para cumplir su ciclo vital.

En la naturaleza, los microorganismos viven formando comunidades más o menos complejas en las que los individuos interactúan con otros estableciendo multitud de relaciones.

Las siguientes son algunas de estas relaciones:

- Simbiosis
- Saprotismo.
- Comensalismo.
- Parasitismo.
- Oportunismo.

El descubrimiento del microscopio permitió conocer un mundo nuevo de seres diminutos, que hasta entonces habían permanecido ocultos para el conocimiento humano. El microscopio supuso una ayuda inestimable para los científicos que empezaban a estudiar la posible causa de transmisión de la enfermedad. A partir de ese momento, la identificación de agentes causales de enfermedades fue avanzando, ya que su observación en tejidos y fluidos orgánicos permitía obtener pruebas de la relación entre enfermedad y agente. Así, poco a poco, se fueron identificando los diferentes microorganismos.

LOS DIFERENTES TIPOS DE AGENTES INFECCIOSOS.

Los organismos potencialmente patógenos para el ser humano pueden ser: bacterias, virus, hongos, protozoos y metazoos.

LAS BACTERIAS.

Son microorganismos unicelulares procarióticos, que suelen multiplicarse por bipartición. La mayoría de las bacterias tienen entre 1 y 3 μm de longitud. Con los microscopios ópticos únicamente podemos ver sus formas generales y si crecen aisladas o en grupos. Las tinciones nos permitirán observar muchas otras características (por ejemplo, la presencia de alguna estructura externa, como los flagelos). Según su forma, las bacterias se clasifican en:

- Cocos. Son redondeados. Pueden aparecer:
 - ☒ Aislados.
 - ☒ En parejas: diplococos.
 - ☒ Formando cadenas: estreptococos.
 - ☒ Formando racimos: estafilococos.

- Bacilos. Tienen forma de cilindro alargado o curvado (bastón). Algunos tienen un gran parecido con los cocos, por lo que se les denomina cocobacilos (son ovalados). Pueden aparecer:

☒ Aislados.

☒ En parejas: diplobacilos.

☒ Formando cadenas: estreptobacilos.

- Vibrios. Tienen forma de coma.

- Espirilos. Tienen forma helicoidal.

- Espiroquetas. Tienen forma de espiral.

La estructura interna de las bacterias se estudia con un microscopio electrónico. Presentan los siguientes elementos:

☒ Pared celular. Es un estuche rígido exterior, localizado por fuera de la membrana plasmática. Da forma a la bacteria, le otorga rigidez y le sirve de protección.

☒ Membrana plasmática. Por dentro de la pared celular. Limita la célula y regula su intercambio de sustancias con el exterior.

☒ Mesosoma. Repliegue de la membrana plasmática.

☒ Citoplasma. Es la disolución interior, espesa, que contiene los ribosomas, los gránulos de reserva de nutrientes y los ácidos nucleicos (reunidos en un solo cromosoma, apelonados).

☒ También contiene plásmidos, que son elementos genéticos extracromosómicos formados por secuencias de ADN cortas y circulares que pueden contener genes que codifiquen factores de resistencia a antibióticos, producción de toxinas, etc.

☒ Según el género, pueden presentar flagelo, fimbrias o pilis. El flagelo es un filamento largo, delgado y helicoidal que sirve para la motilidad de las bacterias y fimbrias o pilis son también estructuras filamentosas, proteicas, similares a los flagelos en su composición y morfología, pero que no participan en la movilidad. fimbrias o pilis son también estructuras filamentosas, proteicas, similares a los flagelos en su composición y morfología, pero que no participan en la movilidad.

LOS VIRUS.

Los virus se consideran formas acelulares. Se denominan formas acelulares a aquellas entidades biológicas en las que su estructura básica no es una célula y, por lo tanto, carecen de muchas de las funciones celulares (metabolismo). Los virus son entidades de muy pequeño tamaño (entre $0,5 \mu$ y $7m\mu$), que sólo se visualizan con el microscopio electrónico. Se caracterizan por su falta de metabolismo, por lo que necesitan un organismo vivo para poder multiplicarse, pues carecen de maquinaria propia para la síntesis de sus proteínas, la obtención de energía y la replicación de su material genético. Por lo tanto, son parásitos in-

tracelulares obligados. Infeccionan una célula viva y la obligan a reproducir copias de sí mismos.

Dado que realizan tan pocas funciones vitales y son tan diminutos, su estructura es muy sencilla, pero varía de unos virus a otros. Constan, básicamente, de un “corazón” de ácido nucleico (ADN o ARN, nunca los dos a la vez) llamado genoma, rodeada de una cubierta llamada cápside, que está formada por proteínas. Los virus más complejos tienen otra capa externa, llamada peplos, que está formada por glúcido, lípidos y proteínas. El peplos hace que sean más difíciles de destruir. Unos 250 de los 1000-1500 tipos que hay son patógenos para el hombre.

LOS PRIONES.

Son formas acelulares constituidas por proteínas y que no contienen ácido nucleico. Su importancia radica en que están implicados en diversas enfermedades transmisibles que afectan al sistema nervioso central, tanto de los animales como del hombre. En el caso del hombre, producen encefalopatías espongiiformes transmisibles como la enfermedad de Creutzfeld-Jakob.

LOS HONGOS.

Dentro de las clasificaciones de los seres vivos, los hongos forman un reino independiente, ya que son biológicamente diferentes de las bacterias, los animales y las plantas aunque tengan rasgos de todos ellos.

Los hongos unicelulares son las levaduras, y los pluricelulares, los mohos y las setas. Son seres vivos de estructura celular eucariótica, unicelulares o pluricelulares, heterótrofos y que constituyen un reino propio e independiente. Muy pocos resultan patógenos para el ser humano. Las infecciones causadas por hongos se denominan micosis, y las más frecuentes son las candidiasis y las dermatofitosis o tiñas.

LOS PROTOZOOS.

Los protozoos son seres unicelulares eucariotas, de 3 a 300 μm de longitud, según las especies. Son frecuentemente parásitos de animales, plantas y seres humanos. En lenguaje técnico decimos que causan infestaciones y no infecciones.

De entre los protozoos de interés sanitario destacamos los siguientes:

- Los plasmidios. Causan el paludismo o malaria, que es la enfermedad por protozoos más importante del mundo, con dos millones de muertos al año según la OMS.
- Los toxoplasmas. Parasitan a los gatos, que pueden lamer a las personas y contagiarlas, también parasitan a los corderos y a los cerdos, que nos pueden contagiar

si nos comemos su carne poco cocinada.

La toxoplasmosis es su infestación más común, pero muy a menudo no se manifiesta. De todos modos, es una enfermedad especialmente grave cuando se produce en el primer trimestre del embarazo, ya que el parásito atraviesa la placenta y puede provocar el aborto, retraso mental o ceguera en los recién nacidos.

- Las giardias. Son los parásitos intestinales más frecuentes. Lo más corriente es que la infestación sea asintomática, pero son las causantes principales de la llamada "diarrea del viajero". Estos parásitos sobreviven incluso en el agua clorada de las ciudades.

Las tricomonas. Parasitan los aparatos reproductor y urinario y se transmiten por contacto sexual.

LOS METAZOOS.

Constituyen un reino de seres vivos pluricelulares y heterótrofos, formados por células eucariotas que se agrupan en tejidos, órganos, sistemas y aparatos. Son animales grandes, visibles ya a simple vista. Algunos de los que causan infestaciones frecuentes son los siguientes:

- La tenia o solitaria. Es un gusano de hasta tres metros de longitud, que parasita a los cerdos y las vacas. Si la carne está poco cocida, la tenia sobrevive y, al comérsela, la persona puede infectarse. En estos casos la tenia vivirá en el intestino de la persona infectada, absorbiendo el alimento que necesita y produciendo huevos, que serán expulsados por el ano. A menudo, produce dolor abdominal, diarrea, anemia o pérdida de peso.

- Los oxiuros. Son gusanos de 12 mm de longitud. Viven en el intestino grueso y ponen los huevos alrededor del ano. Esta situación causa picor anal intenso, especialmente nocturno, así como insomnio, irritabilidad, lesiones por rascado, eczemas y sobreinfecciones.

- Las diferentes especies de ácaros. Miden entre 0,1 y 30 mm de longitud. Podemos citar las garrapatas, los ácaros causantes de la sarna y los ácaros del jamón.

- Los piojos. Son insectos que viven en la ropa en el pelo y que pican para chupar la sangre, de la que se alimentan, con todo, el peligro de estos animales es que transmiten enfermedades graves, como el tifus.

- Las pulgas. También son insectos que se alimentan de sangre humana o de otros mamíferos y aves.

CONCEPTOS Y GENERALIDADES DEL PROCESO INFECCIOSO.

Cuando en el organismo hay presencia y replicación (multiplicación o crecimiento) de algún microorganismo, decimos que la persona afectada sufre una infección.

En general, se utiliza el nombre de infección cuando se hace referencia a microorganismos y de infestación cuando se trata de parásitos más estructurados tales como los protozoos y los metazoos. Si el agente microbiano o parasitario llega a provocar una alteración del equilibrio que supone el estado de salud y aparecen manifestaciones clínicas sintomáticas, se habla de enfermedad infecciosa. Puede haber infección sin enfermedad cuando el proceso se detiene antes de la producción de síntomas, constituyendo formas inaparentes de la enfermedad que pasan desapercibidas. A este hecho epidemiológico se le denomina fenómeno iceberg, siendo su parte visible los casos sintomáticos (enfermedad infecciosa propiamente dicha) y la parte no visible, o inaparente, los casos que corresponden a la infección.

En la actualidad se utiliza, con más exactitud, el término de enfermedad transmisible (frente al de enfermedad infecciosa o enfermedad infecto-contagiosa). Algunas enfermedades transmisibles, por sus repercusiones internacionales, se rigen por una legislación especial, denominándose enfermedades cuarentenables. Por ejemplo, el cólera, la peste, etc.

FASES DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

En toda enfermedad transmisible se pueden diferenciar varias fases:

- Periodo de incubación. Es el intervalo comprendido entre la entrada del microorganismo en un huésped y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad. Depende, sobre todo, de la cantidad de microorganismos que entran en un huésped y de su capacidad de multiplicación.
- Periodo prodrómico. Se caracteriza por la aparición de signos inespecíficos y de carácter general.
- Periodo clínico. Se caracteriza por la aparición de los síntomas y signos que definen la enfermedad, y que junto con los datos analíticos permiten llegar a un diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

Estas enfermedades pueden presentarse de muy diversas formas:

- Esporádica. Cuando en la aparición (incidencia) de la enfermedad no influyen ni el lugar ni el tiempo, es decir, que no presentan una continuidad temporal.
- Endemia. Cuando existe la presencia (incidencia) constante de una enfermedad transmisible en una zona geográfica determinada, como ocurre con la brucelosis en algunas zonas de España.

Endoepidemia. Es una endemia en la que aparecen de vez en cuando brotes que aumentan la incidencia de la enfermedad. Es una combinación de la endemia con

la epidemia.

- Epidemia. Cuando el número de casos excede claramente de la frecuencia prevista, es decir, hay un aumento en la incidencia habitual de una enfermedad.
- Pandemia. Cuando la epidemia pasa las fronteras de un país, afectando a parte o a todo el mundo; como ocurre con la gripe, y como ocurrió, tiempo atrás, con la peste o el cólera.

Las infecciones producen manifestaciones tanto generales como locales.

- Generales. Las más comunes son la fiebre, la cefalea (dolor de cabeza), los dolores musculares, los dolores articulares, la pérdida de apetito, el cansancio y la sudoración.
- Locales. Afectan a los órganos infectados: inflamación local (enrojecimiento, hinchazón, calor, dolor y aparición de un líquido blanquecino y más viscoso que el agua), tos, diarrea, abscesos, etc.
- En algunos casos pueden tener lugar manifestaciones específicas del germen causal, como la erupción cutánea de la varicela.

LA CADENA EPIMEDIOLOGICA

Se llama cadena epidemiológica al conjunto de eslabones o factores que determinan la propagación de la enfermedad transmisible. También se llama cadena infecciosa.

Estos eslabones son tres:

- Una fuente de infección.
- Un mecanismo de transmisión.
- Un huésped susceptible.

EL PRIMER ESLABÓN, LA FUENTE DE INFECCIÓN.

Es el foco desde el que se transmite el agente infeccioso directa o indirectamente hasta el huésped susceptible de enfermar. Pueden actuar como fuente de infección:

- El ser humano: homóloga.
- Los animales, los objetos y el suelo: heterólogas.

Otro concepto, algo diferente, es el de reservorio. El reservorio es el lugar donde el agente infeccioso vive, se desarrolla y se multiplica, durante un período de tiempo relativamente largo. A menudo, la fuente de infección y el reservorio coinciden, pero en algunos casos son diferentes. La fuente de infección más importante es el ser humano. La mayor parte de los microorganismos patógenos para el hombre están adaptados exclusivamente a él.

EL SER HUMANO COMO FUENTE DE INFECCIÓN

Actúa como fuente de infección, tanto si presenta la enfermedad infecciosa (enfermo) como si no la presenta, pero puede transmitirla (portador).

- Persona enferma. Es aquella que padece la enfermedad y que elimina microorganismos. El tiempo de transmisión es variable, dependiendo del tipo y las características de la enfermedad.
- Portador. Es aquel que sin presentar ningún tipo de síntomas ni signos de la enfermedad elimina microorganismos patógenos. Supone un estado de adaptación o equilibrio entre el agente causal y el huésped. Tipos:
 - Portador precoz o en periodo de incubación. Es aquel que elimina microorganismos patógenos antes de que se desarrolle la enfermedad que está incubando. Por ejemplo, los virus de la gripe y de la varicela.
 - Portador convaleciente. Es aquel que ha padecido la enfermedad infecciosa, de la cual ya han desaparecido los síntomas (curación clínica), pero que sigue eliminando microorganismos patógenos. Por ejemplo, en la fiebre tifoidea algunos enfermos siguen eliminando gérmenes hasta los tres meses posteriores a la curación clínica.
 - Portador sano. Es la persona sana, que no padece la enfermedad porque tiene cierto grado de inmunidad frente al agente infeccioso que porta.

En general, es más peligrosa como fuente de infección una persona enferma que un portador porque los microorganismos presentan mayor virulencia y se hallan en menor cantidad. Pero los portadores son más importantes desde el punto de vista epidemiológico y de la salud pública, porque normalmente pasan inadvertidos y tienen mayor movilidad social, no saben que propagan gérmenes y no se someten a tratamiento para eliminarlos de su organismo.

La eliminación de los microorganismos por las personas enfermas o portadoras se puede hacer por distintas vías, dependiendo de la puerta de entrada de los mismos y de su localización durante la enfermedad. Estas vías son:

- Vía digestiva: a través de las heces contaminadas y a veces por el vómito. Por ejemplo, la hepatitis A, el virus de la poliomielitis.
- Vía respiratoria: a través de las gotas de Flügge y de los núcleos goticulares de Wells (la tos, el estornudo, en la respiración, al hablar, al expectorar). Por ejemplo, la gripe o la tuberculosis.
- Vía genitourinaria: por las secreciones genitourinarias y a través de la orina. Por ejemplo, las enfermedades de transmisión sexual.
- Vía cutaneomucosa: a través de heridas o lesiones contaminadas en la piel y las mucosas.

- Vía hemática: a través de la sangre, por medio de un agente pasivo (como las jeringuillas en la hepatitis, sida) o de un vector activo (como el mosquito en el paludismo).

LOS ANIMALES COMO FUENTE DE INFECCIÓN.

Los animales enfermos, así como los portadores, pueden actuar como reservorio o como fuente de infección. Los animales infecciosos pueden ser:

- Domésticos, como los gatos, los perros u otros animales más exóticos.
- Peridomésticos, que son los que viven cerca de nuestros hogares, como las ratas, los ratones, las moscas, los mosquitos, las pulgas, las garrapatas.
- Salvajes, como los lobos o los murciélagos.

Suelen provocar enfermedades, con mayor frecuencia, en el ámbito rural o enfermedades de carácter profesional. Afectan, fundamentalmente, a ganaderos, pastores, veterinarios, personal de mataderos, de fábricas de curtidos, de zoológicos, etc.

EL SUELO O LOS OBJETOS COMO FUENTE DE INFECCIÓN.

Pueden constituir un hábitat circunstancial para los gérmenes, ya que éstos son capaces de sobrevivir en circunstancias adversas, debido a su gran resistencia a los factores ambientales, sobre todo aquellos que pueden formar esporas. Pero también pueden constituir un reservorio telúrico (es decir, extra-animal), porque en él los microorganismos cumplen una etapa de su ciclo evolutivo (viven y se reproducen en el suelo y pueden esperar a que llegue la oportunidad de infectar a una persona), como el caso de los hongos que causan el pie de atleta o de los clostridios responsables del tétanos. En las áreas con humedad y restos orgánicos es donde hay más gérmenes.

EL SEGUNDO ESLABÓN, EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Conjunto de medios que facilitan el contacto o la comunicación entre el agente infeccioso y el huésped susceptible. Los mecanismos de transmisión dependen de la vía de eliminación, la resistencia del agente infeccioso en el medio exterior y de la puerta de entrada. La transmisión puede ser directa e indirecta.

EL TERCER ESLABÓN, EL HUÉSPED SUSCEPTIBLE.

Es el candidato a enfermar. Constituye el último eslabón de la cadena epidemiológica. Es la persona que recibe al agente infeccioso y que puede infectarse, contrayendo la enfermedad. Lo contrario de susceptible es resistente, y por ello, la capacidad del hospedador de no sufrir la enfermedad infecciosa se llama resistencia. La persona absolutamente resistente diremos que es inmune.

La susceptibilidad depende de una serie de factores, tales como:

- La edad.
- El estado nutricional.
- Los hábitos sanitarios.
- El estrés y la fatiga.
- Tipo de actividad laboral.
- Algunos tratamientos médicos agresivos, etc.

La resistencia del hospedador dependerá de sus mecanismos de defensa, que son la integridad de las posibles puertas de entrada y la suficiencia de su estado inmunitario.

VÍAS O PUERTAS DE ENTRADA.

En la persona susceptible hay que tener en cuenta el lugar por donde penetra el agente infeccioso, la puerta de entrada. Algunos agentes tienen una puerta de entrada muy específica, mientras que otros pueden hacerlo a través de varias vías. Generalmente, coincide con la vía de salida desde la fuente de infección y depende de los mecanismos de transmisión.

- Vía digestiva. A través de la boca, con la ingestión.
- Vía respiratoria. A través de la nariz, al respirar e inhalar el aire.
- Vía urinaria. A través del meato urinario.
- Vía cutaneomucosa. A través de la piel, cuando sufre alguna alteración, como heridas o quemaduras. También, a través de los genitales (en las enfermedades de transmisión sexual), a través de la conjuntiva, etc.
- Vía hemática. A través de la inoculación accidental por el instrumental quirúrgico, por mordeduras o picaduras. En esta última puede incluirse la vía placentaria, es decir, la transmisión a través de la circulación materno-fetal (rubéola, SIDA, etc.).

EL ESTADO INMUNITARIO.

Debe remarcarse que algunas personas acostumbran a tenerlo más debilitado y, por lo tanto, son más susceptibles de sufrir infecciones por gérmenes oportunistas. Entre estas personas podemos citar:

- Los bebés y los niños, que aún no tienen los mecanismos inmunitarios completamente desarrollados.
- Los ancianos, que tienen una inmunidad menos eficiente, digamos que “desgasteada”, como el resto de su organismo.
- Las personas que sufren ya alguna enfermedad.

- Aquellas que tienen la inmunidad deprimida, ya sea por el alcohol, por simple agotamiento, por falta de sueño, por exceso de trabajo, por una depresión, etc. también tienen efecto inmunodepresor algunos medicamentos, como los quimioterápicos y los corticoides aplicados durante largos periodos.
- Las personas que han recibido antibióticos de espectro amplio (que eliminan a muchas especies diferentes de bacterias), ya que éstos les han eliminado la flora normal, facilitando la proliferación de otros gérmenes, patógenos.

Las actividades de prevención actúan sobre uno o más de los eslabones de la cadena para evitar que aparezcan y que se propaguen las enfermedades infecciosas.

ACTUACIONES SOBRE LA FUENTE DE INFECCION.

Cuando la actuación se centra en la fuente de infección, las medidas fundamentales son:

- Diagnóstico y tratamiento precoz. Lo ideal es que se realicen lo más pronto posible para tratar y controlar la evolución de la enfermedad transmisible. El tratamiento debe ser precoz y completo.
- Encuesta y ficha epidemiológica. La encuesta consiste en el interrogatorio clínico de los datos relacionados con la situación de salud del paciente. Por ejemplo: antecedentes de otras enfermedades transmisibles padecidas, vacunas recibidas, contactos con otros enfermos, consumo de bebidas o alimentos sospechosos, etc. todos los datos obtenidos, así como la analítica y la confirmación del diagnóstico, se anotan en la ficha epidemiológica (formulario que facilita la recogida de datos).
- Declaración obligatoria. Se realizará a las autoridades sanitarias, para que puedan hacer las previsiones oportunas. Existe un grupo de enfermedades consideradas de
- Declaración Nacional Obligatoria (DNO) y otras de Declaración Internacional Obligatoria (DIO). Actualmente, la declaración se realiza por municipios, provincias y autonomías. La Declaración Internacional Obligatoria está regulada por la OMS.

Aislamiento, vigilancia y cuarentena. Estas medidas tienen como objetivo evitar la aparición de nuevos casos de enfermedad.

- El aislamiento se puede realizar en el propio domicilio o en el hospital. La vigilancia consiste en el seguimiento de los fenómenos relacionados con la enfermedad transmisible en una comunidad. Utiliza como instrumento básico los boletines de enfermedades de declaración obligatoria.
- La cuarentena es la restricción de la actividad de personas, aparentemente sanas,

que han estado expuestas al contagio de una enfermedad transmisible. Comprende, al menos, el mismo tiempo que dura el periodo de incubación de la enfermedad. Educación sanitaria. Es la información adecuada que se debe dar al paciente y a las personas o familiares responsables o encargadas de su atención, para que realicen una serie de actuaciones o conductas higiénicas (sanitarias) que permitan consolidar el estado o nivel de salud alcanzado por las otras medidas terapéuticas. Por ejemplo, lavado de manos cada vez que se manipula al paciente, correcta eliminación de vómitos, orinas y heces del paciente en recipientes con lejía (durante dos horas), etc.

ACTUACIONES SOBRE LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN.

Si no podemos eliminar las fuentes de infección de los gérmenes, podemos intentar evitar que se transmitan a las personas. Se basan, fundamentalmente, en medidas de saneamiento, que varían según el tipo de enfermedad. EL Saneamiento tiene como finalidad regular los factores que inciden sobre la salud personal y pública. Puede ser:

- Saneamiento general: incluye medidas de control sobre los abastecimientos de agua potable, depuración, eliminación de aguas residuales eliminación de basuras, control sobre los alimentos, higiene de edificios públicos, lucha contra la contaminación, etc.
- Saneamiento específico: incluye los métodos conocidos por DDD, que hacen referencia a la desinfección, desinsectación y desratización.

ACTUACIONES SOBRE EL HOSPEDADOR

Si no se pueden eliminar los gérmenes ni evitar totalmente su transmisión a las personas sanas, se puede impedir que éstas enfermen eliminando a los gérmenes que hayan entrado o reforzando el sistema inmunitario del hospedador. Las actuaciones más importantes en este sentido son las siguientes:

- La quimioprofilaxis. Consiste en la administración de sustancias químicas (fármacos) para evitar la aparición de una enfermedad.
- La inmunización. Tiene como objetivo provocar en el paciente una respuesta positiva frente a la acción de determinados microorganismos patógenos, para protegerle de sus efectos perjudiciales. Puede ser de dos tipos: activa y pasiva.

INMUNIZACIÓN ACTIVA. Se produce cuando el huésped genera su propia respuesta inmunitaria frente a un antígeno o estímulo antigénico. Se adquiere por:

- Mecanismos naturales. Después de sufrir una enfermedad.
- Mecanismos artificiales. Después de la administración de vacunas (preparado antigénico) con gérmenes atenuados, gérmenes muertos o inactivados o antitóx-

icas o toxoides (inmunizan frente a las exotoxinas que producen los microorganismos).

INMUNIZACIÓN PASIVA. La protección se consigue administrando anticuerpos sintetizados por otros individuos inmunes. Se adquiere por:

- Mecanismos naturales. Transferencia de anticuerpos a través de la placenta o la leche materna.
- Mecanismos artificiales. Administración de anticuerpos producidos en animales o personas que padecieron la enfermedad, o fueron vacunados. Por ejemplo tratamiento con gammaglobulinas (inmunoglobulinas) o tratamientos con antitoxinas: se fabrican a partir de toxinas que producen los microorganismos.

La educación sanitaria. Tiene como objetivo la formación de las personas para que adquieran unos hábitos higiénicos y sanitarios que les permitan conservar y fomentar su salud, preservándoles, por lo tanto, de la enfermedad.

Incluye medidas que fomenten:

- La higiene (lavado de manos, cuidado perineal, baños frecuentes, limpieza de boca, cuidado de las uñas, sonarse la nariz, toser, estornudar, etc.).
- La nutrición equilibrada, el descanso y el sueño.
- El equilibrio entre el trabajo y la diversión, para mantener un adecuado nivel de estrés, etc.

5 Discusión-Conclusión

Existen multitud de microorganismos diferentes y las maneras que tienen de causar problemas en el ser humano son muy variadas. Un adecuado conocimiento de los principales microorganismos, vías de transmisión así como su patogenia, permitirá disminuir el riesgo de infección y que estas puedan diagnosticarse de una manera más precoz.

6 Bibliografía

- Epidemiología Clínica. 5ª Edición. Robert Fletcher- 9788416353910.

Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, de Evangelina Pérez de la Plaza. Editorial; S.A. MCGRAW-HILL interamericana de España Edición de 2016

Capítulo 312

ENFERMEDAD DE CROHN.

MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA

ANA ISABEL PÉREZ RAMOS

1 Introducción

Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del grupo de enfermedades crónicas, que puede alterar cualquier región del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano. Las zonas más afectadas es el ciego e íleon terminal y puede producir incontinencia fecal, diarrea, dolores abdominales, sangrado rectal...

La causa de esta enfermedad se desconoce, aunque se cree que puede ser en parte genética, de momento no tiene cura y es crónica

2 Objetivos

Intentar conocer la situación actual e importancia de un buen diagnóstico de la enfermedad de Crohn, recursos terapéuticos e identificar nuevos avances de los tratamientos que mejore la calidad de vida de los pacientes, que es decisivo para mostrar la adaptación a la enfermedad y sus síntomas.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en la página MedlinePlus, artículos en la biblioteca Scielo, y Google académico.

4 Resultados

El diagnóstico de la enfermedad de Crohn se realiza con la sospecha clínica y hallazgos radiológicos, endoscópicos e histológicos (biopsia) compatibles. Los síntomas de la enfermedad de Crohn más frecuentes son el dolor abdominal, fiebre, sangrado rectal con complicaciones de fístulas, estenosis, abscesos, perforaciones, etc.

5 Discusión-Conclusión

En el estudio de la enfermedad de Crohn, es imprescindible la comunicación entre atención primaria y hospital para un acercamiento íntegro y acertado.

6 Bibliografía

- Enfermedad de Crohn : MedlinePlus enciclopedia médica.
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>.
- Enfermedad de Crohn [Internet]. Scielo.isciii.es. 2019.
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

Capítulo 313

PÓLIPOS EN EL COLON.

MONICA CADENAS MARTINEZ

RAQUEL CADENAS MARTINEZ

1 Introducción

Un pólipo en el colon es un conjunto de células que se agrupan en el revestimiento del colon.

La mayoría de estos pólipos suelen ser inofensivos, pero hay que tener en cuenta que algunos pueden ser cancerosos.

Las personas que tienen más probabilidades de padecer pólipos en el colon son personas mayores de 50 años, personas con sobrepeso o fumadoras, hay que tener en cuenta también los antecedentes personales o familiares de pólipos en el colon o cáncer de colon. Muchas veces estos pólipos son asintomáticos.

Algunos de los síntomas pueden ser:

- Sangrado rectal.
- Cambio en el color de las heces.
- Cambios en los hábitos intestinales.
- Dolor.
- Anemia.

2 Objetivos

Disminuir la incidencia de cáncer de colon rectal, tanto en grupos de riesgo como en la población activa en general, realizando un diagnóstico precoz.

3 Caso clínico

Historia actual: Paciente de 45 años con antecedentes de poliposis colónica por pólipo adenomatoso, que acude a control de pólipos. Clínicamente asintomático. Rectorragias terminales, que no consultó. No síndrome general de fiebre. Exploración física: TA. 140/96 mmHg. Peso: 89.5 Kg. Talla: 180cm. IMC: 27.62. C.O.C. Normo coloreado en piel y mucosas. Normohidratado. Sin ingurgitación yugular. Carótidas rítmicas sin soplos, No se palpa bocio. Sin adenopatías accesibles a la exploración. AC:Ruidos rítmicos sin soplos. No roce pericárdico. AP: Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. Peristalsis conservada. No soplos. No se palpan masas ni organomegalias. Puño percusión renal y vertebral negativas. Tacto rectal no realizado. Miembros inferiores: Laten pulsos periféricos en todos los niveles. No edemas. No datos de TVP.

Resumen de pruebas complementarias:

Hemograma:5300000 hematíes. 16,1 gr. HB. 47,1% hematocrito. Índices corpusculares normales. 207000 plaquetas. VPM 11,4. Ancho de distribución plaquetar 15. Leucocitos con fórmula normal 6800. VSG de 2 a la primera hora. Coagulación: Fibrinógeno derivado 406,4 (150-460). T. Tromboplastina parcial (Ratio): 1,20 (0,80-1,20). Bioquímica: Gl, Úrico, CK, Factor reumatoide y PCR normales. Albúmina normal. Proteínas totales 6,3. ALS, AST normales. GGT 8. LDH, Bil-T normal. Na, K, Fosfato y Ca normales, Urea, Cr y Estimación filtrado glomerular normales. Triglicéridos, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL normales. TSH normal. Folato y vitamina B12 normales. Sistemático y sedimento de orina: normales.

Colonoscopia: Pólipo de colon. Divertículos en sigma. Anatomía patológica: Polipectomía en ciego: Pólipo adenovelloso. Polipectomía en colon transverso a 70 cm: 2 fragmentos, uno de ellos correspondiente a pólipo adenomatoso y el otro a pólipo hiperplásico. Polipectomía de colon a 20 cm.: pólipo hiperplásico. Polipectomía en ampolla rectal: Pólipo velloso fragmentado. Colonoscopia: Divertículos en el colon. Test del aliento (Helicobacter Pylori): 4,6%, positivo.

4 Resultados

Tras realizarse las pruebas oportunas el diagnóstico es:
Pólipos adenomatosos, tubulovelloso y hiperplásicos sin atipia.

5 Discusión-Conclusión

Los pólipos en el colon que son hallados en los primeros estadios normalmente pueden ser extirpados por completo de manera segura. La mayoría de estos pólipos son inofensivos, pero algunos de ellos pueden convertirse en cáncer de colon, y si se descubren en los últimos estadios suelen ser mortales.

La colonoscopia es la manera más precisa para detectar pólipos, y estos se pueden eliminar durante el mismo procedimiento.

6 Bibliografía

- Mayo Clinic. Pólipos en el colon - Síntomas y causas - Mayo Clinic.
- Elliot M. Livstone. Pólipos del colon y el recto - Trastornos gastrointestinales Manual MSD versión para profesionales.
- Garrido Botella A, Garrido Gómez E. Pólipos de colon. Revista Española de Enfermedades Digestivas. enero de 2007;99 (1):48-48.

Capítulo 314

COMUNICACIÓN CON LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI.

ANA ISABEL PÉREZ RAMOS

MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA

1 Introducción

Probablemente, la UCI es el lugar de los servicios sanitarios donde los familiares sufren más y donde los deseos de los familiares implican contacto con el paciente y con los profesionales.

Cuando un paciente ingresa en cuidados intensivos esto no supone únicamente un cambio para él sino también un trastorno en la dinámica familiar que afecta a su esfera psicológica y social. El personal de enfermería debe procurar dar cuidados no sólo a la persona ingresada, sino teniendo en cuenta también a los familiares que día a día se encuentran a pie de cama y que puedan solicitar cierto grado de implicación en la asistencia de su familiar.

2 Objetivos

Los objetivos que nos planteamos son:

Conocer el estado actual y la evolución del rol de las familias en la UCI.

Saber qué dicen los autores sobre las necesidades familiares y especialmente de la necesidad de rol en la UCI.

Reflexionar sobre puntos de mejora en el rol de los familiares.

Aumentar la calidad de los cuidados a los familiares de los pacientes ingresados en la UCI.

Establecer un plan de cuidados estandarizado para los cuidadores principales de nuestros pacientes.

3 Metodología

Se ha recopilado la información de publicaciones en las que aparecían palabras clave como UCI y familiares.

4 Resultados

A pesar del interés en mostrar la necesidad de incluir a las familias en los cuidados de la enfermedad crítica y ofrecerles soporte a lo largo del tiempo, quedan importantes lagunas a la hora de establecer la mejor estrategia para abordar estas cuestiones.

5 Discusión-Conclusión

Se resalta la importancia para la familia, y en beneficio también del paciente, de poder estar cerca suya e interactuar con él. Se deben modificar los hábitos del equipo profesional en el que el paciente es únicamente cuidado por el equipo, flexibilizando horarios de visita y tomando decisiones en conjunto en caso de que sea posible. Con esto se consigue transmitir seguridad y confianza a la familia que se siente a su vez más arropada e integrada en los cuidados y el proceso de curación.

Las familias y los cuidadores de los pacientes que sobreviven al alta de las UCI constituyen el soporte fundamental de estos pacientes.

Por ello, y porque además es posible hacerlo, no podemos olvidarlos.

6 Bibliografía

-Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Enferm Intensiva*. 21 (2010), pp. 11-19.

- <http://www.index-f.com/evidentia/n39/sumario.php>.

Capítulo 315

TÉCNICA EN LA HIGIENE BUCAL EN EL ANCIANO.

OLGA MENÉNDEZ SUAREZ

ANA VANESA GRANDA MUÑIZ

1 Introducción

La boca forma parte del aparato digestivo y es por donde se introduce el alimento. Dentro de la boca se encuentra la arcada dentaria entre otros. La arcada dentaria consta en su total de 32 piezas dentarias: 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.

2 Objetivos

Identificar la higiene más adecuada dependiendo del tipo de paciente y anomalías bucales para proporcionar un estado de salud bucodental favorable.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos, utilizando los descriptores: higiene, bucodental, dentaduras mixtas.

4 Resultados

Primero hay que valorar su grado de dependencia pues varía el tipo de actuación. En pacientes autónomos hay que estimularlos a que se la realicen ellos mismos.

En pacientes dependientes diferenciaremos en pacientes conscientes o inconscientes. Lavarse las manos antes de proceder a la higiene bucal y colocarse guantes desechables. En pacientes conscientes, lo primero que tendremos que hacer es explicarles lo que vamos a hacer. Procederemos a realizar con el cepillo de dientes y pasta un barrido de dientes y de la lengua. A continuación le pediremos que se enjuague la boca con agua y colutorio con clorhexidrina al 0,12%. En pacientes inconscientes deberemos colocarlo con la cabeza ladeada limpiarle toda la cavidad bucal incluido los labios con una torunda con antiséptico bucal usando una torunda por cada barrido aplicando vaselina sobre los labios una vez secos para que no se agrieten. En caso que el paciente tenga dentadura postiza deberemos extraerla y cepillarla dejándola en una solución limpiadora por lo menos 2/3 horas.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene bucal es una medida de confort para el paciente con la que se evita muchas enfermedades asociadas producidas por bacterias a parte de conseguir una menor dificultad para la alimentación.

6 Bibliografía

- Rdriguez Bilalova “Odontología geriátrica en residencias”, en Reuss, J. M.:Medicina geriátrica en residencias, EDIMSA, 2000.
- Sociedad Española de Geriatria. Geriatria XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España, EDIMSA, 2000.
- López “Salud bucodental y nutrición en perso-nas mayores”, Revista Española de Geriatria y Gerontología,2002; 37 (53):27-33.

Capítulo 316

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES HOSPITALARIOS

ANA VANESA GRANDA MUÑIZ

OLGA MENÉNDEZ SUAREZ

1 Introducción

En el medio hospitalario es muy habitual el uso de la contención mecánica por los profesionales, entendiendo como tal el uso de medidas que privan a la persona de libertad de movimientos.

2 Objetivos

Conocer la definición y tipos de sujeción mecánica , así como sus indicaciones en el medio hospitalario. Conocer los protocolos de contención.

3 Metodología

Mediante la revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos y usando los descriptores anteriormente citados, analizamos el concepto de contención mecánica para poder proporcionar a los pacientes un cuidados óptimo.

4 Resultados

La contención mecánica se podría definir como "una terapia consistente en la supresión de toda posibilidad de movimientos de una parte móvil del organismo o de su totalidad para favorecer la cura, utilizada en la agitación psicomotriz, o en la falta de control de control de impulsos"

Tipos de sujeción:

- Abordaje verbal: útil en comportamiento hostil.
- Sujeción farmacológica: en agitación psicomotriz y/o agresividad, cuando el verbal no es suficiente.
- Sujeción mecánica: puede ser parcial o total. Es el procedimiento de última elección.

Existen algunos dispositivos que también se podrían considerar como contención: barandilla en la cama... Las contenciones serán pautadas por facultativos. Cuando el paciente tenga una contención, se registrará y se usará un protocolo para supervisar signos de lesiones, siempre teniendo en cuenta el tipo de contención y evitando provocarle agitación o insomnio al paciente.

Las actividades a realizar serán:

- Vigilar estado general Vigilancia de la piel.
- Dejar al alcance del paciente medios de llamada (timbre, luz...).
- Vigilancia de eliminación/hidratación.
- Vigilar estado de las contenciones.

5 Discusión-Conclusión

No se debe olvidar que el uso de medidas de contención puede vulnerar alguno de los derechos fundamentales del paciente (libertad de movimientos, seguridad, salud...) y por esto es necesario reflexionar sobre el aspecto ético.

6 Bibliografía

- Gallego Riestra, S. Gutiérrez Rodríguez, J. Fernández Guzmán, MF. Aspectos legales del uso de medios de contención mecánica en los diferentes ámbitos asistenciales y sanitarios. Especial referencia a los ingresos por patologías no psíquicas en instituciones sanitarias abiertas. DS volumen 23, número 1. Enero-Junio 2013.

- Corral Cano, J. Cantabria. Contenciones físicas: reflexiones sobre su vigencia. 2014.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (Comité Interdisciplinar de Sujeciones). Documento de consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas. Julio 2014.
- Protocolo de contención mecánica. Servicio Andaluz de Salud 2010

Capítulo 317

EL ICTUS PEDIATRICO Y LOS CUIDADOS DEL TCAE

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (AVC) son aquellos procesos en los que se produce un daño cerebral secundario a la oclusión o ruptura de una vena o una arteria.

La palabra “ictus” proviene del latín y significa golpe. Ictus se encuentra documentado en inglés desde los inicios del siglo XVIII para indicar el golpeteo del pulso. Desde el nacimiento, incluso antes de que este se produzca, existe el riesgo de sufrir un ictus y por tanto de padecer sus secuelas.

Una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental es el Ictus, siendo la primera causa de incapacidad y de coste económico sanitario, repercutiendo a nivel familiar, profesional, laboral y social.

La implantación de las Unidades de Ictus en los años 90 con una actividad continuada basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto la disminución de la mortalidad, morbilidad y dependencia funcional de los pacientes con Ictus.

La aplicación de la taxonomía NANDA/NOC/NIC ha contribuido a la unificación de criterios, mejorando la calidad de los cuidados de enfermería orientados a conseguir unos niveles de independencia óptimos.

A lo largo de la historia de la medicina, el Ictus ha estado asociado a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación. Sin embargo, en las dos últimas décadas con el desarrollo de las UI, definidas como una estructura geográfica dedicada a los cuidados no intensivos o semicríticos del pacientes con Ictus, en la que se realiza una actividad continua basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto un hito en el manejo de la enfermedad cerebrovascular; habiendo demostrado su eficacia en términos de mortalidad, recurrencia y dependencia. El ingreso de los pacientes en las UI, disminuye la mortalidad en un 17% y la morbilidad o dependencia funcional en un 25%. Suponiendo las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda un indicador de calidad en la atención sanitaria

2 Objetivos

- Identificar las necesidades de salud del paciente con Ictus.
- Establecer los planes más adecuados para resolver las necesidades identificadas en los pacientes con Ictus.
- Actuar de forma específica para resolver las necesidades de salud identificadas en los pacientes con Ictus.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios de búsqueda ICTUS, Pediatría, cuidados, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante ictus pediátrico. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: Ictus, pediatría, cuidados.

4 Resultados

Los ictus en la infancia pueden clasificarse según el momento de la vida en el que aparecen o bien en función del mecanismo responsable del tipo de lesión producida. Según el momento de aparición:

- Ictus neonatal o perinatal: ictus que ocurre en los pacientes a partir de las 20 semanas de gestación y hasta los 28 días después de nacido.

- Ictus postnatal: aquel que ocurre en los niños mayores de 28 días de vida. Según el mecanismo o tipo de lesión que se produzca:
 - Ictus arterial isquémico: déficit neurológico focal de comienzo agudo de más de 24 horas de duración con evidencia en la neuroimagen de infarto cerebral. Si la clínica dura menos de 24 horas pero hay signos neurorradiológicos de infarto también se considera introducción ictus arterial isquémico. Si no, se considera un ataque isquémico transitorio.
 - Trombosis de senos venosos: aparición de forma aguda de síntomas sistémicos o neurológicos focales como evidencia en la neuroimagen de trombosis en venas cerebrales o en senos venosos.
 - Ictus hemorrágico: comienzo agudo de síntomas neurológicos focales que duren más de 24 horas, con evidencia en la imagen de hemorragia intracraneal no asociada a infarto isquémico

Debemos de vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda. Mantener una vía aérea. Mantener el equipo de aspiración disponible. Evitar líquidos. Retirar prótesis dentales.

Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica). Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

5 Discusión-Conclusión

El ictus pediátrico es más difícil de diagnosticar, sobre todo en los niños pequeños, por la inespecificidad o sutileza en la clínica en muchas ocasiones (convulsiones, alteración del nivel de conciencia, irritabilidad) y por la similitud de ésta con otras patologías. Por ello el diagnóstico de ictus debe confirmarse mediante una prueba de neuroimagen, que deberá ser realizada lo más precozmente posible, dado que el diagnóstico temprano del ictus condiciona la adecuada respuesta al tratamiento. Solamente el 48% de niños con ictus reciben un diagnóstico correcto de inicio. El ictus se encuentra entre las diez causas principales de muerte en la población pediátrica en países desarrollados, con tasas de mortalidad que oscilan entre el 7-28% en el caso del ictus isquémico, y del 6-54% en el ictus hemorrágico. Alrededor del 80% de los niños que sobreviven al ictus presentarán secuelas neurológicas a largo plazo, siendo las principales las secuelas motoras (50-80%), del lenguaje (30%), dificultad para el aprendizaje y para el desarrollo de funciones cognitivas (30-67%), así como alteraciones del comportamiento. Estas secuelas

condicionan la independencia en las actividades de la vida diaria así como la capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar, incluso en aquellos que han presentado una adecuada recuperación del déficit motor.

Todo ello impacta en la calidad de vida, tanto del paciente como de sus familiares. La arteria cerebral media es la que con más frecuencia se afecta en el ictus isquémico, por lo que podremos ver que en la mayoría de los pacientes se observa afectación de la cara y los brazos, por encima de la afección en las piernas. El hemisferio cerebral que más frecuentemente se afecta es el izquierdo, por lo que la toma motora (hemiplejía congénita) será mayor en los miembros del lado derecho.

En los niños con ictus isquémico, el diagnóstico suele demorarse por dificultades en el reconocimiento del déficit neurológico agudo y la rara consideración por su escasa frecuencia. Esta demora hace que se pierda la única posibilidad de derivación a un centro con equipo especializado pediátrico. En consecuencia, se retrasan la realización del examen neurológico y las pruebas de imagen diagnósticas. Y no se consideran las posibilidades de tratamiento de repercusión en el caso de los ictus isquémicos. El diagnóstico precoz es la principal herramienta para aplicar medidas terapéuticas que puedan limitar el daño cerebral y sus consecuencias.

6 Bibliografía

- Ictus A. El Proceso Asistencial del ataque cerebrovascular agudo (ACVA) [Internet]. 2009.
- Serra AT, Matias AA, Nunes AVM, et al. El código ictus de Asturias. Neurología. 2008; NRL-794; (xx)
- Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2015). . Barcelona: Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014).Nursing Outcomes Classification (NOC). London: Elsevier Health Sciences.
- Bulechek, G. (2013).Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.
- Carpenito, L. (1998). . Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. (2013). Santiago de Chile.
- Jiménez, M., Lama, C., Moniche Álvarez, F., Morales Serna, J., Ras Luna, J., & Sanz Amores, R. (2015).Ictus.

- Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Consejería de Igualdad Salud y Políticas Sociales. Recuperado a partir de Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. (2013). Santiago de Chile.

Capítulo 318

EL TCAE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El término sanitario de cuidados paliativos es un concepto que considera la atención integrada de un equipo asistencial multidisciplinar e incorpora, sobre todo, el trabajo del personal médico, los profesionales de enfermería, los técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, los psicólogos y los trabajadores sociales, además de profesionales de otros ámbitos: servicios sociales, educativos, asociaciones de pacientes y familiares, etc.

Los cuidados paliativos se consideran un componente esencial de la atención sanitaria en base a los conceptos de dignidad, autonomía y derechos de los pacientes así como una percepción generalmente reconocida de solidaridad y cohesión social. Hoy en día la atención a los pacientes en el final de la vida es un derecho reconocido por organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y se menciona en informes técnicos elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y su oficina europea y en resoluciones del Consejo de Europa.

En la actualidad el aumento de la esperanza de vida y el crecimiento del número de personas con enfermedades oncológicas y crónico-degenerativas supone un gran reto para la sociedad en su conjunto, tanto por su repercusión en todos los niveles de atención como por la necesidad de reorientar y organizar los recursos y las estructuras sanitarias. El hecho de morir es, sin duda, uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar, en el que aparecen situaciones de una gran intensidad física, emocional y espiritual, tanto en el paciente como en su familia. La respuesta que el Sistema Sanitario ofrece ante estas múltiples y complejas necesidades son los cuidados paliativos, que procuran el alivio del sufrimiento para conseguir una buena calidad de vida y morir con dignidad. La OMS definió en el año 2002 los cuidados paliativos como «Un enfoque de la atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, la correcta valoración y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales».

El Ministerio de Sanidad y Consumo puso en marcha, en el año 2007, la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de establecer compromisos viables y medibles en las Comunidades Autónomas, para contribuir a la homogeneidad y mejora de los cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Detectar precozmente en cualquier nivel asistencial la unidad paciente/familia-cuidador susceptible de atención con cuidados paliativos.
- Realizar una valoración integrada multidisciplinar de la unidad paciente/familia-cuidador, que incluya sus necesidades, valores, deseos y preferencias

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha llevado en cabo una observación de distintos libros y artículos relacionados con los cuidados paliativos.

4 Resultados

El objetivo fundamental de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como prevenir y aliviar el sufrimiento. Im-

plantar el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de cuidados paliativos, con el fin de elaborar un plan de actuación personalizado.

La Guía de Práctica Clínica (GPC) de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 2008, recomienda que los cuidados paliativos comiencen al diagnosticar una enfermedad que amenaza la vida, de forma simultánea con los tratamientos curativos, mientras en las fases finales de la enfermedad, además del tratamiento paliativo, puede ser necesario seguir con medidas activas para mantener o mejorar la calidad de vida del paciente. Al evaluar la Estrategia en Cuidados Paliativos en el SNS en el año 2009, se comprueba un incremento de dispositivos y recursos, así como de actividades formativas, pero también se pone de manifiesto el reto de proporcionar una atención avanzada, experta y de alta calidad en situaciones de complejidad. De forma que, en la actualización de 2010-2014 de la Estrategia de Cuidados Paliativos en el SNS, se indica de forma explícita que los pacientes que sufren de situaciones complejas pueden requerir la intervención de un equipo específico de cuidados paliativos y establece como cobertura apropiada para ellos el 60% de los pacientes oncológicos y el 30% de los pacientes no oncológicos.

Los cuidados paliativos deben prestarse ante una enfermedad sin tratamiento específico o curativo, avanzada y progresiva, pero para aumentar la precisión de la población diaria y realizar una estimación de las personas susceptibles de recibir cuidados paliativos, se lleva a cabo una revisión de la literatura científica, considerando claves las publicaciones al respecto de McNamara, Murray y Dy por su grado de adecuación a los objetivos planteados.

Para ello y siempre con el fin de mejorar el bienestar, se registra todo ello en la historia clínica, en la cual valoramos los siguientes aspectos biomédicos funcionales y sociales:

1. Se aplicara de forma sistemática en cada episodio de atención una escala cualitativa de valoración del dolor al paciente.
2. Valoración física completa al paciente
3. Valoración de la situación emocional, psicológica y espiritual de la unidad paciente/familia-cuidador.
4. Valoración social de la unidad paciente/familia-cuidador.
5. Detección de posibles necesidades diferenciales en función del género.
6. El nivel de complejidad de la situación se evaluará según instrumento IDC-Pal (Indicador de Complejidad de Cuidados Paliativos).

Elaborar un plan terapéutico y de cuidados, personalizado y actualizado de la

unidad paciente/familia-cuidador, valorando sus preferencias y deseos, para el control de síntomas y los factores de riesgo de descompensación.

1. Se efectuará el control de los síntomas y las descompensaciones.
2. Es preciso ofrecer apoyo emocional durante todo el proceso de atención.
3. Reevaluación del nivel de complejidad ante cambios del paciente, de la familia y el entorno o de la organización sanitaria, según instrumento IDC-Pal.
4. Tratamiento precoz de las posibles complicaciones asociadas a su enfermedad basal.

Garantizar el respeto a la intimidad, la confidencialidad de la información y el respeto a la negativa al tratamiento o la información por parte de la unidad paciente/familia-cuidador.

1. Las entrevistas tanto con el paciente como con la familia y el cuidador principal serán individualizadas para que puedan expresar sus emociones y preferencias ante cualquier cambio respecto a la situación basal.
2. Pautas de comportamiento cuidadoso con respecto al trato de los pacientes y sus familias.
- 3.
3. Solicitud de autorización para la presencia de profesionales en formación.
4. La información será veraz, continua y comprensible para promover el empoderamiento y la participación activa del paciente y su familia.
5. Respeto a la vida privada y las condiciones acordadas con la unidad paciente/familia-cuidador.

Detectar y atender las necesidades específicas de los familiares a lo largo del proceso de cuidados paliativos.

1. Valoración de la familia para atender de forma adecuada al paciente.
2. Identificación del cuidador principal en el proceso de atención.
3. Valoración y realización de un plan de intervención del cuidador principal.

Facilitar la atención psicológica a los pacientes y sus familiares en cualquiera de los ámbitos de atención sanitaria según sus necesidades

1. El apoyo emocional básico al paciente y su familia se ofrecerá durante todo el proceso de atención.
2. Ante situaciones de alta complejidad la intervención psicológica será especializada.

5 Discusión-Conclusión

La calidad de la relación del paciente con todos los profesionales que le atienden es vital para el afrontamiento de la enfermedad, tratamiento y evolución y somos conscientes de que a veces no se dan las condiciones ideales para lograr una buena comunicación por falta de tiempo, espacio, estrés y demás condicionantes que nos llevan a dedicarnos casi exclusivamente a actividades que se cuantifican. Como dijo Platón, “junto a los ungüentos para curar las heridas, no olvides dar el ensalmo, pues tu buen decir, tu bello discurso, también ayudarán a cicatrizar las heridas”.

Nosotros como técnico auxiliares de enfermería prestamos un cuidado holístico y actuamos como defensores del paciente, colocando los intereses de este en primer lugar y trabajando en colaboración con ellos mismos, es por eso que debemos desarrollar nuestras habilidades de comunicación y reivindicar unas condiciones idóneas que nos permitan llevarlas a cabo.

Los cuidados paliativos no terminan con el fallecimiento del paciente; continúan también durante el proceso de duelo de la familia.

6 Bibliografía

- DE LA FUENTE, C. Y COLS. “Síndrome terminal de enfermedad”. Master Line, Madrid, 2000.
- GOMEZ SANCHO,M.; OJEDA MARTÍN,M. “Cuidados paliativos: Control de síntomas”
- BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI;GARCÍA GONZALEZ,G. “Cuidados Paliativos”. Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona,1998
- SAUNDERS,C. “Cuidados de la enfermedad maligna terminal”. Salvat. Barcelona, 1998. • National
- BONDJALE, T.; ALBURQUERQUE, E., FERRER,M. “Medidas no farmacológicas del tratamiento del dolor” en Cuidados paliativos en Oncología. JIMS, Barcelona,1996.
- “Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida”. Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996.
- Salud para todos en el siglo XXI. OMS. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

- OMS. “Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer”. Serie de informes técnicos 804. Ginebra. 1990.
- “Cuidados paliativos en la fase terminal” American Academy of Family Physicians. 1999. De la traducción, Medical Trends, Barcelona 2001.
- CARPENITO L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw- Hill. Interamericana. 9º edición. Edición en español: 2003. Madrid.

Capítulo 319

LA SENSIBILIZACIÓN DEL PACIENTE EN LA FASE TERMINAL

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos o cuidados tipo Hospice es la atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades graves que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero que no tiene el objetivo de curar la enfermedad en sí, sino que nos encontramos ante un paciente en fase avanzada de su enfermedad, con una esperanza de vida inferior a seis meses o incluso en situación de últimos días. Esto conlleva, en muchos casos, un sufrimiento físico, psíquico y espiritual, no solo para el paciente sino también para sus más allegados. La OMS reconoce el derecho de las personas a morir tan dignamente como sea posible, respetando sus valores culturales.

Esto es identificar sus necesidades, realizar la planificación, ejecución y valoración de los planes de cuidados, explorar las creencias, cultura y valores del paciente y su familia, conseguir una relación de confianza suficiente para que el paciente entienda que puede contarte cualquier cosa, apoyar a los equipos de

atención básica, labores docentes. Las enfermedades que necesitan de estos cuidados son; cáncer, VIH, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, etc...

Según Cicely Saunders, pionera en Cuidados Paliativos, enfermera, trabajadora social y médica, “El que no se pueda hacer nada para detener la extensión de una enfermedad no significa que no haya nada que hacer”

2 Objetivos

- Exponer las cualidades enfermeras más importantes y fundamentales para la atención de un paciente en fase terminal.
- Abordar de una manera global el proceso final asociado a una enfermedad terminal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios de búsqueda Sensibilización, enfermo terminal, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante los cuidados paliativos. Se encuentran 36 artículos de los cuales 12 se seleccionan por su interés. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: cura, cuidados personalizados, calidad de vida, prevenir y aliviar el sufrimiento.

4 Resultados

El objetivo de los cuidados de enfermería a la persona con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida y ayudarlo a resolver o minimizar sus necesidades, así como brindar apoyo para que viva tan confortablemente como sea posible y contribuir a que muera con dignidad

Según Virginia Henderson “el rol esencial de la enfermera consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien asistirlo en sus últimos momentos para que tenga una muerte feliz”.

Los elementos clave en el manejo de estos pacientes son: una valoración cuidadosa, la colaboración, la planificación de intervenciones, la evaluación y la modificación del plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería deben basarse en la

respuesta del paciente a los síntomas físicos, psicológicos, sociales, funcionales y espirituales y en el significado que tienen para él. El plan de acción básico será: Cumplimentación de los tratamientos médicos indicados, elaboración y realización del plan de cuidados generales y específicos, apoyo emocional, y educación del paciente y familia de cara a promover el autocuidado. “El objetivo de la educación no es solo dar información, se trata de apoyar a los pacientes y sus familias mediante el control y el conocimiento que los capacite para afrontar las deficiencias en el autocuidado de la manera más eficaz”.

La fase de valoración es básica en la atención, nos va a permitir establecer un plan de cuidados adecuado. Debe realizarse de forma minuciosa e integral y comprenderá los aspectos físicos, psíquicos y socio-familiares. Las fuentes de información van a ser básicamente el paciente y la familia a través de la entrevista; pero previo a esto se debe hacer una recopilación de datos a través de los informes clínicos y el historial, para conocer el diagnóstico con certeza, las pruebas realizadas, expectativa teórica de vida, etc. Normalmente se crea un vínculo muy especial entre el paciente, la familia y la enfermera, pero siempre que esta sea capaz de formar parte de su círculo de confianza. Las funciones son ejercer en algunos casos de enfermera técnica, otras como amiga, guía espiritual, acompañante, cómplice, pero siempre como persona dispuesta a ayudarlo y a escucharle en todo momento. Una vez realizada la valoración se elaborará un plan de cuidados que se irá adaptando según se vaya modificando la situación.

Los pacientes con enfermedad terminal presentan multitud de problemas. El grupo de síntomas más frecuente lo constituye el llamado síndrome general: anorexia, pérdida de peso que está presente en el 90% de los pacientes. El siguiente es el dolor que afecta al 80% de los enfermos. Debemos plantearnos objetivos realistas y a corto plazo e ir modificándolos paulatinamente según se modifiquen las necesidades de los pacientes. Algunos síntomas van a ser muy difíciles de controlar (debilidad, anorexia...) y de lo que se tratará es de conseguir que el enfermo se adapta a ellos lo mejor posible. Los pacientes tienen miedo a la noche por varias causas: miedo a morir por la noche, a estar solos, a las pesadillas,...La falta de descanso disminuye el umbral del dolor y esto hace más difícil conciliar el sueño. Las causas más frecuentes: Mal control de síntomas. Medicación coadyuvante (corticoides, diuréticos, simpaticomiméticos,...). Ansiedad, depresión, Los problemas del sueño deben ser tratados de forma enérgica. Lo primero es intentar conocer la causa y controlarla.

No se puede dar una buena atención al paciente con enfermedad terminal si no

se tiene en cuenta a la familia ya que ésta es un elemento clave para el cuidado de sus necesidades físicas y emocionales. Al comunicar a la familia el diagnóstico de la enfermedad y ésta intentar aceptar la pérdida inminente se empiezan a producir una serie de ajustes en las relaciones con el paciente. La adaptación de los sentimientos va a depender mucho de cómo se produjeron adaptaciones ante pérdidas y conflictos previos. La familia también pasa por distintas fases de adaptación a la enfermedad:

- Negación, sin aceptar la realidad, lo que llevará a visitas a otros equipos, buscar curanderos, etc.
- Enfado, reaccionando contra el enfermo o contra los profesionales.
- Pacto.
- Depresión ante la próxima muerte.
- Aceptación

5 Discusión-Conclusión

El equipo sanitario debe establecer una buena relación para compartir ansiedades, temores y preocupaciones. Los temores principales son: no saber que hacer cuando el enfermo se deteriore; a que sufra; a no tener ayuda profesional cuando lo necesiten; a ser responsabilizados por no cuidar bien de él; a no saber hacerlo bien; a que se encuentre solo en el momento de la muerte; al futuro. Necesitan por tanto, una información veraz y continua, seguridad de que van a tener un buen apoyo profesional durante toda la enfermedad y un buen equipo para dar la atención necesaria y que se les proporcione apoyo emocional con comprensión y empatía, así como reconocimiento por su labor. La escucha activa y el soporte emocional son dos instrumentos básicos de ayuda.

Partimos de una persona a la que, en algunos casos hace años, pero en otras hace semanas, se le ha informado que su vida se acaba. Está claro que necesitará que sus síntomas estén controlados, no tener dolor, disnea y poder dormir por las noches, pero sobre todo lo que tienen es miedo a lo que está por venir, tristeza al dejar a sus seres queridos, una serie de sufrimientos que no pueden mejorar los fármacos. En la gran mayoría de las unidades hay una psicóloga que puede visitar al enfermo una vez por semana y en otras ni siquiera existe ese recurso. Muchos pacientes no quieren hablar con sus familiares por no preocuparlos, por lo que acaban sintiéndose solos además de enfermos. Por otra parte, está demostrado que la ansiedad empeora los síntomas físicos. Los profesionales enfermeros abordan este aspecto demostrando su apoyo, no haciendo juicios de

valor y escuchando con atención lo que quiera contarnos.

Para conseguir una buena relación se debe: destinar un tiempo para hablar con ellos y preguntarles de forma abierta por sus preocupaciones; saber escuchar y estar atentos a la comunicación no verbal; aprender a reconocer el cansancio y dar muestras de sensibilidad ante su sufrimiento. A medida que la enfermedad progresa, los cambios de roles crean una nueva dinámica familiar que puede ayudar a afrontar el fin, esto incluye unas relaciones más honestas y habitualmente mejoran los vínculos afectivos.

Para terminar una frase de “Cicely Saunders” que encaja muy bien con el significado de cuidados paliativos:

“Tú importas por ser tú y haremos todo lo que esté a nuestro alcance no solo por ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en el que mueras”

6 Bibliografía

- SAUNDERS,C. “Cuidados de la enfermedad maligna terminal”. Salvat. Barcelona, 1998.
- GOMEZ SANCHO, M. “Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales”. ICEPPS, 1994.
- “Cuidados Paliativos” Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
- “Cuidados paliativos en la fase terminal” American Academy of Family Physicians. 1999. De la traducción, Medical Trends, Barcelona 2001.
- DE LA FUENTE, C. Y COLS. “Síndrome terminal de enfermedad”. Master Line, Madrid, 2000.
- GOMEZ SANCHO,M.; OJEDA MARTÍN,M. “Cuidados paliativos: Control de síntomas”. Asta Médica, 1999.
- “Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida”. Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996.
- CARPENITO L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw- Hill. Interamericana.9ª edición. Edición en español: 2003. Madrid.
- BENITEZ DEL ROSARIO, MA.; LLAMAZARES GONZALEZ, AI;GARCÍA GONZALEZ,G. “Cuidados Paliativos”. Recomendaciones Semfyc. Edide. Barcelona,1998.

- “Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida”. Fundación de Ciencias de la Salud. Serie: Etica y Humanidades. Ed. Doce Calles, Madrid, 1996.

Capítulo 320

CUIDADOS ANTE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

1 Introducción

Según la “OMS” Las IAAS, también denominadas infecciones «nosocomiales» u «hospitalarias», son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales. Afectan al 5% de los pacientes y comportan una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico. Los principales tipos de infección relacionada con el sistema sanitario están relacionados con procedimientos invasivos y son la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular. Se ha demostrado que la aplicación de listados de verificación y paquetes de medidas son de utilidad en la prevención de estas infecciones. La vigilancia epidemiológica, entendida como la recopilación de información para emprender una acción, es la base de los programas de control de infección. Estos han evolucionado desde una vigilancia global de la infección nosocomial a una vigilancia dirigida a procesos relacionados con la prevención y a indicadores (tasas) de infección nosocomial.

La comparación de estos indicadores puede ser de utilidad en el establecimiento de medidas de prevención.

2 Objetivos

- Exponer y explicar los cuidados más importantes que requieren las enfermedades nosocomiales.
- Abordar el problema de las enfermedades nosocomiales y circunstancias particulares de las mismas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como criterios de búsqueda infección nosocomial, Epine, prevención en enfermedades nosocomiales, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante infecciones.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: enfermedad nosocomial, prevención, infecciones quirúrgicas y bacteremias.

4 Resultados

La tasa se mantiene estable desde hace años, lo que es positivo dado el envejecimiento de la población y las mejoras en el diagnóstico.

Ocho de cada cien pacientes que ingresan en un hospital en nuestro país contraerán una infección en el propio centro. Es lo que se conoce como infección nosocomial, una complicación que, se podría decir, es la contrapartida de la medicina moderna. Muchos factores contribuyen a su aparición: las personas ingresadas tienen el sistema inmunitario comprometido, se someten a exámenes y tratamientos invasivos y las prácticas de atención de los pacientes y el medio del hospital pueden facilitar la transmisión de microorganismos. A todo lo cual habría, además, que añadirle que el uso intenso de antibióticos favorece la resistencia a esos medicamentos y que se está convirtiendo en un auténtico problema.

No obstante, esta cifra apenas ha variado en los últimos 20 años, según se extrae del Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España (Epine). «Es una “fotografía” de lo que está pasando en un momento puntual pero que sirve

para tener una idea de la dimensión del problema. Esta cifra se ha mantenido relativamente constante desde 1995, de cuando datan los primeros datos disponibles en nuestro país», señala José Ramón Paño, médico adjunto del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínico de Zaragoza y portavoz de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (Seimc).

En la actualidad la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas menores se hacen ambulatoriamente y sólo se ingresa a un paciente cuando realmente es imposible manejarlo fuera del hospital. La edad media de la población también se ha incrementado significativamente. Por otra parte, el gran desarrollo de la Microbiología Clínica en España hace que muchas infecciones que antes no se diagnosticaban y, por lo tanto no se registraban, ahora sí se detectan, aumentando las tasas reportadas. En un entorno de trabajo y de intercambio que permita aplicar los avances y técnicas desarrolladas a las distintas patologías en menos tiempo sería:

1. Desarrollar técnicas de diagnóstico molecular
2. Diseñar nuevos adyuvantes para inmunoterapia que permitan nuevas vías de administración
3. Estudio de la fisiopatología de algunas enfermedades más prevalentes
4. Elaborar estudios epidemiológicos adaptados a nuestro medio
5. Desarrollar modelos animales que permitan tanto el estudio de análisis genéticos como de la efectividad y seguridad de las formas de inmunoterapia
6. Impulsar el desarrollo de ensayos clínicos promovidos por los investigadores de esta área
7. Ofrecer a países en desarrollo métodos diagnósticos y de tratamiento de bajo coste para el control de zoonosis y desarrollar estrategias de bajo coste para su prevención primaria (inmunoterapia en reservorios)
8. Diseminar en zonas desfavorecidas el conocimiento en los agentes de salud del diagnóstico y tratamiento de zoonosis
9. Diseñar medios para controlar la infección nosocomial
10. Desarrollar un biobanco de muestras de estas enfermedades
11. Formar personal sanitario (clínico, investigador, técnicos, personal de enfermería) para la aplicación de las técnicas de diagnóstico molecular, inmunoterapia y ensayos clínicos
12. Promover el intercambio de nuestros investigadores con centros nacionales e internacionales.

5 Discusión-Conclusión

Prevenir la infección nosocomial es una labor de equipo y así debemos trabajar en los hospitales. Por eso debe favorecerse la creación y operatividad de equipos de vigilancia, prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) y que en estos equipos participen activamente médicos de distintas especialidades (Medicina Preventiva, Microbiología, Enfermedades Infecciosas, UCI) y enfermera/os con experiencia, conocimiento y capacidad de liderazgo en este ámbito. es muy importante incorporar la prevención de las infecciones nosocomiales y de las IRAS a la cultura de seguridad y excelencia de los hospitales, llegando a todos los profesionales. Desde los que están a pie de cama hasta los gestores sanitarios que definen las prioridades».El problema, en caso de ponerse en marcha medidas de este tipo, estaría en cómo medir la tasa de infección de cada centro. Porque, aunque a día de hoy está el Epine (que mencionábamos al principio), de hecho, pueden existir variaciones significativas entre centros. Uno de los aspectos que condiciona la frecuencia de infecciones es la complejidad del hospital y de las intervenciones que en él se realizan.

Por eso, no es esperable la misma frecuencia de infección nosocomial en un centro en el que se realizan procedimientos sencillos y de forma programada, que en otro de referencia donde se hacen procedimientos complejos como trasplantes o cirugía oncológica. Además, el perfil de la población atendida también influye en el riesgo de infección nosocomial. «Ese tipo de incentivos y penalizaciones tiene como positivo que ponen este asunto en la agenda de los equipos directivos y que, además, le conceden importancia, algo que hasta ahora no había ocurrido y que es muy necesario. No obstante es muy importante ser muy meticuloso en la selección de los indicadores y objetivos a conseguir, puesto que las tasas de infección nosocomial dependen de muchos factores y debemos estar seguros de tener en cuenta no sólo las cifras brutas sino las circunstancias de cada centro para no perjudicar a aquellos en los que se realizan los procedimientos de más alto riesgo o en los que atienden poblaciones más desfavorecidas».

La prevalencia de las infecciones nosocomiales se ha mantenido durante el periodo de 2008 a 2016 con un 8% de pacientes afectados del total de hospitalizados. - La mortalidad de un 20% de los pacientes y el impacto económico que asciende a 1.000 millones de euros al año hace de las infecciones nosocomiales una problemática importante en el Sistema Sanitario Español. - La magnitud de las infecciones nosocomiales en España como en Estados Unidos es semejante en prevalencia, incidencia, mortalidad e impacto económico. Desde un punto de

vista positivo España se encuentra a nivel de una potencia mundial como es Estados Unidos para hacer frente a la problemática de las infecciones nosocomiales. Los factores de riesgo extrínseco son determinantes para la aparición de un tipo u otro de infección nosocomial siendo las mayoritarias las infecciones respiratorias, urinarias, quirúrgicas y bacterimias.

6 Bibliografía

- Ducl G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
- Informe EPINE-EPPS 1990-2015; 2014; 2015; 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
- Mette Koch A, Nilsen Miodini R, Merete Eriksen H, Jane Cox R, Harthug S. Mortality related to hospital-associated infections in a tertiary hospital; repeated cross-sectional studies between 2004-2011. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2015; 4:57.
- Asensio A, Monge D. Epidemiología de la infección por *Clostridium difficile* en España. *Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica*. Junio-julio 2012; 30(6):333-337.
- ENVIN-UCI Informe 2008. Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la sociedad española de medicina intensiva crítica y unidades coronarias (SEMICYUC)
- Bajo JA, Bajo JM, Laila JM. (2007) Vigilancia de la infección nosocomial, indicador de calidad. Capítulo 12. 2007 (7). -Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Med Intensiva*. 2010; 34(4):256-267.
- Iñigo J, Sendra JM, Díaz R, Bouza C, Sarría- Santamera A. Epidemiología y costes de la sepsis grave en Madrid. *Estudio de altas hospitalarias*. *Medicina Intensiva* vol.30:5 jun/jul. 2006.
- Gasto de la infección nosocomial o como mejorar la calidad: un programa dirigido a clínicos y gestores. Enero-julio 2013. *EIDON* n° 39:68-75.
- Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections That Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs. 2011 Feb; 32(2):101-14.

Capítulo 321

EL ICTUS Y EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

TANIA ANTUÑA ALVAREZ

JÉSICA MARA LÓPEZ POLA

ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA

ROCIO LÓPEZ VIEJO

JULIA MARÍA MARTÍNEZ ALONSO

1 Introducción

El ictus también llamado accidente cerebrovascular, se produce como consecuencia de una interrupción brusca de riego sanguíneo al cerebro.

Puede suceder por dos motivos:

- Cuando una arteria cerebral se encuentra taponada por un coágulo o una placa de ateroma, dará lugar a un ictus isquémicos (el mas habitual).
- Cuando se rompe o debilita una arteria cerebral dando como consecuencia una hemorragia o derrame cerebral, en este caso hablamos de ictus hemorrágico.

Al producirse una falta de riego las neuronas llegan a padecer una isquemia, produciendo una hipoxia y por consiguiente la muerte. Al suceder esto, las funciones relacionadas con la parte del cerebro afectada, se verán dañadas o perdidas.

2 Objetivos

- Exponer la fisiopatología del ictus así como el manejo y cuidados que debe de realizar un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Aprender a identificar de una manera precoz un ictus
- Detallar los cuidados de un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante un ictus.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los ictus y los que debe de realizar un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo más importante a tener en cuenta cuando existe un diagnóstico de ictus es:

- Atención neurológica precoz.
- Ingreso en unidad de ictus.
- Aplicación del tratamiento fibrinolítico en el infarto cerebral.
- Tratamiento rehabilitador.

Entre los diferentes tratamientos, la neurorehabilitación presenta una ventana terapéutica mas amplia, puede ser aplicada tanto en ictus isquémicos como hemorrágicos, pudiendo mejorar el pronostico funcional.

Debemos saber que un ictus puede aparecer en cualquier momento. Es muy importante actuar con rapidez para evitar la muerte y conseguir que los daños cerebrales sean mínimos. Los síntomas que podemos encontrarnos son:

- Perdida repentina de fuerza o tono muscular en una parte de la cara, brazo, pierna.
- Perdida súbita de visión.
- Alteración en el habla o capacidad de entender lo que se le dice.
- Dolor de cabeza muy intenso sin causa aparente de y manera súbita.
- Sensación de vértigo, desequilibrio, caída brusca sin causa aparente.

Todo paciente con enfermedad cerebrovascular, deberá ser ingresado en la Unidad de Ictus. Estas unidades, son unidades de cuidados agudos no intensivos destinadas de forma exclusiva a la atención de pacientes con ictus. Estas unidades se encuentran caracterizadas por, un equipo multidisciplinar (médico, terapeuta, enfermera, técnico en cuidados auxiliares de enfermería, etc) entrenado, con un criterio preestablecido de ingreso, sistemática diagnóstica y terapéutica precisa, especial atención al paciente agudo, además de una eficaz coordinación multidisciplinar.

Hay varios tipos de unidades de ictus:

- Unidad de ictus agudos; proporciona los cuidados intensivos o semicríticos durante la fase aguda. Una vez estabilizado pasaría a la planta de neurología, donde una vez recuperado se le dará el alta domiciliaria.
- Unidad de ictus de estancia completa, incluirá toda la estancia hospitalaria del paciente; completando todo el tratamiento aquí hasta su alta.
- Unidades de ictus de rehabilitación, donde son atendidas una vez pasada la fase aguda, centrándose en el tratamiento rehabilitador.

Desde el punto de vista del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), trata de un abordaje práctico, que trata y atiende a pacientes desde muy cerca, con rememoraciones muy útiles durante su hospitalización e incluso en el alta.

- Aseo y cuidado de la piel. En primer lugar para el aseo del paciente, aclimataremos la estancia, prestando atención a ventanas y corrientes de aire. Explicaremos con detalle lo que vamos a hacer y como.

Es importante cuidar la higiene del paciente para evitar infecciones con especial importancia si existe incontinencia urinario o fecal. También para que el paciente se encuentre bien, consigo mismo.

Si es posible, y no se encuentra a reposo, fomentaremos su independencia para realizarlo el mismo, pero sin dejarlo solo ya que hay un riesgo elevado de caídas. Si el paciente se encuentra en reposo, el aseo se lo realizaremos en la cama. Utilizaremos una esponja con jabón neutro, prestando especialmente atención en el secado de los pliegues de la piel.

Hidrataremos la piel con cremas y vigilemos a su vez los puntos de riesgo de úlceras por presión, para evitar su aparición.

Evitaremos la utilización de colonias ya que estas resecan la piel, si contienen alcohol.

- Movilización y rehabilitación, hay que corregir las posturas viciosas, colocando tanta cantidad de almohadas como sean necesarias, sobre todo en los miembros

afectados. Si es posible se colocará un colchón antiescaras.

Cuando el paciente se levante al sillón le ayudaremos a razón de las secuelas que le haya dejado el ictus. Depende de la movilidad que tenga el paciente, seremos nosotros los encargados de levantarlo y acostarlo o simplemente servir de apoyo a la hora de que lo realice solo o con familiares, en algunos casos necesitaremos la ayuda del celador para la movilización. Una vez levantado le recordaremos la importancia de realizar los ejercicios que recomienda el fisioterapeuta o el médico rehabilitador.

Los cambios posturales que se le pueden realizar son: cubito supino, cubito lateral sobre lado sano, lateral sobre el lado hemipléjico o en sedestación.

- Alimentación, si el paciente no se encuentra en dieta absoluta y traga correctamente, se le debe de administrar una dieta normal. Si el paciente no traga correctamente es necesario adaptar la dieta a su estado, en el caso de que la disfagia sea a líquidos, a esto se les añadirá un espesante. Es importante que la comida se dé por el lado de la boca no afectado.

- Apoyo psicológico a los pacientes y familiares, son los TCAE, el personal sanitario que más tiempo pasa con el paciente, el principal apoyo de pacientes y familiares, en la medida de lo posible. Hay que animarlos, pero siempre siendo realistas sin crear falsas esperanzas.

En la medida de lo posible, se enseñará a los familiares, el cuidado diario de su familiar, enseñándoles todo lo posible de cara al alta hospitalaria.

- Colaboración en técnicas de enfermería, valoración de la continuación de la piel. Colaborar en curas de úlceras si las hubiera.

5 Discusión-Conclusión

Que un paciente se recupere de un ictus depende de varios factores, estado de salud previo, extensión y zona de la lesión, desarrollo de complicaciones asociadas. En ocasiones la recuperación no es completa. El TCAE, como personal sanitario más cercano, enseñará a la familia en el cuidado de su familiar con unas pautas generales. Como profesionales debemos de conocer y aplicar los conocimientos encaminados al bienestar del paciente y no perder de vista aquellas necesidades que puedan quedar descubiertas.

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Central de Asturias unidad de Ictus.
- Revista española de geriatría y gerontología.
- www.enfermeria21.com
- www.amn-web.com

Capítulo 322

FACTORES QUE FAVORECEN A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

TAMARA MENÉNDEZ SIERRA

MARIA TERESA PARAJA SUAREZ

ANA BELEN PARAJA SUAREZ

AZAHARA FERNANDEZ BUELTA

JESSICA CARLOTA MENENDEZ GARCÍA

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, producida cuando se ejerce una presión prolongada o fricción entre dos planos duros y tiene, como consecuencia, una degeneración rápida de los tejidos. Dichas lesiones pueden afectar a las diversas capas de la piel (dermis, epidermis e hipodermis) e incluso llegar al hueso.

Las úlceras se pueden producir por diversos factores y existen de diversos grados dependiendo de la zona de afectación.

2 Objetivos

Determinar que factores favorecen la aparición de úlceras, sus grados e identificar como disminuir los riesgos de aparición.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las diversas bases de datos utilizando los descriptores; cuidados, la piel, erosión, factores de riesgo, condiciones físicas y psicosociales, úlceras por (presión, humedad) y los operadores booleanos "AND" Y "OR".

4 Resultados

Las úlceras se producen por diversos factores:

1-Factores extrínsecos:

- Presión: Se define como la carga o fuerza ejercida de forma perpendicular sobre el tejido. Esta presión que deforma la piel y el tejido, a menudo se produce entre una estructura ósea y una superficie externa y que provoca isquemia y necrosis en la zona afectada.
- Fricción: Son las fuerzas de contacto paralelas a la superficie de la piel en caso de movimiento. La fricción entre el tejido y la superficie de contacto puede provocar el deterioro de las capas de la piel.
- Cizalla: es la consecuencia de las fuerzas aplicadas a la superficie del tejido. Estas fuerzas ocurren en combinación con la presión y aumentan como consecuencia de los movimientos laterales del paciente sobre la zona afectada.
- Humedad: En general se refiere a las condiciones de humedad y temperatura del tejido y de la superficie de contacto (el calor genera sudoración lo que provoca humedad a la piel, la humedad genera maceración de los tejidos...)

2-Factores intrínsecos:

- Estado general de la salud del paciente
- Nivel de movilidad del paciente
- Estado nutricional
- Edad
- Nivel de hidratación de la piel

Estos factores están directamente relacionados con el paciente y existen diferentes escalas para poder determinar el grado en el que se encuentra el paciente en cada uno de ellos.

Dependiendo del estado en el que se encuentre la piel las úlceras pueden ser de diferentes grados:

Grado 1: Eritema que no palidece tras la presión, piel intacta.

Grado 2:Perdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis e incluso también puede lesionar la dermis tiene aspecto de abrasión o ampolla.

Grado 3:Perdida total de grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

Grado 4:Perdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o lesión en el músculo, el hueso o las estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

Las úlceras constituyen un importante problema de salud, influyendo negativamente en la calidad de vida de nuestros mayores y de sus cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica en las diversas bases de datos se puede concluir que el primer paso para una actuación efectiva es identificar aquellos pacientes que presenten circunstancias concretas que supongan un mayor riesgo de desarrollar estas lesiones, para de esa forma intentar eliminar o al menos disminuir dichos condicionantes y evitar la aparición de éstas,realizando unos cuidados exhaustivos de la piel, como son la hidratación, los cambios postulares y una nutrición adecuada.

6 Bibliografía

-Medlineplus.com

-ulceras.net

-www.geriatricarea.com

-articulos en revistas científicas

Capítulo 323

EL DOLOR DEL PACIENTE HOSPITALARIO

MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA

1 Introducción

El dolor es una respuesta sensorial ante una agresión a nuestro cuerpo, el tratamiento del dolor es muy diverso teniendo en cuenta el tipo de paciente, desde el paciente que puede expresarlo de forma clara y nos lo hace saber, hasta el paciente que por su estado no es capaz de manifestar su sufrimiento. La enfermería, desde el TCAE al DUE han de tener los conocimientos sobre las medidas necesarias en los diversos casos que podemos encontrar.

2 Objetivos

El conocimiento por parte de los profesionales de la enfermería de los métodos para el tratamiento del dolor.

3 Caso clínico

Tras la búsqueda de información a través de diversas fuentes como la OMS, protocolos internos de Servicio de Salud del Principado de Asturias, se ha recabado información relevante para un mejor conocimiento del dolor, y poder ayudar al paciente a superarlo de una manera más eficaz.

4 Resultados

El dolor es la respuesta ante una agresión a nuestro organismo, pudiendo estar asociado a enfermedades o traumatismos. Hemos de valorar su intensidad, usando una escala sencilla, de un uso rápido y práctico. En el tratamiento mediamiento del dolor leve, la primera opción es paracetamol. Cuando éste es moderado, los AINE o éstos unidos a determinados opioides. Si usamos conjuntamente analgésicos con distinto mecanismo de acción conseguiremos mejores resultados analgésicos, y a su vez ofreciendo una menor toxicidad.

Existen tratamientos efectivos no medicamentosos, los cuales pueden ser una buena combinación para calmar el dolor. Un ejemplo perfecto es la acupuntura, una ciencia oriental milenaria de la cual existen estudios científicos que nos dicen una gran diversidad de efectos neuro-biológicos, neuro-bioquímicos e inmunológicos promovidos por la punción de las agujas. Las pequeñísimas heridas causadas por las agujas ocasionan la liberación de factores, como el factor de crecimiento plaquetario, que inducen una respuesta en el incremento de la síntesis proteica. Todo ello se traduce en una mayor reparación tisular y celular, que influye directamente en beneficio del fenómeno doloroso.

5 Discusión-Conclusión

Los tratamientos farmacológicos son necesarios en el tratamiento del dolor, el correcto uso de los analgésicos dependiendo del tipo e intensidad del dolor es fundamental, así como también lo es promover el bienestar psíquico del paciente. Todo ello sumado a ciertas alternativas no farmacológicas es un coctel perfecto para su tratamiento.

6 Bibliografía

- <http://arydol.com/>
- <https://www.elsevier.es/>
- <https://www.who.int/>

Capítulo 324

ASÍ ES LA ARTRITIS REUMATOIDE

MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA

1 Introducción

Los pacientes que son diagnosticados de artritis reumatoide sufren un duro golpe tanto físico como psicológico, es una situación con la que tienen que aprender a convivir toda su vida. La preparación del paciente y de su círculo familiar es indispensable para un mejor futuro para el paciente.

2 Objetivos

Preparar tanto al paciente como a sus familias para un mejor entendimiento de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre la artritis reumatoide. Centrando el estudio en el tratamiento de esta patología.

4 Resultados

La artritis reumatoide es una patología de origen inflamatorio, es una enfermedad autoinmune, que se caracteriza por la afección de las articulaciones. Sin existir a día de hoy un tratamiento eficaz contra ella el paciente y la familia ha de conocer

como es la evolución de la enfermedad desde las fases precoces hasta las fases avanzadas, donde cursa con importantes limitaciones físicas y un importante deterioro en su calidad de vida, la del paciente y la del familiar cuidador.

Métodos medicamentosos de tratamiento:

- AINE. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE) pueden aliviar el dolor y reducir la inflamación.
- Esteroides. Los medicamentos corticosteroides, como la prednisona, reducen la inflamación y el dolor, y retardan el daño articular.
- Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD). Estos medicamentos pueden retrasar el avance de la artritis reumatoide y evitar que las articulaciones y otros tejidos sufran daños permanentes.
- Agentes biológicos. También conocidos como modificadores de la respuesta biológica,

Estos medicamentos pueden atacar partes del sistema inmunitario que desencadenan una inflamación que causa daños en las articulaciones y los tejidos

Métodos no medicamentosos:

- Terapias ocupacionales.
- Terapias rehabilitadoras
- Cirugía

5 Discusión-Conclusión

La formación de pacientes con artritis reumatoide y de sus familias tiene una importancia relevante. Las familias junto con el paciente son quienes llevan el control del tratamiento, y nos trasladan a los profesionales sanitarios información importante de su evolución y nos plantean las dudas sobre el tratamiento.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org>
- <http://espanol.arthritis.org/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- www.conarthritis.org/

Capítulo 325

CUIDADOS A LA PERSONA MAYOR

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

1 Introducción

La geriatría es la rama de la medicina que se preocupa de los problemas y enfermedades de los adultos mayores, cómo prevenirlas y manejarlas, y del proceso de envejecer. No sólo del aspecto médico, sino también de aspectos psicológicos y sociales que habitualmente acompañan este proceso.

Las necesidades de los ancianos pasa por incluir una valoración de todas las áreas que le rodean, ya que algunas necesidades se encuentran alteradas, no por el cambio físico y funcional, sino por las barreras arquitectónicas o sociales que le rodean, que van a impedir que se pueda dar respuesta a esa alteración. Las alteraciones de la cognición pueden dificultar la capacidad para la realización de otras actividades necesarias para el mantenimiento diario. Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar, o al menos retardar, los síndromes geriátricos, forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores. El concepto de síndrome geriátrico se comenzó a utilizar en los años 60, haciendo referencia a las manifestaciones que presentaban con frecuencia los ancianos que se encontraban institucionalizados en las unidades de geriatría.

Actualmente, como síndrome se entiende un conjunto de cuadros y se une el concepto de geriátrico por constituir una serie de enfermedades que tienen una gran prevalencia en la persona mayor, y que sus manifestaciones pueden ocasionar una gran alteración de la capacidad funcional y social. En todos los tratados profesionales relacionados con las personas mayores se incluyen dentro de los grandes síndromes geriátricos: la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo y otros. Todos ellos tienen unas características comunes:

- La elevada frecuencia, fundamentalmente en personas mayores de 65 años, e incrementándose de forma proporcional al aumentar la edad.
- Deterioro en la calidad de vida, tendencia a la cronicidad y aumento de las situaciones de dependencia. u Incremento de las necesidades de atención sanitarias y sociosanitarias.
- Se requiere una valoración integral e interdisciplinar para su abordaje, por lo que unos cuidados básicos adecuados y detección precoz de los problemas pueden retrasar las manifestaciones.
- De igual forma, un buen paso por los distintos niveles asistenciales favorece la calidad de vida del mayor.

La relación y comunicación con el adulto mayor plantea ligeras dificultades que no se pueden obviar a la hora de actuar en la comunicación interpersonal es un proceso en el que se integran distintas capacidades de respuesta que pueden ser aprendidas y modificables mediante el entrenamiento en habilidades sociales. Este aprendizaje exige el conocimiento y dominio de un conjunto de habilidades específicas: cognitivas (conocimientos sobre la materia), técnicas (manejo de técnicas, instrumental, etc.); pero asimismo requiere, en mayor o menor medida, determinadas habilidades sociales o comunicativas, tanto de carácter general (como puede ser saber mantener una conversación), como específicas (desarrollar empatía).

2 Objetivos

Conocer la importancia de valorar, planificar e implementar los cuidados de enfermería para las personas mayores.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed y Scholar Google se han utilizando criterios de búsqueda en revistas

científicas, con idioma en castellano e inglés. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: tercera edad, cuidados al anciano, necesidades básicas, persona mayor, geriatría, atención especializada.

4 Resultados

Los planes de cuidados por enfermería ofrecen la mejor atención con alta calidad de servicio a este sector de la población y a su entorno inmediato.

Debemos satisfacer las necesidades de las personas mayores con la atención integral de forma digna, fomentando la autonomía y el bienestar, teniendo cuidados de calidad con la participación activa de las personas mayores, una atención individualizada porque todos somos diferentes cuando envejecemos.

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La persona y familia forman una unidad. El entorno es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo. Las personas maduras pueden ejercer control sobre el entorno, aunque la enfermedad puede obstaculizar dicho control.

La enfermería es un servicio de ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Requiere de conocimientos básicos de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas para ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. La salud es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida, un estado en el cual la persona puede trabajar, desarrollarse y alcanzar el potencial más alto de satisfacción en la vida, satisface las 14 necesidades básicas. La persona necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Es importante reconocer cuáles son los factores determinantes para que un adulto mayor deba recibir ayuda por parte de un cuidador.

1. Factores físicos asociados con la edad que se dan cuando el adulto mayor se ve imposibilitado a realizar actividades que solían ser cotidianas y sencillas, tales

como:

- El deterioro natural del cuerpo por envejecimiento.
 - Enfermedades degenerativas
 - Disminución o pérdida total de las habilidades motrices, visuales o auditivas.
2. Factores psicológicos generados por:
- Depresión
 - Trastornos del ánimo
 - Alteraciones de la memoria
3. Factores sociales que tienen que ver con:
- Escasos recursos económicos.
 - Vivienda inadecuada para su desarrollo .
 - Falta de atención por parte de los familiares.

Una vez que hemos reconocido los problemas del adulto mayor, es necesario aprender cuáles deben ser las características de un cuidador y qué tipos de cuidados necesitan ser llevados por ellos.

Las condiciones y consecuencias de cuidar de una persona dependiente varían de una situación a otra. Las circunstancias económicas, sociales y otras pueden determinar un mejor o peor ajuste y adaptación de las personas implicadas en las tareas propias del cuidado. De igual forma, el tipo de enfermedad que origina la situación de dependencia influirá en los efectos que el problema provoque en la dinámica familiar o en la relación cuidador-acompañante.

La atención del adulto mayor y puede ayudar en la detección de síntomas de alarma de su estado físico y psíquico. Por lo que en un inicio deberá estar atendiendo al estado de fragilidad, de la capacidad aeróbica (buen funcionamiento en corazón, vasos sanguíneos, pulmones), de la función cognitiva (inteligencia y memoria) y del estado nutricional del adulto mayor, así como la vulnerabilidad a que pueda estar expuesto.

El cuidador debe favorecer que el adulto mayor tenga entretenimiento y diversión, socialización, actividades productivas, comodidad física, movilidad y buena salud. Del mismo modo ayudará a disminuir la presencia de dependencia, incomodidad física o pérdida de algún sentido, soledad, aburrimiento, inactividad, inmovilidad, pérdida de respeto o prestigio.

Las estrategias de cuidado y atención no pueden ser consideradas como un conjunto de acciones puntuales durante un periodo determinado, hay que plantear un seguimiento que permita prestar atención a nuevas demandas o necesidades

que vayan apareciendo.

6 Bibliografía

- April 2002. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM-SERSO);2002.
- Pérez-Díaz J. Ventajas internacionales del envejecimiento demográfico. Revista dCIDOB (Fundación Centro de Información y Documentación Internacional de Barcelona)
- Brigeiro, M. (2002). Vejez y sexualidad masculina ¿reír o llorar?. Revista latinoamericana de psicología, 34(1-2), 83-93.
- Triadó, C.; Villar, F. (Coord.) (2006). Psicología de la vejez. Madrid: Alianza Editorial.
- Ayudante del abuelo (2011). Evolución de la población española de la tercera edad.
- Loizaga, F. (2008). Psicología de la motivación y la emoción. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España

Capítulo 326

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Inmediatamente después del parto, si el estado de la madre y el niño lo permiten, deben permanecer juntos en contacto piel con piel; en este periodo, el técnico auxiliar de enfermería debe adoptar un papel activo que favorezca el establecimiento del vínculo maternofilial; en esta fase, el niño está más activo y los reflejos de búsqueda y succión son intensos, favoreciendo el éxito en la lactancia materna.

El contacto piel con la piel asegura de manera óptima el mantenimiento de la temperatura corporal del niño; los focos de calor no son necesarios y además suponen la separación del niño de la madre.

La revisión sistemática del neonato sano se puede posponer unas horas y realizarla en la sala de maternidad con la finalidad de no manipular en exceso al niño y dar prioridad al contacto madre-hijo en estos primeros momentos de vida.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de mantener el contacto madre-hijo inmediatamente después del parto.
- Reconocer la importancia de una correcta identificación del niño, identificar al niño en la sala de partos correctamente, conocer las medidas preventivas oculares y de administración de la vitamina K en el niño, realizar correctamente las medidas antropométricas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed y Schoolar Google se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y libros de texto, cuyos idiomas fueras castellano e inglés. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: neonato, cuidados al recién nacido, maternidad, niño sano, enfermedad hemorrágica del recién nacido, Ictericia neonatal.

4 Resultados

En la identificación del niño la legislación española protege los derechos humanos y civiles del menor, el neonato salvaguarda su identidad y lo protege de peligros como la sustitución de un niño por otro o errores en la filiación. La identificación del niño junto a la madre se realiza en la sala de partos justo después del nacimiento, se le pone una pulsera identificadora para la madre y otra para el niño, una pinza de cordón umbilical y una etiqueta para la hoja del partograma, todos estos elementos llevan un mismo código identificativo y son de un mismo color.

Los cuidados del recién nacido para fomentar el vínculo materno-paterno filial, padres e hijos deben cohabitar en la misma habitación; la convivencia desde el inicio familiariza a los padre en los cuidados y la asistencia del niño en la unidad de maternidad, se le practican unos controles y cuidados sitemáticos: siempre que sea posible, los cuidados se realizarán en presencia de los padres.

El examen del recién nacido deben incluir los tests de Apgar y Silverman para cerciorarnos del estado del recién nacido: ausencia de procesos patológicos, distensión pulmonar adecuada, tonos cardíacos normales.. Estos tests los realizará

por norma general el pediatra, enfermería tomara la frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno si procede y temperatura rectal, al mismo tiempo que comprobaremos la permeabilidad del ano.

A la llegada el niño y la madre a la unidad de maternidad se debe verificar la correcta identificación comprobando los respectivos brazaletes, la pinza del cordón umbilical y las etiquetas correspondiente. La correcta identificación del niño y la madre debe controlarse y mantenerse a lo largo del todo el ingreso y verificarse en el momento del alta.

La administración de vitamina K y profilaxis ocular se debe administrar en dosis de 1 mg por vía intramuscular antes de las 4 primeras horas de vida. Esta medicación se administra sistemáticamente como prevención de la enfermedad hemorrágica neonatal; la punción se realizará sin separar al niño de la madre, inyectando la medicación en la cara anterolateral de la pierna siguiendo la secuencia indicada para la administración de medicación intramuscular.

La profilaxis ocular del niño se realiza mediante la aplicación de pomada ocular antibiótica en ambos ojos; esta medicación protege al niño de la oftalmia gonocócica neonatal, infección que se puede producir por contacto del niño con el germen en el canal del parto; su administración puede esperar entre 1-2 horas desde el nacimiento para no interferir en el vínculo materno-filiar y alterar el estado de alerta tranquila del niño.

5 Discusión-Conclusión

El contacto piel con piel presenta números beneficios tanto para la madre como para el recién nacido. Una madre y su recién nacido son un solo ser, el lugar óptimo y más seguro es su madre y ningún otro. Sin embargo hay ciertas dificultades en bebés que son prematuros, siendo complicado llevar a cabo este método.

La estandarización de los cuidados del recién nacido (RN) desde el nacimiento y en las primeras horas de la vida posnatal son parte de los objetivos de la Sociedad Española de Neonatología. El objetivo de estas recomendaciones es aplicar la mejor evidencia científica a los procedimientos en el cuidado del RN desde el nacimiento y en los primeros momentos de la vida posnatal. Se quieren contrastar ciertas prácticas y rutinas para ajustarlas al conocimiento y la evidencia médica actuales y así mejorar la calidad asistencial y la seguridad del recién nacido.

El historial completo estará disponible en el momento del nacimiento. Debe re-

alizarse una exploración inicial básica sin necesidad de manipulación .El ambiente en el paritorio debe preservar la intimidad y la confidencialidad y facilitar el control térmico del RN. Tras el parto el RN sano puede colocarse sobre la madre, mediante el contacto piel con piel durante al menos 50min.El pinzamiento tardío del cordón umbilical, tras 2 o 3 min o cuando cesa el latido, aumenta los niveles de hierro en los RN sanos . Cortado en condiciones de asepsia y pinzado con seguridad, el cuidado posterior de éste no precisa otras medidas que el tratamiento con asepsia. Debe ofrecerse a todos los padres información sobre la necesidad de administrar la vitamina K . La forma de prevención más eficaz y segura de la enfermedad hemorrágica es la vitamina K IM (1mg). La administración oral requiere administrar dosis múltiples y no representa ninguna ventaja adicional.

Todo RN debe ser correctamente identificado mediante un sistema de identificación que incluya datos del RN y de su madre (B). El alta hospitalaria no debería realizarse antes de las 48h de vida, si el nacimiento ha sido por parto vaginal, o tras 72–96h si es tras nacimiento por cesárea. Antes del alta debe explorarse bajo la supervisión y responsabilidad de un especialista en Pediatría, y es recomendable una reevaluación a las 72h del nacimiento e incluir el riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia.

La importancia que tiene el apoyo social y emocional en los cuidados de salud y la implicación familiar en la planificación y provisión de los cuidados neonatales para mejorar la calidad de vida futura de los niños nacidos y por otra, la necesidad de que dicha implicación se estructure mediante una colaboración estrecha entre padres y profesionales de la salud que se sustente sobre una nueva perspectiva: la que implica pasar del “nosotros lo hacemos para ti” al “nosotros lo hacemos contigo”, según la propuesta de Zarubi, Reiley y McCarter (2008).

6 Bibliografía

- Enciclopedia Salvat de la Salud. Tomo 7. La salud del niño. 1980.
- Segovia, Purificación et. al., Cuidados básicos en el recién nacido, Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia
- World Health Organization. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMPAC), Provision of effective antenatal care, en Standards for maternal and neonatal care. World Health Organization; 2006.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ, 169 (2003), pp. 207-208 Medline

- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO). Sociedad Española de Neonatología (SEN)
- Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *An Pediatr (Barc)*, 60 (2004), pp. 56-64
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sanidad 2007

Capítulo 327

EL SINDROME DE DOWN

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El síndrome de Down es la alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, que origina retraso mental y de crecimiento y produce determinadas anomalías físicas.

El síndrome de Down es el conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad. El SD se llama así porque fue identificado inicialmente el siglo pasado por el médico inglés John Langdon Down. Sin embargo, no fue hasta 1957 cuando el Dr. Jerome Lejeune descubrió que la razón esencial de que apareciera este síndrome se debía a que los núcleos de las células tenían 47 cromosomas en lugar de los 46 habituales.

Y es que los seres humanos, mujeres y hombres, tenemos normalmente 46 cromosomas en el núcleo de cada célula de nuestro organismo. De esos 46 cromosomas, 23 los recibimos en el momento en que fuimos concebidos del espermatozoide (la célula germinal del padre) y 23 del óvulo (la célula germinal de la madre). De esos 46 cromosomas, 44 son denominados regulares o autosomas y forman pare-

jas (de la 1 a la 22), y los otros dos constituyen la pareja de cromosomas sexuales, llamados XX si el bebé es niña y XY si es varón (Pueschel, 1997).

Es importante saber que el espermatozoide del hombre y el óvulo de la mujer son células embrionarias o germinales que sólo tienen la mitad de los cromosomas de las demás células, es decir, 23. Por lo tanto, cuando se produce la concepción y el óvulo y el espermatozoide se funden para originar la primera célula del nuevo organismo humano, ésta tiene los 46 cromosomas característicos de la especie humana. A partir de esa primera célula y por sucesivas divisiones celulares se irán formando los millones de células que conforman los diversos órganos de nuestro cuerpo. Eso significa que, al dividirse las células, también lo hace cada uno de los 46 cromosomas, de modo que cada célula sigue poseyendo esos 46 cromosomas.

Conviene recordar aquí que la importancia del cromosoma reside en su contenido, es decir, los genes que dentro de él residen. Porque son los genes los que van a dirigir el desarrollo y la vida entera de la célula en la que se albergan.

2 Objetivos

Es identificar la causa, patologías, progresión de la enfermedad, diagnóstico, prevención de medidas funcionales y cuidados de enfermería.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: Síndrome de Down, Cromosomas, células, espermatozoide.

4 Resultados

Desde el momento del nacimiento de un niño con Síndrome de Down se deben tener en cuenta varios factores como la alimentación, la educación y desarrollo. También su salud y ejercicios definidos para mejorar las interconexiones neuronales y favorecer sus expectativas de futuro, disminuyendo el riesgo de padecer problemas secundarios.

De 0 a 2 años

- Alimentación: los profesionales recomiendan la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, siempre y cuando los padres estén de acuerdo con esa decisión. A partir de ahí, la leche materna debe complementarse con alimentos ricos en nutrientes beneficiosos para la salud.
- Educación y desarrollo: la integración entre el trabajo de los padres, los familiares y los profesionales médicos son claves para disminuir el retraso madurativo asociado a esta alteración genética. Los progenitores deben llevar a cabo una rutina de ejercicios que complementen los realizados en un centro especializado. Es importante que se complementen con las rutinas diarias del hogar: viajes, paseos, deporte, etc. Se trata de planificar el tiempo familiar y personal.
- Salud y ejercicios: una correcta alimentación previene enfermedades como afecciones respiratorias, digestivas, gripes, etc. Además, deben realizarse todos los controles de pediatría pertinentes. Mediante ejercicios pautados por fisioterapeutas, logopedas, psicólogos y especialistas en psicomotricidad, entre otros, se ayudará a mejorar las interconexiones neuronales del niño.

De 2 a 6 años

- Alimentación: se deben fomentar los buenos hábitos alimentarios y favorecer una dieta variada y equilibrada, evitando siempre los productos calóricos.
- Educación y desarrollo: los padres se enfrentan en esta etapa a una decisión importante, escoger entre un centro de educación integrada o uno especial. Debe recalcarse que se trata de que el pequeño aprenda, se desarrolle psicológicamente, se divierta, socialice y llegue a alcanzar hitos afectivos.
- Salud: el pediatra y los especialistas marcarán las pautas a desarrollar, tanto a nivel psicológico como corporal. Es probable que los niños sufran algunas enfermedades con mayor frecuencia debido al contacto con compañeros. La prevención y la vigilancia de la salud es primordial, sin dejar de lado los ejercicios estipulados.

De 6 a 12 años:

- Alimentación: el crecimiento se ve acelerado, por lo que la dieta debe ser sana y equilibrada, adquiriendo siempre los nutrientes necesarios en un menor de esta edad, con el objetivo de evitar el sobrepeso, la hipercolesterolemia u otras patologías relacionadas con una mala alimentación.
- Educación y desarrollo: aunque los avances en edades tempranas es rápido, es a partir de los seis años cuando un niño con Síndrome de Down comienza a notar un freno en su ritmo de aprendizaje. Gana autonomía y destreza, entre otros, pero con mayor lentitud. Cada pequeño tiene su ritmo.
- Salud y ejercicios: los cuidados que se han llevado a cabo hasta este momento

deben seguir su curso, sin dejar de lado la importancia de la vigilancia y prevención.

Adolescencia:

- Alimentación: la pubertad puede resultar complicada en cualquier persona. Por ello, es importante inculcar a los niños que padecen Síndrome de Down hábitos saludables que marquen su futuro.
- Educación y desarrollo: la autonomía es uno de los aspectos en los que hay que hacer mayor hincapié. El adolescente estimulado correctamente desde su nacimiento presenta grandes capacidades que no pueden dejar de ser impulsadas. Deben reforzarse y premiar los conocimientos académicos y las habilidades sociales, entre otros muchos.
- Salud y ejercicio: las revisiones médicas deben ser las habituales en estas edades. Sin embargo, el joven debe ser más consciente de su autonomía y convertirse en responsable de su cuidado, siempre con la ayuda y estimulación de su familia. Se trata de dejar que aprenda por sí mismo, pero con supervisión.

Los cuidados de enfermería se centran en la mayor proximidad con todo tipo de pacientes y en este caso con las personas con síndrome de Down y también con sus familias y su entorno. De hecho, el papel del profesional de Enfermería es muy amplio y entre los cuidados están, entre otros:

- Identificar las características de las familias.
- La posibilidad de ofrecer a los padres información fidedigna, sin sesgos, tras el diagnóstico ya sea prenatal o postnatal.
- Dar apoyo emocional tanto al niño como a los padres, facilitando la información necesaria sobre asociaciones y centros para atenderles de forma especializada.
- Coordinar y hacer de puente con estos centros de atención especializada y asociaciones de familias y de ayuda mutua.
- Enseñar hábitos saludables y de higiene tanto a las familias como a las propias personas con síndrome de Down.
- Ganar la confianza del niño con síndrome de Down, para que sienta que su enfermera y su consulta es un lugar seguro, al igual que ganar la confianza de los padres para que sean capaces de expresar a la enfermera sus preocupaciones o dudas.
- Realizar las revisiones periódicas de los niños con síndrome de Down; la administración y puesta al día de su calendario vacunal, así como el resto de actividades habituales en todo paciente.
- Coordinarse y colaborar con las asociaciones.

- Especial implicación con la mujer con síndrome de Down, doblemente vulnerable al sumarse su discapacidad.
- Conocer y atender los problemas de salud que pueden afectar al adulto con síndrome de Down, tratándolo como un adulto más, así como la problemática propia del envejecimiento prematuro.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con síndrome de Down necesitan someterse a las mismas exploraciones y normas de atención sanitaria que cualquier otra persona. Por ejemplo, los niños con síndrome de Down necesitan las habituales vacunaciones y los cuidados infantiles recomendados por las autoridades sanitarias. Las prácticas de vacunación evolucionan continuamente, por lo que hay que asegurarse de que se usan los protocolos más actualizados. Del mismo modo, a los adultos con síndrome de Down hay que explorar su salud de acuerdo con las prácticas habituales. Sin embargo, los niños con síndrome de Down tienen mayor riesgo de presentar ciertas anomalías congénitas, y tanto los niños como los adultos pueden desarrollar ciertos problemas médicos que se dan con mayor frecuencia en las personas con síndrome de Down.

Los profesionales sanitarios que proporcionan atención primaria como pediatras, médicos de familia, clínicos y genetistas, así como especialistas, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios afines, como terapeutas físicos y ocupacionales, fonoaudiólogos y fonoaudiólogas. Además de dirigirse a los educadores y a quienes imparten la estimulación precoz, estas pautas están diseñadas para que los padres y demás cuidadores las usen en conjunción con los profesionales que participan en la atención de la persona con síndrome de Down.

En la atención de la persona con síndrome de Down están claramente respaldadas por el actual conocimiento científico y son :

- Detectar anomalías cardíacas congénitas: Es el caso de las ofrecidas para detectar la presencia de anomalías cardíacas congénitas, que aparecen en alrededor del 50% de los recién nacidos con síndrome de Down. En otros casos las recomendaciones no representan más que nuestras fundadas conjeturas.
- Añadir exploraciones de tiroides a los 6 meses de edad: Al comprobar que en los niños con síndrome de Down hay un aumento de disfunción tiroidea, recomendamos que se sigan realizando pruebas tiroideas cada año por si aparece hipotiroidismo. Pero no tenemos certeza sobre cuál debe ser la periodicidad más

apropiada de este análisis, ni sobre su naturaleza: con qué frecuencia y cuál es el análisis más adecuado.

- Comprobar talla, peso y circunferencia de la cabeza: Asegúrese de utilizar las curvas de crecimiento específicas para el síndrome de Down, además de las habituales, para comprobar la talla y peso (desde el nacimiento hasta los 18 años) y la circunferencia de la cabeza (desde el nacimiento hasta los 36 meses). Si un niño se encuentra por debajo del tercer percentil, o sus valores se encuentran fuera de los percentiles previstos, considere la posibilidad de que haya una cardiopatía congénita, o trastornos endocrinológicos (tiroideos o hipofisarios), factores nutritivos. Puesto que los niños con síndrome de Down tienden a desarrollar sobrepeso, use siempre las relaciones "peso-talla" sobre las curvas de crecimiento de los niños con desarrollo normal; eso le dará un cuadro más realista de lo apropiado que sea el peso del niño.
- Evaluar la audición en el momento del nacimiento y cada 6 meses en adelante hasta los 3 años.
- Evaluar la visión a los 6 meses de edad y después cada año.
- Explorar la enfermedad celíaca entre los 2 y 3 años.
- Explorar radiográficamente la inestabilidad atlantoaxoidea una vez entre los 3 y 5 años, y después si lo necesita para Special Olympics

6 Bibliografía

- Pueschel, Siegfried M. (2002) Síndrome de Down: Hacia un futuro mejor. Ed. Masson ISBN 1-55766-452-8.
- Down, J. H. L. (1886). «Observations on an ethnic classification of idiots.» London Hospital. Clinical Lectures and Reports, 3: 259-262.
- Corretger, Josep M. et al. (2005). Síndrome de Down: Aspectos médicos actuales. Ed. Masson, para la Fundación Catalana del Síndrome de Down. ISBN 84-458-1504-0.
- Martínez Acebal, Azucena y Joaquín Fernández Toral (1999). Síndrome de Down: Aspectos sociológicos, Médicos y Legales. ISBN 84-86889-65-0.
- Arranz Martínez, Pilar (2002). Niños y jóvenes con Síndrome de Down. Egido Editorial. ISBN 84-95879-09-3.
- Candel, I. Programa de Atención temprana. Intervención en niños con síndrome de Down y otros problemas del desarrollo. Ed. CEPE, Madrid, 1999.
- Flórez J. «El tratamiento farmacológico del síndrome de Down.» En: Síndrome de Down. IAMER, Madrid 1983, p. 209-228. Flórez J. Nuevos tratamientos. Revista

Síndrome de Down 1999

- Pueschel SM. Síndrome de Down. Hacia un futuro mejor. Fundación Síndrome de Down de Cantabria. España: Masson. 1991: 31-36. No obstante, el hijo representado en dicho cuadro llegó a Almirante de la marina británica.
- El cretinismo es el nombre dado a la discapacidad cognitiva de causa tiroidea (déficit de hormonas tiroideas). La confusión es fruto de la alta prevalencia de casos de hipotiroidismo en los niños con SD.
- Carnevale, A. «Aspectos genéticos del Síndrome de Down.» I Ciclo de conferencias sobre Síndrome de Down. México: Instituto John Langdon Down 1973: 42-43.
- Guía de manejo del síndrome de Down. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria. Consultada el 12/05/2007
- «La formación de los gametos —óvulo u ovocito y espermatozoide—, el proceso de la meiosis y la formación de trisomías por no-disyunción.»] Fundación Iberoamericana Down21.
- Síndrome de Down. Aspectos médicos actuales. Ed. Masson, para la Fundación Catalana del Síndrome de Down.

Capítulo 328

RIESGO Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

MARÍA COVADONGA RODRÍGUEZ ESPINA

AMOR FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MILAGROS FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

BEATRIZ MONTES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce. Suelen aparecer en aquellas zonas del cuerpo donde el hueso está más cerca de la piel, como en los tobillos, los talones, las caderas, los codos, el sacro (cóccix, zona de la rabadilla), etc. No obstante, la mayoría de las úlceras por presión pueden evitarse.

Las upp aparecen principalmente en pacientes inmovilizados durante mucho tiempo y tiene una baja tendencia a la cicatrización espontánea. Constituye un importante problema de salud pública, dadas las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería. Por todo ello, es muy importante realizar una adecuada prevención para evitar la aparición de las UPP.

Se sabe que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con la aplicación de un adecuado protocolo de prevención, por eso, cada vez más, el problema de las UPP está teniendo repercusiones legales, ya que el hecho de que un paciente ingrese por una patología determinada y deba prolongar su estancia en el hospital debido a la aparición de una lesión de este tipo lleva cada vez más a los familiares a denunciar la falta de cuidados adecuados para prevenir la UPP.

Es muy importante tener en cuenta que la prevención no sólo se debe realizar a nivel hospitalario, también resulta imprescindible implantar medidas de prevención en el propio domicilio del paciente, cuando sus condiciones así lo precisen.

Una vez se han desarrollado estas lesiones, es necesario llevar a cabo tratamientos efectivos para que no se produzcan complicaciones en los pacientes y además hay que continuar con las medidas de prevención establecidas para impedir que aparezcan nuevas UPP.

2 Objetivos

- Conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las UPP, adoptando las evidencias científicas actuales, con el fin último de disminuir su incidencia.
- Determinar el riesgo de padecer una UPP de cada paciente en los distintos niveles asistenciales.
- Identificar y describir correctamente el estadio en el que se encuentra la UPP, registrar y protocolizar los cuidados de enfermería, informar y formar adecuadamente al paciente y cuidador.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: Úlceras por presión, Cromosomas, células , espermatozoide.

4 Resultados

Las escalas de valoración de riesgo UPP las más usadas son las de Braden, Norton y Waterlow.

- Braden: utiliza las siguientes variables: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligros de lesiones cutáneas.
- Norton: valora: estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.
- Waterlow: valora: relación talla/peso, aspecto de la piel, continencia, movilidad, sexo/edad, apetito y factores especiales.

Otras escalas, menos usadas son: McLaren, Exon, Smith, Arnell, Nova 5, Gosnell y Emina

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:

- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Tratamiento. Directrices generales

Una vez se ha realizado una adecuada valoración inicial del paciente, en cuanto a los factores de riesgo a desarrollar una UPP (inmovilidad, incontinencia, edad avanzada, falta de higiene corporal, desnutrición, estado mental) y se ha valorado la lesión (tabla 3), se realizará su tratamiento, que en el caso de una UPP de grado I consistirá en aliviar la presión en la zona afectada y en la utilización de AGHO para conseguir una mejora de la resistencia de la piel y minimizar el efecto de la anoxia tisular (tabla 4).

En cuanto a las úlceras de estadio II, III y IV, el tratamiento debe incluir el desbridamiento de tejido necrótico, la limpieza de la herida, la prevención y abordaje de la infección bacteriana con antibióticos locales y, por último, elegir un producto que mantenga continuamente el lecho de la úlcera húmedo y a temperatura corporal.

El tejido necrótico debe ser eliminado, ya que es un medio ideal para la prolif-

eración bacteriana e impide el proceso de curación. Las características del tejido a desbridar y la situación global del paciente condicionan el tipo de desbridamiento a realizar.

Tratamiento Quirúrgico:

Es la forma más rápida de eliminar áreas adheridas a planos profundos. Es un procedimiento cruento que requiere conocimientos clínicos, destreza, técnicas y material estéril. Debe realizarse por planos y en diferentes sesiones, comenzando por el área central y liberando el tejido desvitalizado. Como la técnica es dolorosa se aconseja aplicar un antiálgico tópico, como gel de lidocaína al 2%. La hemorragia es una de las complicaciones más frecuentes. Se controla con apósitos hemostáticos y, en caso de necesidad, con la sutura del vaso sangrante.

5 Discusión-Conclusión

El registro de las upp permite el inicio y la continuidad de los cuidados. El registro por parte del profesional de las valoraciones de riesgo, los cuidados preventivos, características especiales del paciente, así como la no disponibilidad de los recursos materiales necesarios para la prevención es una medida de gran ayuda en la mejora de la calidad asistencial y de protección legal ante posibles demandas relacionadas con la aparición de UPP.

Los cuidados básicos de las upp :

- Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Como y cuando cambiar los pañales húmedos.
- Necesidad de una nutrición e hidratación adecuada: proteínas, vitaminas B y C, hierro, calorías y agua (favorecen la cicatrización de los tejidos y puede evitar la aparición de las UPP y de la infección)
- Mantener la posición anatómica correcta, proporcionar detalles claros.
- Hacer cambios posturales y ejercicios de movilización así como la necesidad de pautarlos:

Previene la aparición de UPP

Previene la congestión de las secreciones respiratorias

Facilitan la expectoración • Favorecen la circulación

Proporcionan bienestar al evitar la presión prolongada

Previene contracturas - Estimular las actitudes motivadoras para potenciar la autonomía y la movilización.

- La no sustitución de tareas por la rapidez de ejecutarla (es más rápido dar de comer que estimular su acción)
- Detección de factores de riesgo (cardiopatías, enfermedades respiratorias...).
- Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.

El apoyo al cuidador Principal

- Identificar al cuidador principal y proporcionarle la información, recomendaciones y apoyo necesario para facilitar los cuidados al paciente.
- Dejar registrada su capacidad en el manejo del problema y la aceptación de su rol de cuidador.
- Valorar y controlar si el cuidador demuestra capacidad para participar en el programa de prevención y tratamiento
- Evaluar si realiza los tratamientos y procedimientos prescritos correctamente
- Enseñar los conocimientos básicos necesarios para los cuidados

6 Bibliografía

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
2. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. Gerokomos. 1999; 10 (2): 75-86.
3. San Sebastián JA, Lyder CH, Posnnet J, Chapman N. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Edición: Madrid; SPA. 2004.
4. Subdirección asistencial de enfermería. Guías de Práctica Clínica. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Illes Balears: Servei de Salut de les Illes Balears; 2007.
5. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Laguna Parras JM. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión con riesgo de desarrollarlas. Jaén: Hospital Universitario "Princesa de España"; 2001.
6. Dirección de Enfermería. Área de Formación y Calidad. Manual de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Santander: Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla"; 2003.
7. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malla R, Rivera J. Guía de prevención y tratamiento. Cuidados de enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de prevención y tratamiento.

8. Manual de prevención y cuidados locales de úlceras por presión. Santander: Servicio Cántabro de Salud; 2005.

Capítulo 329

ATENCIÓN DEL TCAE AL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

FLORINA MARE

1 Introducción

La geriatría es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas.

Con un horizonte dominado por la patología crónica, la geriatría propone mejores formas de gestionar la enfermedad diseñando modelos de cuidados progresivos en donde participe tanto el equipo multidisciplinario de salud, el adulto mayor, la familia y la sociedad entera.

En el siglo XXI, el envejecimiento de la población implicará un aumento de las demandas sociosanitarias en todos los países. En el futuro, las distintas organizaciones sanitarias recomiendan el modelo de envejecimiento activo que permita disfrutar a los ancianos de la mejor calidad de vida posible, en la realidad es que los ancianos de hoy sufren diversos cuadros patológicos que disminuyen su salud y su calidad de vida.

Los objetivos del TCAE se centran en satisfacer las necesidades de las personas mayores, su papel es fundamental y sus funciones son:

- Ayudar al paciente anciano a lavarse o a bañarse
- Ayudar al paciente anciano a vestirse
- Ayudar al paciente anciano a comer
- Ayudar al paciente anciano a tomar la medicación
- Ayudar al paciente anciano a ir al baño
- Ayudar al paciente anciano desplazarse.

2 Objetivos

- El objetivo prioritario es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual.
- Reconocer y manejar los síndromes geriátricos.
- Conocer los factores de riesgo que precipitan la formación de los diferentes síndromes geriátricos.
- Aplicar técnicas para prevenir los síndromes geriátricos.
- Conocer el envejecimiento y su importancia para brindar cuidados.
- Coordinar con los especialistas las necesidades de los adultos mayores.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre geriatría y también estudios sobre pacientes mayor hospitalizado, se ha utilizado las bases de datos de Google académico y los descriptores utilizados han sido geriatría, paciente mayor hospitalizado.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2000 y 2018, se consultó un total de 10 artículos, revistas, libros o estudios sobre los mismos de los cuales 5 han sido objeto de nuestra revisión. Se han descartado aquellos artículos o estudios incompletos o poco específicos acerca del tema seleccionando por otra parte aquellos que han sido más actualizados y concretos centrándose en el tema a tratar

4 Resultados

No sólo la enfermedad que padece una persona mayor lo lleva a la discapacidad, es decir, a la imposibilidad de mantenerse independiente para desempeñar sus tar-

eas, esto depende también de diferentes factores sociales, psicológicos, económicos, físicos y ambientales; que provocan que una misma enfermedad lleve a un anciano a la discapacidad y a otros no.

5 Discusión-Conclusión

Debido a su complejidad, el manejo del adulto mayor no puede estar en manos de un solo profesional. El equipo interdisciplinario característico del trabajo geriátrico está constituido por un grupo de profesionales que trabajan en un área común de forma independiente y que interactúan entre sí de manera formal, intercambiando información sistemáticamente, comparten una metodología de trabajo y tienen objetivos comunes al desarrollar una planificación centrada en el paciente. Este equipo está integrado generalmente por: geriatra, enfermera, TCAE, trabajadora social, rehabilitador, nutriólogo, psicólogo, cuidadores y familiares.

6 Bibliografía

- Jiménez RC, Toral RJ, Domínguez GU. En: Ruiperez, CI, editor. El paciente anciano. Madrid: Mc Graw interamerica; 1998. P. 473.
- Perlado F. Valoración geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36 (Supl. 5): 25-31.
- Revista española de geriatría y gerontología.

Capítulo 330

CASO EN URGENCIAS POR NEUMOTÓRAX

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

1 Introducción

Un neumotórax es un colapso pulmonar. Se produce por la entrada y/o existencia de aire en el espacio interpleural. Puede aparecer espontáneamente o como resultado de traumatismos o procedimientos médicos. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y en a radiografía del tórax.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento del neumotórax

3 Caso clínico

Varón de 20 años, de complexión muy delgada y alto, que acude a urgencias por presentar dolor de forma brusca en hemitórax izquierdo de 8 días de evolución. Tiene sensación de disnea asociada con tos y dolor. No ha sufrido ningún traumatismo previo. No presenta fiebre. No tiene antecedentes de interés. Hábitos tóxicos: fumador de 15 cigarrillos al día; bebedor ocasional.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a la palpación en región costal izquierda sin presencia de crepitación. Auscultación respiratoria con murmullo

vesicular conservado y sin ruidos patológicos. No taquipneico ni disneico al habla. Saturación de oxígeno al 95%. Se le realiza radiografía de tórax en la que se observa neumotórax izquierdo completo, sin signos de tensión ni desviación del mediastino.

Se realiza interconsulta con cirugía torácica que, dada la ausencia de complicación y la estabilidad del paciente, se decide ingreso en planta para posterior drenaje pleural.

El paciente evoluciona de forma favorable por lo que se le da el alta hospitalaria y se recomienda que abandone el hábito tabáquico..

4 Resultados

La gran mayoría de los pacientes con neumotórax responden bien al tratamiento, por lo que la recuperación requiere de pocos días de hospitalización. El objetivo en el tratamiento del neumotórax es aliviar la presión para permitirle que se expanda nuevamente.

La mayoría de neumotórax requieren la aspiración mediante catéter o tubo de toracostomía. Dependiendo del grado y tipo de neumotórax, el paciente precisará de un tratamiento tiempo-dependiente.

5 Discusión-Conclusión

El neumotórax representa una de las enfermedades pleurales más frecuentes atendidas en los hospitales de todo el mundo, siendo el responsable del 20% de los ingresos en cirugía torácica.

6 Bibliografía

- Rivas JJ, Canalís E, Molins L, Pac J, Torres A, Torres j; Grupo de trabajo SEPAR. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento del neumotórax. Arch Bronconeumol 1998.
- Sánchez_Lloret J. Canto A, Gimferrer JM. Diagnóstico del neumotórax. Arch Bronconeumol 2002.
- Light RW. Tension pneumothorax. Intensive Care Med. 1994

Capítulo 331

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA ELENA NIETO LOBETO

1 Introducción

El ingreso de todo paciente en una Institución Hospitalaria supone un riesgo potencial de caída. Pueden ser de dos tipos: Accidental (extrínseco): Cuando la persona esté en un estado de alerta y sin ninguna alteración para comunicar. No accidental (intrínseco): alteración o pérdida súbita de conciencia, dificultad para deambular, efectos de los medicamentos. La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que cubren la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.

2 Objetivos

- Reconocer los factores de riesgo y disminuir la incidencia de caídas.
- Establecer un sistema de registro del control de accidentes-caídas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando artículos de los últimos 10 años, encontrados en las bases de datos: Scielo, Pubmed, Liliacs y Google académico. Utilizando las palabras clave: paciente, caídas, protocolos, incidencia.

4 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://scholar.google.es>
- <https://lilacs.bvsalud.org/es/>

Capítulo 332

CUIDADOS DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV)

MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fistula arteriovenosa o FAV es un procedimiento que consiste en la unión de una vena y una arteria para permitir el flujo elevado de la sangre y disponer de una vena en condiciones adecuadas para la punción a la hora de hacer la hemodiálisis. La FAV se realiza mediante una pequeña intervención quirúrgica, normalmente bajo anestesia local y realizada por un cirujano vascular. La FAV actuará como un puente para que la sangre entre en la máquina de hemodiálisis.

Se suele efectuar en la muñeca o en el interior del codo. También puede hacerse en la pierna a nivel del muslo (en esta zona se hace cuando no hay más remedio). Se hace generalmente en el brazo que no se utiliza siempre (brazo izquierdo si es derecho y viceversa) y es donde se pone las agujas durante la hemodiálisis. La sangre saldrá y regresará por la FAV después de ser limpiada por la máquina de hemodiálisis. El paciente debe notar a parte de la dilatación de la vena, un pequeño murmullo, ruido o vibración en la zona de la intervención, llamado fremito o thrill. Esto quiere decir que la fistula funciona.

2 Objetivos

- Conocer y realizar los cuidados inmediatos a la colocación de la fistula arteriovenosa.

- Conocer y realizar los cuidados generales de la fistula arteriovenosa antes y después de la hemodiálisis
- Prevenir la aparición de trastornos relacionados con la FAV

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y PubMed. Los términos empleados han sido: cuidados, fistula arteriovenosa, acceso vascular, combinándolos con los operadores booleanos AND y OR.

4 Resultados

Generalmente la fistula arteriovenosa se realiza en las extremidades superiores por lo que la mayoría de los cuidados van encaminados a la protección y al cuidado de los brazos. Los cuidados podemos clasificarlos en generales y antes y después de la hemodiálisis.

Aspectos generales para el cuidado de la fistula

- No usar ropas apretadas, bolsos, relojes u objetos que aprieten en el brazo de la FAV o fistula.
- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fistula cuando descanse.
- No puncionar NUNCA el brazo portador de la fistula para una extracción de sangre u otras pruebas.
- Lavado del brazo con agua y jabón.
- Adecuada higiene corporal.
- Evitar golpes y rozaduras en el brazo portador, ya que puede llevar a que la fistula deje de funcionar o sangre.
- No cargar peso con dicho brazo.
- No tomar NUNCA la tensión arterial en el brazo de la fistula.
- En algunas ocasiones, que la fistula no se desarrolla lo suficiente hay que hacer ejercicios apretando una pelota de goma dura.
- Comprobar diariamente el funcionamiento de la fistula.
- Observar y comunicar cualquier cambio en el aspecto de la fistula (inflamación, enrojecimiento, supuración, dolor, endurecimiento)

Cuidados de la fistula antes de la sesión de hemodiálisis

El objetivo de estos cuidados es evitar posibles complicaciones derivadas de una higiene deficiente, como las infecciones, que ponen en peligro la fístula.

- Ducha o aseo del paciente en su domicilio antes de acudir a diálisis. Una vez en la unidad se procederá al lavado del brazo portador de la fístula arteriovenosa con jabón antiséptico.
- Una vez limpio el brazo se procede a su desinfección antes de realizar las punciones por parte del personal sanitario de hemodiálisis.
- Después de la desinfección debe evitar roces y contactos con la zona.

Cuidados de la fístula después de la sesión de hemodiálisis

Después de la hemodiálisis, se procederá a curar los puntos de punción con desinfectante, colocando después un apósito hemostático o tirita que retirará el paciente en su domicilio humedeciendo el apósito con agua, despegándolo despacio para evitar arrancar la costra que se forma. En caso de hematomas aplicar pomadas específicas varias veces al día masajeando la zona.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica podemos concluir que es muy importante tener en cuenta todos los cuidados y medidas higiénicas necesarios de una fístula arteriovenosa y así prevenir la aparición de complicaciones relacionadas con la FAV. El equipo sanitario debe velar por la seguridad del paciente y realizar los cuidados siguiendo las recomendaciones antes mencionadas

6 Bibliografía

- <https://es.wikipedia.org/>
- www.mayoclinic.org/
- <https://donavida.es/>

Capítulo 333

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ELENA GARCÍA MENÉNDEZ

MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ

1 Introducción

Un trasplante es sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente; es un acto altruista y el órgano puede venir de un donante vivo o fallecido; siendo más habitual este último.

Los principales órganos que se pueden trasplantar son: riñones, hígado, corazón, pulmones, páncreas e intestino. A pesar de los distintos tipos de trasplantes, el procedimiento es similar y consta de varias etapas:

- Estudios pre trasplante
- Ingreso en la unidad de trasplante
- Colocación de un cateter venoso central.
- Tratamiento de acondicionamiento.
- Administración de las células madre.
- Periodo post trasplante inmediato.
- Alta.

2 Objetivos

Identificar cómo mejorar el trasplante de órganos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática con las principales bases de datos de Scielo, Liliacs, y Google académico, y con una recopilación del libro "técnicas básicas de enfermería" Mc Millan (editora Begoña Bernard). Se emplearon como palabras clave: trasplante, órgano, enfermería. Como criterios de inclusión se emplearon textos en castellano e inglés, y se excluyeron aquellos textos de pago.

4 Resultados

Para mejorar el trasplante de órganos, debemos de:

- Incrementar la disponibilidad de órganos, tejidos y células para trasplante.
- Garantizar una asignación justa y transparente de órganos que permita equidad en el acceso.
- Impulsar una cultura social de apoyo a la donación.
- Maximizar las oportunidades de acceso a los procesos de trasplante a través del financiamiento de los procesos de donación y trasplantes.
- Fomentar la docencia en este campo.

A los 10 años del trasplante de corazón, riñón o hígado: en la mayoría de los casos, el órgano funciona perfectamente, son personas autónomas que llevan una vida normal; aunque los trasplantes no tienen una duración ilimitada, es muy variable de unas personas a otras.

5 Discusión-Conclusión

Con el trasplante podemos salvar la vida de miles de pacientes con insuficiencias terminales. Necesitamos, para que esto sea posible, una comunidad informada y concienciada acerca de este tema. Por suerte, España va en cabeza en trasplante de órganos.

6 Bibliografía

- www.ont.es
- <http://medilineplus.gov>
- "Técnicas básicas de enfermería" editorial Mc Millan

Capítulo 334

LA ARTERIOSCLEROSIS: ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS

MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ

ELENA GARCÍA MENÉNDEZ

1 Introducción

La arteriosclerosis es una enfermedad crónica en la cual existe un engrosamiento, endurecimiento y pérdida de la capacidad elástica de las arterias, resultando una alteración en la circulación. Su desarrollo puede ser secundario a un proceso de envejecimiento normal, a la hipertensión, diabetes o a un aumento de la capacidad de resistencia a las vibraciones.

2 Objetivos

- Analizar cómo prevenir y tratar dicha enfermedad.
- Evaluar cómo identificar fenómenos isquémicos o roturas en arterias, como las secundarias a los aneurismas de la aorta.
- Estudiar síntomas y tratamientos que pueden darse de moderados a graves, según la arteria que este afectada: la que conduce al corazón, cerebro, riñon, brazos, piernas, etc.

3 Metodología

Información sacada de las principales base de datos Medlineplus, Pubmed y revistas científicas .

Se utilizaron palabras clave para su búsqueda: arteriosclerosis y su definición causas, síntomas, consecuencias, prevención y tratamiento.

4 Resultados

- Se debe de prevenir con una vida y dieta saludable, controlando la tensión arterial alta, el alto colesterol en la sangre, ejercicio regular y moderado, pérdida de peso si fuera necesario, no fumar y consumo moderado de alcohol. la diabetes mellitus prevenida ó controlada.
- Se debe visitar al médico para su control y en caso de dolor en el pecho, entumecimiento de las piernas, brazos, etc.
- En algunos casos es necesario tratamientos quirúrgicos como la angioplastia, que abre las arterias obstruidas, o un bypass de la arteria coronaria utilizada en pacientes que tienen angina de pecho, al cual se le obstruyen las arterias coronarias.

5 Discusión-Conclusión

El médico y el equipo de enfermería debe ayudar a controlar y mejorar todos los hábitos perjudiciales para la salud y hacer controles frecuentes de dicha enfermedad con medición de tensión, analisis, control dietas. Recetar medicación si fuera necesario.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish>
- <https://es.wikipedia.org>
- <https://azvascular.com>
- Especialistas area III Y IV del SESPA.Asturias

Capítulo 335

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES (SERVICIO DE URGENCIAS)

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

1 Introducción

Después de varios años de trabajo en el ámbito hospitalario hemos querido realizar un estudio de los medios de protección y protocolos que se realizan, para evitar los contagios tanto del personal como de los enfermos que pasan por nuestros centros. Este trabajo está centrado en la unidad de Urgencias, ya que es la puerta de entrada al hospital.

2 Objetivos

- Evaluar las medidas establecidas en el servicio de urgencias para el control de infecciones nosocomiales.
- Reducir las enfermedades Nosocomiales por medio de la mejora de los medios de protección y aislamientos.

3 Metodología

- Se realiza investigación a través de la observación empírica durante la praxis sanitaria en nuestro puesto de trabajo, evaluando exhaustivamente los protocolos

existentes.

4 Resultados

Medidas básicas a seguir en el servicio de urgencias

En la recepción de los pacientes debemos tomar medidas antigotículas (proteger mucosas bucales y nasales). Paciente -mascarilla (al no ser que no tolere). Se evitará la concentración de personas manteniendo una distancia mínima de un metro. Ubicar en zona de espera.

El Triage es fundamental para una detección precoz de la enfermedad que nos lleve a realizar un correcto aislamiento si fuera necesario. Constantes vitales, anamnesis, valorar pruebas de diagnóstico especiales. Durante todo el triaje se debe utilizar equipo de protección personal (mínimo guantes y mascarilla, dependiendo síntomas añadir bata). Constante lavado de manos.

Se realizan recomendaciones al paciente a la hora de continuar en la sala de espera. Le daremos instrucciones de como toser, de como debe lavarse las manos después de tocar pomos y limpiarse las manos si tose en ellas. Se Limpiarán, desinfectarán y esterilizarán equipos antes de atender al próximo paciente. Además se debe lavar las manos, cambiar guantes y mascarilla.

Tipos de aislamiento (en caso de proceder al aislamiento del paciente, bien en observación o en ingreso en planta, deberemos valorar que tipo de aislamiento vamos a realizar):

1. Estricto o vía aérea: Patologías que se transmiten por partículas que pueden permanecer en el aire en suspensión por largos periodos de tiempo

Medidas:

- Habitación individual
- Instruir al paciente y familia (máximo un familiar por turno)
- La habitación debería de disponer de un sistema de presión negativa (no todos los hospitales disponen de ellas)
- Protección estándar: lavado de manos, mascarilla, guantes, protectores oculares, caretas, bata, calzas.
- Para trasladar al paciente con mascarilla quirúrgica
- Las bolsas de deshechos deberá permanecer en el interior de la habitación (en esta se echará el equipo de protección antes de salir de la habitación) hasta que venga la persona que corresponda a retirarlo. Las bandejas de comida deberán

sacarse envueltas en bolsa de basura o bien venir en bandeja desechable. La ropa de cama deberá quedar dentro de la habitación hasta que vengan a retirarla.

2. Contacto: Para enfermedades que se transmiten por contacto directo o indirecto, piel con piel o piel objeto piel.

Medidas:

- Habitación individual
- Instruir paciente y familia
- Protección estándar: Guantes y bata
- Las bolsas de desechos deberá permanecer en el interior de la habitación (en esta se echará el equipo de protección antes de salir de la habitación) hasta que venga la persona que corresponda a retirarlo. Las bandejas de comida deberán sacarse envueltas en bolsa de basura o bien venir en bandeja desechable, y la ropa de cama deberá quedar dentro de la habitación hasta que vengan a retirarla.

3. Inverso: se utiliza para proteger a pacientes inmunodeprimidos.

Medidas:

- Habitación individual
- Instruir paciente y familia
- Lavado de manos.
- Protección estándar: Bata, gorro, mascarilla quirúrgica, calzas
- El equipo de protección deberá retirarse fuera de la habitación

4. Respiratorio: Por el aire con partículas superiores a 5 micras generadas al hablar, toser.

- Habitación individual.
 - Instruir paciente y familia.
 - Lavado de manos.
 - Protección estándar: mascarilla, guantes, bata y calzas
 - Las bolsas de desechos deberá permanecer en el interior de la habitación (en esta se echará el equipo de protección antes de salir de la habitación) hasta que venga la persona que corresponda a retirarlo. Las bandejas de comida deberán sacarse envueltas en bolsa de basura o bien venir en bandeja desechable.
- La ropa de cama deberá quedar dentro de la habitación hasta que vengan a retirarla.

Después de aislar al paciente procederemos a colocar los letreros en el acceso a la habitación y pondremos en la entrada en zona visible todo el equipo de protección personal necesario. El paciente tendrá que tener equipos de uso exclusivo.

Una vez dado el alta se tendrá que realizar una limpieza de superficies, equipos y ropas exhaustiva. La habitación tendrá que limpiarse en tres turnos diferentes hasta poder ser dada a un nuevo paciente. Debe de realizarse una ventilación adecuada y la limpieza debe ser constante para evitar contagios por el suelo, manos.

5 Discusión-Conclusión

Como vemos todos estos protocolos que hemos desarrollado ayudan a reducir las enfermedades Nosocomiales, así como los contagios al personal y familias que están diariamente con los enfermos. El adecuado uso de las medidas de protección es base para una adecuada atención en nuestro día a día.

Partiendo de la puerta de urgencias vemos que ya se deben tomar medidas para que tanto los pacientes como personal y acompañantes no estén expuestos a contraer enfermedades que puedan estar en el aire o en las superficies del medio hospitalario. Se propone que ayudemos todos los profesionales a la reducción de las infecciones Nosocomiales.

6 Bibliografía

- [https// www. who. int](https://www.who.int)
- Guía de prevención de infección nosocomial - Socinorte
- Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Elsevier
- Amirsalud, Normas de seguridad e higiene

Capítulo 336

CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERIATRÍA.

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) se consideran uno de los principales inconvenientes que aparece con mayor incidencia durante la vejez y que conlleva un gran impacto emocional y físico al anciano, familia y cuidador.

2 Objetivos

Determinar la frecuencia que se producen en el desarrollo de UPP en geriatría.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de estudios descriptivos realizados en centros geriátricos, basados en protocolos de actuación en la prevención, manejo y tratamiento de UPP. Se realizó una búsqueda en las bases de datos de Scielo, Pubmed y Google Académico con los descriptores: presión, prevalencia, valoración de riesgo, reevaluación, registros de enfermería, mejora de la calidad. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1997.

4 Resultados

La frecuencia de desarrollar UPP en la edad adulta es muy alta, clasificándose según los grados en:

- UPP grado I 20%
- UPP grado II 40%
- UPP grado III 30%
- UPP grado IV 10%.

De todos los casos un 57% presenta únicamente una úlcera, 35% cuentan con 2, un 7% con 3 y un 1% presentan 4 UPP de forma simultánea.

Según los estudios las causas más frecuentes de desarrollo de UPP son la inmovilidad de los pacientes, causadas por diferentes estados y patologías, también hay que destacar la incontinencia, humedad, estado nutricional deficitario, enfermedades crónicas, diabetes,...es decir, su comorbilidad.

5 Discusión-Conclusión

Las UPP suponen un indicativo de los cuidados llevados a cabo por el personal sanitario. Su presencia implica deterioro de la salud del anciano, aumento de los gastos en el tratamiento y un impacto negativo hacia la implicación de los sanitarios como equipo multidisciplinar.

6 Bibliografía

- Arcos Díaz-Fuentes M, Barbero López M, Díaz Pizarro JM, García García J, Jiménez Jiménez MC. Protocolo de Actuación en Úlceras por Presión [Internet]. Excelm Enferm 2006 3 [acceso 2/7/2007].
- Dueñas Fuentes. JR: Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. Google.010.
- Ayello A E, Braden B. ¿Porqué la valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante? Nursing 2002
- Du Gas, W: Revista Rol de Enfermería. 4ta edición. Mayo del 1997.
- Álvarez Acosta. R. Manejo integral del paciente con úlceras por presión. Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz. 2004.

Capítulo 337

LOS CUIDADOS DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

YOLANDA MORENO SUAREZ

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

DIANA GARRIDO GARCÍA

1 Introducción

La enfermería en Salud mental y psiquiátrica es un proceso interpersonal por el cual la enfermera presta asistencia al individuo, la familia y la comunidad, para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés de la enfermedad mental, ayudando a encontrar significados a dichas experiencias. El técnico auxiliar de enfermería va a complementar el bloque básico de cuidados de los pacientes ingresados y se convertirá en acompañante, participará en los cuidados, observación, asesoramiento, canal de comunicación hacia otros miembros del equipo, etc. Estará en íntima relación con el paciente, en términos generales sus funciones serán diferentes según el lugar en que se desempeñe su trabajo.

El aumento de la prevalencia de los trastornos mentales, que indica la Organización Mundial de la Salud, su impacto sobre el bienestar de las personas que los padecen, y también de su entorno familiar y social, así como las consecuencias derivadas socioeconómicas y de riesgo de exclusión, nos revelan la necesidad de

invertir en recursos de prevención, promoción y asistencia a la salud mental, que mejoren y actualicen la oferta existente de servicios y programas. No siempre la atención a los trastornos mentales ha tenido un desarrollo parejo a otras áreas de la salud, en ocasiones se ha visto relegada, con respuestas superadas siempre por la demanda.

El técnico auxiliar de enfermería se convierte en un profesional de referencia y confianza al que acude el paciente o su familia debido a la frecuencia de las visitas que se realizan para el seguimiento, la administración del tratamiento o la participación en grupos psicoeducativos.

”Una cercanía y buen conocimiento de cada paciente de forma individualizada permite detectar a tiempo cambios, prevenir recaídas, lo que es decisivo para una buena evolución de la enfermedad”, ha destacado una de las claves principales de la jornada ha sido que la enfermería es clave en la atención a la salud física y en la recuperación global de los pacientes con esquizofrenia.

Se calcula que en España hay unas 600.000 personas con criterios diagnósticos de esquizofrenia o trastornos asociados. Si a los cuidados especializados de salud mental añadimos un programa de cuidado de la salud física observamos mejoras significativas en su calidad de vida, mejorando en la mayoría de los casos condiciones propias de los pacientes como el sobrepeso, el sedentarismo, los hábitos higiénico-dietéticos erróneos o el tabaquismo.

2 Objetivos

Realizar una aproximación a los conocimientos que realiza el técnico de cuidados auxiliares de enfermería dentro del equipo interdisciplinar que facilitará el flujo de la información y la toma de decisiones compartidas por todo el personal sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: cuidados auxiliares, esquizofrenia, salud mental, psiquiatría, enfermo mental. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1976.

4 Resultados

Los procedimientos constituyen una guía de acción específica que junto con la misión, visión, valor, metas, objetivos, políticas, filosofía, aspectos fuertes y débiles, propósitos, producción y finanzas conforman el Proceso de Planificación Estratégica en la gestión y dirección de enfermería, y constituyen los instrumentos de planificación. Los procedimientos tienen un cometido claro para la práctica clínica.

En los procesos operativos, los auxiliares forman parte como herramienta complementaria a los cuidados independientes, de manera que se hace necesario definir y estandarizarlo en aras a una mejor gestión de la variabilidad en la práctica clínica.

La aplicación de técnicas y procedimientos, consiste en administrar al paciente con destreza y precisión, las tareas enfermeras necesarias para facilitar el diagnóstico, seguir la evolución de su enfermedad, y garantizar sus necesidades terapéuticas. Un protocolo es establecer una metodología, que sirve como norma o guía para abordar un proceso; el protocolo está en relación con el tipo de proceso operativo que tomemos de referencia. Trata de ordenar las decisiones clínicas y va a constituir la herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas para el diseño de una ruta asistencial: sin olvidar que un protocolo es un documento de consenso.

Para la organización de enfermería y auxiliares son:

- Guías clínicas (son protocolos multidisciplinares que recogen los diagnósticos y terapias propuestas por los estamentos médico, enfermero, psicólogo, administrativo, social, etc) que se confeccionan para procesos multidepartamentales y se dirigen a grupos homogéneos de pacientes clasificados por diagnósticos médicos.
- Planes de cuidados estandarizados integrados: son protocolos que contienen las necesidades de cuidados de grupos de pacientes sin solución de continuidad entre el hospital y el centro de salud.
- Planes de cuidados individualizados: son intervenciones en los procesos enfermeros donde el plan es único e inequívoco para un usuario a partir de la valoración efectuada por el profesional de enfermería. Se realizan en todos los ámbitos de atención de enfermería: hospital general, centro de salud mental, hospital de día, etc. También pueden contener variantes individuales, fundamentalmente en los casos que haya que gestionar una comorbilidad o complicación asociada

que necesite cuidados de enfermería. El procedimiento exige un formato en el que se tenga en cuenta: la definición, el propósito, los materiales necesarios y cómo localizarlos, la solicitud y la eliminación, las fases a seguir en el procedimiento, los resultados esperados, las precauciones a tomar, las implicaciones legales, las responsabilidades del médico, la enfermera, técnico auxiliar de enfermería y el paciente, revisión en el tiempo establecido anotando los cambios, ser realistas y sencillos de comprender

5 Discusión-Conclusión

Formar parte de un equipo dedicado a la atención de personas con problemas psiquiátricos, es algo más que un simple trabajo, es una labor de apoyo extraordinaria y muy necesaria en los servicios sanitarios.

Pero, no es solo una persona quien se encarga de la atención o cuidados de la salud mental en un paciente afectado, se trata de todo un equipo terapéutico el cual está constituido por una gran diversidad profesional, compuesto por: psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, auxiliar de psiquiatría, terapeuta ocupacional, entre otros; todos estos profesionales intervienen en:

- Atender a personas en su globalidad biopsicosocial.
- Asistencia a cualquier demanda psiquiátrica o psicosocial.
- Atención individualizada a cada paciente.

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería en la unidad de psiquiatría representa un apoyo fundamental en las labores de cuidado del enfermo, e incluso para la familia de un paciente con problemas de salud mental.

La enfermería en salud mental posee un bien común que es “La importancia de la persona y su salud mental”, en este servicio se escucha al paciente y la labor más enfocada a la orientación y no a la medicación, lo que entra en contraste con psicólogos y psiquiatras, reconociendo la encomiable labor de todo el equipo de enfermería.

6 Bibliografía

- CALDERON, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. México: Trillas, 1981.
- CAPLAN, Gerald. Principios de Psiquiatría Preventiva. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- COOK, J. S. y otros. Enfermería Psiquiátrica. México: Interamericana, 1990.

- CORDOBA, Blanca. "Psiquiatría Comunitaria: Intervención". Universidad del Valle. Departamento de Enfermería.
- TRABELVEE, Joyce, Enfermería Psiquiátrica. Programa Textos OPS
- SALOMON, Philip. Manual de Psiquiatría. México: Manual Moderno, 1976

Capítulo 338

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRONICO: LA DIABETES

YOLANDA MORENO SUAREZ

DIANA GARRIDO GARCÍA

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

1 Introducción

La diabetes del término es la versión acortada de la diabetes del nombre completo mellitus. La diabetes mellitus se deriva del sifón griego del significado de la diabetes de la palabra "para pasar a través" y de la palabra latina significado mellitus "enmelado o dulce". Esto es porque en la diabetes el exceso del azúcar se encuentra en sangre así como en la orina. Era conocido en el siglo XVII como "pissing mal".

El término de la diabetes fue acuñada probablemente por Apollonius de Memphis alrededor de 250 A.C. La diabetes primero se registra en inglés, en un texto médico escrito hacia 1425. Era en 1675 que Thomas Willis agregó la palabra "mellitus". Esto se debió al gusto dulce de la orina. Este gusto dulce había sido notado en orina por los griegos clásicos, los chinos, los egipcios, los indios, y los persas al igual que fue evidente en su literatura.

En 1776, Matthew Dobson confirmó que el gusto dulce de la orina de diabéticos era debido al exceso de azúcar en la orina y la sangre de las personas que padecían la enfermedad.

Aretaeus, en la época antigua, tuvo tentativa a tratar la diabetes, pero no podía dar un buen resultado. Sushruta (siglo VI BCE) un curador indio, determinó la diabetes y la clasificó como “Madhumeha”; palabra que proviene de la miel de los medios del “madhu”, que combinado el término significa “la orina dulce”. Los indios antiguos probaron para la diabetes observando si las hormigas fueron atraídas a la orina de una persona. Las palabras coreanas, chinas, y japonesas para la diabetes se basan en los mismos ideogramas que significan “enfermedad de la orina del azúcar”.

Era en 1936 que sir Harold Percival (Harry) Himsworth en su trabajo publicado distinguió tipo 1 y la diabetes 2 como diversas entidades.

En 1982 aparece la primera insulina humana biosintética - Humulin - que es idéntica en estructura química a la insulina humana y puede ser producida en serie fue aprobada para comercializar en varios países. Se trataba de una insulina de acción corta, similar a la insulina humana natural. En 1921, descubrió Banting con Charles Best la hormona insulina. Por este descubrimiento le fue otorgado en 1923 el Premio Nobel de Fisiología y Medicina. Gracias a este descubrimiento, fue honrado por el día de la diabetes del mundo que se lleva a cabo en su cumpleaños, mirando fijamente el 14 de noviembre 2007.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo hay 422 millones de personas con diabetes, y en el 2030 las muertes por diabetes podrían multiplicarse por dos. El diagnóstico y una detección precoz es clave para las diabetes de todo tipo, así como los cuidados de enfermería, que deberán proporcionar una atención muy específica a este tipo de pacientes, ya sea en hospitales, clínicas o residencias geriátricas.

El cuidado asistencial del técnico de cuidados auxiliares de enfermería al paciente diabético no se ciñe tan solo a la parte clínica, sino que también es vital la empatía de éste, e incluso la pedagogía que aporte a la persona con algún tipo de diabetes con el objetivo de llevar un mejor control de la enfermedad y, por ende, mayor calidad de vida.

La diabetes es una enfermedad muy común, que afecta al 60% de la población. La importancia de la diabetes que si no está suficientemente controlada, puede

dar lugar a frecuentes complicaciones, especialmente de tipo circulatorio y neurológico.

2 Objetivos

Dar a conocer la gran importancia que tiene la enfermedad de la diabetes, cómo se produce y cómo prevenirla.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los cuidados del técnico auxiliar de enfermería para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferente bases de datos y revistas científicas.

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “cuidados, funciones del auxiliar, diabetes ” . Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión: artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no trataran específicamente de los pacientes en situación de dependencia .
- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Diabetes” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.
- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones del técnico auxiliar de enfermería” se han examinado 4 artículos encontrados en Google académico

Se han analizado los mejores artículos, ordenados por relevancia.

4 Resultados

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes del mundo. Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de la concentración de glucosa en sangre, debido a que el páncreas no produce insulina o no la usa de manera adecuada. La diabetes de adulto (o también conocida como tipo 2) nunca va sola, tiene enfermedades asociadas que guardan relación con la alimentación y la vida sedentaria:

- Hipertensión

- Obesidad
- Hiperglucemia

En la diabetes no se puede hablar de una sola causa, sino que es resultado de varios factores:

- Hereditarios
- Alimentación
- Estilo de vida

La persona diabética en tratamiento con insulina (y también el que toma antidiabéticos orales) debe mantener un equilibrio entre la dosis de tratamiento, el ejercicio físico y la alimentación. Cuando este equilibrio se altera es cuando surgen las complicaciones de la diabetes: complicaciones agudas y complicaciones crónicas

Los resultados de estudios elaborados demuestran que la diabetes mata cada año a casi cuatro millones de personas, y se estima que esta cifra aumentará significativamente en más de un 50%. Se ha demostrado que una mayor actividad física provoca una reducción de las necesidades de insulina. Las personas más activas utilizan menos dosis de insulina que las sedentarias. El nuevo enfoque en cuanto a la alimentación centra más su atención en las grasas. Cuanta mayor grasa haya en la alimentación, mayor dificultad tendrá la insulina para llevar azúcar a las células. Gracias a la investigación sobre la farmacología, los pacientes diabéticos tienen un tratamiento más ajustado, adaptando la dosis de insulina a la necesidad de cada momento, siendo así más llevadera la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Las estrategias implementadas para modificar el estilo de vida y favorecer el autocuidado, como herramientas que le permitan al equipo multidisciplinario de salud tomar la mejor decisión clínica para alcanzar las metas de control glucémico y metabólico reflejándose en una atención médica sistematizada.

El asesoramiento nutricional podría disminuir las complicaciones futuras a largo plazo ocasionadas por la Diabetes

Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial, mejorando los hábitos alimentarios, lo cual podría ir acompañado de un incremento de la actividad física, siendo el primer paso para el tratamiento de la obesidad en el adulto.

Las personas que padecen diabetes tipo 2 o predisposición a ella, verán resultados

asombrosos en su vida; quienes tienen diabetes tipo 1 podrán reducir su dependencia de la insulina en tanto se cuiden con un estilo de vida saludable. No hay nada que perder con ello, pues, en el peor de los casos, no solo esta enfermedad, sino el bienestar integral mejorará notablemente.

6 Bibliografía

- <http://www.diabetes.ca>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Jansà, M., y Vidal, M. (2009), Educación terapéutica en diabetes: Importancia del cumplimiento terapéutico en la Diabetes Mellitus.
- Luis Rodrigo, M.^a T. (2002), Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica,
- Mercè Fernández-Miró, M., y Goday Arnó, A. (2008), Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario del Mar.
- Morillas Herrera, J. C., y Martín Santos, F. J. (2001), «Consulta de enfermería para pacientes crónicos», Revista Rol de enfermería, 24 (6);
- Novo Nordisk. Tratamiento de la Diabetes tipo 2. (2009), Formación Novo Campus. Consultado el 5 de marzo de 2009

Capítulo 339

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA

DIANA GARRIDO GARCÍA

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

YOLANDA MORENO SUAREZ

1 Introducción

Las personas en situación de dependencia necesitan asistencia y ayuda para realizar los actos cotidianos de la vida diaria y en particular, para llevar a cabo su higiene personal. Saber comunicarse con una persona dependiente repercute en la calidad de los cuidados que se le prestan.

El técnico debe conocer cuál es la postura corporal adecuada para transmitir un mensaje correctamente, y controlar las expresiones faciales y corporales para mantener la atención del receptor y transmitirle la información de forma clara y directa, sin barreras comunicativas.

La situación de dependencia viene determinada por la presencia de los siguientes factores:

1. Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma ciertas capacidades de la persona.

2. Incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
3. Necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Las actividades de la vida diaria (AVD) son imprescindibles para poder subsistir de forma independiente, son de dos tipos:

1. Actividades básicas (ABVD) que son actividades de autocuidado (asearse, vestirse, comer, etc.) y de funcionamiento físico básico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y tareas sencillas).
2. Actividades instrumentales (AIVD). Son actividades más complejas y que necesitan mayor grado de autonomía. Implican la capacidad de tomar decisiones e interactuar con el medio, por ejemplo: usar el teléfono; manejar dinero; actividades domésticas básicas como fregar, planchar, etc

Es fundamental que la actitud del técnico mientras desempeña su actividad sea la correcta. Esto hará que el cuidado resulte más fácil y proporcionará más bienestar a las personas en situación de dependencia. La actitud del técnico es uno de los aspectos de la asistencia más valorados por el usuario.

2 Objetivos

- Obtener información de la persona o personas a nuestro cargo mediante diferentes instrumentos.
- Recoger información sobre las actividades relativas a la higiene de la persona.
- Interpretar el plan de cuidados individualizado de la persona en situación de dependencia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los cuidados del técnico auxiliar de enfermería para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferentes bases de datos y revistas científicas.

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “cuidados, funciones del auxiliar”. Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión: artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no tratasen específicamente de los pacientes en situación de dependencia

- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Higiene” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.
- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones del técnico auxiliar de enfermería” se han examinado 5 artículos encontrados en Google académico.

Se han ordenado por relevancia y analizado los primeros de cada base de datos.

4 Resultados

La persona encargada de realizar estas tareas es el técnico auxiliar de enfermería, las funciones que realiza en la higiene diaria del paciente con riesgo de dependencia son las siguientes:

1. Determinar las necesidades asistenciales de la persona interpretando la información que obtiene de ella o de sus familiares y respetando la confidencialidad.
2. Analizar las necesidades del usuario para llevar a cabo su aseo personal y para vestirse, y brindarle la ayuda precisa.
3. Organizar las actividades de higiene del usuario de acuerdo con sus características y necesidades, y favorecer su colaboración y la de la familia.
4. Organizar y desarrollar el trabajo asignado, en cooperación con otros profesionales. Aplicar los protocolos y las medidas preventivas de riesgos laborales.
5. Realizar los diferentes protocolos de aseo del usuario.
6. Aplicar las intervenciones relacionadas con el estado físico, siguiendo las pautas establecidas y mostrando en todo momento respeto por la intimidad del usuario.
7. Atender las necesidades higiénicas de los usuarios encamados (micción o defecación) colocando y retirando las cuñas, limpiándolas, así como cambiando los absorbentes (compresas y pañales) cuando sea necesario.
8. Aplicar técnicas de higiene del entorno para garantizar que la habitabilidad, la higiene y el orden sean seguros y de calidad. Tramitar la documentación pertinente.
9. Realizar el control y seguimiento de las actividades de atención higiénica.
10. Asesorar a la persona en situación de dependencia, a los familiares y a los cuidadores no formales.

11. Favorecer al máximo la autonomía del usuario en las actividades de la vida diaria, con respeto y profesionalidad.

La dependencia es un estado derivado de la edad, de una enfermedad o de una discapacidad física, sensorial, intelectual o mental, que se puede producir en cualquier etapa de la vida de una persona y que tiene como resultado una pérdida de autonomía.

Actitudes del técnico auxiliar

- Mostrar respeto hacia el usuario y dirigirse a él por su nombre, con educación y respetando su intimidad personal, sus espacios físicos y sus pertenencias.
- Prestar atención a las necesidades del usuario y a sus manifestaciones.
- Escuchar de manera activa. Escuchar con atención, cuidado e interés, y buscar el contacto visual mientras se habla.
- Dejar que el usuario se exprese de la manera en que sea capaz de hacerlo y tener en cuenta sus deseos, opiniones y sugerencias sin emitir juicios críticos.
- Mostrar empatía hacia el usuario. Hay que intentar ponerse en el lugar de la persona afectada para comprender sus reacciones y sus sentimientos.
- Tener comprensión y ser tolerante, sin regañar ni avergonzar al usuario.
- Mostrar una actitud positiva, aunque sin generar falsas expectativas, sobre el futuro de la persona dependiente. El cuidador siempre podrá hacer algo por mejorar su situación.
- Emplear el contacto corporal para manifestar afecto y solidaridad. Se debe hacer una valoración individual previa antes de utilizar este tipo de manifestación de apoyo ya que, en algún caso, podría interpretarse como una agresión.
- Brindar apoyo emocional, pero evitar el paternalismo y la sobreprotección. Si el usuario se siente acogido y seguro, tendrá la confianza suficiente para participar en las actividades diarias.
- Motivar y dejar hacer al usuario. Resaltar aquellas actividades o acciones que el usuario sabe y puede hacer y permitir, con paciencia, que las realice por sí mismo.
- Reforzar las conductas positivas de la persona, tanto de forma verbal como no verbal, con expresiones de afecto y caricias o tomando al usuario de las manos.
- Hacer caso omiso de las conductas negativas, como la agresividad o la demanda excesiva de atención; evitar las reprimendas y los comentarios críticos.
- La actitud es una respuesta mental y emocional ante una circunstancia determinada. Es una forma de conducta que se expresa mediante gestos, movimientos o palabras.

Pautas para mejorar la comunicación con los pacientes

- Escoger el lugar y el momento adecuados para hablar.
- Vocalizar correctamente y emitir mensajes claros e inteligibles.
- Cuidar la velocidad, el volumen, la entonación y la fluidez.
- Usar frases directas y evitar el doble sentido.
- Atender a la comunicación verbal y a la no verbal.
- Escuchar pacientemente, sin apresurar a la persona que habla ni interrumpirla.
- Demostrar de forma clara que estamos prestando atención para que la persona dependiente se sienta con libertad para manifestar sus preocupaciones e intereses.

5 Discusión-Conclusión

Cada persona en situación de dependencia tiene unas características individuales y vive una situación diferente. Dichas características peculiares determinan el grado de dependencia de cada individuo y, por lo tanto, las ayudas o apoyos que precisa para poder realizar las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales. Para asegurar el éxito de los cuidados, es necesario determinar las necesidades concretas de la persona dependiente y planificar los cuidados de forma individualizada, asegurando así que las necesidades quedan cubiertas. Las tareas de higiene pueden resultar especialmente complicadas cuando hay dificultades en la movilidad o un deterioro cognitivo que impide al usuario comprender la situación.

El plan de cuidados es un método de trabajo que permite realizar las tareas de forma sistemática y organizar los cuidados de forma individualizada en función de las necesidades del paciente, tanto el técnico como la persona dependiente conocen las tareas y el momento en el que se van a realizar. Esto proporciona seguridad y favorece que el paciente colabore y que se establezca una relación de confianza entre este y el técnico.

Todas las actividades que se desarrollan en atención sanitaria se guían por un protocolo de trabajo, que es un documento escrito en el que se detallan los procedimientos que los profesionales van a llevar a cabo para lograr una atención adecuada de los usuarios, y en el que se describen el momento y las tareas que cada miembro del equipo debe realizar.

6 Bibliografía

1. INSTITUT PASTEUR (s.f.). "Higiene corporal".
2. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación.
3. BALLESTER BASCO, J. y COLS. (2004): "Guía de salud para jóvenes. (3ª edición)". Murcia: Consejería de sanidad, Dirección General de Salud Pública, Servicio de Promoción y Educación para la Salud.
4. DELGADO, M. Y TERCEDOR, P. (2002): "Estrategias de intervención en educación para la salud desde la Educación Física". Inde. Barcelona.
5. RODRÍGUEZ GARCÍA, P.L. (2006): "Educación Física y salud en Primaria. Hacia una educación corporal significativa y autónoma". Inde. Barcelona.
6. MARTÍN VÁZQUEZ, V. (2004): "Hábitos de higiene personal y en la escuela". Revista digital "Investigación y Educación".
7. LASAGA RODRIGUEZ, M.J. y PEÑA GARCIA, J. (2004). "Por una buena higiene vertebral desde la escuela".

Capítulo 340

CUIDADOS DEL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA Y EL NEONATO PREMATURO

DIANA GARRIDO GARCÍA

YOLANDA MORENO SUAREZ

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

1 Introducción

Se considera un neonato prematuro al recién nacido (RN) que nace antes de las 37 semanas de gestación y 32 semanas en el caso del gran prematuro.

Los neonatos prematuros tienen un peso menor de 2.500 g., e incluso 1.500 g. en el caso del gran prematuro. Su piel es muy delgada, brillante, rosada o enrojecida, que nos permite visualizar las venas. El tejido adiposo es escaso, tiene poca cantidad de pelo en su cuero cabelludo, aunque puede presentar bastante cantidad de un vello corporal suave, el lanugo. Su llanto y tono muscular son débiles. Sus genitales son pequeños y subdesarrollados, los testículos no están en sus bolsas escrotales, ni los labios mayores cubren toda la vulva. Debido a la inmadurez de todos sus órganos internos el neonato prematuro presenta una serie de problemas a corto plazo: problemas respiratorios, cardiovasculares, sanguíneos, metabólicos, etc.

Hay numerosos estudios que han confirmado que los grandes prematuros en etapas posteriores, son niños con un riesgo aumentado de trastornos del com-

portamiento, del aprendizaje, de la integración social. Estas alteraciones en un principio se suponían que eran consecuencia de su inmadurez cerebral al nacer y de las patologías que presentan a lo largo de su estancia en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales), pero cada vez existen más certezas de que las continuas agresiones ambientales, físicas y sociales sobre su cerebro inmaduro en desarrollo, serían responsables de gran parte de estas secuelas y evitar estas secuelas es el reto y la responsabilidad de la enfermería dentro de la UCIN.

Existen grandes diferencias entre el medio intrauterino (donde el feto está suavemente acunado en un cálido líquido amniótico, aislado de infecciones y bien protegido contra la luz y el sonido intenso) y el que se ofrece a los neonatos prematuros en la UCIN, estas diferencias dificultan de forma importante que el cerebro de los prematuros que normalmente termina su maduración en el útero, la complete correctamente:

- El feto dentro del útero está en una especie de nido en una postura flexionada y con las manos en la línea media cerca de su boca.
- El flujo de sangre uterina realiza música relajante acompañada del sonido del corazón de la madre.

Siendo pues conscientes de la grandes diferencias entre una UCIN y el claustro materno comprendemos por qué los neonatos inmaduros y con graves patologías no son capaces de responder de una manera organizada a tantas agresiones.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades de la embarazada durante el parto y postparto y realizar los cuidados dirigidos para cubrir esas necesidades.
- Identificar las necesidades del recién nacido y realizar los cuidados dirigidos para cubrir esas necesidades.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los cuidados del técnico auxiliar de enfermería para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferente bases de datos y revistas científicas.

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “cuidados, funciones del auxiliar”. Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de

exclusión; artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no trataran específicamente de los pacientes en situación de dependencia

- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Higiene” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.

- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones del técnico auxiliar de enfermería” se han examinado 5 artículos encontrados en Google académico.

Se han ordenado los artículos por relevancia y analizados los primeros de cada base de datos.

4 Resultados

Existen estudios que demuestran que un neonato prematuro ingresado en la UCI puede ver interrumpido su descanso unas 120 veces a largo del día debido a la continua manipulación a la que se ve sometido. En el neonato prematuro la interrupción de los períodos de sueño supone una agresión importante ya que se ve alterado su descanso tanto fisiológico como psicológico, con el correspondiente período de desorganización posterior que esto conlleva sobre él, necesitando tiempo, oxígeno y calorías para recuperar su situación. Así, las continuas interrupciones del descanso aumentan los períodos hipóxicos, pausas respiratorias, períodos de apnea, consumo de oxígeno e incrementan la presión intracraneana.

Será por lo tanto necesario agrupar los cuidados, exploraciones e intervenciones, en períodos de tiempo estipulados intentando incrementar los periodos de descanso y respetando los periodos de sueño. Los estímulos deben ser lo más suaves y lo menos agresivos posibles no despertándolo bruscamente, por lo que es sumamente necesario consensuar un protocolo de Intervención Mínima y Agrupación de Intervenciones.

La temperatura corporal debido entre otros factores, a la mayor superficie corporal en relación a su peso, a un escaso tejido adiposo pardo y a una inmadurez de su sistema termorregulador. Siendo muy importante el control de su temperatura empezando por su reanimación en la sala de partos, su posterior traslado a la unidad de neonatología y continuando una vez ya introducido en su incubadora, obteniéndose un ambiente térmico neutro que le permita mantener una temperatura adecuada. Un sobrecalentamiento provocaría en el neonato prematuro el

aumento de las pérdidas de agua, aumento así mismo de la frecuencia cardiaca y respiratoria y de la tasa metabólica todas ellas provocarían un aumento en el consumo de oxígeno y calorías. En cuanto a la hipotermia le provocaría letárgica, aumento de la cantidad de apneas y bradicardias, intolerancia digestiva y distrés respiratorio. Nuestro objetivo es mantener la temperatura axilar del prematuro en 36,5° axilar para ello tendremos que tener en cuenta:

- Utilización de incubadoras con doble pared.
- Temperatura adecuada en el exterior.
- Utilización de calentadores del aire del respirador.
- No utilización de puertas superiores ni inferiores de las incubadoras.
- Mantener al neonato en postura de flexión.
- Evitar manipulaciones prolongadas.
- Utilizar material precalentado.
- Utilizar sensores de temperatura de la incubadora.
- Y prestar especial atención cuando este fuera de la incubadora como en traslados, cuidados canguro o cuando debemos abrir completamente un lado de la incubadora.

La piel del neonato prematuro representa un 13% del peso de su cuerpo efectuando un efecto barrera que impide la entrada de infecciones aunque es permeable a un gran número de sustancias. Posee una unión débil entre la dermis y la epidermis lo que le provocará un aumento considerable de erosiones y heridas, un pH disminuido (4,95) que deberemos mantener ya que le protege de las infecciones. Para proteger la piel del prematuro y evitar la pérdida de agua a través de su piel durante la primera semana la humedad dentro de la incubadora deberá estar entre el 80% y el 100% para posteriormente ir reduciéndose paulatinamente.

5 Discusión-Conclusión

Ingresar a un hijo en la UCI causa un gran impacto para muchos padres, pocos piensan cuando su bebé está en el útero materno, que va a surgir alguna complicación y que su bebe nacerá enfermo o prematuramente. Es por tanto natural, que los padres experimenten una gran variedad de emociones cuando deben enfrentarse a las dificultades que implica tener un bebé enfermo. Pero no todos los padres reaccionan de igual manera, algunos expresan abiertamente sus preocupaciones, mientras otros reprimen sus sentimientos. Incluso pueden dudar de desarrollar vínculos estrechos con su bebé, o incluso retrasar la elección del nombre.

Para paliar esta falta de apego las unidades de cuidados intensivos neonatales han dejado de ser sistemas cerrados, incorporando a los padres en el cuidado de su recién nacido. Esta incorporación debe estar unida a una integración de los padres en todos los cuidados que se realicen al recién nacido. La actitud de los padres dentro de la UCI debe de dejar de ser una actitud pasiva para participar activamente en el cuidado de su bebe prematuro o gravemente enfermo, siendo su principal tarea el procurar un contacto amable con su hijo.

Un último paso para establecer unos cuidados de calidad dentro de la UCI es comprender los mecanismos que utilizan los neonatos para comunicarse. Las señales que recibimos de los recién nacidos prematuros, especialmente cuando todavía están en la UCI, es mediante la observación de señales motoras, de autonomía, de estado, de atención interacción, o de regulación que interactúan entre sí. Estas señales nos sirven para prevenir su estrés, por ejemplo el neonato puede tener dificultad para tolerar la interacción social y otros estímulos sensoriales, al mismo tiempo. Por ejemplo, muchos bebés prematuros no pueden controlar la alimentación y que se les hable y mire a la vez. Puede precisar toda la energía y la concentración al coordinar succión, deglución y respiración. También nos serviría para organizar en la rutina diaria del neonato su "mejor momento", individualizando las actividades en atención a las capacidades y necesidades de cada niño. Algunas intervenciones pueden ser útiles para un bebé y estresantes para otro, y, a veces ser útil o estresante para el mismo niño en diferentes momentos.

El papel que desempeña el técnico auxiliar de enfermería en neonatología es una enfermería distinta, de nosotros y las enfermeras dependerá la evolución posterior de ese neonato prematuro, porque no solo debemos curar sus patologías sino ayudar a su desarrollo y maduración para evitar tanto las complicaciones inmediatas como tardías, con medidas que no precisan un alto coste, solo el conocimiento y la voluntad de trabajo.

6 Bibliografía

- Reyes-Alvarado J. Romero Sánchez F. Rivas-Ruiz E. Perea-Milla R. Medina López A.M. y Álvarez Aldeán J. Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros. *An Pediatr (Barc)*. 2008;69(2):134-40.
- Kimberly G.L, Choherty J.P. Identificación del recién nacido de alto riesgo y valoración de la edad gestacional. Prematuridad, hipermadurez, peso elevado y bajo peso para su edad gestacional. En *Manual de Cuidados Neonatales*. Edt Choherty J P, Eichenwald E.C., Stark A.R. 4 Ed (Barc) 2005, 3 :50-66

- Pallás Alonso CR, Programa de actividades preventivas en niños prematuros con peso al nacimiento menor de 1500 gs
- En www.se.neonatal.es . SEN 1500
- Carlos Castesana Y, Castro Laiz C, Centeno Monterrubio C, Martin Vargas L, Coteró Lavin A, Valls i Soler A. “ Crecimiento postnatal hasta los dos años de edad corregida de una cohorte de recién nacido de muy bajo peso de nacimiento” *An Pediat* 2005;62: 312-319
- Cardesa-García JJ., Galán E. Muerte súbita del lactante. En *Tratado de Pediatría*. M.Cruz. 9ª Edic. Ergon Ed. Madrid 2006 vol II;2090-2095.

Capítulo 341

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PARKINSON

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

YOLANDA MORENO SUAREZ

DIANA GARRIDO GARCÍA

1 Introducción

La Enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad degenerativa del sistema nervioso central más frecuente en nuestro medio tras la enfermedad de Alzheimer, y actualmente son más de cuatro millones de personas en el mundo los que sufren de esta enfermedad¹. Esto produce un impacto muy importante en la calidad de vida de los afectados y aumenta a casi el doble su mortalidad, es por ello que existe una creciente concienciación social de la necesidad de una asistencia de calidad y especializada de estos pacientes. Además supone un coste económico muy importante para el país que, con el envejecimiento de la población y de las nuevas terapias, es posible que éste se incremente.

Esta afección tiene una incidencia anual de 8- 18 casos por cada 100. 000 habitantes y es mayor en los países desarrollados probablemente debido a la mayor exposición a pesticidas u otras toxinas, y suele afectar a personas mayores de 60 años, sin distinción sexual. Sin embargo, alrededor del 5- 10% de las personas con enfermedad de Parkinson presenta la enfermedad de inicio temprano, que

comienza antes de los 50 años y suelen tener un importante componente hereditario. En casos muy raros los síntomas parkinsonianos pueden aparecer antes de los 20 años, pues es lo que se conoce como parkinsonismo juvenil^{1,9}. Actualmente no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión, por ello el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente.

2 Objetivos

Objetivo General :

- Identificar el actual papel de la enfermería en un paciente con enfermedad de Parkinson.

Objetivos Específicos:

- Identificar los principales cambios que produce la enfermedad en la vida del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje enfermero en la EP con un total de dos libros, dos guías informativas y veinte artículos científicos. Para la búsqueda de los artículos se han utilizado diferentes bases de datos y revistas científicas:

- PubMed: se han utilizado para la búsqueda las palabras clave “Patients, Parkinson disease and nursing care”, con filtros de fecha (posteriores a 2010) especie (humans). Los criterios de inclusión que se han utilizado son; artículos con acceso a texto completo libre y posteriores al año 2010, y como criterios de exclusión; artículos que no estuvieran en inglés y aquellos que en su título o resumen no trataran específicamente de los pacientes con la enfermedad de Parkinson y cuidados enfermeros. Se han obtenido así siete artículos entre los cuales seleccionamos uno. Con las palabras clave “quality of life” y “Parkinson disease” y los mismos filtros y criterios de inclusión y exclusión, se examinaron setenta y cinco abstracts seleccionando un solo artículo para su análisis completo.

- Dialnet: en esta base de datos se han empleado las palabras clave “Enfermedad de Parkinson” añadiendo los filtros: artículo de revista, enfermería, materia de ciencias de la salud, fecha, e idioma español. Los criterios de inclusión/exclusión son los mismos utilizados en Pubmed seleccionando finalmente dos artículos de texto completo.

- Con los mismos criterios, incluyendo además los términos “intervenciones de enfermería” se han examinado ocho artículos encontrados en Google académico y otro, de gran interés, en la biblioteca electrónica Scielo.
- NNNconsult: esta base de datos se ha utilizado para buscar intervenciones y actividades de enfermería en la Enfermedad de Parkinson.

4 Resultados

La enfermedad de Parkinson la describió en 1817, James Parkinson un médico británico que la denominó inicialmente “parálisis temblorosa”. Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica, de deterioro progresivo del sistema nervioso central, resultado de la pérdida de células productoras de dopamina. Aparece cuando las neuronas de una zona cerebral conocida como “substantia nigra” (sustancia negra), mueren o presentan deterioro. Estas neuronas lo que hacen es producir dopamina, un mensajero químico encargado de transmitir las señales entre la substantia nigra y el corpus striatum (cuerpo estriado), para que la actividad muscular sea voluntaria y fluida². La pérdida de dopamina genera un desorden de todas las células nerviosas del corpus striatum, lo que provoca en el paciente no poder controlar y dirigir sus movimientos de manera natural. Hay estudios que demuestran que los pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson tienen una pérdida del 80 % de células productoras de dopamina.

No se conoce la causa exacta del deterioro celular, aunque hay diversas teorías que hablan del daño oxidativo, toxinas ambientales, predisposición genética y envejecimiento acelerado. Suele ser un trastorno degenerativo que tiene una evolución lenta. La escala de Hoehn y Yahr (escala que se utilizan los neurólogos para medir la gravedad) divide la EP en cinco estadios³:

- Estadio 1: el afectado mantiene aún la postura erecta y conserva su expresión facial. Pueden aparecer síntomas en un solo lado del cuerpo. Al caminar pueden arrastrar un poco los pies, también pueden presentar rigidez y discinesias.
- Estadio 2: la alteración postural comienza a ser más evidente, y la expresión facial esta ya afectada. La realización de las actividades de la vida diaria se complican por la aparición de la bradicinesia.
- Estadio 3 y 4: los síntomas se agravan; la dificultad para caminar y mantener el equilibrio puede ser importante. Suelen provocar caídas, al pararse o girar. Aparecen dificultades en la comunicación y las sensaciones dolorosas y de fatiga se incrementan.
- Estadio 5: necesita ayuda de una tercera persona para todo tipo de actividad y las

alteraciones del lenguaje se acentúan. Los primeros síntomas de la enfermedad son suaves, aparecen de forma gradual en un lado del cuerpo y aunque acaben siendo bilaterales, suelen ser menos graves en un lado que en el otro. Este periodo puede durar largo tiempo antes de que aparezcan los síntomas más específicos y obvios. Los familiares o amigos suelen ser los primeros en observar los cambios, como la pérdida de expresión facial, cierta lentitud e inseguridad.

Los principales síntomas motores son los siguientes^{4,7}:

- El temblor: es el principal síntoma característico de la enfermedad. Se presenta en un 79- 90% de los pacientes. Es un movimiento rítmico hacia adelante y hacia atrás. Generalmente comienza en una mano, aunque a veces puede afectar primero a un pie o a la mandíbula. Suele desaparecer con el sueño y mejorar con el movimiento.
- La rigidez: está presente en más del 90 % de los pacientes con EP y es causada por un incremento del tono muscular que afecta a todos los grupos musculares. Los músculos permanecen en tensión o contraídos y el paciente se siente poco flexible y afectado por dolor muscular. Suele ser asimétrica a lo largo de la evolución de la enfermedad y en estadios avanzados es casi siempre bilateral.
- La bradicinesia: es el síntoma más incapacitante de la EP. Produce un retardo y una pérdida del movimiento espontáneo y automático. Al principio afecta solo a los músculos distales, pero con el tiempo se afectan todos los grupos musculares y causa dificultades en las actividades de la vida diaria. Este síntoma es un poco frustrante ya que el paciente no puede realizar con rapidez movimientos rutinarios.
- La alteración de la marcha/Inestabilidad postural: hace que los pacientes adquieran una inclinación hacia delante o hacia atrás y se caigan con facilidad. Se produce un enlentecimiento de la marcha y una festinación (pasos progresivamente más rápidos y cortos). También se caracteriza por bloqueos o congelación durante el inicio de la marcha. Es el último síntoma de la EP.

El diagnóstico del Parkinson se hace mediante una evaluación clínica de la presencia de una combinación de las cuatro características principales y es fundamental que sea precoz. Actualmente, no se dispone de ningún tratamiento médico ni quirúrgico que retrase su progresión. Por ello, el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente, para así obtener la máxima calidad de vida del paciente. Los pacientes con Parkinson suelen recibir el tratamiento en los centros de atención primaria y solo se dirigen al hospital cuando presentan complicaciones o para iniciar nuevas opciones de tratamiento. Una vez establecido el diagnóstico clínico, se debe decidir si se trata

o no, el tipo de terapia más indicada y el fármaco más adecuado. Hay cuatro tipos de tratamiento⁵:

- Preventivo: intenta evitar o enlentecer su progresión.
- Sintomático: para restaurar los niveles normales de dopamina.
- Cirugía: a través de diferentes técnicas quirúrgicas.
- Restaurador: son las técnicas actuales que se utilizan para el tratamiento.

En las etapas iniciales de la EP, suele iniciarse el tratamiento con uno o varios de los medicamentos menos potentes como anticolinérgicos o amantadinas. El tratamiento más potente con Levodopa se deja para la época durante la que los pacientes lo necesiten más.

Levodopa o L- dopa es el fármaco por excelencia para tratar el Parkinson (las células nerviosas pueden utilizar levodopa para fabricar dopamina y suplir el suministro decreciente que hay en el cerebro). Tiene la función principal de retrasar el inicio de los síntomas debilitantes y permitir a los pacientes prolongar el periodo en el que puedan llevar vidas normales y productivas. Es un fármaco muy eficaz para reducir los síntomas, pero no detiene la progresión de la enfermedad. Presenta efectos secundarios y hay que tener cuidado con su uso a largo plazo. Generalmente los pacientes combinan levodopa con carbidopa con el objetivo de intentar evitar o disminuir alguno de los efectos secundarios. Uno de los tratamientos que se está utilizando actualmente es la administración de L- dopa intraduodenal a través de PEG (gastrostomía endoscópica percutánea). Esta opción se utiliza como alternativa al tratamiento con L- dopa en comprimidos cuando el paciente, tras buena respuesta al tratamiento por vía oral, presenta un empeoramiento de los síntomas con fluctuaciones motoras⁶.

En la mayoría de los casos, los fármacos para la EP según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre el paciente son:

- Levodopa (el principal y más importante)
- Bromocriptina y pergolida
- Selegilina
- Agentes anticolinérgicos
- Amantadina
- Rotigotina.

En general, el tratamiento de la EP requiere un enfoque integral, centrado en el paciente y una evaluación y aportes multidisciplinarios sólidos. El pronóstico de vida de un paciente con Parkinson es generalmente el mismo que para quien no padece la enfermedad, sin embargo, el ritmo de progresión de la EP hasta alcanzar

una fase avanzada es variable de unos pacientes a otros⁷. Una vez alcanzada esta fase, la enfermedad sigue un ritmo homogéneo y la discapacidad física y cognitiva aumenta a medida en que aparece una serie de complicaciones en las etapas tardías como ahogos, neumonías y caídas que pueden conducir a la muerte.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión de diferentes artículos científicos, hemos podido comprobar que no se puede establecer un diagnóstico basándose en los síntomas no motores, pero estos sí que pueden actuar como un marcador precoz. Además el reconocimiento de estos síntomas va a ser esencial para el tratamiento de la EP, ya que son una causa importante de hospitalización y el principal factor generador de costes en la EP. Por lo tanto podemos afirmar que en la EP es de vital importancia que el diagnóstico sea precoz.

Un diagnóstico precoz permite mejorar la calidad de vida, disminuir la discapacidad, los costes de atención sanitaria, y tener un acceso más rápido al tratamiento. La degeneración neurológica desencadenada por esta enfermedad provoca de forma paulatina gran incapacidad en los pacientes. Esta progresión se puede disminuir de manera limitada mediante la medicación disponible, sin embargo, debido a la incurabilidad actual de la patología se muestra indispensable la presencia de una figura enfermera que aborde de manera eficaz las distintas necesidades que presenten los pacientes y sus cuidadores, ya que estas se amplían, además del factor fisiológico, hasta el área social, económica, psicológica y conductual de estas personas.

Es de gran importancia el prestar una atención multidisciplinar a las diversas áreas y a los problemas que se le pueden presentar en su vida al enfermo de Parkinson, así como a su cuidador habitual.

El equipo de enfermería es un recurso fundamental para cualquier persona que tenga que tratar con los desafíos asociados a esta enfermedad, pero más importante, sin lugar a duda es el propio paciente. Debido a que la EP es muy cambiante, la comunicación, la persistencia y la educación van a ser factores claves desde el punto de vista de enfermería para resolver los problemas a los que estas personas van a enfrentarse cada día.

6 Bibliografía

1. Thomas Hutton J, Lynne Dippel R. Guía práctica de la asistencia y cuidado del paciente de Parkinson. Ediciones Témpora S. A.; 2002.
2. Carretero M. Enfermedad de Parkinson. Medicación sintomática. *Offarm* 2006; 25 (8):116-118 [Internet].
3. Asociación Parkinson Aragón. La enfermedad de Parkinson [internet].2013.
4. Pastor P, Tolosa E. La Enfermedad de Parkinson; Diagnostico y avances en el conocimiento de la etiología y en el tratamiento. *Medicina Integral* 2001; 37 (3) [Internet].
5. Diz L, Ávila P, Diz R. Tratamiento de la enfermedad de Parkinson. *Jano* 2005; 68: 1146- 9.
6. Ballesteros J, Sánchez S, Estrada JM. Caso clínico; Plan de cuidados para el paciente con Parkinson en tratamiento con L- Dopa intraduodenal. *Revista Científica Sociedad Española Enfermería Neurológica* 2011; 34(2): 50- 53.
7. Kulisevsky J, Luquin MR, Arbelo JM, Burguera JA, Carrillo F, Castro A: et al. Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (parte 1). *Neurología* 2013; 28 (8): 503- 521.
8. PK Parkinson. Red pacientes [Internet].2014.
9. Bloem BR. Atención multidisciplinaria de personas con enfermedad de Parkinson. La vida con Parkinson; European Parkinson's Disease Association (EPDA). Países Bajos. 2011.
10. Base de datos NNN Consult, Disponible en <http://www.nnnconsult.com/nic>
11. . Mínguez Castellanos A: et al. Proceso asistencial integrado de la enfermedad de Parkinson [Internet]. Sevilla: 1º edición, 2015. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Junta de Andalucía.
12. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: Harrison Principios de medicina interna, 18º Edición. Ed. Mc Graw-Hill 2012. 3 (2): 372

Capítulo 342

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

YOLANDA SUÁREZ CORTÉS

DIANA GARRIDO GARCÍA

YOLANDA MORENO SUAREZ

1 Introducción

A mediados del siglo XX el concepto de enfermería que Virginia Henderson (1897-1996) definía la función de esta profesión como el cuidado, tanto de los individuos enfermos como sanos y mencionaba que la independencia del paciente es un criterio importa para la salud, hasta el punto que en sus escrito equipara salud con independencia. En los pacientes encamados dónde los cuidados van a que sea más autosuficiente e independiente posible y a evitar problemas ajenos a la causa principal de encamamiento como pueden ser úlceras por presión, trombosis, falta de higiene, debilidad o atrofia muscular, etc..

Cuando hablamos de un paciente encamado nos referimos a inmovilidad aguda cuando se habla de una duración de al menos 3 días, provocada por medicamentos, fracturas, operaciones quirúrgicas, alteraciones hidroelectrolíticas e infecciones; y crónica debido a enfermedades que afectan al sistema musculoesquelético o a trastornos sensoriales, aunque puede ser por múltiples factores.

Por ello serán pacientes que requieran cuidados específicos que no puedan realizar por sí mismos de manera independiente y consecuentemente necesiten ciertos cuidados específicos tanto para tratar su causa principal de encamamiento, como cuidados generales relacionados con el proceso en cama y las complicaciones potenciales que conlleva el hecho de estar postrado en cama.

Las formaciones académicas relacionadas con el cuidado y manejo de personas enfermas centran la preparación de los profesionales sanitarios en aspectos técnicos del tratamiento de los pacientes, y darle una mayor importancia a las técnicas de movilización y transferencia.

La movilización del paciente proporciona los conocimientos necesarios para ayudar parcial o totalmente en el traslado del paciente de la camilla a la cama, en condiciones de seguridad y comodidad tanto para el paciente como para el profesional. El conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente de la camilla a la cama.

Este movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, por ejemplo: girarse en la cama. Pueden ser de dos tipos:

1 Activas: son aquellas que puede realizar el paciente por sí mismo, bajo la supervisión de un profesional sanitario. En ella mueven tanto articulaciones como grupos musculares o zonas corporales. Para su realización pueden emplearse distintos dispositivos, tales como pesas, poleas, grúas, etc..

2. Pasivas: las movilizaciones son realizadas por el profesional en los distintos segmentos corporales. Se aplican en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.

La transferencia es: el movimiento que se realizan de una superficie a otra. Se considera que conlleva más riesgo en su ejecución ya que implica un cambio de plano y de superficie de apoyo y porque existe un momento en el que el paciente y profesional se encuentran sin apoyo lo que puede dar lugar a una lesión más grave como es la caída accidental del paciente al suelo; de ahí la importancia de una adecuada adaptación del medio en que éstas tienen lugar.

2 Objetivos

- Conocer los conceptos generales de prevención.
- Asegurar que los técnico auxiliar de enfermería tienen conocimiento sobre mov-

ilización de enfermos, aprenda a hacerlos, los realice correctamente y de una manera segura.

- Identificar las técnicas más seguras de movilización que hay que aplicar en función de cada tarea concreta
- Identificar los riesgos existentes en un trabajo de movilización de enfermos.
- Conocer cómo aplicar las medidas preventivas apropiadas, eliminando o reduciendo el riesgo a la vez que protegiendo a los/as trabajadores/as.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochran, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: cuidados auxiliares, movilización de pacientes, transferencia, enfermo encamado. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2003.

4 Resultados

La movilización y transferencia de personas con movilidad reducida o con cualquier otro trastorno del movimiento, son actividades que están muy presentes en el sector hospitalario, geriátrico, centros de día...cualquier centro socio-sanitario.

Los principios básicos para la movilización y transferencia de pacientes no deberían ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones, sino que para conseguir los objetivos necesarios hay que seguir una serie de principios básicos:

1. Adaptar al medio

- En el entorno de trabajo se realizan los cambios necesarios que hagan posible determinados desplazamientos, transferencias y movilizaciones y así estamos mejorando la situación global del paciente, ya que podrá desplazarse y desenvolverse con autonomía.

2. Colaboración del paciente

- Si el grado de dependencia o patología lo permite hay que hacer el paciente participe activamente, permitiéndole explorar las capacidades de movimiento que posea.

Las técnicas de movilización de pacientes son las que tienen lugar en la cama o camilla. La más importante es el giro del paciente, ya que es la base de los cambios posturales y el punto de partida para sentar al paciente al borde de la cama.

Movilización del paciente

- Con sábana entremetida. Consiste en doblar una sábana por la mitad del largo (la llamada "sábana entremetida") y se colocará en la cama, sobre la sábana bajera pero debajo del paciente, abarcando desde los hombros hasta los muslos. Procurar que la entremetida, al igual que las otras sábanas, esté bien estirada y lisa, sin arrugas que puedan dañar a la persona encamada.
- Paciente no colaborador. Es conveniente trabajar dos personas, una a cada lado de la cama del enfermo. Se retirará la almohada de la persona encamada si es posible, se colocará el enfermo con las piernas separadas y con las rodillas flexionadas, las dos personas, una a cada lado, han de sujetar a la vez la "sábana entremetida" por su extremo correspondiente, levantando y tirando a la vez hacia la posición deseada
- Paciente colaborador . Colocarse a un lado de la cama, el paciente deberá sujetarse con las manos a la parte de atrás de la cama, a la vez que flexiona las piernas y apoya las plantas de los pies en la cama, pasar nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente y hacer fuerza ayudando al enfermo, a la vez que éste colabora haciendo fuerza con sus propios brazos y piernas, hasta lograr el desplazamiento deseado.
- Movilización del paciente de cama a silla de ruedas a. Colocar la silla de ruedas a un lado de la cama frenando las ruedas de la silla, acercamos al enfermo al borde de la cama, dejándolo sentado con las piernas hacia fuera, colocarse en frente del paciente con nuestras rodillas flexionadas, las piernas separadas y ponemos un pie un poco más adelante que el otro (para facilitar movimiento basculante) colocar los brazos del enfermo en nuestros hombros o espalda (nunca sujetándose de nuestro cuello), a la vez que rodeamos su cintura con los brazos, se le levanta y se realiza un giro en bloque hacia la silla, donde se le colocará sentado.
- Movilización del paciente de la silla de ruedas a su silla o asiento habitual. Colocar la silla de ruedas perpendicular al asiento habitual, frenando la silla y retirando los reposapiés y el reposabrazos del lado cercano a su asiento colocarse en frente del paciente con la espalda recta, las piernas flexionadas y los pies separados, colocando un pie delante del otro.
- Técnicas de movilización: frenar las piernas del paciente con las nuestras (frente a frente), rodear al enfermo, con nuestros brazos por su cintura, a la vez que con un movimiento seco y continuo se le despegar de la silla de ruedas y se le gira en bloque para dejarle sentado en su asiento, colocarle bien sentado con la espalda

recta y las nalgas atrás, para lo cual, si es necesario, moverlo abrazándole por detrás, pasando nuestros brazos por debajo de sus hombros y, a ser posible, sujetándonos las manos para así ayudar a impulsar su cuerpo hacia el respaldo de la silla. Usar cojines y/o cinturón si fuera necesario.

- Movilización del paciente de sentado a de pie . Consiste en colocarse en frente del paciente con la espalda recta, piernas flexionadas y los pies separados colocando una pierna entre las piernas del paciente y la otra detrás, colocar los antebrazos debajo de los del paciente para que le sirvan de agarre a la hora de incorporarse, el paciente deberá inclinarse hacia delante con los pies bien apoyados y nosotros (con nuestros codos bien pegados a nuestra cintura) bascularemos su cuerpo hacia atrás a la vez que estiramos las piernas para levantar así al paciente ,una vez que está en pie, sujetar al enfermo durante unos segundos por los antebrazos para así asegurar la posición.

Técnicas de transferencia de pacientes:

La transferencia son variaciones de tres movimientos básicos que son los que se precisa comprender, para adaptarlos a la situación concreta que se tenga que resolver en cada momento.

- Pasar de la posición de sentado a la bipedestación .El paciente debe estar sentado lo más cerca del borde, siempre que sea posible, con los pies bien apoyados en el suelo y sobre un asiento duro y lo suficientemente alto.

- Pasar de la bipedestación a la posición de sentado. Esta técnica se realiza igual que la anterior pero en sentido contrario.Tanto la posición del paciente, como la del auxiliar, como las presas, son las mismas; lo que cambia es la dirección del movimiento, es decir, partiendo de la bipedestación auxiliar inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo desplaza hacia atrás hasta dejarlo sentado en el asiento; se debe caminar hacia atrás con él hasta que la parte trasera de sus piernas contacten con el borde del asiento. Es entonces cuando el paciente empezará a sentarse sin miedo.

- Pasar de una superficie a otra desde la posición de sentado. El paciente se encuentra sentado cerca del borde del asiento (siempre que sea posible), con pies apoyados en el suelo y en una posición estable el auxiliar se coloca por delante del paciente en posición de dar un paso con una de sus piernas entre las del paciente y la otra hacia atrás. A continuación rodea con sus brazos la espalda del paciente (el paciente también se agarra al profesional) y comienza el movimiento despegándolo del asiento y levantándolo hacia arriba mientras gira con los pies en dirección al asiento donde se le quiere trasladar. El giro puede hacerse en bloque o mediante pequeños avances. Y una vez situado enfrente del otro asiento, inclina el tronco del paciente hacia adelante y después hacia atrás hasta dejarlo

sentado.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes pueden estar en esta situación de inmovilidad, ya sea total o parcial, por múltiples causas. Independientemente de la patología causante del encamamiento, el propio periodo que conlleva estas postrado en cama potencia ciertas lesiones que como una predisposición a la aparición de úlceras por presión o por humedad, estreñimiento por inmovilidad, atrofia muscular, déficits en los autocuidados etc. cabe destacar que la edad del encamado será un factor importante en el que el desarrollo de su proceso en cama, es un punto que la auxiliar deberá tener en cuenta ya que cuanto más avanzada sea la edad más riesgos de complicaciones existirán.

En este tipo de pacientes hay que prestar especial cuidado a todos y cada uno de los sistemas corporales, ya que, cuando comienzan a aparecer problemas en algún sistema específico, suele derivar en problemas en el resto. El descuidar uno de ellos conlleva una relación en cadena negativa para otros sistemas. La base de todos podría ser el sistema musculo-esquelético, la debilidad en éste o la atrofia muscular, puede provocar fallos en el resto de sistemas como : incontinencia, estreñimiento por falta de tono muscular, imposibilidad de expulsar secreciones por un débil reflejo tusígeno y mayor facilidad de infecciones respiratorias o atragantamiento, , por ello los cuidados del paciente encamado deber ser anticipatorios a las lesiones potenciales habituales que se dan en el enfermo encamado.

Los cuidados no van solamente a la curación sino que van dirigidos ante todo a la prevención y a procurar que no se den las complicaciones citadas anteriormente.

El auxiliar no debe olvidar que la situación del encamado es complicada y por ello debe atender al enfermo no sólo con los cuidados físicos preventivos, sino que también mediante la escucha activa, hay que ayudarle a enfrentarse a sus miedos, a ganar autoestima, darle apoyo y evitar el aislamiento social.

Todos los cuidados que el equipo de enfermería preste al enfermo encamado deben tener como finalidad que alcance la mayor autonomía e independencia posible para que finalmente logre retomar en la medida de lo posible su actividad diaria normal.

6 Bibliografía

- Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente, transporte sanitario. Cuaderno: certificados de profesionalidad. Editorial CEP, S.L. Madrid. 2012
- Barrera Rosales, Susana, Gomez Reyes Eva. (2004). Fundamentos de Enfermería. Edición 3era. Editorial El Manual Moderno. México D.F. 2004. ISBM: 978-448-385-7. Páginas: 625.
- Protocolo de actuación frente a la movilización de un paciente y movilización-elevación de cargas. Pdf.
- <http://www.auxiliar-enfermería.com>
- Insalud tareas propias, Centro de estudios Adams
- <http://apuntesauxiliarenfermería.blogspot.com>

Capítulo 343

ESTUDIO DE INTOLERANCIA A FÁRMACOS

ELIZABETH TUYA CABEZA

1 Introducción

Los AINES son los fármacos principalmente antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos que con más frecuencia producen reacciones alérgicas o intolerancia tras los antibióticos, debido tanto a la frecuencia de uso como a la automedicación.

Pueden dar lugar a una amplia variedad de reacciones adversas relacionadas con los efectos del medicamento (incluida dosis) y con la respuesta de cada persona. En este caso clínico, trataremos una reacción alérgica relacionada con el efecto del medicamento ya que a la paciente le produjo reacción a las 2 h de tomar la medicación.

2 Objetivos

Averiguar si realmente la paciente es alérgica al naproxeno mediante test cutáneo y test de tolerancia oral con el fármaco descrito.

3 Caso clínico

Paciente, mujer, sin antecedentes de alergia medicamentosa y sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Fue valorada médicamente en Octubre de 2017, por un episodio que comenzó a las 2 h de tomar naproxeno por cefalea,

en el cual presentó exantema cutáneo en parte superior de tronco y aftas en cavidad bucal. Cedió rápidamente con urbasón intravenoso, pero las molestias de la cavidad oral permanecieron un tiempo más. A los 4 días de esta reacción acudió a su médico de atención primaria por fiebre e infección faríngea. Ha tolerado con posterioridad: ibuprofeno, enantyum, diclofenaco, acabel, fortecortín y paracetamol, es decir, otros analgésicos y otros antiinflamatorios.

Se decide ampliar estudio realizando pruebas de alergia, mediante el test cutáneo y test de tolerancia oral.

- Test cutáneo con naproxeno: negativo
- Test de tolerancia oral con naproxeno con dosis infraterapéutica: presencia molestias y prurito faringeo con disfonía. precisa antihistamínico para su resolución.

4 Resultados

Es importante antes de excluir fármacos, realizar las pruebas oportunas, puesto que la familia de antiinflamatorios es muy amplia y se recurre a ella en múltiples ocasiones a lo largo de la vida humana.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico principal de la paciente es alergia al naproxeno

Se recomienda evitar el fármaco responsable de la reacción y aquellos relacionados químicamente. Podría tolerar otros AINES.

6 Bibliografía

- Ortega Rodríguez NR, Quiralte Enriquez J, Fraj Lázaro J, Palacios Colom L, Reacciones adversas a los AINE: alergia, intolerancia En: Peláez Dávila A, González IJ (Ed.) Tratado de alergología(Tomo II),Madrid: 2007, 1461
- Torres MJ, BarrionuevoE, Kowalski M, Blanca M. Hypersensitivity Reactions to Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs.Immunology and Allergy Clinics of North America 2014;34;507-524.

Capítulo 344

ROTURA EN ASA DE CUBO DE MENISCO INTERNO Y ROTURA INVETERADA DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR DE RODILLA DERECHA

ELIZABETH TUYA CABEZA

1 Introducción

La rotura en asa de cubo es una rotura vertical u oblicua del menisco en la que una parte del mismo se separa en forma de ojal, o de asa de cubo, con desplazamiento del fragmento medial a la fosa intercondílea.

En la rotura inveterada el ligamento pierde la función de estabilizar la rodilla en ciertos movimientos. En muchas ocasiones la lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) va acompañada de lesiones del ligamento lateral interno.

2 Objetivos

Conocer el tratamiento de la rotura en asa de cubo del menisco interno y rotura inveterada de LCA rodilla derecha.

3 Caso clínico

Paciente con síntomas de inestabilidad y bloqueos frecuentes de rodilla. Sin atrofas musculares. Cajón anterior no se fuerzan maniobras meniscales. Cicatriz pararotuliana superoexterna tras intervención por osteocondroma de rodilla derecha en la infancia. A los días se interviene quirúrgicamente bajo anestesia espinal y realizando meniscectomía parcial interna y plastia de LCA autóloga con tendón rotuliano homolateral con técnica Rigidfix.

4 Resultados

La paciente es dada de alta, tras buena evolución de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Recomendaciones tras IQ:

- Utilizar muletas para caminar
- Ejercicios que se le indican durante el ingreso (isométricos de cuádriceps e isquiotibiales)
- No realizar apoyo en extremidad intervenida hasta colocar rodillera. Mantener vendaje compresivo al menos durante 6 días, al cabo de los cuales podrá retirar el vendaje manteniendo apósito.
- Clexane 40mg: 1 vial subcutáneo cada 24 horas durante 1 mes a partir del alta hospitalaria.
- Nolotil 1 cada 8h si precisa.
- Acudir a su centro de salud para retirar grapas a partir de los 10 días de la intervención quirúrgica.
- Acudirá al hospital para colocar rodillera estabilizadora cuando se indique.

6 Bibliografía

- Zeichen J, Hankemeier S, Knobloch K, Jagodzinski M. Meniscectomía parcial artroscópica. Elsevier. Enero 2008; 17 (1): 49-59.

Capítulo 345

AISLAMIENTO ENTÉRICO O DIGESTIVO

MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

El aislamiento entérico es el que se utiliza para prevenir las infecciones que se transmiten por contacto directo o indirecto con las heces y en algunos casos con los objetos contaminados por determinados microorganismos.

2 Objetivos

Conocer las enfermedades asociadas al aislamiento entérico para minimizar los riesgos de contagio.

Identificar la información sobre las barreras de protección y sobre las necesidades higiénicas que nos ayuden a prevenir el contagio.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y publicaciones en internet como son por ejemplo las de Google Académico, Scielo, Elsevier, Cuiden y Dialnet. Se han utilizado como criterios de búsqueda las palabras clave de aislamiento entérico, aislamiento digestivo, microorganismos, contagio hospitalario, heces. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

Las enfermedades asociadas a este tipo de aislamiento son:

- Colera.
- Encefalitis.
- Diarrea aguda de procedencia infecciosa.
- Enterocolitis necrotizante o por clostridium o staphilococcus aureus.
- Enfermedades por ecovirus.
- Hepatitis vírica.
- Fiebre tifoidea.
- Gastroenteritis de causa infecciosa o vírica.
- Pleurodinia.
- Meningitis vírica.
- Salmonella.

Las medidas de prevención son:

- Habitación exclusiva.
- Objetos contaminados depositados en recipientes especiales.
- Lavado de manos antes y después de del contacto con el paciente y con el material contaminado.
- Uso de lejía para la desinfección de las heces en cuña o inodoro.
- Uso de guantes desechables y bata.
- La ropa de cama se recogerá tratándola como contaminada.

5 Discusión-Conclusión

La higiene tanto en la habitación como en el paciente es muy importante para evitar la propagación de microorganismos. Informar de las enfermedades asociadas a este tipo aislamiento de contacto.

El equipo de enfermería a través de las medidas utilizadas en el aislamiento evitara el contagio tanto a sí mismo como la propagación al resto de pacientes.

6 Bibliografía

- Pérez de la Plaza E, Fernández Espinosa AM. Auxiliar de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario (6ª ed). Madrid: McGraw Hill; 2013.

- Dancause F, Chaumat E. La información en enfermería: transmisiones diana. Barcelona: Masson; 2004.
- Fernández-Crehuet Navajas J, Gestal Otero JJ, directores. Piédrola Gil. Medicina preventiva y salud pública (12ª ed). Barcelona: Elsevier; 2016.
- Hernández Orozco, H. G. (2019). Precauciones estándar y precauciones de aislamiento específicas en los principales padecimientos transmisibles en el Instituto Nacional de Pediatría.

Capítulo 346

ENDOMETRIOSIS: POSIBLES CAUSAS

YESICA DÍAZ BEJARANO

ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ

MARTA GARCIA RODRIGUEZ

MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ

ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ

1 Introducción

Una de cada diez mujeres se ven afectadas por endometriosis, según el Ministerio de Sanidad. Muchas o casi todas las mujeres enfermas de endometriosis sufren o padecen de dolores menstruales muy intensos que se extienden por la pelvis, el abdomen o la espalda, con sangrados abundantes y a veces pérdidas entre periodos, pero no siempre tiene que ser así hay mujeres que tienen periodos irregulares y cuando tienen sangrado es tan fuerte el dolor que se vuelve incapacitante.

Pero a día de hoy, Méndez considera que sigue siendo una enfermedad que no tiene cura, pero si tratamientos para combatir los síntomas, los cuales explicamos más abajo.

Durante el ciclo menstrual ocurren diversos cambios que preparan el cuerpo de la mujer para un posible embarazo. Según García Roma uno de estos cambios es el crecimiento del endometrio, que es la capa de tejido que recubre el interior del útero y que, en caso de embarazo, acogerá y alimentará al embrión. Si el óvulo

no se fecunda, lo normal es que el endometrio se desprenda: la eliminación de este tejido es lo que se conoce como menstruación o regla.

Según Vall – Ast la endometriosis es una enfermedad que se caracteriza por la existencia de tejido del endometrio fuera del útero, generalmente en ovarios, trompas de Falopio, vejiga urinaria o intestinos. No solamente crece fuera del útero, también una parte de este tejido endometrial se desprende y sangra durante la menstruación. Rara vez la endometriosis aparece en otras partes del cuerpo, como en los pulmones, el cerebro y la piel.

El crecimiento del tejido endometrial es benigno (no cancerígeno). Pero igual puede causar problemas. La endometriosis ocurre cuando tejido similar al que recubre el interior del útero crece fuera del mismo donde no pertenece. Los crecimientos de la endometriosis pueden inflamarse y sangrar de la misma forma en que lo hace el tejido interno de tu útero cada mes, durante el período menstrual. Esto puede causar hinchazón y dolor porque el tejido crece y sangra en una zona donde la sangre no puede expulsarse fácilmente. El crecimiento también puede continuar expandiéndose y causar problemas, tales como:

- Bloquear las trompas de Falopio cuando el tejido que crece recubre los ovarios. La sangre contenida dentro de los ovarios puede formar quistes.
- Inflamación (hinchazón).
- Formación de tejido cicatrizal y adherencias (tipo de tejido que puede unir los órganos). Este tejido cicatrizal puede causar dolor en la pelvis y dificultar la posibilidad de quedar embarazada.
- Problemas en los intestinos y la vejiga.

Como consecuencia, la menstruación resulta mucho más dolorosa y llega a ser incapacitante porque el endometrio, que ha crecido indebidamente, se inflama y causa alteraciones en otros tejidos y órganos. Puedes padecer de dolores tipo cólicos, incluso alguna mujer enferma los compara con los dolores previos al parto. Se están haciendo muchos estudios sobre esta enfermedad sobre todo centrándose mucho en las posibles causas.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo
- Analizar los síntomas más frecuentes
- Corroborar el tipo de tratamiento existente
- Identificar las posibles causas

3 Metodología

Procedimiento y estrategias de búsqueda

Para la realización de la presente revisión sistemática se ha realizado una búsqueda de artículos en bases de datos científicas de carácter internacional, concretamente Psycodoc, Scielo, Psychology Database, PMC, Scielo, Scopus o, nacional, siendo la base de datos elegida Dialnet. En cuanto a la revisión de artículos, se realizó durante los meses de marzo 2000 y abril de 2019, donde se procede a analizar los textos que tratan de la relación entre la endometriosis, sus causas y posibles tratamientos.

Respecto a la búsqueda de los mismos, se delimitó el rango temporal de los artículos publicados entre 2010 y 2019, conteniendo como palabras clave en la búsqueda ovarios, endometriosis, enfermedades de los ovarios, aplicando como operador booleano AND. De este modo, se consideraron todos aquellos trabajos publicados, bien, en lengua castellana e inglesa, obteniendo un total de 28 publicaciones, todas ellas referentes a investigaciones de carácter científico.

Por consiguiente, en primer lugar, se efectuó una primera lectura del título, así como del resumen de la población fijada, con el objetivo de aplicar el primer criterio de exclusión. Posteriormente, se realizó una lectura comprensiva del texto completo por parte de tres miembros del equipo para así poder aplicar el resto de los criterios conceptuales y metodológicos establecidos, lo que nos permitió descartar un total de 24 estudios de carácter científico.

Así pues, siguiendo con lo que se muestra en el procedimiento y estrategias de búsqueda, la población de artículos fijada para esta revisión sistemática es de 28, los cuales han sido extraídos de las bases de datos.

Proceso de selección de las publicaciones: para la selección de los estudios se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Trabajos publicados entre 2010 y 2019;
- Estudios en inglés y español;
- Estudios que evalúan la relación entre endometriosis y enfermedad femenina;
- Estudios científicos de intervención que aporten datos empíricos;
- Estudios científicos con acceso al texto completo; y,
- Solo estudios de artículos científicos.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron:

- Estudios cuya publicación es anterior a 2014;

- Estudios que sólo aportan datos cualitativos;
 - Estudios publicados en otro idioma diferente al inglés o español;
 - Trabajos que guardan relación con otras cuestiones asociadas a la endometriosis;
- y,
- Tesis, capítulos de libro, libros o revisiones.

Respecto a los diferentes motivos de exclusión de trabajos durante la fase de revisión y selección fueron: uno por ser de otro idioma distinto al español o inglés, concretamente, en idioma portugués; tres por ser trabajos teóricos como revisiones sistemáticas; dos por no permitir el acceso al texto completo; y, trece por ser estudios de otras temáticas relacionadas con la endometriosis, tales como: enfermedad genital, enfermedad incapacitante, ideación suicida y depresión, ideación suicida y estilos de crianza, entre otras.

4 Resultados

Factores de riesgo

La endometriosis es más comúnmente diagnosticada en mujeres entre los 30 y 40 años de edad, pero puede afectar a cualquier mujer que tiene menstruaciones. Ciertos factores pueden aumentar o disminuir su riesgo de tenerla. Pero esto no quiere decir que haya niñas que ya sufran endometriosis después de la menarquia o primera regla, pero si aumenta la posibilidad en mujeres de entre 30 y 40 años. Buck, Hediger, Peterson, Croughan, Sundaram, Stanford, Chen, et al. (2011).

Aumenta el riesgo si:

- Tiene una madre, hermana o hija con endometriosis.
- Su período comenzó antes de los 11 años.
- Sus ciclos mensuales son cortos (menos de 27 días) o al contrario son muy largos incluso hasta nulos.
- Sus ciclos menstruales son intensos y duran más de 7 días.

Disminuye el riesgo si:

- Ha estado embarazada antes.
- Sus periodos comenzaron tarde en la adolescencia.
- Hace ejercicio regularmente más de 4 horas a la semana.
- Tiene poca grasa corporal.

Síntomas de la endometriosis

Los síntomas pueden variar mucho de una paciente a otra, pues depende de dónde se sitúe el tejido endometrial que crece fuera del útero. Los síntomas más fáciles

de reconocer son:

- Cólicos menstruales muy dolorosos e incluso incapacitantes. Afecta ya a cerca del 75 por ciento de mujeres con endometriosis. Con frecuencia ocurre durante su período
- Dolor durante o después del sexo. Generalmente se describe como un dolor "profundo" y es diferente del dolor que se siente en la vagina cuando comienza la penetración.
- Dolor en la parte baja del abdomen que puede empeorar al defecar o incluso al orinar.
- Menstruaciones muy abundantes.
- Pequeñas pérdidas de sangre entre períodos.
- Fatiga, cansancio, falta de energía...

Estos síntomas aparecen en la pubertad y suelen desaparecer con la menopausia, pero para algunas mujeres continúan incluso después. Además, en función de la zona en la que se localicen los residuos de endometrio, como los ovarios o las trompas de Falopio, puede ocasionar problemas de fertilidad, dificultando o imposibilitando a las mujeres a quedarse embarazadas de manera natural.

Diagnóstico

El diagnóstico de la endometriosis es complicado ya que se trata de una enfermedad desconocida, es decir, no se sabe por qué ocurre. Además, sus síntomas cambian de una mujer a otra. Algunas mujeres ni saben que padecen dicha enfermedad porque si tienes dolores menstruales lo consultes o lo digas a quien sea, siempre te dirán lo mismo, es normal, hay mujeres que ni se enteran y otras que tienen reglas dolorosas, solo la persona diagnosticada de endometriosis puede reconocer los síntomas y recomendarte un chequeo ginecológico sobre ello. Si el médico sospecha que su paciente sufre endometriosis, puede requerir varias pruebas para diagnosticarla:

- Realizará un cuestionario para conocer y entender los síntomas que padece la afectada, el grado de dolor, los antecedentes familiares, etc.
- Exploración ginecológica en busca de signos o anormalidades en la vagina y cuello del útero que puedan indicar endometriosis. Esta exploración puede incluir ecografías y palpaciones.
- Laparoscopia. En algunos casos, puede ser necesaria una prueba invasiva que requiere una pequeña cirugía para explorar el interior de la cavidad pélvica. Para ello se anestesia a la paciente y, mediante una pequeña incisión en el abdomen, se introduce una pequeña cámara que permite al especialista visualizar toda la zona alrededor del útero y los ovarios. Por norma general se dice laparoscopia di-

agnóstica, y se suele aprovechar para realizar una biopsia del tejido endometrial.

Una vez se ha detectado, el diagnóstico indicará también el grado en el que se padece: mínima, leve, moderada o severa, según la cantidad y tamaño del endometrio fuera del útero.

Tratamiento

Para tratar correctamente la endometriosis, se debe actuar sobre diferentes puntos: el dolor y la progresión de la enfermedad; y la infertilidad (si la hubiera). Para tratar el dolor y evitar que la enfermedad siga desarrollándose, suelen ser efectivos los tratamientos hormonales, a los que se pueden añadir, si es necesario, los analgésicos (Incluyendo medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno y un medicamento recetado específicamente para la endometriosis. Los proveedores a veces pueden recetar opioides para el dolor severo). En la mayoría de casos la endometriosis puede tratarse simplemente con el anticonceptivo adecuado bien sea oral o el DIU hormonal (Mirena) muy efectivo y recomendable. Es decir con terapia hormonal Incluyendo píldoras anticonceptivas, terapia con progestina y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina causan una menopausia temporal, pero también ayudan a controlar el crecimiento de la endometriosis. Schliep, et al. (2012)

En casos severos o cuando los tratamientos hormonales no son eficaces, puede ser necesario el tratamiento quirúrgico. Incluyendo procedimientos para extirpar los parches de endometriosis o cortar algunos nervios en la pelvis. La operación puede ser una laparoscopia o cirugía mayor. El dolor puede volver dentro de unos años después de la cirugía. Si el dolor es muy intenso, una histerectomía, o cirugía para extirpar el útero, puede ser una opción. A veces, los profesionales de la salud también extirpan los ovarios y las trompas de Falopio como una histerectomía. En estos casos se utiliza para eliminar el endometrio que crece fuera del útero. Se puede realizar mediante laparoscopia, con lo que la cirugía sería mínimamente invasiva. De este modo, no solo se reducen los síntomas, sino que se detiene la evolución de la enfermedad y se mejora mucho la calidad de vida de la paciente.

Por último, en los casos en que la endometriosis provoque infertilidad, los médicos estudiarán diferentes métodos, como un tratamiento de fecundación in vitro. Cualquier niña o mujer con períodos menstruales puede tener endometriosis; pero es más común entre mujeres de 30 a 40 años.

Causas más probables

- Problemas con el flujo del período menstrual. El flujo menstrual retrógrado es la causa más probable de la endometriosis. Parte del tejido se desprende durante el período menstrual y se dirige a través de las trompas de Falopio hacia otras partes del cuerpo, como la pelvis.
- Factores genéticos. Como la endometriosis es hereditaria, puede existir una predisposición genética. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010).
- Problemas en el sistema inmunitario. Es posible que un sistema inmunitario deficiente no sea capaz de detectar y destruir el tejido endometrial que crece fuera del útero. Los trastornos en el sistema inmunitario y ciertos tipos de cáncer son más comunes en las mujeres con endometriosis.
- Hormonas. El estrógeno es una hormona que al parecer promueve la endometriosis. Se están realizando investigaciones para conocer si la endometriosis es un problema del sistema hormonal. Schliep, et al. (2012)
- Cirugía. Durante una cirugía en la zona abdominal, como por ejemplo una cesárea o una histerectomía, el tejido endometrial puede ser trasladado por error. Por ejemplo, se ha encontrado tejido endometrial en cicatrices abdominales.

La endometriosis no se puede prevenir. Pero puedes reducir las posibilidades de desarrollarla si mantienes bajos los niveles de estrógeno en tu cuerpo. El estrógeno ayuda a engrosar las paredes del útero durante el ciclo menstrual. Para mantener niveles bajos de estrógeno en tu organismo, puedes:

- Consultarle a tu médico sobre los métodos anticonceptivos hormonales, como las píldoras, los parches o anillos vaginales con bajas dosis de estrógeno
- Hacer ejercicios regularmente (más de 4 horas a la semana). Te ayudará a mantener un bajo índice de grasa corporal. Ejercitarse con regularidad y tener un bajo índice de grasa corporal disminuye la cantidad de estrógeno que circula en tu cuerpo. Roshni, P., et al. (2012).
- Evitar el consumo excesivo de alcohol. El alcohol eleva los niveles de estrógeno. Se recomienda que las mujeres no tomen más de una copa de alcohol por día.
- Evitar el consumo excesivo de bebidas con cafeína. Estudios revelan que ingerir más de una bebida con cafeína por día, especialmente bebidas Si los medicamentos hormonales alivian el dolor, es probable que tengas endometriosis. Pero estos medicamentos solo funcionan mientras los tomas. Cuando dejas de tomarlos, vuelves a sentir dolor.
- Laparoscopia. La laparoscopia es un tipo de cirugía que los médicos pueden usar para ver dentro de la pelvis y observar el tejido endometrial. La cirugía es la única manera de saber con certeza si tienes endometriosis. A veces, los médicos pueden diagnosticar endometriosis con solo observar los crecimientos

de tejido. Otras veces, deben extraer una pequeña muestra de tejido y estudiarla bajo microscopio para confirmarlo.

No existe una cura para la endometriosis, pero hay tratamientos para aliviar los síntomas y tratar los problemas que causan esta enfermedad. Consulta a tu médico sobre las opciones de tratamiento.

En el caso de algunas mujeres, los síntomas dolorosos de la endometriosis desaparecen después de la menopausia. A medida que el organismo deja de producir la hormona estrógeno, los crecimientos del tejido endometrial se reducen lentamente. Sin embargo, aquellas mujeres que realizan algún tipo de terapia hormonal para la menopausia pueden seguir teniendo síntomas de endometriosis. Si tienes síntomas de endometriosis después de la menopausia, consulta a tu médico para conocer las opciones de tratamiento.

Muchas mujeres con endometriosis quedan embarazadas. Aunque es probable que resulte más difícil quedar embarazada. Los investigadores creen que la endometriosis puede afectar a una de cada dos mujeres con infertilidad. Nadie sabe con exactitud cómo la endometriosis causa infertilidad. Algunas posibles razones pueden ser:

- Los parches de tejido endometrial obstruyen o modifican la forma de la pelvis y los órganos reproductivos. Esto puede dificultar que el espermatozoide fecunde el óvulo.
- El sistema inmunitario, que normalmente ayuda al organismo a defenderse de las enfermedades, ataca al embrión.
- El endometrio (la capa que cubre la pared del útero donde se produce el implante) no se desarrolla como debería.

Si tienes endometriosis y tienes dificultades para quedar embarazada, consulta a tu médico. Puede recomendarte algún tratamiento, como la cirugía para extirpar los crecimientos de tejido endometrial.

Las investigaciones indican que existe un vínculo entre la endometriosis y otros problemas de salud en las mujeres y sus respectivas familias. Algunos de ellos son:

- Alergias, asma y sensibilidad química
- Enfermedades autoinmunes, en las que el sistema inmunitario que combate enfermedades ataca a su propio organismo. Incluye la esclerosis múltiple, el lupus y algunos tipos de hipotiroidismo.
- Síndrome de fatiga crónica y fibromialgia
- Algunos tipos de cáncer, como el cáncer de ovarios y el cáncer de mama. Munks-

gaard, P. S., & Blaakaer, J. (2011).

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que la endometriosis como tal es una enfermedad que afecta a muchas mujeres, pero de forma muy distinta en cada una de ellas y que incluso se pueden dar cuenta o no de si la sufren porque puede llegar a ser silenciosa. Muchas mujeres se dan cuenta de que sufren esta enfermedad cuando intentan quedarse embarazadas y no lo logran, otras porque la ausencia del periodo y otras en una exploración ginecológica rutinaria.

6 Bibliografía

1. Buck, L.G.M., Hediger, M.L., Peterson, C.M., Croughan, M., Sundaram, R., Stanford, J., Chen, Z., et al. (2011). Incidencia de endometriosis según población de estudio y método de diagnóstico: el estudio ENDO. (Versión en inglés) *Fertility and Sterility*; 96(2): 360-5.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Management of endometriosis (Practice Bulletin No. 114): comunicado de prensa. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 223-236
3. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2003). Alcohol's Effects on Female Reproductive Function.
4. Schliep, K., et al. (2012). Caffeinated beverage intake and reproductive hormones among premenopausal women in the BioCycle Study. *American Journal of Clinical Nutrition*; 95(2): 488-497.
5. Roshni, P., et al. (2012). Complementary and Alternative Medicine (CAM) Therapies for Management of Pain Related to Endometriosis(link is external). *International Research Journal of Pharmacy*; 3(3): 30-34.
6. Macer, M.L., Taylor, H.S. (2012). Endometriosis e infertilidad: un análisis de la patogénesis y el tratamiento de la infertilidad asociada con la endometriosis (versión en inglés). *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*; 39(4): 535-549.
7. NICHD. (2013). Endometriosis
8. Matalliotakis, I. et al. (2012). High rate of allergies among women with endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 32(3): 291-293.
9. Sinaii, N. et al. (2002). High rates of autoimmune and endocrine disorders, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and atopic diseases among women with endometriosis: A survey analysis. *Human Reproduction*; 17(10): 2715-2724.

10. Sayasneh, A. et al (2011). Endometriosis and ovarian cancer: A systematic review. *ISRN Obstetrics and Gynecology*.
11. Munksgaard, P. S., & Blaakaer, J. (2011). The association between endometriosis and gynecological cancers and breast cancer: A review of epidemiological data. *Gynecologic Oncology*, 123, 157-163.

Capítulo 347

ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

1 Introducción

La colaboración entre sí de los profesionales, que conjuntamente trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es muy importante, así como especial el trato al paciente. El técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe realizar sus tareas y cuidados para poder anticiparse a cualquier posible empeoramiento.

También se producen después del ingreso del paciente y una vez se diagnostique la enfermedad, un periodo de diversas alteraciones emocionales, donde se ve implicado el paciente y familiares.

“El modelo español de medicina intensiva ha sido positivo por varios aspectos. Desde el punto de vista asistencial, el modelo polivalente ha resultado ser eficiente y así ha sido reconocido por la mayoría de los gestores sanitarios, ya que un único especialista es capaz en la práctica de resolver la mayoría de las situaciones críticas del hospital durante las 24 horas del día y todo el año”.¹

“Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo su vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos”.²

“El ambiente de la UCI puede resultar extraño o desconocido para los pacientes, privándoles de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños, que pueden afectarles de un modo negativo”.^{3,4,5,6}

2 Objetivos

Identificar aquellos parámetros que crean un ambiente seguro para el paciente en una unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado la búsqueda en MEDES, SCIELO, WIKIPEDIA y GOOGLE, recogiendo la información lo más actualizada posible para el estudio de la temática propuesta. Los términos empleados han sido: seguridad, UCI, auxiliar enfermería, cuidados intensivos, paciente; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1990.

4 Resultados

En la UCI, en todo momento se buscará la seguridad y tranquilidad del paciente, intentando disminuir su ansiedad y la de su familia, así como se llevará un exhaustivo cuidado integral del paciente. Así como informar periódicamente al paciente y su familia de las evoluciones y de las normas de la unidad.

Los pacientes en la UCI requieren de un control monitorizado, entre otros, por el riesgo que ese momento dado pueda tener su vida. Esta situación nueva produce en él una serie de alteraciones emocionales. También esta situación repercute en sus familiares. Por lo tanto el equipo de profesionales en UCI intentará tener un control total del estado de salud del paciente mediante un cuidado integral, así como también muy importante, un trato psicológico especial durante su estancia que pueda ser extensible una vez éste sea trasladado a planta hospitalaria y pueda sentirse desprotegido fuera de la zona de control en la que estuvo anteriormente.

El paciente ingresado en UCI que haya recibido algún tipo de tratamiento psicológico, tiene muchas menos posibilidades de sufrir una post depresión o estrés post traumático. Parece por tanto adecuado atender sus necesidades psicológicas, a la vez que físicas, para su recuperación.

“Las vivencia experimentadas por los pacientes durante su estancia en la UCI puede exacerbar los sentimientos de ansiedad producidos por la intervención y, consecuentemente, disparar las anomalías psicológicas conocidas como «síndrome de cuidados intensivos»”.³

5 Discusión-Conclusión

El estado anímico del paciente cuando ingresa en la UCI es importante para su proceso de recuperación, durante su estancia puede desarrollar alteraciones emocionales como estrés, ansiedad y depresión.

Como conclusión a este estudio observamos que el equipo de profesionales deben crear un ambiente de tranquilidad y seguridad, tanto al paciente como a la familia.

Al realizar el traslado a la planta hospitalaria, fuera de la UCI, el paciente puede continuar con los síntomas nombrados anteriormente, al verse fuera del ambiente de control en el que se encontraba.

6 Bibliografía

1. Gómez Rubí JA, Perales N. Las Unidades Coronarias en España. Punto de vista de la SEMIUC. Med Intensiva. 1990;14:187-91.
2. Takrouri, M.S. (2004). «Intensive Care Unit». The Internet Journal of Health (en inglés) (Internet Scientific Publications, LLC.) 3 (2). ISSN 1528-8315. Archivado

desde el original el 23 de noviembre de 2015. Consultado el 25 de junio de 2013.

3. Scott A. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9:72-9.
4. Moser DK, Lee Chung M, Mckinley S, Riegel B, An K, Cherrington CC, et al. Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19:276-88.
5. Novaes MAFP, Aronovich A, Ferraz MB, Knogel E. Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med*. 1997;23:1282-5.
6. Price AM. Managing the anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nurs Crit Care*. 2004;9:72-9.

Capítulo 348

EL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD NEONATAL

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

1 Introducción

Se denomina como neonato al recién nacido que le faltarían unas 28 días para la llegada de su nacimiento, que puede nacer mediante cesárea o parto. Neonato es una palabra que proviene del latín "neo nato" que significa "recién nacido".

En la actualidad, va en aumento los nacimientos que no llegan a término, hay cambios a la hora de la práctica asistencial, los cuidados son importantes y esto hace que la supervivencia del neonato sea mayor. EL bebé precisa un cuidado muy especial, desde el momento que nace hasta lo largo de la vida. Hay médicos especialistas y preparados en neonatología para el cuidado que necesitan estos bebés :

- Reconocer e identificar cualquier problema antes de que nazcan.
- Diagnostican , tratan de posibles afecciones como pueden ser respiratorios , infecciones y defectos congénitos .

- Determinan el cuidado y manejo de estos, al mismo tiempo ven enfermedades muy complejas, que son necesaria incluso la cirugía en algunas ocasiones.

2 Objetivos

- Analizar posibles causas y factores que provocan el nacimiento del bebé antes de tiempo.
- Identificar los cuidados y tratamientos que se pueden aplicar ante situaciones complicadas y en muchas ocasiones muy extremas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el nonato, así también diversos estudios sobre los mismos. Los descriptores fueron: Neonatos, causas, factores, riesgos, secuelas y calidad de vida.

Se han utilizado las bases datos: Medes, Google Académico, y diversos artículos científicos. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

Medidas Generales en el primer momento del nacimiento:

- Después de hacer un examen profundo al niño se hace un registro y se observa su estado diario.
- La aspiración es muy importante, hay flemas y se tienen que aspirar, son causa de ahogamiento y obstruyen las vías respiratorias.
- Se estimula para que empiece a llorar.
- Observaremos el cordón umbilical, éste se caerá entre 7 y 10 días de su nacimiento.
- Profilaxis de enfermedades prevalentes.
- Sepsis neonatal.
- La hipoglucemia (nivel bajo de azúcar en sangre).
- Se echan gotas a los ojos oftalmia neonatal, para evitar infecciones.
- La vitamina K (intramuscular).
- Prueba otacústica.
- Y pasará por un control de reflejos que nos indica su estado como son : búsqueda , succión , tónico cervical o de cuello, presión, babinski y el de andar.

Posteriormente, se le realizará la denominada prueba del talón , sería pincharle en el talón ,extraerle unas gotas de sangre para analizar entre 5 y 7 días de vida , así se sabrá con rapidez algunas enfermedades como : El hipotiroidismo, fenilceturia , fibrosis quística , hiperplasia adrenal congénita, en ésta prueba se detectan 24 enfermedades minoritarias . En el día de hoy se sigue haciendo esta prueba.

5 Discusión-Conclusión

El tiempo que transcurre las cuatro primeras semanas de vida, es una etapa de cambio entre la vida intrauterina y su existencia como un ser independiente.

Ante un paciente tan especial por tener tantas complicaciones y riesgos a la vez, las nuevas técnicas y cuidados, la supervivencia ha mejorado considerablemente sin aumentar las posibles secuelas en los últimos años.

Los primeros cuidados del recién nacido son muy importantes, los especialistas tienen que estar capacitados para enfrentarse a situaciones que deben actuar, manipular a estos con ligereza y destreza y ser eficaces a la vez. Son niños frágiles y manipularlos requiere mucha precisión. Administrar fórmulas de leche adecuadas, fármacos.

Se llega a la conclusión que deben ser profesionales, con mucha empatía y ser minuciosos en límite.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Neonatología – Candidatura presidente por el Dr. Manuel Sánchez Luna ha resultado elegido por presidir Saneos en los próximos 4 años (2019 - 2023) .
- Medlineplus Neonatos [internet blog] consultando por RH Cristóbal – 2016 artículos relacionados con el tema a tratar. 16 de febrero 2015 Sociedad Española de Neonatología y niveles.
- Kdshealth Org . Parents > apgar. Prueba de Apgar del recién nacidoHealthy: Children.org.18-5-2014
- El Ángel de los Neonatos. Ed Alfa omega – Everest .2002 ISBN 70. Virginia Apgar (1909 – 1974)
- Artículos académicos sobre Neonatos .Unidad de neonatología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sinc Fermín García - Muñiz Rodrigo del complejo Hospitalario Universidad Insular Materno infantil de las Palmas de Gran Canaria, sobre

temas de bebés prematuros.

- González Fernández C T Fernández, I S Medina, I S. Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal. Ene. Revista de Enfermería Dic 2012, 6 (3).
- Guía de cuidados del recién nacido en la Maternidad Hospital 12 de octubre.
- Protocolo de Neonatología (en revisión) año de edición 2008

Capítulo 349

PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO

FLORINA MARE

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como la “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad”, y las caídas en personas mayores constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población y, sobre todo, por las consecuencias que acarrearán y las repercusiones que provocan en el anciano.

La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces. Es un problema en el que se suele ‘reincidir’. Es una paradoja, pero la caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas. Pese a que las caídas constituyen un fenómeno frecuente durante la vejez que pueden originar graves consecuencias, son un problema frecuentemente ignorado y muchas veces no se les presta la atención necesaria.

Se tiene la idea errónea de que las caídas son eventos comunes e incluso normales dentro de la vida cotidiana de las personas adultas mayores. De hecho, se asume

como una consecuencia natural del proceso del envejecimiento.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias de las caídas en los ancianos y la tendencia de su prevalencia en la actualidad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre caídas en el paciente anciano hospitalizado y también estudios sobre caídas, se ha utilizado las bases de datos de Google académico, pubmed y scielo y los descriptores utilizados han sido: caídas en paciente anciano, anciano hospitalizado.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2012 y 2018, se consultó un total de 10 artículos, revistas, libros o estudios sobre los mismos de los cuales 5 han sido objeto de nuestra revisión. Se han descartado aquellos artículos o estudios incompletos o poco específicos acerca del tema seleccionando por otra parte aquellos que han sido más actualizados y concretos centrándose en el tema a tratar.

4 Resultados

Lo más importante de las caídas son las limitaciones que produzcan al paciente, quiere decir que lo más importante para un anciano no es el diagnóstico de una enfermedad determinada, sino en cuanto lo limita para mantener su autonomía o independencia funcional o sea, en conservar la capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria por sí mismo. Es relevante lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual.

Las caídas en nuestro medio han ido disminuyendo paulatinamente; la mayoría de hospitales cuenta con un programa especial de caídas, que pretende tanto disminuir estos accidentes en las mismas instalaciones durante la estancia hospitalaria como educar al paciente y a la familia para evitar caídas en casa.

5 Discusión-Conclusión

Debido a su complejidad, el manejo del adulto mayor no puede estar en manos de un solo profesional. El equipo interdisciplinario característico del trabajo geriátrico está constituido por un grupo de profesionales que trabajan en un área común de forma independiente y que interactúan entre sí de manera formal, intercambiando información sistemáticamente, comparten una metodología de trabajo y tienen objetivos comunes al desarrollar una planificación centrada en el paciente. Este equipo está integrado generalmente por: geriatra, enfermera, Técnico de cuidados auxiliares de enfermería, trabajadora social, rehabilitador, nutriólogo, psicólogo, cuidadores y familiares.

6 Bibliografía

- 1- Cruz AJ. Síndromes geriátricos específicos. Madrid: Editores Médicos, S.A. 1995.
- 2- González JI, Alarcón MT. (2003) Grandes síndromes geriátricos. Concepto y prevención de los más importantes. *Medicine*,8(108):5778-85.
- 3- Hough CJ. Caídas. Ham JR, editor, atención primaria en geriatría Madrid Doyma Libros, S.A; 1994. P. 172.
- 4- Revista: revista española de geriatría y gerontología.

Capítulo 350

EL PACIENTE TERMINAL

ELENA GARCÍA MENÉNDEZ

MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ

1 Introducción

En los últimos años la población a ido envejeciendo y las enfermedades oncológicas son más resistentes; por lo que el sistema de salud intenta buscar alternativas para mejorar los últimos años de vida de pacientes terminales con cuidados paliativos que consigan el bienestar y controlen el dolor.

La enfermedad terminal es progresiva e incurable y ya no responde a ningún tratamiento, por lo que los síntomas aumentan al agravarse la enfermedad. Los síntomas más comunes en un paciente terminal son dolor, insomnio, disnea, vómitos, confusión, parálisis, ansiedad, tos, depresión, etc.

2 Objetivos

- Identificar los principales objetivos de cuidados paliativos en el paciente terminal.
- Conocer cómo se deben de llevar a cabo los cuidados en el paciente terminal.

3 Metodología

He llevado a cabo una revisión sistemática con las principales bases de datos: Dialnet, Scielo, Pubmed y Google Académico; y en el libro "técnicas básicas de

enfermería” Mc Millan (editor Begoña Bernard). Los términos empleados han sido: terminal, paliativos, cuidados, auxiliar enfermería, funciones; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Los cuidados al enfermo se llevan a cabo en unidades de cuidados paliativos de hospitales, centros de salud o el propio domicilio del paciente. Sus objetivos principales son:

- Controlar el dolor y los síntomas.
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Aportar confort y bienestar en la medida de lo posible.
- Fomentar la comunicación entre el paciente y familia.
- Ofrecer ayuda a la familia durante la enfermedad y apoyo para superar la pérdida.

El paciente tiene derecho a conocer los datos sobre su diagnóstico, lo que le lleva a pasar por las siguientes fases: rechazo, hostilidad, negociación, depresión y aceptación.

Si el paciente se encuentra en el domicilio se encargará la familia del cuidado de este bajo las indicaciones del equipo médico; pero si se encuentra en el Hospital se seguirán los protocolos establecidos para cuidar el estado físico y apoyo emocional. Los cuidados dependerán de los síntomas del paciente:

Síntomas digestivos

- Anorexia: Debemos hacer agradable el momento de la comida.
- Estreñimiento: Administrando edemas
- Náuseas y vómitos: Se realizará el aseo y cambio de ropa tantas veces como haga falta.
- Caquexia: Debemos hidratar la piel y realizar cambios posturales.
- Sequedad de boca: Higiene bucal y darle agua si se puede.

Síntomas respiratorios

- Disnea: Se le ayudará con ejercicios respiratorios y técnicas de relajación.
- Secreciones: Existen técnicas de aspiración.
- Estertores pre mórtem: Debe colocarse al paciente en una posición cómoda para evitar la aspiración de secreciones.

Dolor

- Es subjetivo y objetivo y depende de varios factores. Podemos ayudarles a sobrellevarlo con farmacología y medidas de confort.
- Tiene un gran impacto emocional en el paciente y su familia; enfermedades como cáncer, sida o algunas insuficiencias orgánicas están ligadas a la enfermedad terminal.

5 Discusión-Conclusión

En la fase terminal debemos proporcionar cuidados médicos, psicológicos, espirituales y emocionales tanto para el paciente como para su entorno familiar; ya que la muerte es una situación de gran impacto que no se produce en ninguna otra ocasión.

6 Bibliografía

- www.san.gva.es/
- <https://www.bioeticacs.org/>
- <https://medlineplus.gov/spanish>

Capítulo 351

EL PAPEL DEL EQUIPO ENFERMERO DURANTE EL PUERPERIO

ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA

1 Introducción

Tras finalizar el parto, comienza el periodo denominado puerperio, que suele durar entre seis y ocho semanas. En esta etapa se producen cambios no sólo a nivel físico sino también psicológico, todas estas transformaciones suceden en un momento en el que la mujer se debe adaptar a su nueva situación como madre.

Por parte del personal enfermero es importante que se produzca una correcta vigilancia, para que todo suceda de una manera adecuada.

2 Objetivos

Definir el puerperio y sus fases, así como enumerar los cuidados enfermeros que se producen durante el proceso.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos del tema a desarrollar consultando bibliotecas electrónicas y varias bases de datos (SciELO, Pubmed, Dialnet, y Medline) y buscadores como Google Académico o Google.

Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los siguientes requisitos: lengua española o inglesa que reflejasen conocimientos acerca del puerperio, sus características y los cuidados a realizar además de protocolos relacionados con esta etapa. Se obtuvo información de páginas como la RAE y la OMS.

4 Resultados

El puerperio es el periodo que comienza inmediatamente después del alumbramiento y finaliza cuando los órganos genitales recuperan el estado que tenían antes del embarazo y reaparece de la menstruación. Tiene una duración aproximada de 6 semanas, aunque puede ampliarse dependiendo de las circunstancias. La recuperación se produce de manera natural. En este momento se producen múltiples cambios fisiológicos, psicológicos y de ámbito familiar.

Fases del puerperio

Teniendo en cuenta los cuidados el puerperio se puede dividir en tres etapas:

1. Puerperio inmediato: comprenderían las primeras 24 horas después del alumbramiento.
2. Puerperio mediato: desde el segundo día hasta el décimo. Durante este periodo el útero vuelve a su tamaño normal, se producen los loquios y entuertos y la subida de la leche materna. Dentro de esta etapa y según algunas corrientes se podría incluir el puerperio clínico que incluiría desde el puerperio inmediato hasta el alta hospitalaria.
3. Puerperio tardío o alejado: es el periodo de tiempo que abarca desde el 10º día hasta la aparición de la primera menstruación, aproximadamente sobre el día 40. El útero recupera su peso normal. Aunque la finalización es imprecisa ya que en el caso de que la mujer opte por una lactancia activa y continuada éste se alarga.

Durante un puerperio normal y sin dificultades los cambios fisiológicos o cambios locales que se producen en la mujer, aunque son cambios naturales, pueden conllevar cierta peligrosidad por lo que es necesario un seguimiento adecuado. Entre esas variaciones se encuentran:

- Aparato urinario: Durante los primeros días aumenta la diuresis. También pueden aparecer infecciones debido retenciones urinarias o vaciados incompletos.
- Aparato digestivo: en un par de semanas se recupera la fisiología digestiva. El estreñimiento también es habitual, por un lado, por el temor al dolor de la mujer y por otro debido a los cambios en los músculos abdominales y la relajación intestinal del embarazo.

- Pérdida de peso corporal, entre 5 y 6 kg
- Entuertos: se denominan así a las contracciones uterinas intermitentes durante los primeros días del puerperio, se acentúan durante el amamantamiento debido a la liberación de oxitocina
- Loquios o pérdida hemática: secreciones del aparato genital femenino durante el puerperio debido a la cicatrización del útero. Se clasifican por su apariencia y contenido, variando según la fase del puerperio en la que se encuentre la mujer. Cuando finalizan los loquios se supone que el cérvix está cerrado.
- Útero y Cérvix: Tras expulsar la placenta el útero se mantiene duro y contraído, será en los primeros días cuando se coloca en la sínfisis del ombligo y el pubis, por último, tras un par de semanas recupera su ubicación habitual. El cérvix a las 12 horas ya tiene su aspecto normal.
- Vagina: inicialmente presenta edema, pero suele desaparecer en poco tiempo. La mucosa se recupera cuando los ovarios comienzan a funcionar.
- Estrógenos: disminuyen durante la primera semana, empezando a aumentar cuando se deja la lactancia. La menstruación suele aparecer de nuevo alrededor de la sexta semana.
- Temperatura. En ocasiones debido al esfuerzo se puede elevar la temperatura, y durante el 3-4 días puede aparecer un cuadro febril que dura unas pocas horas.

Cuidados enfermeros en el puerperio

En el puerperio inmediato y durante las dos primeras horas se deben vigilar pérdidas sanguíneas o hemorragias postparto que es una de las principales complicaciones, pero además hay otros cuidados de importancia:

- Observar el globo de seguridad (palpación abdominal del fondo uterino)
- Tomar las constantes vitales (pulso, temperatura, tensión arterial y hematocrito)
- Vigilar la administración de fármacos oxitócicos
- Controlar si hay micción espontánea o si hay necesidad de utilizar sonda vesical
- Si aparecen loquios, vigilar la coloración, la cuantía y si hay coágulos
- Proporcionar una higiene adecuada
- Vigilar las mamas y propiciar la lactancia
- Favorecer un ambiente relajado y el descanso

Durante el Puerperio inmediato se seguirán controlando las constantes vitales para excluir posibles complicaciones. También se continúa vigilando la involución uterina a través de los loquios. Se favorece la deambulación.

Facilitar la recuperación de la mujer es el objetivo de los cuidados en el puerperio tardío. Para ello se debe confirmar la definitiva involución de los genitales, vigilar

la vuelta de la menstruación y cuidar las mamas en el caso de que existan grietas o infección.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro de esta etapa son los cambios psicosociales relacionados con los cambios que se producen durante esta etapa de la vida. Dentro de estos cambios pueden aparecer episodios de tristeza, llanto, cambios de humor o incluso depresión, es entonces cuando se debe hacer ver a la mujer que es algo totalmente normal y que no debe sentirse culpable. El equipo enfermero puede ayudar a afrontar este periodo con pequeños gestos:

- Ser respetuoso a la hora de hablar y facilitar un ambiente íntimo, tranquilo y de confianza
- Procurar que la mujer esta cómoda en todos los aspectos.
- Informar a la mujer sobre cualquier duda que pueda tener.
- Facilitar que el acompañante forme parte de la vivencia

5 Discusión-Conclusión

El puerperio es una etapa de transformaciones, aprendizaje e ilusiones nuevas. Es un momento en el que se producen cambios en los que la familia y sobre todo la mujer necesita el apoyo del entorno. La adaptación a este periodo por parte de los padres no se produce de manera única, mientras unos lo afrontan de manera positiva en todos los sentidos otros ven la vulnerabilidad en cada momento.

El equipo de enfermería, formado por matronas, enfermería y auxiliares de enfermería, cobran gran importancia al ser los responsables de la ejecución de los cuidados, momentos durante los cuales se pueden detectar alteraciones y complicaciones, o simplemente comprobar que el proceso es el adecuado. Pero no sólo los cuidados forman parte de sus competencias, apoyar, educar e informar es fundamental para una recuperación satisfactoria y adecuada.

6 Bibliografía

1. Actividad de la auxiliar de enfermería en partos. Área de Partos: Enfermería. Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Marzo 2009 Rev. noviembre 2018.
2. Guía del Embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.2017.

3. Ramos Morcillo, A. et al. Cuidados en el puerperio normal. Intervenciones en el embarazo, parto y puerperio.2009.
4. Acosta S. et al. Guía de cuidado de enfermería a la mujer en el periodo posparto, Enfermería basada en la evidencia. 2014.
5. Álvarez Plaza, C.; Gallego Lastra, R.; Intervención enfermera en el puerperio. Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Mayo 2012.
6. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. Organización Mundial de la Salud.1996.
7. Lorén Guerrero, L.; Evaluación de la Salud percibida durante el puerperio inmediato tras un parto hospitalario. Universidad de Zaragoza. 2015.
8. Granero Pardo, J.L.; Puerperio. Medicina Familiar y Comunitaria Hospital “La Inmaculada” de Huerca -Overa. Almería. Marzo 2014.
9. Aceituno Velasco, L.; et al. Embarazo, parto y puerperio.3ªed. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía. Septiembre 2014.
10. Cáceres Tena, C. et al. Cómo superar el puerperio y no rendirse en el intento. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). 2014.
11. Salazar Agulló, M. Actualización en técnicas, procedimientos, cuidados y normativa para enfermería en el ámbito hospitalario y de atención primaria. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. 2014.
12. Martín Blázquez, R. Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio. Facultad de Medicina: Universidad Autónoma de Madrid. 2016:
13. El Auxiliar de Enfermería en paritorios. Centros de estudios profesionales Santa Gema. Marzo 2017.
14. Puerperio. Hospital del Tajo, Aranjuez, Madrid. Comunidad de Madrid.

Capítulo 352

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

ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

El término “quirófano” es un neologismo que procede del siglo XIX, fundado en español en el año 1892 por el médico y escritor Andrés del Busto y López. Desde hace más de 500 años, se tienen datos y registros de las primeras cirugías o intervenciones quirúrgicas. Los primeros en realizarlas, no contaban con las condiciones ideales para el desarrollo de las mismas e incluso, eran mal vistos dentro de la sociedad y más aún en el entorno de la comunidad médica de la época, la cirugía rompía con los cánones de la práctica médica habitual.

Quirófano, años atrás se utilizaba para definir a las salas que estaban diseñadas con vidrios para permitir la visualización de las operaciones quirúrgicas, con el paso del tiempo la definición de quirófano se fundamentó en: “cualquier espacio donde se realizan distintas y variadas cirugías”. El Old Operating Theatre está considerado como uno de los quirófanos más antiguos de los que se tienen datos, fue construido en el año 1822 y los pacientes que acudían a él para someterse a operaciones, lo hacían de una forma clandestina.

Un aspecto importante a destacar en relación a los quirófanos y a las intervenciones quirúrgicas, lo fundamentó Ignacio Semmelweis, hacia 1861, cuando a través de la observación notó que en los lugares donde sólo se realizaba una actividad, los índices de mortalidad bajaban claramente y la cantidad de infecciones

disminuían. Después de su estudio, promulgó la teoría en la que destacaba la obligación de que todos debían lavarse las manos antes de entrar a su “quirófano” y antes y después de tocar a los pacientes que él trataba, a raíz de ello los datos de mortalidad descendieron muy considerablemente.

Estos avances de la medicina, fueron de vital importancia para la creación de la antisepsia moderna (conjunto de métodos que se aplican en la prevención de las enfermedades infecciosas) que conocemos actualmente.

2 Objetivos

- Identificar las actividades y las funciones básicas propias del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el área quirúrgica, durante cada uno de los procesos quirúrgicos: preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.
- Enumerar y clasificar los conocimientos y habilidades que necesita el TCAE de quirófano para que pueda desarrollar con eficiencia sus competencias y cualificaciones básicas en su puesto de trabajo.
- Describir la distribución y la organización del área quirúrgica.
- Facilitar conocimientos e información sobre los profesionales que trabajan en un servicio tan especializado como es la unidad de quirófano.
- Conocer los mecanismos que se realizan para el mantenimiento de un ambiente seguro en el quirófano.
- Comprender la importancia del trabajo en equipo, independientemente de su función, como una herramienta fundamental para lograr la máxima calidad y seguridad en el trabajo.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática en diferentes bases de datos científicas relacionadas con la sanidad como son: Scielo, Medline, PubMed y Cochrane, Cuiden, incluyendo artículos con datos e información que estuvieran relacionados con las funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en la Unidad de Quirófano. Se han incluido artículos relacionados con el tema, con datos e información de publicaciones en español y se han utilizado para la búsqueda los siguientes descriptores: Quirófano, TCAE, Funciones, Multidisciplinar, Cirugía, Equipo. Por otro lado, se han revisado diferentes libros de texto, de distintos autores, unos relacionados con la temática del quirófano y otros vinculados a las funciones del

TCAE en el bloque quirúrgico, de los cuales se ha obtenido una gran cantidad de información que se ha considerado muy relevante.

4 Resultados

El quirófano, también llamado sala de operaciones se define como el término que se usa habitualmente para describir a las salas o a las habitaciones que se encuentran ubicadas en hospitales o demás centros de atención sanitaria, las cuales están especialmente adaptadas con todos los medios técnicos y humanos necesarios para poder realizar la práctica de operaciones quirúrgicas a los pacientes que lo necesiten. De igual manera, en el quirófano se realizan de forma habitual distintas técnicas enfocadas todas en la propia cirugía, como por ejemplo: Los procedimientos de reanimación, las anestесias locales o generales etc. En el quirófano es donde se realizan la mayor parte de las operaciones quirúrgicas, especialmente las clasificadas como cirugía mayor, que incluyen las operaciones que son más importantes, más difíciles y más peligrosas. En la cirugía menor se restringe a los tratamientos de problemas y traumatismos de menor importancia. Esta cirugía se puede desarrollar en una consulta, en la habitación del paciente, en el servicio de urgencias etcétera.

El trabajo que se realiza diariamente en el quirófano requiere de la implicación de múltiples profesionales en lo que se denomina el equipo multidisciplinar. Este equipo esta compuesto por: el cirujano, la enfermera, la anestesista, el celador y el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Este equipo multidisciplinar debe estar en una perfecta coordinación constantemente, para que la intervención se realice correctamente, con total seguridad y con una alta calidad en la atención asistencial. Para que un quirófano funcione de una manera eficiente y segura es imprescindible que exista una estrecha y coordinada colaboración entre aquellos componentes sanitarios que intervienen en los procedimientos del servicio. El fomento del trabajo en equipo en quirófano, es un método que nos garantiza el éxito en la cadena de trabajo de la unidad, procurando siempre como objetivo final el éxito de la intervención quirúrgica y alta calidad en el servicio sanitario que se presta. El trabajo en equipo es una herramienta fundamental para lograr la máxima calidad y seguridad, tanto para el paciente que afronta una cirugía, como para el equipo que la llevará a cabo. Los puntos básicos para un buen trabajo en equipo son: un buen liderazgo, un equipo muy cualificado, el uso de técnicas de comunicación, la implicación total de sus miembros y las relaciones interpersonales. Una norma funcional absolutamente imprescindible

para el equipo de trabajo, es la obligación de que todos los miembros del equipo quirúrgico sepan los principios de asepsia y esterilidad del servicio, para reducir al máximo el riesgo de infección de los pacientes quirúrgicos.

Entre las condiciones que debe poseer un quirófano para cumplir de manera idónea con su finalidad destacan las siguientes:

- Deberá ser un espacio cerrado.
- Estará localizado en un lugar independiente con respecto al resto del centro médico.
- Se ubicará siempre de forma adyacente a las áreas que sean más sensibles, como es el caso de las salas de urgencias, UTI, obstetricia, esterilización, anatomía patológica, la unidad de cuidados intensivos, el banco de sangre, los laboratorios para realizar análisis clínicos, o farmacia.
- La circulación de las personas que no tengan acceso deberá estar siempre restringida, exclusivamente se permitirá el acceso al paciente en cuestión y al equipo de trabajo multidisciplinar que forma parte del bloque quirúrgico.
- El ecosistema dentro del quirófano se conservará a un nivel mínimo de contaminación.
- Debe tener una circulación tanto de manera simple como lineal.
- Contará con dos puertas que impidan el paso y la acumulación de elementos contaminantes. las puertas deben ser correderas, ya que así se podrán eliminar las corrientes de aire, causantes de la propagación de polvo y microorganismos.
- Es necesario que toda unidad quirúrgica dispongan de unos servicios básicos como radiología e imagen, laboratorio entre otros.
- La superficie de las paredes y pisos deben ser lisas, de un material que no sea poroso, para poder facilitar su mantenimiento y su limpieza.

Las áreas en las que se divide el quirófano son:

1. El área no restringida (zona sucia). El personal en esta zona de trabajo puede vestir la ropa de calle. Se trata del primer área de restricción, con lo cual esta totalmente controlada. En esta área el personal puede estar con una indumentaria común, es el lugar donde está ubicada la sala de reuniones, las oficinas, los vestuarios, los baños, la sala de estar del personal y la sala de espera de familiares.

2. El área de transición (zona limpia). Es la zona de tránsito común para las personas que están preparando su ingreso a las áreas semi restringidas o restringidas. Al entrar hay que cambiarse la ropa de calle por la de quirófano, y además es necesaria una autorización para el ingreso. Aquí están ubicados los vestidores, se debe mantener una gran meticulosidad, para evitar la entrada de microorganismos.

ismos patógenos, que pudieran generar en el área la colonización de bacterias. Está totalmente prohibido el consumo de alimentos y bebidas, siempre deberán mantenerse alejados de estas áreas.

3. El área semi restringida (zona limpia). A esta área solo se puede tener acceso con la ropa quirúrgica, la cual consta de un pijama de algodón, una camisa con cuello en "V" con la manga corta, un pantalón amplio con una abertura lateral, además del gorro para el pelo y un calzado que sea desechable. Esta área está integrada por el pasillo de ingreso a la zona restringida, el almacén de material sanitario, el de suturas, el de material fungible, el de farmacia y el almacén de anestesia, el área de equipos especiales, la sala de gases y la sala de descanso del personal.

4. El área restringida (zona estéril). Las áreas restringidas son las zonas más limpias del quirófano e incluyen las salas de operaciones, las salas de procedimientos menores y los corredores estériles. Estas áreas están estrictamente controladas y las puertas deben permanecer cerradas. Sólo el personal vestido adecuadamente con ropa estéril podrá tener acceso y es el lugar donde está ubicado el quirófano propiamente dicho, también forman parte de esta área la antesala del quirófano, el área de lavado quirúrgico de manos, la sala de lavado del instrumental contaminado y la sala del material esterilizado.

Es responsabilidad de todo el equipo asegurar al máximo las condiciones idóneas de seguridad de la unidad quirúrgica del hospital, para impedir la contaminación y transmisión de infecciones que eviten complicaciones y al paciente.

Mobiliario De Quirófano:

- Mesa de Pasteur: Se utiliza como recurso de apoyo para el circulante y el anestesiólogo.
- Mesa auxiliar o de riñón: Es para colocar la ropa y el material quirúrgico de uso no continuo.
- Mesa de mayo: De altura variable con una barra de soporte apoyada en una base, posee un marco para charola rectangular y sirve para colocar los instrumentos de uso continuo.
- Mesa de quirófano: Es metálica con un colchón cubierto de caucho. Se regula a diferentes alturas tiene accesorios para colocar en diferentes posiciones al paciente.
- Cubeta de patada: Se coloca sobre carretillas que facilitan su desplazamiento con el pie, es donde se depositan los materiales de desecho durante la intervención.
- Lámpara quirúrgica: Son medias lunas, cuya concavidad se refleja en dirección al

área anatómica a operar. Están fijadas al techo y son fáciles de moverse. Generan mucha luz y muy poco calor.

- Bancos de reposo y de altura:
- Tripie: Se utilizan para colocar las soluciones a administrar al paciente.

Las cirugías hospitalarias más frecuentes son:

- Cirugía ginecológica e Interrupción voluntaria del embarazo.
- Cirugía vascular y endovascular.
- Cirugía cardíaca y cirugía torácica.
- Cirugía general y cirugía el aparato digestivo.
- Cirugía maxilofacial.
- Cirugía plástica y cirugía reparadora.
- Cirugía estética.
- Neurocirugía.
- Cirugía oftalmológica y cirugía refractiva.
- Otorrinolaringología.
- Urología.
- Cirugía ortopédica y cirugía traumatológica.

En el área de Quirófano, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene un papel clave en el buen funcionamiento del trabajo como parte fundamental del equipo multidisciplinar de quirófano. El TCAE deberá tener conocimientos amplios sobre el material, el instrumental o el aparataje que se utiliza en las intervenciones quirúrgicas, también deberá tener un gran conocimiento de los protocolos y las pautas a realizar en la unidad, será una persona con la capacidad suficiente de antelación a los hechos, para así evitar demoras innecesarias para el paciente o para el equipo quirúrgico. Para ello existen una serie de protocolos para los diferentes tipos de intervenciones que el TCAE deberá conocer perfectamente. Para trabajar en el servicio de quirófano se suele exigir que los TCAE que requieran de una cierta experiencia y se demanda un perfil con uno alto conocimiento de los protocolos, de una familiarización del entorno quirúrgico y de una alta cualificación específica en el trabajo hospitalario, como imposición para poder trabajar en el servicio de quirófano. La colaboración que desempeñan los TCAE en el quirófano es imprescindible, ya que permiten que el resto de los profesionales que trabajan en él puedan mantener un alto nivel de concentración durante todo el proceso quirúrgico. la colaboración en el quirófano, del TCAE con el resto de miembros del equipo, es fundamental para que el equipo de profesionales implicados pueda mantener la concentración al 100% durante el desarrollo de la intervención quirúrgica.

Habilidades Que Debe Tener El TCAE De Quirófano:

- Debe contar con la capacidad para cumplir y ejecutar, órdenes e instrucciones con rapidez y exactitud.
- Debe trabajar de forma práctica, rápida, segura y ordenada, siguiendo las normas protocolarias de la unidad.
- Debe tener la destreza de poder de trabajar bajo presión y que ello no le haga perder la capacidad de su trabajo, además su capacidad de reacción será rápida.
- Debe poseer un alto nivel de concentración y atención, y ser capaz de mantenerlo durante periodos de tiempo prolongados.
- Deben caracterizar a los auxiliares de quirófano , una buena capacidad organizativa, puntualidad, seriedad y ser metódicos en el trabajo.
- Debe saber potenciar las habilidades comunicativas. La facilidad de comunicación es una factor de gran relevancia durante los períodos preoperatorio y postoperatorio, para intentar calmar el nerviosismo y el miedo de los pacientes.
- Debe tener un gran conocimientos de las técnicas quirúrgicas y de los nombres del instrumental quirúrgico, facilitando de esa manera el trabajo del cirujano.
- Debe tener buena habilidad manual y facilidad de manejo de manejar aparatos pequeños y delicados.
- Gran capacidad de organización, responsabilidad, seriedad y ser metódico en las funciones del trabajo.
- Poseer un alto nivel tanto de concentración como de atención en el trabajo, y poder ser capaces de mantenerlo durante periodos de tiempo prolongados.
- Debe priorizar las necesidades asistenciales del servicio, en el área de su competencia.

Las funciones del TCAE en quirófano son:

1. Antes del proceso quirúrgico.

- Se encargarán de preparar los aparatos y el instrumental necesario.
- Instalarán y comprobarán como mínimo un sistema de aspiración conectado al vacío, el cual se utilizará durante la cirugía o en la inducción anestésica o la cirugía.
- Repondrán el carro de material fungible u el carro de anestesia que se encuentran ubicados dentro del quirófano
- Ayudarán al personal Auxiliar Sanitario Titulado en la preparación del material para su esterilización.
- El primer paso al entrar el paciente a la esclusa del quirófano, el TCAE tiene la responsabilidad de verificar la identificación del paciente comprobando que todos los datos coinciden con la historia clínica y con el parte quirúrgico, para posteriormente realizar el proceso de verificación con el equipo quirúrgico. Las

pertenencias del paciente, prótesis dentales, joyas, lentes de contacto o cualquier otro objeto las guardará en los lugares que están destinados para ello.

- Supervisarán que la entrada en quirófano se haga bajo determinados estándares de prevención.

- Ayudarán a preparar los aparatos necesarios para cada operación, como microscopio, aspirador, bisturí eléctrico, aparato de isquemia, torre de endoscopia, etc.

- Deberán disponer cuando así sean requeridos, de las cajas de instrumental, catéteres, suturas, drenajes, implantes y componentes protésico.

2. Durante el proceso quirúrgico.

- Lavará la zona corporal donde se va a realizar la intervención quirúrgica al paciente.

- Ayudará, en compañía de la enfermera circulante, a vestir y atar las cintas de la bata quirúrgica a la enfermera instrumentista y al resto de miembros del equipo.

- El TCAE deberá colaborar en la colocación del paciente en la posición indicada dependiendo de la intervención a la que vaya a ser sometido.

- Asistirá y apoyará al diplomado en la monitorización del paciente y en la canalización de cualquier tipo de vías.

- Colaborará con el personal de enfermería en la colocación de los apósitos y de los vendajes al final de la cirugía.

- Será el encargado de la distribución del material que se necesita en cada momento del procedimiento quirúrgico. Deberá tener el material y el instrumental siempre preparado para atender todas las necesidades porque las que sea requerido por el diplomado o por los enfermeros.

- Todas las actividades de enfermería durante la operación, se llevarán a cabo de una forma conjunta y coordinada, entre la enfermera circulante, la enfermera instrumentista y el TCAE.

- Durante la intervención los TCAE están facultados para realizar sondajes o fijaciones de vías, así como de tener la facultad de poder controlar al paciente e informar al equipo médico.

- Tendrá que prestar apoyo al anestésista, preparando los equipos y los tratamientos.

- Velará por la seguridad del paciente durante el proceso de administración de la anestesia.

- Atenderá al paciente cuando este lo requiera y notificará cualquier incidencia que acontezca al equipo quirúrgico.

3. Después del proceso quirúrgico.

El TCAE en primer lugar se encarga de dar soporte a los pacientes durante el postoperatorio. Seguidamente realizará una limpieza exhaustiva de todo el aparataje

con una solución desinfectante, revisará los contenedores donde se deposita todo el material punzante, cambiándose cuando su contenido rebasa el nivel de llenado estipulado por el protocolo de la unidad, recogerá de la sala todo el material sucio y contaminado, y tendrá que reponer todas las existencias que se hayan utilizado en la intervención quirúrgica, siempre con la cantidad exacta, según indique la norma protocolaria de la unidad. Enviará al servicio de esterilización los contenedores con el material sucio y contaminado, etiquetando previamente el instrumental y el material que necesita un retorno rápido a la unidad de quirófano por ser considerado un material de uso urgente en el servicio. Ayudará al personal de enfermería a ordenar y a colocar el material estéril en las vitrinas destinadas a tal fin. Vaciará las bolsas blancas que contienen la ropa sucia y deberá cerrar los sistemas de aspiración que aún estén abiertos. El TCAE a continuación dará el aviso al equipo de celadores para que traslade al paciente a uno de los boxes del bloque quirúrgico habilitado para la reanimación de pacientes quirúrgicos y por último llamará al servicio de limpieza para que entre ambos procedan con la desinfección de la sala, coordinando el trabajo de limpieza y el de preparación del quirófano.

Además de las tareas propias relacionadas con el paciente, el TCAE habitualmente desempeña a diario otras tareas generales, entre las que podemos destacar tres actividades:

1. Reposición. Esta actividad incluye la renovación de todas las existencias agotadas durante el transcurso de la operación. Instrumental médico, material quirúrgico, medicamentos, ropa etc.. la reposición de todo el material que se haya utilizado en la sala quirúrgica es responsabilidad del TCAE y deberán ser repuestos antes y después la intervención.

2. Limpieza. Se realizará en cada turno y en cada turno se deberá limpiar el equipo quirúrgico, las superficies del quirófano, los monitores y todo el aparataje que se utiliza durante la cirugía. Al término de cada intervención el TCAE retirará las bolsas de aspiración y todos los recipientes que contengan fluidos que procedan del paciente.

3. Revisión. Esta actividad incluye la revisión de todas las existencias del servicio quirúrgico, incluyendo los distintos almacenes, la revisión y comprobación del buen funcionamiento del aparataje existente, la confirmación de su limpieza y la verificación de la desinfección de la sala quirúrgica, son parte también de esta actividad.

El TCAE realizará en general, todas aquellas funciones o actividades, que aunque no tengan un carácter meramente sanitario, vienen a facilitar, ayudar y a mejorar

la calidad de las funciones del equipo de quirófano.

5 Discusión-Conclusión

El área quirúrgica es una zona muy específica laboralmente, lo cual requiere de una formación y unas habilidades extra tanto para el TCAE como para el resto de personal sanitario. Los conocimientos protocolarios a desarrollar, en materias relacionados con la asepsia, la limpieza y la prevención de los riesgos laborales, deberán ser muy amplios por parte de todo el equipo. El trabajo diario en quirófano requiere de la interacción e implicación de múltiples profesionales, de diversas categorías, que deben saber trabajar perfectamente coordinados, para que la intervención se realice correctamente y la atención global que recibe el paciente sea la más adecuada. El único método que nos garantiza el éxito en el servicio asistencial de la unidad de quirófano es el trabajo en equipo.

El TCAE es un miembro de vital importancia en el equipo de la unidad de quirófano, su labor de realizar los cuidados del paciente, haciéndolo que se sienta acogido, para así facilitar su estancia en momentos tan difíciles y estresantes como es una intervención quirúrgica, es parte fundamental en el ejercicio de su profesión. El personal TCAE, como miembro del equipo de la unidad quirúrgica en el desempeño de su trabajo, esta coordinado y supervisado por la enfermera. Las importantes tareas del TCAE en quirófano, en la relación con el resto de personal sanitario, es uno de los aspectos más significativos y relevantes de su importancia. El proceso quirúrgico no es sólo un procedimiento técnico, la parte más importante y la más valorada por los pacientes es la humanización en los cuidados. Por eso, siempre se debe tener como base protocolaria del cuidado asistencial, el fomento de los valores y la protección del estado del ser humano, antes, durante y después del proceso quirúrgico, para poder satisfacer con amplitud todas sus necesidades. El gran éxito de la calidad asistencial está en la humanización e individualización de los cuidados sanitarios.

6 Bibliografía

- <https://www.fp-santagema.es>
- <http://docplayer.es/>
- <http://www.opolanco.es/>
- <https://www.faeditorial.es/>
- <https://revistamedica.com/>

- <https://www.auladae.com/>
- Villa, G. C. Técnicas del TCAE en el quirófano.
- Fadrique Casero, M. (2015). Enfermería en Quirófano.
- Vargas, N. I. T. (2013). La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. Avances en enfermería, 31(1), 159-169.
- Párraga, F., & Liseth, M. (2011). Técnica de limpieza del quirófano (Bachelor's thesis).
- Badani Lenz, O. (2011). Bioseguridad en Quirófano Procedimientos. Revista de Actualización Clínica Investiga, 15, 880.

Capítulo 353

MEJORAR LAS ÚLCERAS POR PRESION

MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son de las complicaciones más frecuentes que se dan en pacientes ingresados de larga duración y añadidas a sus diferentes patologías (obesidad, diabetes, inmovilidad, fricción).

2 Objetivos

Identificar cómo lograr una mejora de las heridas y, consecuentemente, mejorar el estado de salud del paciente.

3 Caso clínico

Paciente varón de 83 años, diabetico con UPP de segundo grado en glúteo ingresado en centro sociosanitario. Se controla su diabetes, dieta, limpieza y debridamiento de herida cuando lo precise, pero diariamente una de las funciones más relevantes del auxiliar de enfermería, es realizar el cambio postural cada dos o tres horas, alternando las posiciones decúbito lateral izquierdo, derecho y prono.

4 Resultados

Con estos cuidados el paciente mejora notablemente y puede acortar su estancia hospitalaria en caso de que se encuentre ingresado, pero estos cuidados diarios

disminuirán su comorbilidad y mejorarán notablemente su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la valoración de las UPP mediante escalas estandarizadas (Norton, Braden, Arnell, Waterlow...) para poder aplicar correctamente el plan de actuación y prevención de este tipo de lesiones. Además es muy importante valorar el resto del estado basal del paciente (nutricional, mental, dependencia, actividad física, etc...), pues se ha demostrado científicamente que con la aplicación de estas escalas, el número de UPP en pacientes de riesgo disminuye considerablemente.

6 Bibliografía

- Google Académico

Capítulo 354

ANÁLISIS DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN HOMBRES Y EN MUJERES

GLORIA PELLO ALVAREZ

MARIA ZULIMA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La morfología humana es diferente entre los hombres y las mujeres, cada género posee sus características especiales y únicas de género, por eso mismo no es de extrañar que algunas patologías que sufre el ser humano sea diferentes en los hombres y en las mujeres, como en el infarto agudo de miocardio.

2 Objetivos

Determinar la sintomatología en el infarto de miocardio en los hombres y en las mujeres.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el infarto agudo de miocardio, así como diversos estudios sobre los mismos. Para la revisión bibliográfica se han empleado bases de datos: Google Académico, Medline, Scielo.

Los términos empleados como descriptores han sido: infarto agudo de miocardio, IAM, síntomas, género, auxiliar enfermería; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1999.

4 Resultados

El infarto agudo de miocardio (IAM) o ataque al corazón coloquialmente hablando es la obstrucción de la arteria lo que evita que la sangre llegue al corazón y se produzca la isquemia o muerte de células cardíacas. El infarto produce una sintomatología característica como el dolor agudo en el pecho, brazo, cuello, mareos, vómitos o sudoración fría; en mujeres días previos suelen sentir mareos o malestar general, y en el infarto: dolor del epigastrio teniendo en muchas ocasiones ausencia de dolor centrotorácico o brazo por lo que en muchas ocasiones esto provoca una mayor dificultad a la hora de diagnosticarlo.

5 Discusión-Conclusión

El infarto de miocardio es una patología que, si atajamos a tiempo, podemos salvar innumerables vidas, este es el motivo de que en centros comerciales y diferentes zonas públicas contengan desfibriladores para dicho problema y sus complicaciones, por ello conocer la sintomatología que padece el paciente antes de sufrir el infarto ayudará a poder recibir asistencia sanitaria precoz y evitar la muerte.

6 Bibliografía

- Google Académico
- Medline
- Scielo.

Capítulo 355

EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es una base fundamental de la calidad asistencial. Tanto los pacientes como sus familiares necesitan sentirse seguros de los cuidados sanitarios prestados.

Para los centro sanitarios, sus gerentes y directores es una garantía de prestación una buena calidad en todos sus servicios. Esto pretende ser una referencia en la mejora de los servicios asistenciales. Se refuerza el sistema dándole un aspecto integral de gran calidad.

La Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional del Salud, sitúa la seguridad del paciente como uno de los elementos claves de mejora de la calidad.

En la práctica clínica existen riesgos tanto para pacientes como profesionales, sobre todo según avanzan las técnicas diagnósticas y terapéuticas. Muchos riesgos

son inevitables, otros no tanto.

2 Objetivos

- Analizar los eventos adversos del paciente, para conocer los orígenes y evitar su repetición.
- Promover su participación, así como sus cuidados.
- Identificar cómo implantar prácticas recomendables en los centros hospitalarios y desarrollar su conocimiento.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en plataformas como PubMed, Google Académico, Elsevier, SciELO España y Cinhal. También en diversas páginas web como el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Consejería de Salud del Principado de Asturias y Organización Mundial de la Salud. Los términos empleados han sido: adversos, eventos, práctica diaria, cuidados, auxiliar enfermería, funciones; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

En la atención de la salud se ha reflejado una mejora significativa en los resultados, salvando cada vez tipos de errores como diagnóstico (incompleto, tardío o erróneo y pruebas inadecuadas e innecesarias), errores de prescripción en medicación, fallos en la manipulación y dispensación de medicación, daños físicos (caídas y úlceras por presión), infecciones nosocomiales, fallos en la comunicación, fallos en la atención, despistes, incumplimiento de normas, fatiga, falta de entrenamiento y formación.

Deberemos controlar que el reparto de dietas estas son las adecuadas a cada paciente, en base al código de dietas del que se dispone en cada unidad asistencial, así como velar por la seguridad del paciente (deambulación, barandillas de cama, en caso de resultar necesarias, que alcance a sus objetos personales siempre y cuando esté capacitado para ello). Su bloque de cama debería estar siempre en su posición más baja, para evitar en posibles caídas consecuencias serias. Su lencería

estará limpia y en perfecto uso, cómodo sillón y/o silla lo mas adecuado para su bienestar, o incluso ambas, controlar los tiempos de intervalos entre sus curas (vendajes, parches, etc.). El timbre de llamada siempre a su alcance, visitas solo las necesarias y controlar su estado y aspecto con frecuencia (mascarillas, apósitos y demás posibles protecciones que necesite). Debe recomendársele a él directamente o a sus familiares, la utilización de un buen calzado para su comodidad y así además evitar posibles accidentes.

5 Discusión-Conclusión

Se debe de promover la información y formación a los profesionales y demás empleados, en materia de la seguridad del paciente. Se deben diseñar y establecer sistemas de notificaciones de eventos adversos.

Lograr una seguridad total es un largo proceso y puede que el posible daño siempre esté presente. La seguridad del paciente es un problema muy importante de salud pública, por eso hay que avanzar continuamente en la seguridad del paciente.

Cuando nos surge el problema es inadecuado centrarse en el posible causante, consiguiendo mucho mas la efectividad en un estudio y resolución para evitar su repetición. Aprender de los errores para prevenir el daño, con métodos de mejora en la calidad, pues en la actualidad, los centros sanitarios actuales son considerados de alto riesgo porque la probabilidad de errores es extensa.

6 Bibliografía

- García MJ; Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR). Seguridad en Anestesiología: Un ejemplo a seguir; 2017.
- Joint Commission International; 2016.
- J. Aranaz, C. Aibar, J. Vitaller, P. Ruiz. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS; 2005. Informe Ministerio de Sanidad; 2006.
- P. Saturno. Evaluación y mejora de la calidad en servicios de salud. Conceptos y métodos. Consejería de Salud y Consumo de la Región de Murcia; 2000.
- Michel P, Aranaz JM, Limón R, Requena J. Siguiendo la pista de los efectos ad-

versos: Cómo detectarlos. Rev Calidad Asistencial; 2005.

-Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: Una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial; 2005.

Capítulo 356

FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN REANIMACIÓN

LAURA SUÁREZ TALAVAN

GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ

CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La sala de reanimación está directamente vinculada al servicio de anestesia. En ella, se atiende a todo paciente que se haya sometido a cualquier tipo de anestesia, y se le proporcionan unos cuidados adecuados que hagan posible que el este pueda pasar a su habitación cuanto antes y en el mejor estado posible.

2 Objetivos

Identificar las funciones del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la sala de reanimación de un hospital.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: reanimación, cuidados, auxiliar enfermería, funciones ;combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

La sala de reanimación tiene como principal finalidad vigilar la recuperación de la anestesia de los pacientes recién intervenidos.

Cuando un paciente llega a la sala de recuperación, deben comprobarse su constantes vitales: pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria cada 15 minutos durante la primera hora.

El Técnico de cuidados auxiliares de enfermería hace las camas y se encarga del aseo del enfermo. Sirve la comida y ayuda a ingerirla a los que no pueden hacerlo por sí mismos. También colaborará en la administración de medicamentos y en la recogida de datos de constantes vitales.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad última de la sala de recuperación es tener al paciente altamente vigilado hasta que se encuentre en condiciones de seguridad óptimas para ir a su habitación de ingreso en planta o a su domicilio. Es por ello que la función del TCAE es relevante, pues es el que está más en contacto con el enfermo y podrá detectar rápidamente si hay algún efecto negativo en su evolución.

6 Bibliografía

- Google Académico
- Medline
- PubMed

Capítulo 357

SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

1 Introducción

La ingesta de alimentos líquidos y sólidos en malas condiciones, pueden ser causa de enfermedades provocadas por bacterias, hongos o virus, de ahí la importancia de tener y conservar unas buenas cualidades en las mercancías y limpieza y mantenimiento en la cocina hospitalaria.

Es muy importante el Servicio de Alimentación de cara al paciente, desde el punto de vista asistencial, por lo que debiéramos darle la importancia necesaria, ya que forma parte integrante del tratamiento médico.

Los menús que se sirven en los centros hospitalarios se les aplica rigurosos controles de calidad.

El objetivo de la alimentación hospitalaria, tiene su finalidad en una mejor y pronta recuperación del paciente, por lo que para ello se le especifica una dieta adecuada a sus condiciones y dolencias.

2 Objetivos

Evaluar y analizar cómo fomentar la seguridad alimentaria en los centros hospitalarios e identificar sus riesgos.

3 Metodología

Se han efectuado diversas revisiones bibliográficas usando Google Académico, consultando diversas revistas científicas y en base de datos como PubMed, Scielo España y Elsevier, así como diversas páginas web como Sociedad Española de Seguridad Alimentaria, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Fundación Española de Dietistas-Nutricionistas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Servicio de Salud del Principado de Asturias. Los términos empleados han sido: salud, seguridad alimentaria, hospital, cuidados, auxiliar enfermería, funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1996.

4 Resultados

Según los artículos analizados, las dependencias hospitalarias y mas rigurosamente la zona por donde circulan los alimentos deben de mantenerse primordialmente limpias a efectos de evitar posibles contaminaciones.

El personal empleado en la cocina tiene y debe de cumplir los protocolos establecidos, como el lavado de manos frecuente y en cada ocasión requerida, cubrecabezas, uniforme adecuado y las calzas. Todo ello en su perfecto estado y limpieza.

En estas labores participan una serie de profesionales como son los graduados en nutrición y dietética, técnicos superiores en dietética, jefes de cocina, cocineros, pinches y el resto de personal auxiliar entorno al equipo. Planifican los menús, realizan los pedidos de los géneros e ingredientes, supervisan el proceso, velan por qué no halla fallos en la elaboración y mantienen la higiene adecuada de la cocina y sus dependencias.

Tanta importancia son estas funciones en la prosperidad del paciente, que se debiera mantener constantemente una actualización de los materiales empleados

y de las propias instalaciones.

5 Discusión-Conclusión

Una adecuada higiene alimentaria nos permitirá prevenir enfermedades principalmente digestivas. Como los alimentos se deterioran con mucha facilidad, deberemos de tener especial cuidado con su almacenamiento, a la vez que se deben de distribuir antes de sus fechas o previsiones de caducidad.

6 Bibliografía

- FAO. Declaración de Roma sobre la seguridad alimentaria mundial y plan de acción de la cumbre mundial de la alimentación. Roma: FAO; 1996
- Libro blanco sobre seguridad alimentaria. Bruselas: Unión Europea; 1999
- Gracia, M. Pensando sobre el riesgo alimentario y su aceptabilidad: el caso de los alimentos transgénicos en Rev. Nutr.; 2004
- Norma UNE-EN ISO 22000. Sistemas de gestión de la inocuidad de los alimentos. Requisitos para cualquier organización en la cadena alimentaria; 2018
- Caracuel García, A. Normalización en alimentación hospitalaria. Normalización en alimentación hospitalaria y otros establecimientos de restauración social. Campofrío Food Group Madrid; 2014
- Caracuel García, A. Normalización en alimentación hospitalaria. Nutr Hosp; 2015
- CONTRERAS, J.; GRACIA, M. (dirs.): La alimentación y sus circunstancias. Barcelona: Alimentaria Exhibitions; 2004

Capítulo 358

COMO DETECTAR LA DIABETES TIPO I Y TIPO II

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad en la que se presentan concentraciones elevadas de glucosa en sangre de manera persistente o crónica. Existen dos tipos fundamentales de diabetes: la Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).

La diabetes tipo 1 puede ocurrir a cualquier edad. Se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. Es una enfermedad autoinmune, en la que las células productoras de insulina son atacadas y destruidas: las células beta del páncreas. Al carecer de insulina no se puede realizar correctamente el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas.

La insulina es una hormona producida en el páncreas por células especiales, llamadas células beta. El páncreas está localizado por debajo y por detrás del estómago. La insulina se necesita para movilizar el azúcar de la sangre (glucosa) dentro de las células. La glucosa se almacena dentro de las células y luego se utiliza para obtener energía. Con la diabetes tipo 1, las células beta producen poca o

ninguna insulina. Sin la insulina suficiente, la glucosa se acumula en el torrente sanguíneo en lugar de entrar en las células. Esta acumulación de glucosa en la sangre se denomina hiperglucemia. El cuerpo es incapaz de usar esta glucosa para obtener energía. Esto lleva a los síntomas de diabetes tipo 1.

La causa exacta de diabetes tipo 1 se desconoce. La más probable es un “trastorno autoinmune”, Esta es una condición que ocurre cuando el sistema inmunitario ataca por error y destruye el tejido corporal sano. Con la diabetes tipo 1, una infección o algún otro desencadenante hace que el cuerpo ataque por error las células productoras de insulina en el páncreas. La tendencia de desarrollar enfermedades autoinmunes, incluyendo diabetes tipo 1, puede ser heredada a través de los padres.

Con el paso del tiempo, las complicaciones de la diabetes tipo1 pueden afectar los órganos principales del cuerpo, como el corazón, los vasos sanguíneos, los nervios, los ojos y los riñones. Mantener un nivel de azúcar en sangre normal puede reducir, en gran medida, el riesgo de sufrir diversas complicaciones.

La diabetes tipo 2 es, con mucho, la forma más común de esta enfermedad. De 90 a 95% de la gente mayor de 20 años que sufre diabetes, presentan la tipo 2. Como en el tipo 1, el tipo 2 solía conocerse con otros nombres: diabetes no insulino dependiente o diabetes del adulto. Estos nombres reflejan que mucha gente con diabetes tipo 2 no necesita inyectarse insulina y que la enfermedad suele desarrollarse en adultos.

Ambas son igual de peligrosas si no se manejan de manera correcta. La diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 provocan las mismas complicaciones: Enfermedad cardíaca y derrame cerebral. Nefropatía Diabética (Daño o enfermedad renal).

La diabetes autoinmune latente del adulto (LADA, por sus siglas en inglés) es una forma de diabetes tipo 1 que se desarrolla lentamente con los años. La LADA es poco común, pero se puede confundir con la diabetes tipo 2. La diabetes de la edad madura que se presenta en el joven (MODY, por sus siglas en inglés) es una forma de diabetes tipo 2 poco común, provocada por un defecto en un solo gen. La diabetes MODY afecta generalmente a aquellos jóvenes que presenten un historial clínico familiar con esta enfermedad.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Identificar cómo evitar las descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad,
- Analizar cómo disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida. Por lo que se refiere a las complicaciones crónicas de la enfermedad, está claro que el buen control glucémico permite reducir la incidencia de las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía)^{3,4}, mientras que el buen control de la glucemia no parece ser tan determinante para prevenir las complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica)⁴ y, en este sentido, el tratamiento de la hiperglucemia debería contemplarse como parte de un abordaje integral del conjunto de factores de riesgo que presentan estos pacientes (hipertensión arterial [HTA], dislipemia, tabaquismo). Así, un tratamiento encaminado a obtener un control glucémico óptimo pero que descuide el resto de factores de riesgo cardiovascular ser

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de diabetes mellitus y diabetes tipo 1 y 2 se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: diabetes mellitus, insulina, paciente insulino dependiente.

4 Resultados

Los principios generales del tratamiento son la dieta y el ejercicio, parte fundamental del tratamiento de la diabetes. Las recomendaciones dietéticas deberán adaptarse a cada individuo para conseguir los objetivos generales del tratamiento. En este sentido hay que considerar que la obesidad es muy frecuente en los diabéticos tipo 2 y por tanto, uno de los principales objetivos será la reducción ponderal. El contenido calórico de la dieta deberá ajustarse en cada individuo en función de su índice de masa corporal y de la actividad física que desempeñe habitualmente. En cuanto a la proporción de nutrientes de la dieta, se recomienda que las proteínas constituyan el 10-20% del total de las calorías ingeridas, y las grasas menos del 30%, con menos del 10% de grasas saturadas. En cuanto a los hidratos de carbono, debe darse más importancia a la cantidad total ingerida que a la procedencia de los mismos, pero deberían evitarse los hidratos de carbono.

El ejercicio físico, además de constituir un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes diabéticos, contribuye a prevenir el desarrollo de diabetes durante la vida adulta. En los pacientes con una diabetes tipo 2 el ejercicio moderado y regular (30 min/día) es muy beneficioso, puesto que disminuye la glucemia al aumentar la sensibilidad a la insulina, mejora el perfil lipídico, reduce la presión arterial, contribuye a la reducción ponderal y mejora el estado cardiovascular (disminución de la frecuencia cardíaca en reposo, aumento del volumen sistólico y disminución del trabajo cardíaco). Además, proporciona una mejor sensación de bienestar y calidad de vida. El principal inconveniente del ejercicio en los pacientes diabéticos es la hipoglucemia, que puede ocurrir varias horas después y debe condicionar el ajuste de la pauta terapéutica. Además, en los pacientes con diabetes tipo 1 con mal control metabólico, y en especial tras un ejercicio anaeróbico, puede producirse una descompensación hiperglucémica o incluso cetosis. Al margen de las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, el ejercicio físico puede comportar otros riesgos que se detallan en la tabla 2. Por tanto, el programa de ejercicio debe planificarse de forma individual en función de la capacidad física del paciente y de los riesgos potenciales.

La educación diabetológica que recibe el paciente por parte de personal sanitario cualificado es esencial para conseguir los objetivos terapéuticos. El autoanálisis de la glucemia capilar permite descubrir en qué momento del día existe peor control glucémico, o bien identificar hipoglucemias inadvertidas y, por consiguiente, es fundamental para realizar las modificaciones terapéuticas oportunas. Además, el paciente que sabe modificarse la pauta de tratamiento en función de los autocontroles de glucemia capilar y ha recibido consejos para afrontar diversas situaciones, tales como una hipoglucemia o una descompensación hiperglucémico-cetósica, requerirá menos ingresos hospitalarios y presentará una mejor calidad de vida.

La administración de insulina constituye el tratamiento fundamental de la diabetes mellitus tipo 1. Aunque hace más de 75 años que se dispone de insulina, en las últimas dos décadas se han realizado cambios importantes debido al uso generalizado de los reflectómetros para monitorizar la glucemia capilar por los propios pacientes. El autocontrol de la glucemia, que incluye la automodificación de las dosis de insulina en función de unos algoritmos elaborados por el endocrinólogo, permite una mayor flexibilidad en los hábitos de los pacientes y, sin duda, mejora su calidad de vida. Tal como se ha mencionado, el objetivo de este artículo se centra en el manejo terapéutico del paciente con diabetes mellitus tipo 2, por lo que no profundizaremos en aspectos específicos del tratamiento del diabético

tipo 1. Así pues, lo que exponemos a continuación sobre el tratamiento insulínico es aplicable tanto a los pacientes con diabetes tipo 1 como tipo 2.

En la actualidad, en nuestro país las únicas insulinas que se utilizan son las insulinas humanas biosintéticas, que se obtienen mediante técnicas de recombinación genética a partir de cultivos de bacterias (*Escherichia coli*) o levaduras.

La insulina se administra por vía subcutánea mediante jeringuillas, «plumas» con cartuchos recargables, «plumas» desechables o bombas de infusión. Sin embargo, en situación de descompensación metabólica grave, se administrará por vía intramuscular o intravenosa.

En los últimos años han empezado a utilizarse los análogos insulínicos de acción rápida (insulina lispro), que se obtienen al cambiar un aminoácido en la secuencia de la insulina. Estos análogos tienen idéntica potencia hipoglucémica que la insulina regular, pero al absorberse de forma más rápida presentan un pico insulinémico más precoz (1 h), más elevado y de menor duración (4 h) que el observado con la insulina regular, por lo que pueden administrarse inmediatamente antes de la ingesta. Debido a su corta duración producen menos hipoglucemias tardías pero, por el mismo motivo, en muchas ocasiones será necesario añadir una dosis adicional de insulina de acción intermedia.

Con el fin de disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida. Por lo que se refiere a las complicaciones crónicas de la enfermedad, está claro que el buen control glucémico permite reducir la incidencia de las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) mientras que el buen control de la glucemia no parece ser tan determinante para prevenir las complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica)⁴ y, en este sentido, el tratamiento de la hiperglucemia debería contemplarse como parte de un abordaje integral del conjunto de factores de riesgo que presentan estos pacientes (hipertensión arterial [HTA], dislipemia, tabaquismo). Así, un tratamiento encaminado a obtener un control glucémico óptimo pero que descuide el resto de factores de riesgo cardiovascular ser

5 Discusión-Conclusión

Recientemente se ha demostrado que la terapia intensiva con insulina (perfusión de GIK para mantener glucemias entre 80-110 mg/dl) reduce significativamente la morbimortalidad de pacientes quirúrgicos críticos. El pronóstico para las per-

sonas con diabetes varía. Los estudios muestran que un estricto control de la glucemia puede prevenir o retrasar las complicaciones en los ojos, los riñones y el sistema nervioso. Sin embargo, pueden surgir complicaciones incluso en aquellas personas con un buen control de la enfermedad.

Con el tiempo, las complicaciones de la diabetes podrían provocar discapacidad o poner en riesgo la vida.

- Enfermedades del corazón y circulatorias
- Lesión a los nervios (neuropatía)
- Daño renal (nefropatía)
- Daño en los pies y boca, complicaciones en el embarazo.

No existe una forma conocida de prevenir la diabetes tipo 1. No obstante, los investigadores trabajan en la prevención de la enfermedad o en la destrucción de las células de islotes en personas recientemente diagnosticadas.

6 Bibliografía

1. European Diabetes Policy Group 1998-1999..A desktop guide to type 2 diabetes mellitus.. Diabetic Med, 16 (1999), pp. 716-30
2. Simó R, Hernández C. Treatment of diabetes mellitus: general goals, and clinical practice management. Rev Esp Cardiol. 2002;55 (8): 845-60.
3. Alfonso JE, Ariza ID. New therapies for diabetes: beyond injectable insulin and oral antidiabetics. Rev Assoc Med Bras. 2008;54 (5): 447-54
4. Sánchez-Recalde A, Carlos Kaski J. Diabetes mellitus, inflammation and coronary atherosclerosis: current and future perspectives. Rev Esp Cardiol. 2001;54 (6): 751-63.
5. Sáez de la Fuente J, Granja Berná V, Valero Zanuy MA, Ferrari Piquero JM, Herreros de Tejada y López Coterilla A. Insulintherapy at the hospital setting. Nutr Hosp. 2008;23 (2): 126-33. 12. Pasquel FJ, Umpierrez GE. Manejo de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado. Medicina (B Aires). 2010;70 (3): 275-283..
6. información sobre Diabetes juvenil en fundación internacional de búsqueda sobre la diabetes juvenil.
7. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, ed. (2012). «Libro de Consenso Endocrinología Pediátrica - Capítulo 23: DIABETES MELLITUS TIPO 1. TRATAMIENTO SEGUIMIENTO COMPLICACIONES AGUDAS»
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes mellitus tipo 1. Plan de Calidad para el

Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-Osteba; 2012.

Capítulo 359

PREVENCION, CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL PIE DIABETICO

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

1 Introducción

La Diabetes puede dañar los nervios y vasos sanguíneos de sus pies. Este daño causa entumecimiento y reducción de la sensibilidad en los pies. Como resultado de esto, es posible que sus pies no sanen bien si se lastima. Si le sale una ampolla, es posible que no la sienta y esta empeore. Incluso las heridas o ampollas pequeñas se pueden convertir en un problema si se desarrolla una infección o no sanan. Se puede desarrollar una úlcera de pié diabético. Para las personas con diabetes, tener una úlcera en los pies es razón suficiente para ir al hospital. Cuidar bien sus piel le ayudará a prevenir las úlceras del pié diabético. Los problemas de pie diabético son una preocupación importante en la atención médica y una causa común de hospitalización.

La mayoría de los problemas de pie que enfrentan las personas con diabetes surgen a raíz de dos complicaciones serias de la enfermedad: daño de los nervios y mala circulación. La falta de sensibilidad y el flujo de sangre reducido permiten que una ampolla pequeña avance hasta convertirse en una infección seria en

cuestión de días. El daño crónico de los nervios (neuropatía) puede causar piel seca y agrietada, lo que da una oportunidad para que las bacterias ingresen y causen infección.

Las consecuencias pueden ir desde la hospitalización para administrar antibióticos a la amputación de un dedo del pie o del pie completo. Para las personas con diabetes, la inspección diaria y cuidadosa del pie es esencial para la salud general y la prevención de problemas que dañan el pie.

2 Objetivos

Identificar cómo evitar las descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad, disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de diabetes mellitus y diabetes tipo 1 y 2 se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: diabetes pie diabético, neuropatía diabética, cuidados del pie diabético. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

Por lo que se refiere a las complicaciones crónicas de la enfermedad, está claro que el buen control glucémico permite reducir la incidencia de las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía)^{3,4}, mientras que el buen control de la glucemia no parece ser tan determinante para prevenir las complicaciones macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica)⁴ y, en este sentido, el tratamiento de la hiperglucemia debería contemplarse como parte de un abordaje integral del conjunto de factores de riesgo que presentan estos pacientes (hipertensión arterial [HTA], dislipemia, tabaquismo). Así, un tratamiento encaminado a obtener un control glucémico óptimo pero que descuide el resto de factores de riesgo cardiovascular.

La prevención del pie diabético Lo primero que hay que hacer es seguir las recomendaciones generales para el control y tratamiento de la diabetes que, probablemente, nos habrá dado el médico o enfermera:

- Hacer ejercicio físico de manera habitual.
- Seguir las pautas dietéticas: adoptar una alimentación variada y ordenada, controlar el consumo de grasas y el colesterol, no consumir alcohol.
- Controlar los niveles de glucosa en sangre.
- Tomar la medicación.
- No fumar (el tabaco afecta a la circulación de la sangre).

Además hay que adoptar una serie de medidas para prevenir o reducir en la medida de lo posible los problemas de salud de los pies que nos pueda producir la enfermedad. Hay que revisar bien las plantas, talones, costados, la parte superior de los pies y especialmente en medio de los dedos, donde es fácil que las lesiones pasen más desapercibidas, buscando:

- Piel seca o agrietada, cortes, ampollas o úlceras. Cualquier herida puede ser susceptible de infectarse y debe vigilarse con atención
- Hematomas o inflamación
- Cambios de color
- Falta de sensibilidad
- Dolor
- Callos

En caso de detectar cualquiera de estas cosas hay que acudir rápidamente al médico o enfermera.

Para poder ver correctamente todas las zonas del pie y si se está haciendo una autoexploración puede ser de ayuda utilizar un espejo. También se le puede pedir a un familiar o persona de confianza que nos la haga.

Se debe realizar una higiene diaria teniendo en cuenta que es mejor hacerlo al ducharse y no haciendo un baño exclusivo de los pies porque la piel queda demasiado blanda y el agua puede estar demasiado caliente. Además hay que:

- Utilizar agua tibia. Para comprobar la temperatura del agua se puede utilizar el codo o el brazo. Si es necesario retirarlos es que está demasiado caliente
- Emplear jabones neutros y suaves
- Si se tiene dificultad para llegar a los pies se puede emplear un cepillo con un mango largo. El cepillo debe ser blando, nunca duro
- Enjuagar bien los pies para que no queden restos de jabón
- Secar de manera cuidadosa y suave los pies. Se puede hacer con pequeños

golpecitos con la toalla, asegurándose de que no quede humedad entre los dedos

- Hidratar las zonas secas con una crema de lanolina, evitando ponerla entre los dedos

Después de llevar a cabo la higiene no conviene salir a caminar ya que la piel tarda un rato en recuperarse y hay que dejar que la crema, si se ha aplicado, se absorba correctamente.

La insensibilidad (neuropatía diabética) en los pies que pueden sufrir las personas mayores con diabetes hace que haya que tener en cuenta algunas medidas preventivas para evitar heridas, quemaduras, congelaciones, etc .:

- No llevar calzado sin calcetines

- No caminar descalzos

- Evitar el calor directo sobre los pies (sol, arena caliente de la playa, mantas eléctricas, bolsas de agua caliente, etc.)

- Utilizar, si se considera conveniente, calzado específico y cómodo, adecuado para proteger la piel y evitar úlceras o heridas

- Si se tiene frío en los pies utilizar calcetines de lana y algodón

5 Discusión-Conclusión

Según el grupo Internacional de Trabajo de Pie diabético de la Federación Internacional de diabetes (IDF), cada año aproximadamente 4 millones de personas con diabetes desarrollan úlceras en los pies. De éstos, aproximadamente entre el 10-15% terminan en una amputación.

Cada 30 segundos en algún lugar del mundo se lleva a cabo una amputación debida a la diabetes. Tras una amputación mayor, 70% de los diabéticos mueren cinco años después. Hay que educar al paciente y familiares sobre las complicaciones de la diabetes, saber cuándo y a quién remitir. Fomentar la detección del pie diabético y crear alarmas en las historias clínicas que recuerden la exploración básica del pie del paciente diabético

La educación terapéutica sobre el cuidado de los pies es imprescindible en la prevención de lesiones y la debe brindar todo el personal del equipo multidisciplinario (médico, enfermero, podólogo, promotor de salud, educador, diabéticos capacitados).

6 Bibliografía

1. M. Duran, M. Martinez, J.A. Rubio, J.P. Marañanes, A.L. Calle Pascual. Amputaciones de miembros inferiores en personas con y sin diabetes en Madrid (1989-1993). *Av Diabetol*, 10 (1995), pp. 41-46
2. A.L. Calle-Pascual, E. Gil, M.A. Benedi, P.J. Martín Álvarez, J. Ibarra, F. Requejo, et al. Diseño de dos cuestionarios para evaluar los factores de riesgo de padecer amputaciones de miembros inferiores en la diabetes mellitus.
3. P. Martín, A. Díaz, N. Garcia de la Torre, A. Benedí, I. Calvo, F.J. Serrano, et al. Pie diabético.
4. American Diabetes Association. Peripheral arterial disease in people with diabetes. *Diabetes Care*, 26 (2003), pp. 3333-3341
5. A.L. Calle Pascual, I. Runkle, J.A. Diaz, A. Durán, L. Romero. Técnicas de exploración de la sensibilidad en la patología del pie. *Av Diabetol*, 22 (2006), pp. 42-49
6. Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético. Consenso Internacional sobre el Pie Diabético. Gramar AG, (2001),
7. Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Diabetes (GSEDNu). Estudio sobre la nutrición en la diabetes (GSEDNu). Estudio sobre la nutrición en la diabetes y las complicaciones (DNTCT): hábitos nutricionales en la población con diabetes en España y su relación con la presencia de neuropatía.

Capítulo 360

COMO CUIDAR A LAS PERSONAS CON DEMENCIA SENIL

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la demencia como "un síndrome -generalmente de naturaleza crónica o progresiva- caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

El término demencia senil se considera actualmente erróneo, puesto que esta enfermedad puede afectar a personas de cualquier edad.

La demencia afecta en todo el mundo a unos 50 millones de personas y se estima que cada año se registran en torno a 10 millones de casos nuevos. Se ha calculado que, si la prevalencia de demencia actual se mantiene constante, en el año 2050 habrá alrededor de 130 millones de personas afectadas. La demencia suele ocurrir a partir de los 60 años. Por lo tanto, el envejecimiento supone uno de los factores de riesgo más significativos. Está causada por el daño o la pérdida de las células

nerviosas y sus conexiones en el cerebro. En función del área del cerebro afectada, el impacto puede ser distinto. Puede deberse a diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.

- Entre las primarias, la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, seguida de la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal.
- Las demencias secundarias son, según explica Ángel Martín, vocal del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN), "aquellas que se producen como consecuencia de otra circunstancia o enfermedad, siendo la más frecuente la demencia vascular, aunque también encontramos otras formas como las demencias infecciosas, postraumáticas, metabólicas, autoinmunes...".

2 Objetivos

Identificar las fases de la demencia senil y los cuidados que precisa.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de diabetes mellitus y diabetes tipo 1 y 2 se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: demencia senil, parkinson, cuidador. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2005.

4 Resultados

Unos buenos objetivos a plantear el personal sanitario con el paciente y sus familiares son:

- Educar al familiar o cuidador informal sobre el manejo del paciente con demencia en situaciones difíciles
- Mejorar técnicas de comunicación
- Disminuir el estrés durante el tiempo en que se brinden los cuidados y así tener una mejor relación con su ser querido.

La demencia Senil se clasifica en 3 fases:

- Fase 1: Demencia Senil Leve

El deterioro cognitivo en esta fase es leve. La persona puede funcionar de manera independiente pero tienen dificultad para retener información a corto plazo como con quién habló esta mañana o dónde ha colocado un objeto. Además, no es capaz de tomar decisiones lógicas en su día a día.

- Fase 2: Demencia Senil Moderada

Fase en la que los familiares empiezan a notar síntomas. La desorientación en espacios familiares, dificultad a la hora de comunicarse y el sentimiento de frustración por no poder realizar cosas que antes hacía de manera habitual son síntomas de esta etapa. Es recomendable acudir al médico cuando se llega a esta etapa.

- Fase 3: Demencia Senil Avanzado

Última etapa de la demencia senil. El deterioro cognitivo es muy avanzado. La persona se vuelve totalmente dependiente. No suele reconocer ni a los familiares ni a él mismo. La capacidad de comunicarse está totalmente perdida.

Aunque la demencia senil tenga carácter degenerativo e irreversible, existen cuidados paliativos que contribuyen a ralentizarlo y mantener las capacidades del paciente el máximo de tiempo posible.

Además consumir alimentos saludables y practicar ejercicio de forma rutinaria mantienen el bienestar del organismo.

Talleres de estimulación cognitiva

En ellos se trabaja la memoria, el cálculo, la atención o el lenguaje mediante puzzles, juegos de mesa o crucigramas. Se busca la ralentización de la pérdida de memoria y la estimulación cognitiva.

Musicoterapia

Excelente para la creatividad y las emociones. Además, pueden encontrar en la música su medio para comunicarse cuando los ancianos sufren dificultad para poder hacerlo. Incrementa el autoestima evocando recuerdos y sensaciones positivas.

Fisioterapia y ejercicio terapéutico

El ejercicio físico, por lo general, es bueno para la salud de todos. Además en personas que sufren demencia senil les ayuda a conciliar el sueño, mejorar el estado de ánimo y su movilidad. Es muy útil en las fases más avanzadas .

Terapia ocupacional

Las personas con avanzada edad que sufren este deterioro cognitivo sufren cambios en su estado de humor. La terapia ocupacional busca el apoyo diario a estas

personas fomentando su bienestar emocional y haciéndolo el día a día más llevadero.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, la mayoría de los estudios preventivos realizados señalan que la mejor estrategia para retrasar el desarrollo de una demencia degenerativa es actuar sobre los elementos modificables, como son los factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad...).

Existen varias acciones que el cuidador puede llevar a cabo tanto para asegurar una buena calidad de vida de la persona cuidada como para prevenir la progresión de la enfermedad, tal y como afirma Piédrola “En relación con la dependencia, la demencia plantea nuevos retos a la sociedad y al sistema sanitario, como son el respeto a la autonomía del paciente, la información al paciente y a la familia, la posibilidad de complementar el documento de voluntades anticipadas, el consentimiento informado y, en especial, la elección de un tutor o representante”

El cuidado de la demencia senil suele venir acompañado de una serie de emociones difíciles de gestionar, especialmente cuando se trata de un familiar. La persona deja de reconocernos y su personalidad cambia por completo, desarrollando nuevas conductas a menudo negativas hacia nosotros. Esto nos genera emociones de tristeza o de pérdida, experimentando un proceso similar al del duelo. Es normal que estas emociones nos afecten, por lo que no debemos negarlas. Asimilarlas y comprenderlas será clave para cuidarnos también a nosotros mismos.

Algunas personas sufren un deterioro cognitivo leve pero que no llegan a padecer ningún tipo de demencia.

En los casos en los que sí se produce una evolución hacia la demencia, esta enfermedad reduce considerablemente la calidad y la expectativa de vida.

La demencia tiene una repercusión social y económica muy significativa y un impacto considerable en las familias y los cuidadores de los afectados.

6 Bibliografía

1. Hamilton, I. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata

2. Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) (2014). «DFT: Demencia Semántica». Consultado el 28 de agosto de 2015..
3. Asociación de familiares y enfermos de Alzheimer y otras demencias seniles (2014) Alteraciones psicológicas y del comportamiento.
4. Family Caregiver Alliance (2004) Guía del cuidador para entender la conducta de los pacientes con demencia.
5. Jódar, M. (2005). Trastornos del Lenguaje y la Memoria. Barcelona: Editorial UOC.
6. García, O. (2012). Unos 250 mil peruanos padecen de Alzheimer. Recuperado del sitio de Internet de Publímetro.
7. Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) (2014). «DFT: Demencia Semántica». Consultado el 28 de agosto de 2015.
8. Pérez Martínez V, de la Vega Pazitková, T. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt".
9. Unitat d'Atenció Psicològica (2014). «Terapia psicológica para el estrés del cuidador». Barcelona..

Capítulo 361

LAS FUNCIONES DEL EN LOS PLANES DE CUIDADOS DEL ANCIANO UROLÓGICO

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

1 Introducción

El cuidado integral no puede improvisarse, para que sea de calidad, debe planificarse conforme a un método riguroso, pero lo suficientemente flexible como para poder aplicarlo a cada persona, facilitándonos un conocimiento profundo. El cuidado integral no puede improvisarse, para que sea de calidad, debe planificarse conforme a un método riguroso, pero lo suficientemente flexible como para poder aplicarlo a cada persona, facilitándonos un conocimiento profundo, que permita iniciar un plan de acción efectivo.

Con este fin el auxiliar de enfermería ha adoptado el Plan de Cuidados que consiste en la aplicación del método científico en la atención al paciente prestando los cuidados necesarios, lo que requiere cada uno y no de forma rutinaria, eficaces, con resultados satisfactorios y conocimiento, es decir, conocer al paciente significa conocer lo que le pasa, esto se consigue a través de los planes de cuidados individualizados.

El auxiliar de enfermería ha de incorporarse y participar en este proceso de atención llevando a cabo la metodología específica de enfermería. Nuestra forma de trabajar, suele en ocasiones rutinaria y por tareas, por lo que es fácil que no se sea consciente del efecto de sus acciones sobre los pacientes ancianos. Estamos convencidos de que nuestro trabajo tiene o puede tener un efecto beneficioso en los mismos, es decir, nuestra contribución es importantísima para la obtención de resultados, máxime cuando hoy por hoy somos las personas que mayor tiempo pasamos con los pacientes.

Trabajar con Planes de Cuidados significa trabajar por objetivos, lo que permite que las acciones de todos los profesionales vayan en la misma línea. Todo en pro del objetivo y la verificación de los resultados obtenidos como mejor vía para la motivación.

El auxiliar en enfermería tiene un rol interesante que cumplir y quizá nuestra tarea más relevante sea la recogida de información y ocupa un puesto particular junto al anciano, en razón del clima de confianza que habitualmente se establece, además de los cuidados que tengamos delegados por nuestra categoría y los delegados por la enfermera.

Iniciar un plan de acción efectivo. Con este fin el técnico auxiliar de enfermería ha adoptado el Plan de Cuidados que consiste en la aplicación del método científico en la atención al paciente prestando los cuidados necesarios, lo que requiere cada uno y no de forma rutinaria, eficaces, con resultados satisfactorios y conocimiento, es decir, conocer al paciente significa conocer lo que le pasa, esto se consigue a través de los planes de cuidados individualizados.

2 Objetivos

Identificar cómo favorecer el autocuidado en el anciano urológico para disminuir sus secuelas y complicaciones.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Google Scholar, Cochrane, Pubmed y se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de pacientes urológicos, y hemos utilizado las palabras clave como: anciano, urología, cuidados personas mayores, técnico auxiliar de enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos

gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2004.

4 Resultados

El plan de cuidados en el paciente anciano urológico, tiene como principales objetivos:

- Fomentar el auto-cuidado y aumentar la independencia y la autoestima.
- Favorecer el trabajo en equipo.
- Contribuir a disminuir el número de complicaciones, secuelas e invalidez.
- Evitar el desarraigo del entorno

Todas las actividades deben de ser practicadas con conocimiento de causa y buena voluntad. No deben hacerse de forma mecánica e inconsciente. Las tareas implícitas en la realización de actividades pueden ser muy simples o muy complejas, por eso es recomendable el uso de Procedimientos y Protocolo, si los hay.

Las tareas más comunes a las actividades son:

1. Comprobar órdenes y material, es decir, prever lo que vamos a necesitar para evitar así tener que de salir de la habitación del paciente cuando realizamos una tarea, esto se consigue identificando al paciente con el problema que sufre y viendo en cada caso particular el material que será necesario para cada uno de ellos.
2. Lavarse las manos, antes y después de retirarse los guantes, con cada uno de los pacientes, para evitar así la propagación de infecciones nosocomiales.
3. Identificar al paciente, como hemos explicado, identificando a cada paciente con su problema, se previenen muchas situaciones molestas e incómodas.
4. Proporcionar un entorno seguro y privado, cuando un paciente llega al hospital, además de soportar su enfermedad, tiene que sufrir una pérdida brusca de su intimidad, comparte habitación, cuarto de baño, etc. con mas personas extrañas, por lo tanto a la hora del aseo o una cura que implique poner al descubierto al enfermo, debemos aprovechar los enseres que tenemos a nuestro alcance como toallas, biombos, cortinas, etc. Protegiéndolo para no acentuar su pérdida de intimidad.

Los cuidados específicos son:

1.Colocación de absorbentes:tiene como objetivo mantener seco al paciente, que esté lo mas cómodo posible, evitar problemas cutáneos, malos olores, infecciones urinarias, por lo tanto estaremos intentando con ellos que el paciente recupere parte de su autoestima. Con este sistema se puede hacer una medición de diuresis aproximada mediante la doble pesada del absorbente.

2. Colocación de colectores de orina: también nos ayuda a mantener seco al paciente, pero este sistema nos da la opción de controlar mejor la cantidad de diuresis y la dermis del paciente que el anterior.

3.Colocación de sonda vesical: en ello ayudaremos a la enfermera proporcionando el material necesario como compresas, gasas, desinfectante para la zona genital (clorexidrina), guantes estériles, etc. Este sistema como los dos anteriores, nos permitirá medir la diuresis, pero es el mas exacto de los tres.

Dentro del sondaje vesical tenemos dos opciones: a) Sonda de eliminación normal o sonda de dos vías, el cual nos permite apuntar la cantidad eliminada por el paciente, el color, características, etc. El cambio de bolsa es recomendable hacerlo al menos tres veces al día, es decir cada ocho horas. b) Sonda de lavados o de tres vías: nos permite además de medir la diuresis del paciente, arrastrar con ella coágulos, esfácelos o sedimento. El sistema de lavados consiste en conectar una bolsa de suero de lavado con un equipo o sistema a la sonda de 3 vías permitiendo así el paso del suero al interior de la vejiga, como el volumen saliente de la orina más el suero será mayor que el de una diuresis no forzada, convendrá estar muy pendientes del llenado y retirada de la bolsa receptora de la orina y colocación del suero de lavado cuando este termine.

También es importante que el técnico auxiliar de enfermería realice la anotación en una hoja específica de lavados las entradas del suero, las salidas de la orina, las horas a las que se realizan estas maniobras y el color de la misma.

5 Discusión-Conclusión

No existe un conocimiento de información suficiente sobre el cuidado y prevención de los pacientes ancianos en urología, por lo tanto, creemos necesario dar mayor información a las personas ancianas, a sus cuidadores y familia.

Además del cuidado en el aseo personal, es muy importante tener siempre muy limpia y seca la zona uro-genital, sobre todo si es portador de una sonda vesical, para prevenir así las infecciones y facilitar el drenaje urinario.

1. Lavarse las manos y colocarse guantes antes de manipular la sonda, el tubo o la bolsa de drenaje
2. No elevar la bolsa por encima del nivel de la vejiga si esta no tiene sistema antirreflujo, ya que manteniéndola por debajo favorecemos también el drenaje de la orina.
3. Vaciar la bolsa periódicamente (cada 8/horas si no mantiene lavados)
4. Evitar acodos u obstrucciones en el tubo del drenaje.
5. Lavar la zona genital y la zona de contacto de la sonda, al menos dos veces al día con agua y jabón, después secarla bien (sin frotar). Si el paciente es una mujer se realizarán los movimientos de aseo de delante hacia atrás, tanto en el lavado como en el secado de la zona. De esta forma evitamos la contaminación de la sonda vesical con gérmenes procedentes del área rectal.
6. Estimular la ingesta de líquidos, para favorecer así la diuresis. Si no hubiera indicación médica contraria será al menos de 1,5 litros/día.
7. Evitar en todo lo posible las desconexiones innecesarias de la sonda vesical con la bolsa, para ello disponemos en este caso de bolsas con sistema cerrado.

No existe un conocimiento de información suficiente sobre el cuidado y prevención de los pacientes ancianos en urología, por lo tanto, creemos necesario dar mayor información a las personas ancianas, a sus cuidadores y familia. Además del cuidado en el aseo personal, es muy importante tener siempre muy limpia y seca la zona Uro-genital, sobre todo si es portador de una sonda vesical, para prevenir así las infecciones y facilitar el drenaje urinario.

6 Bibliografía

1. Cuidados geriátricos en enfermería. Nursing Photobook.
2. Técnicas de enfermería urológicas. Interamericana Mcgraw Hill.
3. Manual de enfermería urológica. Universidad de Valladolid.
4. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Mary Carroll / L. Jane Brue.

Capítulo 362

EL CÁNCER DE PRÓSTATA: CUIDADOS DEL AUXILIAR

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

1 Introducción

El cáncer de próstata es uno de los tumores malignos más frecuentes en el hombre; su frecuencia aumenta con la edad, por lo que médicos deben tener un alto índice de sospecha si quieren diagnosticarlo precozmente. Se ha comprobado que este es más común en el hombre adulto, a los 50 años un tercio de los hombres americanos tienen signos microscópicos de cáncer de próstata, y a los 75 años de un tercio a la mitad tienen cambios cancerosos en la glándula. Muchos de ellos se mantienen asintomáticos durante largos períodos debido a que el tumor crece muy lentamente. Al 16 % de los norteamericanos se le diagnosticará esta neoplasia en algún momento de su vida, un 8 % desarrollará síntomas significativos y un 3 % morirá por esta enfermedad.

En 1932 la tasa de mortalidad en dicho país fue de 17x100 000, en 1991 fue de 25x100 000, sin embargo desde entonces ha comenzado a declinar. Más del 75 % de los diagnósticos se hacen en hombres mayores de 65 años, principalmente afroamericanos. La incidencia aumenta con la edad, pero es tan indolente en

sus inicios que solo un 30 ó 40 % de las biopsias positivas en mayores de 75 años habían dado síntomas. Por lo general, transcurren 338 días desde el primer síntoma hasta el diagnóstico de certeza.

Este también para nosotros es un problema de salud que afecta a los ancianos, y teniendo en cuenta que casi el 13 % de nuestra población tiene más de 65 años, es de sumo valor estar instruidos en esta patología, además en el trabajo diario hemos visto cómo no siempre nuestros Médicos de Familia piensan en esta entidad.

2 Objetivos

Identificar los factores de riesgo, síntomas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos en caso de sospecha de cáncer de próstata.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva en las bases de datos Medline, Pubmed y Scielo. Se tuvieron en cuenta los estudios realizados en los últimos diez años. Y se utilizaron descriptores como : cáncer, cáncer de próstata, carcinoma, prevención. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1998.

4 Resultados

Los factores de riesgo son:

1. La edad: Entre los factores de riesgo más importantes está la edad, pues principalmente aparece después de los 50 años.
2. La raza: Estudios realizados en E.E. U.U. demostraron que es más frecuente en los afroamericanos que en los blancos, y menos frecuente en los indios americanos y en los asiáticos.
3. Historia familiar de cáncer de la próstata: Si el paciente tiene antecedentes en el padre o en un hermano de haberlo padecido, tiene mucho más riesgo que el resto de la población.
4. Dieta: Existen evidencias que sugieren que una dieta rica en grasa animal incrementa el riesgo, y lo contrario ocurre con una dieta rica en vegetales y frutas;

incluso como veremos más adelante existen evidencias que ciertos suplementos dietéticos pueden prevenir su aparición.

5. Otros: Se realizan aún estudios para definir si factores como la vasectomía, la hiperplasia protática benigna, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, la exposición a radiaciones, la industria del caucho, los altos niveles de testosterona, la exposición al cadmio o los virus de transmisión sexual puedan tener alguna importancia en la génesis de dicha enfermedad.

Los síntomas son:

Como hemos descrito anteriormente es un tumor, por lo general de crecimiento lento, y que muchas veces pasa indolente para el paciente, pero en los casos sintomáticos el enfermo puede presentar algunos de los síntomas siguientes:

1. Micción frecuente, especialmente por la noche.
2. Retención urinaria.
3. Ardor o dolor durante la micción.
4. Disminución o interrupción del flujo de orina.
5. Sangre en la orina o en el semen.
6. Eyaculación dolorosa.
7. Frecuente dolor en columna lumbo sacra, espalda o cadera.
8. Dificultad en la erección.

Téngase presente que muchos de estos síntomas lo pueden producir también la hiperplasia benigna de la próstata, en cuyo caso son otros los procedimientos terapéuticos.

Se deben tener en cuenta los factores de riesgo y los síntomas ya descritos, procediéndose con el tacto rectal y el antígeno prostático específico. Examen físico general: Está destinado a detectar repercusión del tumor en el resto del organismo. Se debe hacer hincapié en la columna lumbo-sacra, la pelvis, el hígado y el pulmón.

1. Tacto rectal: Con una sensibilidad del 70 % y una especificidad del 90 % es de suma importancia para valorar tamaño, consistencia, movilidad, delimitación y regularidad de la glándula. Tiene un 50 % de probabilidad de falsos positivos, pero es lo idóneo para el diagnóstico precoz.
2. Antígeno prostático específico (PSA): Con una sensibilidad mayor del 80 % y una especificidad del 98 %, no se altera con el tacto rectal como se pensaba hasta hace unos años, y es de suma importancia.

Se considera imprescindible tener presente, para el despistaje de esta patología, los factores de riesgo y la práctica del tacto rectal en todo paciente con más de

45 años. En Finlandia, por ejemplo, se realizó un estudio donde se comprobó que la ingestión de 50 mg de vitamina E redujo en un 32 % la probabilidad de cáncer de la próstata y la mortalidad en un 41 %. También la administración de selenio (200 mcg al día), así como la ingestión de 20 mg diarios de vitamina A, ha tenido resultados parecidos; todo esto al parecer por el poder antioxidante de estos suplementos. En estos momentos se realiza un estudio con más de 32 000 hombres mayores de 50 años para confirmarlo.

También hay pruebas, y aún se investiga, la finasterida (5 mg) como un producto que podría disminuir la probabilidad de este mal en los hombres predispuestos. El paciente con factores de riesgo debe realizarse un tacto rectal anual y un PSA cada 6 meses, con vistas a detectar a tiempo cualquier alteración. En caso de tacto dudoso o alterado y/o PSA mayor de 4 ug/ml, el paciente debe ser biopsiado en busca del tumor.²⁵

Variantes terapéuticas del cáncer prostático: existen 3 variantes terapéuticas en este tumor: la cirugía, la radioterapia y la hormonoterapia.

- Cirugía: Está indicada en los estadios iniciales de la enfermedad, cuando aún no se ha diseminado. Puede usarse la técnica llamada Nerve-Sparing Surgery con vistas a producir menor probabilidad de disfunción eréctil posteriormente, y se puede realizar prostatectomía parcial o radical con los ganglios de la zona. Existen 3 técnicas quirúrgicas básicas, la prostatectomía radical retropúbica, la prostatectomía radical perineal y la resección prostática transuretral, muchas veces realizada con carácter paliativo para aliviar la obstrucción producida por el tumor.
- Radioterapia: Se usan rayos X de alta energía, los cuales matan a las células cancerosas. Puede realizarse con una máquina para dichos fines (radiación externa), o a través de siembras de material radiactivo cerca del tumor (radiación implantada). Puede ser usada antes o después de la cirugía.
- Hormonoterapia: Las células cancerosas necesitan hormonas masculinas para su crecimiento. Se usa después de la cirugía o de la radioterapia. Esta dependencia puede cesar al cabo de los años y el paciente puede necesitar otra modalidad. Esta terapia puede consistir en orquiectomía, hormona liberadora de hormona luteinizante (LH-RH), agonistas como son leuprolide, goserelin o buserefin. También se usan medicamentos antiandrogénicos como son la flutamida y la bicalutamida. Por último, algunas previenen la formación de andrógenos por la suprarrenal como son el ketoconazol y la aminoglutemida. La utilización de bloqueadores antiandrogénicos y agonistas LH-RH se denomina bloqueo andró-

genico total.

Dentro de los efectos secundarios de la cirugía que un Médico de Familia debe tener presente, están la incontinencia, la impotencia, la lesión rectal y el llamado orgasmo seco (desaparece la eyaculación).

La radioterapia, por su parte, puede provocar diarrea y molestias durante la micción, el área de piel tratada puede enrojecerse, estar seca y adolorida, también puede haber caída del cabello lo cual puede ser transitorio o permanente dependiendo de las dosis de radiación. Esta terapia puede provocar impotencia en algunos hombres, aunque la radiación externa daña más los nervios que controlan la erección. La radiación interna puede causar temporalmente incontinencia.

La hormonoterapia puede causar impotencia, fogajes y disminución en el deseo sexual. Los antiandrogénicos pueden causar náuseas, vómitos, diarreas, ginecomastia y dolor en las mamas. El ketoconazol puede causar problemas hepáticos y la aminogluthetimida puede dar lugar a erupción cutánea. Por supuesto, los pacientes tratados con bloqueo andrógeno total tienen más efectos secundarios, que los tratados con tratamientos simples.

Estos pacientes deben ser seguidos por un urólogo o un oncólogo, el cual le indicará radiografías, gammagrafía ósea, PSA y todo cuanto él considere necesario para un correcto seguimiento del caso.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de la próstata es un tumor frecuente que cobra la vida de miles de hombres en el mundo todos los años. Puede ser sospechado teniendo en cuenta ciertos factores de riesgo, los que permiten diagnosticarlo a tiempo, y con esto, permitir la supervivencia del paciente; de ahí la importancia de conocer los métodos para saber cómo proceder ante este tipo de pacientes. Hay factores de riesgo, síntomas y precedentes diagnósticos que pueden alertar de su presencia, y que existen medios para lograr la curación y una mejor supervivencia de estos pacientes.

No es fácil predecir qué tumores crecerán y se diseminarán rápidamente, y cuáles crecerán lentamente. Cada hombre debe analizar su situación individual y el riesgo personal de cáncer de próstata con su médico, a fin de trabajar juntos para tomar una decisión informada.

Recuperarse del cáncer no siempre es posible. Si el cáncer no se puede curar o

controlar, se puede denominar cáncer avanzado o terminal. Este diagnóstico es estresante y, para muchas personas, hablar sobre el cáncer avanzado puede resultar difícil. Sin embargo, es importante que mantenga conversaciones abiertas y sinceras con su médico y el equipo de atención médica a fin de expresar sus sentimientos, preferencias e inquietudes. El equipo de atención médica tiene como objetivo ayudar, y muchos de sus integrantes tienen habilidades especiales, experiencia y conocimientos para brindar apoyo a los pacientes y a sus familiares. Asegurarse de que una persona esté físicamente cómoda y que no sienta dolor es extremadamente importante.

Es posible que los pacientes con cáncer avanzado y con una expectativa de vida inferior a 6 meses quieran considerar un tipo de cuidados paliativos denominado cuidados para enfermos terminales. Los cuidados para enfermos terminales están pensados para proporcionar la mejor calidad de vida posible para las personas que están cerca de la etapa final de la vida. Es recomendable que usted y su familia hablen con el equipo de atención médica respecto a las opciones de cuidados para enfermos terminales, que incluyen cuidados domiciliarios para enfermos terminales, cuidados en un hospital de cuidados paliativos u otros lugares de atención médica. El cuidado de enfermería y los equipos especiales, que incluyen una cama de hospital, pueden hacer que permanecer en el hogar sea una opción factible para muchas familias.

Actualmente se están aplicando tratamientos preventivos con suplementos dietéticos y drogas antiandrogénicas que pudieran mejorar la incidencia de este mal en un futuro no muy lejano.

6 Bibliografía

1. Martínez de Aragón MV, Llacer A. Mortalidad en España en 1996. *Semergen* 2000;26:458-65.
2. Brime B, Frutos P, Ballesteros MP, Frances MC. Sociofarmacia. La organización de la lucha contra el cáncer. *Offarm* 2000;19(10):128-41.
3. Bernal Perez M, Gómez Bernal FJ, Gómez Bernal GJ. Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. *Aten Prim* 2001;27:79-85.
4. McNeal JE. Regional morphology and pathology of the prostate. *Am J Clin Pathol* 2002;49:347-57.
5. Brett TD. An analysis of digital rectal examination and serum-prostate-specific antigen in the early detection of prostate cancer in general practice. *Fam Pract* 1998;15:529-33.

6. Pérez Cano E, Simonet Aineto PJ, Vargas Blasco C, Castells Estévez M, Parelada Esquius N. Situación diagnóstica del cáncer de próstata en atención primaria. *Aten Prim* 2000;25:27-35.
7. Oller Colom M, Jiménez Navarrete S, Hidalgo García A, Calvo Rosa E, Pérez Herrera RM, Castellanos Duarte RM. Actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico. *Aten Prim* 2002;26:323-6.
8. Simo Cruzet E, Urea Tapia MM, Vernet Vernet M, Sender Palacios MJ, Larrosa Saez P, Jovell Fernández E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico de cáncer. *Aten Prim* 2000;26:104-6.
9. Scher HI. Hyperplastic and malignant diseases of the prostate. Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL (ed.) *Harrison's: Principles of Internal Medicine*. 15 ed. New York: Mc Graw-Hill; 2001:608-16.

Capítulo 363

CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (también llamadas escaras o úlceras de decúbito), son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea, se producen como resultado de una presión o fricción prolongada sobre la piel, por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo y como consecuencia una degeneración rápida de los tejidos. En la mayoría de los casos, las personas que corren más riesgo de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que limita su capacidad de cambiar de posición o las que pasan la mayor parte del tiempo en una cama o silla.

Las zonas más frecuentes de aparición, si la persona está en una silla de ruedas, son: el coxis o glúteos, escápulas, columna vertebral, parte trasera de los brazos y piernas donde se apoyan en contacto con la silla; por el contrario, si la persona está postrada en una cama las zonas más susceptibles serían, parte trasera o lateral de la cabeza, omóplato, cadera, parte inferior de la espalda o coxis, talones,

tobillos y la piel detrás de las rodillas. Siempre se manifiestan en la piel que recubre las partes óseas del cuerpo, pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Las úlceras de decúbito pueden aparecer rápidamente. La mayoría de las úlceras se curan con tratamiento, pero algunas nunca se terminan de curar por completo.

Las Úlceras por Presión (UPP) representan un importante problema por sus repercusiones en la salud de quienes la padecen, desde un punto de vista profesional plantean cuestiones de responsabilidad ética y legal al ser consideradas como un problema previsible y en la mayoría de los casos evitable; de aquí surge la necesidad de crear un plan integral de mejoría continua para abordar.

El nivel de salud y la calidad de vida son causa de aumento de la estancia hospitalaria y a consecuencia aumenta también el consumo de recursos repercutiendo directamente en el sistema de salud. Este tipo de patología no es nueva, la problemática que suscita este tipo de lesiones afecta en distintas medidas al paciente y a la unidad de hospitalización La OMS la utiliza como unos de los parámetros para determinar la calidad de la asistencia dispensada por la red hospitalaria de un país, de aquí surge la necesidad de cambiar el planteamiento aplicando nuevas metodologías de trabajo y comprender que nuestra verdadera función es CUIDAR

2 Objetivos

- Proporcionar una orientación sobre las pautas a seguir por los profesionales de enfermería, en la valoración, detección e identificación de problemas en aquellos pacientes susceptibles de desarrollar o presentar úlceras por presión con el fin de prevenirlas o en su caso aplicar los cuidados más adecuados y eficaces para cada individuo.
- Identificar cómo disminuir la prevalencia e incidencia de UPP en la población, garantizar y mejorar la calidad asistencial, así como la continuidad de los cuidados de enfermería en todos los niveles asistenciales.

3 Metodología

Con una orientación sobre las pautas a seguir por los profesionales de enfermería, en la valoración e identificación de problemas en aquellos pacientes susceptibles de desarrollar o presentar úlceras por presión, con el fin de concienciar, prevenir

con unos cuidados de calidad, adecuados y eficaces para cada individuo, se ha realizado una búsqueda de artículos de referencia consultando varias bases de datos como Medline, Pubmed, Scielo, Google Search, y las palabras claves utilizadas fueron: úlceras por presión, escaras, UPP, calidad de cuidados, presión, protección, etc. De forma similar, también se planteó una búsqueda, empleando una estrategia básica mediante los términos úlcera por presión, en el catálogo de guías prácticas clínicas del Sistema Nacional de Salud. Se excluyeron aquellos textos que no estuvieran en castellano ni inglés.

4 Resultados

El desarrollo de las UPP se produce cuando dos capas de tejido epitelial ejercen una fuerza opuesta entre sí y la presión se vuelve mayor que la presión capilar media. La mayoría de las lesiones se producen por la acción combinada de factores extrínsecos entre los que destaca:

- La Presión: Fuerza ejercida en una zona dada, cuanto mayor sea la presión ejercida más se ocluirán los capilares, allí donde el tejido epitelial es más fino el riesgo sanguíneo será más vulnerable a la interrupción, lo cual lleva a muerte celular.
- Fuerzas de Cizalladura: Se producen a consecuencia de una presión aplicada al cuerpo en ángulos. Se puede producir la distorsión del tejido. Fuerzas de Fricción: se generan cuando la superficie roza con otra, dañando la unión dermoepidérmica, (la piel y la sábana).
- Fuerzas de Tracción: Lesionan los tejidos profundos y se producen cuando el esqueleto y la fascia profunda se deslizan sobre una superficie, mientras la piel y la fascia superficial se mantienen fijas. Higiene de la Piel; El sudor, la fricción e incontinencia son factores que contribuyen a la descomposición del tejido.

Factores fisiopatológicos: se desarrollan como consecuencia de diferentes problemas de salud.

- Lesiones cutáneas, edemas sequedad de la piel o falta de elasticidad.
- Trastornos en el transporte de oxígeno, trastornos vasculares periféricos, estasis venoso y trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales (por defecto o por exceso), delgadez, desnutrición, obesidad, hipoproteinemia y deshidratación.
- Trastornos inmunológicos, cáncer, infecciones. Alteraciones del estado de conciencia, estupor, confusión, coma.
- Deficiencias motoras, paresia, parálisis.
- Deficiencias sensoriales, pérdida de la sensación dolorosa.

- Alteración de la eliminación(urinaria/intestinal), incontinencia urinaria o intestinal.

Factores derivados del tratamiento, como consecuencia de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos:

- Inmovilidad impuesta, resultado de alternativas terapéuticas, (escayolas, tracciones, respiradores etc.).
- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunodepresora: radiológica, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéuticos: sondaje vesical, nasogástricos.

Factores situacionales: Resultado de las condiciones personales, ambientales, hábitos etc. Inmovilidad relacionada con dolor, fatiga, estrés. Arrugas en la ropa de cama, camisón, pijama, objetos que puedan rozar etc.

Según la afectación de la piel, las úlceras por presión se clasifican en los siguientes grados o estadios:

- Grado I. Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta. Afecta a la epidermis.
- Grado II. Piel con pérdida de solución de continuidad, vesículas y flictenas. Afecta a la epidermis y dermis superficial.
- Grado III. Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando hasta incluso la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, huesos o estructuras de sostén (por ejemplo: tendón, cápsula articular). Presenta lesiones con cavernas o trayectos sinuosos

5 Discusión-Conclusión

Las UPP suponen un problema de salud que tradicionalmente ha carecido de interés para los profesionales y se ha caído en el error de intentar normalizarlas y asumirlas como algo irremediable para la sociedad. Esto ha llevado a entrar en un estado de aletargamiento en el desarrollo de estudios o investigaciones en este campo. En la actualidad está creciendo el interés en el cuidado de estas lesiones, no solo encaminado hacia la consecución de un tratamiento eficaz, sino también dirigido a la prevención de las mismas, ya que se estima que entre el 95-99% de las UPP son evitables. Estas lesiones se dan tanto a nivel hospitalario como domiciliario, siendo responsables de un agravamiento del pronóstico, de

una disminución de la esperanza de vida y de un deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen. Las personas que las padecen precisan una atención diaria por profesionales y cuidadores para evitar su aparición o conseguir su curación. Estas actuaciones terapéuticas elevan los costes de la asistencia, por eso lo más eficaz es enfocar la mayoría de los recursos hacia una buena prevención para evitar llegar a este punto.

6 Bibliografía

1. Agencia de calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2007. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
2. SNS/docs/planCalidad2007.pdf GNEAUPP. Logroño. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas.
3. <http://gneaupp.info>
4. Guía práctica clínica para el cuidado de las personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas. Valencia Conselleria de Sanitat 2012.
5. Subdirección asistencial de enfermería. Guías de Práctica Clínica. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Illes Balears: Servei de Salut de les Illes Balears; 2007.
6. Guía práctica de úlceras por presión, en úlceras por presión (UPP) y Úlceras de la extremidad inferior (UEI).
8. Verdú Soriano J. Epidemiología, prevención y tratamiento de las úlceras por presión (Tesis Doctoral) Alicante. Universidad de Alicante 2006.
9. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE. Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la comunidad autónoma de la Rioja. Gerokomos. 1999; 10 (2): 75-86.
10. San Sebastián JA, Lyder CH, Posnett J, Chapman N. Epidemiología, impacto y aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Edición: Madrid; SPA. 2004.

Capítulo 364

EL ALMACENAMIENTO Y USO DE LA HISTORIA CLINICA

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

1 Introducción

Según la ley 41/2002 de 14 de Noviembre, se define la historia clínica como: “El conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”. La historia clínica del paciente comprende, además de los datos personales y de filiación multitud de documentos referentes al paciente (Informes, curso clínico, analíticas, resultados de pruebas, etc...). Algunos de ellos pueden ser destruidos pasado el tiempo y otros han de ser conservados de forma indefinida.

Así mismo han de ser conservados siempre: los consentimientos informados, informes de quirófano o de registro del parto y los informes de alta. Por otro lado, pasados 5 años pueden ser destruidos: Informes de urgencias, hojas clínico-estadísticas y solicitudes o autorizaciones de ingreso. Otros documentos de la historia pueden ser destruidos cuando ya no sean trascendentales por motivos

de salud pública, epidemiológicos, asistenciales o de investigación judicial. La historia debe ser un reflejo veraz del curso que siga la enfermedad del paciente, por lo tanto los datos incluidos en ella no pueden ser alterados o falseados. La persona o personas que lo hiciera incurriría en un delito de falsedad documental, penado por ley.

También en la ley 41/2002 del 14 de noviembre se expresa que el titular del derecho a la información es el propio paciente; aunque en la medida que este lo permita, de manera expresa o tácita, podrán ser informadas de su estado de salud las personas vinculadas a él. Según la ley de protección de datos, “el tratamiento de los datos de carácter personal requerirá consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa”. Por lo tanto el propio paciente y como titular de los datos reflejados en su historia, tiene derecho a solicitar el acceso a los mismos en cualquier momento, derecho contemplado en la LOPD. Así mismo el propio paciente también tiene derecho a no ser informado de su estado de salud, cuando este lo manifieste de manera expresa; este dato constará en la historia, aunque no exime de la solicitud de consentimiento previo a una intervención quirúrgica.

2 Objetivos

Identificar quien o quienes pueden tener acceso a la historia clínica de un paciente y equipo de salud

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica, analizando y extrayendo información necesaria para la elaboración de este estudio. Instrumentos utilizados para el estudio:

- Leyes que regulan el tratamiento de la historia clínica, uso y conservación.
- Reglamento de uso interno de la historia clínica.
- Artículos de estudio de uso interno de varios lugares, centrándonos en la parte de acceso de historia clínica. Dependiendo del reglamento de uso interno que se consulte, existen variaciones en algunos aspectos, por ejemplo de quien o quienes tienen acceso a los datos del paciente. Así algunos centros sanitarios dan mayor o menor acceso y depende que tipo de trabajadores. De todas maneras la ley es clara en los aspectos claves de confidencialidad, secreto profesional, etc...

4 Resultados

Analizamos en los diferentes textos legales para dar a conocer la normativa existente en cuanto a la protección de datos del paciente y el uso, que las diferentes personas que puedan acceder a ellos, hagan de los mismos. Se realizan búsquedas a través de Internet con la ayuda de navegadores, así como consultas bibliográficas e bibliotecas de las diferentes leyes que regulan el uso y almacenamiento de la historia clínica.

Conocer quien o quienes pueden tener acceso a la historia clínica de un paciente, que son el propio paciente, el equipo de salud que lo trata, representante legal, autoridades judiciales y las demás personas que la ley contemple.

-Paciente: Como titular del derecho podrá solicitar el acceso a su historia siempre que lo estime oportuno. También puede renunciar al derecho de ser informado de su estado de salud. Así como acreditar a personas vinculadas a él para que puedan ser informadas de su estado de salud.

-Equipo de salud: Se incluye aquí a el médico, así como el personal sanitario directamente implicado en la atención al paciente. No pudiendo estos acceder a los datos de otros pacientes a los que no se esté tratando, ni pudiendo divulgar datos personales de ningún paciente; de hacerlo se podría incurrir en un delito contra la intimidad personal penado por ley.

La historia clínica es fundamental para otras áreas, como puede ser: Investigación, docencia, gestión y planificación sanitaria, evolución asistencial, fondo documental, o en temas jurídicos. Por eso diferentes personas no relacionadas con el paciente pueden acceder a la misma, con autorización previa. No estando nunca autorizados a divulgar su contenido, sino consultarla para los fines previstos. Así cuando un investigador, o grupo de investigadores quieran realizar un estudio, podrán solicitar el acceso a documentos clínicos que les interesen para elaborar su artículo. Las autoridades judiciales competentes también podrán acceder a la historia clínica de un paciente, cuando sea necesario para el caso y un juez así lo autorice. Los propios centros sanitarios también pueden utilizarlas para realizar estadísticas, acciones de mejora asistencial... Deber de secreto, de las personas que accedan a la historia. Tal y como viene relajado en el artículo 10 de la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal: “El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso,

con el responsable del mismo”. La ley es clara y da acceso a los profesionales que asisten al enfermo a los datos recogidos en la historia, pero les responsabiliza de ser rigurosos con ellos.

El acceso es meramente asistencial y estas personas no pueden divulgar el contenido a terceros. La divulgación de los datos contenidos en la historia, o la consulta de historias clínicas de personas a las cuales no se está vinculado de manera laboral están penadas como delito por ley.

5 Discusión-Conclusión

Solo el paciente, quien este autorice, los sanitarios que lo atienden, o las autoridades judiciales que lo precisen podrán acceder a la historia clínica del paciente.

-Los profesionales sanitarios que acceden a la historia del paciente no podrán divulgar el contenido de esta, sino que su uso es solamente para la atención al enfermo.

-Las personas que acceden a la historia clínica han de guardar secreto profesional, sobre los datos a los que accedan, aún después de finalizado el proceso asistencial.

-La divulgación de datos de la historia, el acceso indebido a la misma, o el acceso a historias de pacientes que no estén vinculados con el proceso asistencial está penado por ley.

-La historia de un paciente es utilizada en los procesos asistenciales del mismo, procesos judiciales, o puede ser utilizada con otros fines (estadísticas, investigación, docencia, gestión...). -Aunque siempre se ha usado el soporte papel, cada vez mas centros informatizan sus historias.

El soporte informático garantiza el almacenamiento adecuado y seguro de los datos, facilita el acceso por los diferentes profesionales implicados en el cuidado del paciente, y restringe el acceso a aquellas personas que estén autorizadas. Se podrá restringir al acceso a determinadas historias, o vetar el acceso a partes de una historia, concediendo diferentes permisos a cada tipo de personal (Médicos, enfermeras, técnicos, administrativos..)

El responsable último del almacenamiento de la historia clínica es la dirección del centro sanitario, y es esta quien debe poner los medios necesarios para su adecuada conservación y mantenimiento óptimo

6 Bibliografía

- 1.Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 2.Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 3.Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- 4.Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Capítulo 365

EL CÁNCER DE MAMA Y SUS CUIDADOS

MARÍA DE LOS ANGELES FERNÁNDEZ CIMA

MARÍA DEL MAR DIEZ PERTIERRA

CHRISTIAN MONASTERIO DÍAZ

MARIA AZUCENA DIAZ GONZALEZ

1 Introducción

En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa de mortalidad en la población. Es posible prevenir casi un 30% de los casos de cáncer modificando los factores de riesgo principales como son la alimentación, el tabaco, el alcohol o la falta de ejercicio físico. Los hongos son alimentos con unas propiedades nutricionales muy apreciadas. Existen numerosas investigaciones en la actualidad sobre la presencia de compuestos bioactivos en los hongos, utilizándose en la prevención de algunas enfermedades, entre ellas, el cáncer de mama.

El cáncer de mama es el tumor maligno que se origina en el tejido de la glándula mamaria. Cuando las células tumorales proceden del tejido glandular de la mama y tienen capacidad de invadir los tejidos sanos de alrededor y alcanzar órganos alejados e implantarse en ellos, hablamos de cáncer de mama. El tipo de células afectadas determina el tipo de cáncer de seno. La mayoría de los cánceres de mama son carcinomas, los cuales se originan en las células epiteliales que revisten los órganos y los tejidos.

El cáncer de seno (o cáncer de mama) es un tumor maligno que se origina en las células del seno. Un tumor maligno es un grupo de células cancerosas que pueden crecer penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o que pueden propagarse (hacer metástasis) a áreas distantes del cuerpo. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también la pueden padecer.

2 Objetivos

- Identificar cómo disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante la detección precoz del cáncer de mama.
- Analizar las medidas de detección precoz de cáncer de mama en sus fases iniciales

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva tanto en español como en inglés en las bases de datos Medline, Pubmed y Scielo. Se tuvieron en cuenta los estudios realizados en los últimos diez años. Y se utilizaron descriptores como : cáncer, cáncer de mama, carcinoma,prevención

4 Resultados

Para disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad por cáncer, mediante la detección precoz del cáncer de mama y apoyar a las mujeres que hayan tenido cáncer de mama ofreciéndoles orientación e información y también a sus familiares. Es muy importante informar sobre las medidas de detección precoz de cáncer de mama en sus fases iniciales y fomentar la aplicación de las mismas. El diagnóstico precoz hace que puedan tomarse las medidas necesarias en cuanto a tratamientos y aumenta la posibilidad de curación superior al 90%.

Detectar el cáncer a tiempo, hace que el tratamiento sea menos agresivo y los efectos secundarios sean menores.

El cáncer de mama precoz generalmente no causa síntomas; razón por la cual los exámenes regulares de las mamas son importantes. A medida que el cáncer crece, los síntomas pueden incluir enrojecimiento, hinchazón y retracción de la piel o del pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento que luce como cáscara de naranja. Otro problema frecuente es la secreción del pezón. El flujo de

un carcinoma de mama suele ser espontáneo, con sangre, asociado a una masa y localizado en un solo conducto en uno de las mamas. En algunos casos la secreción de líquido proveniente del pezón puede ser de color claro a amarillento o verdoso, y lucir como pus.

Tumores mamarios o tumoraciones en las axilas que son duras, tienen bordes irregulares y generalmente no duelen. Cambio en el tamaño, forma o textura de las mamas o el pezón. Los hombres también pueden desarrollar cáncer de mama y los síntomas abarcan tumoración mamaria, así como dolor y sensibilidad en las mamas.

Los síntomas del cáncer de mama avanzado pueden abarcar:

- Bulto en la mama
- Aumento del tamaño de los ganglios linfáticos (adenopatías) en la axila
- Cambios en el tamaño, textura de la piel o color de la mama
- Enrojecimiento de la piel
- Formación de depresiones o arrugas
- Cambios o secreción por el pezón
- Descamación
- Tracción del pezón hacia un lado o cambio de dirección
- Dolor óseo.
- Dolor o molestia en las mamas.
- Úlceras cutáneas.
- Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer).
- Pérdida de peso.

Hay que enfatizar que el cáncer de mama puede manifestarse como una tumoración asintomática y que cuando ya hay retracción de la piel sea un cáncer avanzado, por lo que al detectar una masa, la paciente debe buscar ayuda profesional y pedir un diagnóstico exacto basado en estudios y no en presunción clínica.

Tipos de cáncer de mama

No todos los bultos que aparecen en las mamas son un síntoma de cáncer. De hecho, nueve de cada diez bultos son benignos. Estos bultos no cancerosos pueden ser fibrosis o tumores de tejido conectivo y glandular, o bien, quistes o bolsas llenas de líquido. Los tumores benignos de mama (fibroadenomas) no constituyen un peligro para la vida y suelen tener fácil tratamiento. El principal tipo de cáncer de mama es el adenocarcinoma, que se produce en tejidos glandulares de cualquier parte del organismo. Los tumores específicos del seno son:

- Carcinoma ductal

(Localizado en los conductos). El carcinoma ductal in situ se encuadra en los conductos mamarios o galactóforos, a través de los cuales la leche llega hasta el pezón. Si no se trata, puede extenderse más allá de los conductos mamarios y originar metástasis. Por esto es muy importante detectar a tiempo su presencia, para evitar la progresión hacia el cáncer. Esta detección sólo puede realizarse a través de pruebas específicas, como una mamografía, puesto que el carcinoma in situ no suele producir ningún síntoma. El carcinoma ductal invasor, o infiltrante invade el tejido adiposo del seno, desde uno de los conductos. El carcinoma invasor es el más frecuente de los cánceres de mama; supone aproximadamente el 80 por ciento de todos los que se producen.

- Carcinoma lobulillar o lobular

Dentro de este tipo se encuentra el carcinoma lobular in situ, también llamado neoplasia lobular. El carcinoma lobular invasor sigue el mismo proceso de filtración que el carcinoma ductal invasor hacia el tejido adiposo, pero desde los lobulillos.

- Cáncer inflamatorio de mama

Menos frecuente. Se trata de un cáncer bastante agresivo, que crece rápido. Se denomina inflamatorio porque las células cancerosas bloquean los vasos linfáticos y esto se manifiesta en la piel, que adquiere una apariencia gruesa y ahuecada, similar a la de una cáscara de naranja.

- Otros tipos

También poco frecuentes de cáncer de mama son el mucinoso o coloide, en el que las células cancerosas producen cierta mucosidad, y el medular, un tumor infiltrante, pero con mejor pronóstico que otros cánceres invasores.

- Cáncer de Paget

Se propaga por la piel del pezón y de la areola. En este tipo de cáncer, la piel del pezón y de la areola aparece escamosa y rojiza, con ocasionales pérdidas de sangre. En ocasiones, la enfermedad de Paget puede estar asociada con un carcinoma in situ o infiltrante.

El médico le preguntará acerca de sus síntomas y factores de riesgo y luego llevará a cabo un examen físico, el cual incluye ambas mamas, las axilas y el área del cuello y del tórax. Los exámenes utilizados para diagnosticar y vigilar a los pacientes con cáncer de mama abarcan:

- Resonancia magnética de las mamas para ayudar a identificar mejor la tumoración mamaria o evaluar un cambio anormal en una mamografía.
- Ecografía de las mamas para mostrar si la tumoración es sólida o está llena de líquido.

- Biopsia de mama: usando métodos como biopsia espirativa, guiada por ecografía, estereotáctica o abierta.
- Tomografía computarizada para ver si el cáncer se ha diseminado por fuera de la mama.
- Mamografía para detectar cáncer de mama o ayudar a identificar la tumoración o protuberancia mamaria.
- Tomografía por emisión de positrones (TEP) para verificar si el cáncer se ha diseminado.
- Biopsia de ganglio linfático centinela para verificar si el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos.

Si el médico sabe que usted en realidad tiene cáncer de mama, le harán más exámenes. Esto se denomina estadificación, con lo cual se verifica si el cáncer se ha propagado. La estadificación ayuda a guiar el tratamiento y control. Igualmente, le da a usted una idea de lo que puede esperar en el futuro.

Los estadios o fases del cáncer de mama van de 0 a IV. Cuanto más alto sea el número del estadio, más avanzado estará el cáncer.

5 Discusión-Conclusión

La frecuencia es menor que entre las mujeres, los hombres que sufren un cáncer de mama suelen tener un peor pronóstico de la enfermedad. Esta diferencia no se debe a que el tumor mamario en los hombres sea de un peor tipo, sino sencillamente a que se diagnostica bastante más tarde que entre las mujeres sobre todo por desinformación.

El riesgo de que un hombre desarrolle cáncer de mama aumenta si lo ha padecido alguien en su familia directa y también si ha sufrido el llamado síndrome de Klinefelter, una alteración por la que no se produce testosterona. Otros factores de riesgo son haber padecido enfermedades testiculares o sufrir sobrepeso. Los tratamientos que recibe un varón afectado por este tumor son los mismos que los aplicados a las mujeres.

El cáncer como toda enfermedad crónica, implica adaptarse a la enfermedad, esto debido a la naturaleza de la misma, su progresión y los posibles tratamientos, todo lo anterior provoca cambios en la paciente como: físicos, emocionales y sociales provocando un impacto inesperado en la paciente dando pie a reacciones de incertidumbre, angustia, miedo y desesperación, entre otras.

Tal impacto puede lograr amortiguarse con el establecimiento de una positiva relación con el médico creándole confianza y seguridad así como también apoyo psicológico que colaborará fundando una mejor calidad de vida.

Así también existen otros factores que influyen de manera predominante en el bienestar de la paciente, entre ellos destaca: la estabilidad emocional, buena comunicación familiar, apoyo de amistades, de su esposo e hijos (si se tiene), en sí, personas allegadas a la paciente.

Los tratamientos nuevos y mejorados están ayudando a las personas con cáncer de mama a vivir por más tiempo. Incluso con tratamiento, el cáncer de mama puede diseminarse a otras partes del cuerpo. Algunas veces, el cáncer retorna incluso después de que se extirpa el tumor entero y se descubre que los ganglios linfáticos están libres de cáncer. Algunas mujeres que han tenido cáncer de mama desarrollan un nuevo cáncer allí que no está relacionado con el tumor original.

La recuperación después del tratamiento para el cáncer de mama depende de muchos factores. Cuanto más avanzado esté el cáncer, menos alentador será el desenlace clínico. Otros factores que determinan el riesgo de recurrencia y la probabilidad de un tratamiento exitoso abarcan:

- Localización del tumor y qué tan lejos se ha diseminado
- Si el tumor es positivo o negativo para los receptores hormonales
- Marcadores del tumor
- Expresión del gen
- Tamaño y forma del tumor
- Tasa de división celular o velocidad de crecimiento del tumor

Por lo tanto la gravedad de la enfermedad está dada por las creencias y expectativas de cada persona en particular, así como en la ideología que forma la sociedad a dicha enfermedad.

6 Bibliografía

- 1.National Cancer Institute: PDQ Breast Cancer Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified 08/22/2013.
- 2.<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional>.
3. - Organización Mundial de la Salud 2002. Programas de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión. ISBN9243590235
4. Anatomía-fisiológica. Series Manuales de enfermería. 1994 Masson-Salvat –

5. Carlos Padrón. Protocolos de actuación para el estudio de la mama en radiodiagnóstico. AETR
6. Técnica radiológica en Mamografía. Ed Marbán
7. Ryan. Anatomía para el diagnóstico radiológico. Ed. Marbán
8. PDQ r sobre los exámenes de detección y la prevención. PDQ exámenes de detección del cáncer de seno(mama). Bethesda, MD: National Cancer Institute

Capítulo 366

CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN

MARIA ELENA NIETO LOBETO

1 Introducción

En la unidad de cirugía para tener un buen cuidado de los pacientes es muy importante conocer todos aquellos factores que influyen y que se pueden ver alterados por una intervención quirúrgica.

2 Objetivos

Analizar los principales factores que intervienen en el buen pronóstico de una intervención, así como los diferentes tipos de intervención más frecuentes.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: intervención, operación, cuidados, auxiliar enfermería, factores; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995

4 Bibliografía

- Medline
- PubMed
- Google Académico

Capítulo 367

LA ESQUIZOFRENIA ANTE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

1 Introducción

La persona con esquizofrenia, se identifica por un desorden fundamental de la personalidad. Es una enfermedad compleja con el inconveniente de distinguir lo real de lo que no es, unido también al obstáculo para pensar y actuar y tener una respuesta. Es un trastorno grave , él enfermo puede oír voces que no están ,incluso piensan que les quien hacer daño. Es complejo éste trastorno para ellos y difícil para tener un trabajo o incluso cuidarse de si mismos.

Las personas esquizofrénicas necesitan recibir tratamiento de manera crónica. Detectar y tratar lo antes posible la enfermedad puede ayudar los síntomas, antes de que evolucionan y lleguen a causar complicaciones graves.

Esta enfermedad que afecta a millones de personas en el mundo. Se calcula que, de cada 100 personas, una puede padecerla. Generalmente aparece en adultos jóvenes.

2 Objetivos

Distinguir entre: causas, factores de riesgo ,síntomas , e inicio de dicha enfermedad, y la importancia del manejo multidisciplinar .

3 Metodología

Para realizar el capítulo se ha llevado a cabo una revisión en distintos libros, revistas y artículos relacionados con la esquizofrenia.

4 Resultados

Los profesionales que investigan ,piensan que la combinación de la genética, la química del cerebro y el ambiente contribuye al desarrollo de este trastorno El objetivo principal sería tratamiento con antipsicóticos es controlar los síntomas de la mejor manera con la menor dosis posible El psiquiatra puede probar diferentes medicamentos ,dosis o combinaciones conforme pase el tiempo, con la intención de controlar dichos síntomas. Otros medicamentos, como los antidepresivos y los ansiolíticos, también pueden ser útiles. Pueden pasar semanas hasta notar mejoría.

Una vez que el paciente está diagnosticado se le realiza una serie de tratamientos que incluso aveces se requiere hospitalización La esquizofrenia puede generar problemas graves, que afectan al entorno en todos los ámbitos de la vida, si no se llega a tratar.

Las complicaciones serian las siguientes:

- Suicidio, intentos de autolisis o ideación suicida
- Auto-lesión
- Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Depresión
- Consumo abusivo de alcohol u drogas ,incluso el tabaco
- Imposibilidad de trabajar o asistir a la escuela
- Problemas económicos y legales,y falta de vivienda

- Aislamiento social
- Problemas médicos y de salud
- Victimizarse
- Conductas agresivas, aunque es poco frecuente

En periodos de crisis o momentos graves, puede ser conveniente hospitalizar al paciente para tener la seguridad y garantía de una alimentación correcta, horas de sueño adecuadas e higiene básica.

Principalmente los medicamentos son importantes en el tratamiento de la esquizofrenia, los antipsicóticos son los que se recetan con más frecuencia. Estos medicamentos controlan los síntomas como consecuencia de actuar sobre la dopamina, un neurotransmisor cerebral.

5 Discusión-Conclusión

Tanto con el paciente como con la familia y pruebas complementarias, está clara la importancia de los avances en la investigación . No hay cura, los medicamentos adicionales, incluyendo terapias y educación familiar son esenciales para la rehabilitación y capacidad personal del enfermo. Por todo ello, intentaremos que el enfermo se sienta apoyado . También afecta tanto a las facultades afectivas y cognitivas, y por supuesto al entorno familiar.

El paciente necesita un tratamiento para siempre, sin importar si los síntomas persiste o no. El tratamiento con medicamentos y terapia psicosocial pueden favorecer el control de la enfermedad. En algunos casos, es necesario internar a la persona con esquizofrenia, principalmente en crisis agresivas, ya sea auto o heteroagresividad.

Habitualmente, un psiquiatra experimentado en esquizofrenia guía el tratamiento. El equipo de tratamiento también puede incluir un psicólogo, un asistente social, personal de enfermería psiquiátrica y , posiblemente, un encargado del caso para coordinar la atención multidisciplinar.

6 Bibliografía

- Enfermeía de Salud Mental y Psiquiatría Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Joana Fornes Vives M^aConsuelo Carballal Balsa Editorial Médica Panamericano

- Introducción a la Psicología y la Psiquiatría J.Vallejo Ruiloba MassonPsiquiatría clínica Harol L.Kaplan,M.D Benjamin J.Sadock,M.D, J.Sadock,M.O
- Psicopatólogo de los delirios C. Ruiz Ortega D Barcia Salorio. Antonio Colodrón.
- Las Esquizofrenias. Síndrome de KRAEPELIN-BLEULER. Siglo veinteuno de España editores,S.A. Psicología y etiología.
- Esquizofrénia ¡cuéntamelo!. Coordinador. Dr José Manuel Olivares psiquiatra jefe de servicio de Hospital Cunqueiro EOXI de Vigo.
- Artículos académicos para Scielo Esquizofrenía, González Hernández ,RL López Guerra. Revista Cubana 2008
- Artículos académicos para esquizofrénia depresión y ansiedad. AE Eiza-guirre,BPGonzález,PGPELÁEZ. Psquis 2000 centrodepscoterapia.es

Capítulo 368

NORMAS DE CIRCULACIÓN EN EL QUIRÓFANO

EVA PEREZ GARCIA

1 Introducción

Hay una serie de normas aplicables a cualquier personal sanitario que pertenezca o no al equipo quirúrgico que circula dentro del área quirúrgica. Tanto el enfermero circulante como el personal Técnico de cuidados auxiliares de enfermería se mueven continuamente por el quirófono, por lo que deben conocer las siguientes normas.

2 Objetivos

Conocer las normas de una correcta circulación por el quirófono es esencial, para la seguridad nuestra, de nuestros compañeros y la del propio paciente.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: quirófono, cuidados, auxiliar enfermería, funciones combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2003.

4 Resultados

Las principales normas de circulación identificadas en los distintos estudios son:

- Se debe utilizar indumentaria quirúrgica de uso exclusivo de quirófano.
- Dentro del quirófano se ha de ir con cuidado y diferenciar la zona limpia (que es por la que se tiene que ir) de la zona sucia.
- Dentro del quirófano se realizarán movimientos controlados y suaves para evitar desplazamientos de partículas.
- Al abrir y cerrar las puertas del quirófano se hará de manera suave para impedir corrientes de aire.
- El exceso de personal supone un riesgo para la adecuada asepsia de la intervención quirúrgica
- Evitar la entrada a quirófano de bolsos de mano, maletines y otros objetos personales.
- Se debe hablar con voz normal o baja.
- Se intentará no ir de un quirófano a otro pasando por la zona sucia.
- Mantener un área de seguridad en torno al campo quirúrgico.
- Mantener precaución con las zonas que son “terreno de nadie”: se consideran contaminadas para los miembros del equipo quirúrgico estéril, y estériles para los miembros del equipo quirúrgico no estéril.
- El personal con uniforme estéril debe dejar un amplio margen de seguridad al pasar por las áreas no estériles. Se debe pasar dando la espalda a las personas no estériles y siempre de frente a las zonas estériles

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer las normas para poder conseguir la mayor asepsia en la zona quirúrgica, ya que en caso contrario, se realizaría iatrogenia al paciente, y se favorecería que tuviera múltiples infecciones.

6 Bibliografía

- <http://www.index-f.com>
- <https://www.quirófano.net>
- <https://www.fp-santagema.es/>
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/>

Capítulo 369

EL PERIODO PREOPERATORIO: LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

EVA PEREZ GARCIA

1 Introducción

Las funciones del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) están recogidas en la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social.

Todo TCAE ante la preparación del paciente para una intervención quirúrgica, necesitará tener una información básica. Saber lo que puede esperar antes, después y durante la misma, nos ayudara a tener una mayor control de la situación, transmitiendo de ésta manera una buena sensación de seguridad al paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería en el periodo preoperatorio

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: preoperato-

rio, cuidados, auxiliar enfermería, funciones; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2001.

4 Resultados

El periodo preoperatorio es el tiempo inmediatamente anterior a la intervención quirúrgica, en este periodo el paciente necesita una preparación física y mental para enfrentarse a algo nuevo y desconocido para el paciente.

El TCAE tendrá una serie de cometidos :

- Higiene del paciente: la realizará en las dos horas anteriores a la cirugía en en la propia planta de hospitalización, pudiendo realizar un lavado antiséptico del área a intervenir.
- La preparación del paciente incluye la eliminación del vello de la zona, si fuese necesario. No es aconsejable realizar un afeitado minucioso con gran apurado en los momentos inmediatamente anteriores a la intervención, lo deseable es que el paciente llegase con la zona a intervenir preparada de su domicilio, aunque si es necesario se realizará un rasurado sin gran apurado o cortar lo ms corto posible con unas tijeras, de ésta manera evitaremos erosiones en la piel que pudiesen ser fuente de infección.
- Si fuese necesaria la aplicación algún enema evacuador para la limpieza intestinal, se realizará bajo las indicaciones de enfermería y siguiendo los protocolos del hospital donde se encuentre trabajando el TCAE.
- Hemos de confirmar preguntando al paciente, que se encuentra realmente en ayunas, y que no ha ingerido ningún sólido ni líquidos. Esa información se la comunicaremos al enfermero responsable del paciente.
- Identificar al paciente con su nombre completo con una pulsera para tal efecto, donde además ha de figurar el número de habitación, cama, y servicio en el que se encuentra.
- Retiraremos al paciente todo aquello que sea necesario, como ropa interior, pulseras, relojes, pendientes, piercings, prótesis dentales, oculares... etc.
- Le colocaremos los elementos necesarios para la intervención, gorro, bata quirúr-

gica y calzas si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

Es relevante que tanto el personal sanitario como los familiares y el paciente, conozcan las distintas funciones de las personas que les asisten durante el periodo de hospitalización, ello hace más fácil y humano la comunicación y el buen desarrollo del trabajo por parte de los profesionales sanitarios, como el TCAE.

6 Bibliografía

- <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- <https://www.itep.es/>
- <https://auxiliarenfermeria.es/funciones/>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>

Capítulo 370

HISTERECTOMIA VÍA VAGINAL

EVA CLARA SAIZ LANDERAS

MONICA FERNANDEZ FALCÓN

1 Introducción

La histerectomía vaginal es un procedimiento quirúrgico para extirpar el útero a través de la vagina.

Durante la histerectomía vaginal, antes de extirpar el útero, el cirujano lo separa de los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina superior, así como de los vasos sanguíneos y del tejido conectivo que lo sostienen.

La histerectomía vaginal implica una estancia en el hospital más breve, un menor costo y una recuperación más rápida en comparación con la histerectomía abdominal, que requiere una incisión en la parte inferior del abdomen. Sin embargo, dependiendo del tamaño y la forma del útero o del motivo de la cirugía, es posible que la histerectomía vaginal no pueda realizarse. El médico hablará con la paciente sobre otras opciones quirúrgicas, como la histerectomía abdominal.

La histerectomía con frecuencia implica la extirpación del cuello uterino y del útero. Cuando el cirujano también extirpa un ovario o ambos y las trompas de Falopio, esto se denomina "histerectomía total con salpingooforectomía". Todos estos órganos son parte del sistema reproductor y se ubican en la pelvis.

2 Objetivos

Identificar la finalidad y las causas que llevan a programar una histerectomía vaginal y cómo es el procedimiento.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: histerectomía vaginal, histerectomía, cuidados, auxiliar enfermería; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2017.

4 Resultados

El objetivo de la realizar esta cirugía es para tratar distintos problemas ginecológicos, en los que se incluyen:

- Fibromas: Muchas histerectomías se realizan para tratar de forma permanente estos tumores benignos en el útero que pueden causar sangrado persistente, anemia, dolor pélvico, dolor durante el coito y presión en la vejiga. En el caso de los fibromas grandes, es posible que necesites una cirugía para extirpar el útero a través de una incisión que se realiza en la parte inferior del abdomen (histerectomía abdominal).
- Endometriosis: Esto ocurre cuando el tejido que reviste el útero (endometrio) crece fuera de él, lo que afecta los ovarios, las trompas de Falopio y otros órganos. La mayoría de las mujeres que padecen endometriosis se someten a una histerectomía laparoscópica o robótica, pero a veces es posible realizar una histerectomía vaginal.
- Endometriosis del útero: Esto ocurre cuando el tejido que habitualmente reviste el útero crece en la pared uterina. El resultado es un útero agrandado y períodos intensos y dolorosos.
- Cáncer ginecológico: Si tiene cáncer de útero, cuello uterino, endometrio u ovarios o cambios precancerígenos, puede que el médico te recomiende una histerectomía. Generalmente, el tratamiento para el cáncer de ovario implica una histerectomía abdominal, pero a veces una histerectomía vaginal es adecuada para las mujeres que tienen cáncer de cuello uterino o endometrio.

- Prolapso uterino: Cuando se debilitan o estiran los tejidos y ligamentos que sostienen la pelvis, el útero puede descender hacia la vagina, lo que causa pérdida de orina, presión pélvica o dificultad para defecar. Extirpar el útero y reparar los tejidos de sostén puede aliviar esos síntomas.
- Sangrado uterino anormal: Cuando los medicamentos o un procedimiento quirúrgico menos invasivo no controlan los períodos irregulares, intensos o muy prolongados, es posible que se necesite una histerectomía.
- Dolor pélvico crónico: Si una enfermedad uterina es indudablemente la causa del dolor, puede que la histerectomía ayude, pero solo se utiliza como último recurso. El dolor pélvico crónico puede tener varias causas, por lo que es fundamental un diagnóstico preciso de la causa antes de realizar una histerectomía.

Durante el procedimiento:

Estará la paciente recostada boca arriba, en una posición similar a aquella en la que te colocas para una prueba de Papanicolaou. Es posible que coloquen un catéter urinario para vaciar la vejiga. Un miembro del equipo quirúrgico limpiará el área de la cirugía con una solución estéril antes de dicho procedimiento.

Para realizar la histerectomía:

El cirujano hace una incisión dentro de la vagina para llegar al útero.

El cirujano pinza los vasos sanguíneos uterinos y separa el útero del tejido conectivo, los ovarios y las trompas de Falopio con instrumentos alargados.

Se extirpa el útero a través de la abertura vaginal y se usan puntos absorbibles para controlar el sangrado dentro de la pelvis.

El cirujano podría cortar un útero agrandado en pequeños pedazos y extirparlo por secciones (morcelación), excepto en aquellos casos donde se sospecha cáncer de útero.

Después de una histerectomía, ya no tendrá período menstrual ni podrá quedar embarazada la paciente.

Si extirparon los ovarios, pero no había llegado a la menopausia, la comenzará inmediatamente después de la cirugía. Puede presentar síntomas como sequedad vaginal, sofocones y sudores nocturnos. El médico puede recomendar medicamentos para estos síntomas. Puede recomendar un reemplazo hormonal incluso si no tienes síntomas.

Si durante la cirugía no extirparon los ovarios, y todavía tenía períodos antes de la cirugía, los ovarios seguirán produciendo hormonas y óvulos hasta que llegue la paciente a la menopausia natural.

5 Discusión-Conclusión

Para la mayoría de las enfermedades, con la posible excepción del cáncer, la histerectomía es solo una de las varias opciones de tratamiento. Quizás no necesites tener en cuenta la histerectomía si los medicamentos o los procedimientos ginecológicos menos invasivos controlan los síntomas.

Después de una histerectomía, no podrás quedar embarazada. Si no estás segura de estar preparada para renunciar a la fertilidad, explora otros tratamientos.

6 Bibliografía

- Walters MD. Choosing a route of hysterectomy for benign disease. Accessed Nov. 6, 2018.
- Hysterectomy fact sheet. Office on Women's Health. Accessed Nov. 8, 2018.
- Frequently asked questions. Special procedures FAQ008. Hysterectomy. American College of Obstetricians and Gynecologists. Accessed Nov. 6, 2018.
- Berkowitz LR, et al. Vaginal hysterectomy. Accessed Nov. 6, 2018.
- Warner KJ. Allscripts EPSi. Mayo Clinic, Rochester, Minn. July 12, 2018.

Capítulo 371

MANEJO DEL INSTRUMENTAL PREVIO A SU ESTERILIZACIÓN

EVA PEREZ GARCIA

1 Introducción

La importancia una correcta esterilización es garantizar que los pacientes que se encuentran en el hospital para recuperarse, lo hagan, y no adquieran una nueva enfermedad por el gran número de gérmenes patógenos que en el ambiente hospitalario nos encontramos.

2 Objetivos

Identificar cómo manejar el material previamente a su esterilización, nos ayudará en el desarrollo de nuestra profesión, así como en dar una mayor seguridad al paciente a todos los que lo rodeamos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: esterilización, gérmenes, infecciones, seguridad, cuidados, auxiliar enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2003.

4 Bibliografía

- <https://www.hgdc.gob.ec/>
- <http://enfermeria.uc.cl/>
- <http://www.seeof.es/>
- <https://www.aragon.es/>
- <https://www.picuida.es/>

Capítulo 372

ESTUDIO DE LAS CAÍDAS INTRAHOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA

DAVID FERNANDEZ JIMENEZ

SHEILA GUERRERO LEÓN

1 Introducción

Las caídas son uno de los incidentes más comunes que afectan a las personas mayores tanto en la comunidad como durante los ingresos en centros hospitalarios, produciendo un aumento de la morbimortalidad y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consecuente aumento del coste sanitario.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como "acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga". Aproximadamente el 28-35% de las personas mayores de 65 años se caen cada año, incrementándose hasta el 32-42% para los mayores de 70 años. Estos porcentajes son mayores en personas que viven en instituciones socio-sanitarias, aproximadamente un 30-50% se caen cada año y el 40% de ellos experimentan más caídas.

Joint Commission International (JCI) registró las caídas como el sexto evento más notificado de la base de datos de Eventos Centinela. En el estudio ENEAS, realizado sobre los efectos adversos en la hospitalización, la frecuencia de las caídas fue de 19 del total de 5624 pacientes estudiados y en el Estudio EAPAS,

que es la replicación del Estudio ENEAS, realizado en Asturias, la frecuencia de las caídas como efecto adverso fue de 10 caídas del total de 2074 pacientes.

Entre las consecuencias más frecuentes de las caídas podemos encontrar daños tanto físicos, heridas, fracturas de cadera, de muñecas, hematoma subdural, lesiones de partes blandas y lesiones en la cabeza, entre otras; como psíquicos, tales como el "síndrome post - caída" que se caracteriza por el miedo a una nueva caída, pérdida de autoestima y de independencia, que dificulta aún más su recuperación.

Existen numerosos factores de riesgo (FR) que propician estas situaciones, destacando sobretodo la edad avanzada (de 65 años en adelante), movilidad reducida, debilidad en extremidades, el deterioro cognitivo o agitación, mareos o vahídos, tener patologías asociadas, la toma de algunos medicamentos (sedantes, hipnóticos, vasodilatadores, diuréticos o antidepresivos), incontinencia urinaria, historial de caídas previas y también factores propios del entorno que dificulten la deambulación.

Numerosos estudios realizados en países desarrollados ponen de manifiesto que la implantación de medidas de prevención del riesgo de caídas es necesaria, aunque no hay uniformidad en las medidas y estrategias implantadas en los centros hospitalarios, lo que dificulta poder analizar ampliamente que factores resultan más beneficiosos para la prevención de estos incidentes. Algunos estudios concluyen que estas medidas sí disminuyen la tasa de caídas registradas; sin embargo otros no obtuvieron resultados concluyentes.

Tanto el Ministerio de Sanidad como la Consejería de Salud de Asturias, basados en la cultura de seguridad del paciente promovida por la JCI, han elaborado guías para la prevención de caídas y para evitar o moderar las consecuencias que estas producen.

2 Objetivos

- Determinar la incidencia de caídas de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes en los últimos 2 años.
- Analizar las características de los pacientes que presentan caídas registradas.

3 Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo, basado en la recogida de información sobre las caídas producidas en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón), a través de los formularios de Caídas, recogidos en las historias clínicas de los pacientes.

Se incluyeron en el estudio, todos los pacientes que tenían hecho parte de caídas, entre el día 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014.

En los años objeto de estudio, ingresaron un total de 7199 pacientes en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. En el año 2013 ingresaron en dicha unidad 3604 pacientes y en el 2014, 3595 pacientes.

4 Resultados

La población estuvo constituida por un total de 71 pacientes, de los que 47 (66%) fueron hombres y 24 mujeres (34%), que sufrieron alguna caída en las plantas de hospitalización de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes, entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2014. La media de edad de los pacientes fue de 76,3 años, siendo de 74,8 años en los hombres y de 79,4 en mujeres. No se encontraron diferencias significativas entre estas variables.

La incidencia registrada fue del 0,99% en el bienio (1,17% en 2013 y 0,81% en 2014), ligeramente superior al estudio EAPAS, realizado en Asturias. Según los ingresos totales en la unidad, descritos anteriormente, y los datos de caídas registradas, se calculó la incidencia acumulada, que fue para el año 2013 de 1,17 por cada 100 pacientes/año y en 2014 de 0,81 por cada 100 pacientes/año.

La media de edad de los pacientes coincide con la literatura en que existe más riesgo a partir de los 65 años y este es mayor de los 70 años hacia adelante.

En el año 2013, las caídas registradas fueron 42, de las que 27 fueron en hombres (64,3%) y 15 en mujeres (35,7%). La media de edad fue de 74,3 años en los hombres y de 83,1 años en mujeres.

En el año 2014, se produjeron un total de 29 caídas, siendo 20 las sufridas por los hombres (69%) y 9 por las mujeres (31%). La media de edad de los pacientes fue de años en 75,3 hombres y de 73,2 años en mujeres.

De los 71 pacientes registrados en los años 2013 y 2014, el 59,2% estaban orientados, el 22,5% desorientados, el 14,1% presentaban confusión y el 4,2% estaban

agitados .

Del total de registros de caídas, el mayor porcentaje corresponde a pacientes con dependencia moderada, seguido de pacientes que eran totalmente independientes y el menor porcentaje presentaba una dependencia total. No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y el estado físico del paciente antes de la caída.

Hay que tener en cuenta que los pacientes independientes y orientados también sufrieron un importante porcentaje de caídas, por lo que aunque no se objetive riesgo, hay que aplicar medidas preventivas también.

Del total de los 71 pacientes, 57 (80,3%) no presentaban ningún tipo de déficit, mientras que 7 (9,9%) presentaban un déficit visual y otros 7 (9,9%) un déficit auditivo. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo.

El 84,5% de los pacientes registrados no habían presentado caídas previas en el último año frente al 15,5% que presentaron al menos 1 caída en el último año. En ambos sexos había un mayor porcentaje de personas que no habían presentado caídas previas (89,4% en hombres y 75% en mujeres).

En la mayor parte, estaban subidas las barandillas como medida de protección aunque también había un amplio porcentaje que no presentaban ninguna medida. Por otra parte, los pacientes con algún tipo de contención mecánica presentan el menor porcentaje de caídas.

La medida de protección más utilizada fueron las barandillas de contención. Las contenciones mecánicas también fueron utilizadas en pacientes que sufrieron alguna caída, por lo que se deben revisar frecuentemente. Aunque no se presentaron diferencias significativas, podemos apreciar que un alto porcentaje de pacientes no tenían ninguna medida de protección previa a la caída.

Más de la mitad de los pacientes no tenían pauta ninguna medicación que se pudiera relacionar con el riesgo de caída. De entre los pacientes que si tomaban algún tratamiento que pudiera influir, los tranquilizantes/sedantes fueron los más frecuentes, frente a los antidepresivos que fueron los menos usados en los pacientes que registraron alguna caída.

En cuanto a la hora de la caída, el mayor porcentaje se registra en el turno de noche, seguido de la mañana y la tarde. El orden de estos porcentajes se mantienen igual en los años estudiados, siendo el turno de noche el predominante (54,8% en 2013 y 51,7% en 2014), seguido del turno de mañana (26,2% en 2013 y 27,6% en 2014) y el de tarde (19% en 2013 y 20,7% en 2014). Esto se corre-

sponde con la literatura consultada.

El turno de trabajo no influyó en el aviso al médico de guardia, ni en las medidas de protección utilizadas ni tampoco en la ubicación en que se produjeron las caídas.

En el total del periodo estudiado, los pacientes que estaban en la cama fue los que más caídas sufrieron, seguido por cuando estaban en el baño, luego en la habitación y por último en el sillón.

En ambos sexos, los pacientes que más caídas sufrieron fue desde la cama (42,6% en hombres y 41,7% en mujeres) y donde menos en el sillón (12,8% en hombres y 8,3% en mujeres). No se hallaron diferencias significativas.

El mayor porcentaje de caídas se concentra en los pacientes que se estaban levantando, seguido por los que estaban deambulando y los que iban al servicio. El menor porcentaje se registra en la transferencia del paciente de una ubicación a otra, por parte de los profesionales sanitarios y también al acostarse el propio paciente. Este orden de porcentaje se repite en ambos sexos.

Se hallaron diferencias significativas entre la actividad que realizaba el paciente y el turno de trabajo en que se produjo la caída ($p= 0,037$).

El mayor porcentaje de los pacientes (40,8%) no tuvieron ninguna lesión aparente tras la caída. Entre los que presentaron alguna lesión, la más común fue la contusión (29,6%), seguida de heridas, erosiones, fracturas y en el menor porcentaje, alteración de la consciencia y luxación (1,4%).

En los pacientes que presentaron lesiones, el mayor porcentaje se registra en aquellos que sufrieron lesiones en varias zonas (16,9%), seguidos por lesiones en la cabeza, cara, miembros superiores, cadera, espalda, miembros inferiores y por último, con el porcentaje más bajo, lesiones en el costado (1,4%).

De la totalidad de los pacientes, al 73,2% no se les realizó ninguna prueba complementaria. Al 26,8% restante se les hicieron diversas pruebas, entre las que se encuentran radiografías (15,5%), TAC (8,5%) y glucemias (2,8%).

5 Discusión-Conclusión

1. Las caídas registradas en el bienio 2013-2014 en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes fueron 71. Se pudo apreciar una

bajada en la incidencia de caídas del año 2013 al 2014.

2. Del total de caídas registradas, el mayor porcentaje se registró en los hombres. La edad media de los pacientes fue superior a 70 años en ambos sexos.

3. El mayor porcentaje de caídas se produjeron en la cama, al levantarse o cuando estaban deambulando y en el turno de noches. Hay un amplio porcentaje que no tomaba ninguna medicación relacionada ni tenía medidas preventivas.

4. Un amplio porcentaje de pacientes no sufrieron ninguna lesión tras la caída. El resto sufrieron lesiones leves como contusiones, heridas o erosiones, 16 pacientes precisaron curas y solo 3 precisaron sutura. De las lesiones más graves, sólo 2 pacientes presentaron fracturas, una de cadera y otra costal; un paciente presentó pérdida de consciencia y otro luxación del hombro.

6 Bibliografía

- World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. 2007.
- Bouldin ED, Andresen EM, Dunton NE, Simon M, Waters TM, Minzhao L, et al. Falls among Adult Patients Hospitalized in the United States: Prevalence and Trends. *Patient Saf.* 2013; 9(1): 13-7.
- Olvera-Arreola S, Hernández-Cantoral A, Arroyo-Lucas S, Nava-Galán G, Zapien-Vázquez MA, Pérez-López MT. Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Invest Clin.* 2013; 65(1): 88-93.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Gobierno del Principado de Asturias. Estudio de los Efectos Adversos en la Atención Hospitalaria en el Principado de Asturias. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2008.
- Gobierno del Principado de Asturias. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010.
- Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Historia Clínica Electrónica: Formularios de Enfermería. Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010.
- Choi M, Hector M. Effectiveness of intervention programs in preventing falls: A systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *J Am Dir Assoc.* 2012;

13(2): 188.

- Hempel S, Newberry S, Wang Z, Booth M, Shanman R, Johnsen B, et al. Hospital Fall Prevention: A Systematic Review of Implementation, Components, Adherence, and Effectiveness. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61(4): 483–94.
- Brand CA, Sundararajan V. A 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. *Qual Saf Health Care.* 2010; 19(6): e51.

Capítulo 373

TIPOS DE DIETAS Y SU DISTRIBUCIÓN EN UN CENTRO HOSPITALARIO

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

1 Introducción

La nutrición es el pilar fundamental de la salud y la alimentación. Es una constante preocupación del ser humano y en ello influyen factores culturales, sociales, religiosos, psicológicos, geográficos, etc..

La dietética es una ciencia que selecciona los alimentos la recuperación y consecución de un estado nutricional óptimo. Establece la dieta adecuada a cada individuo según sus necesidades, cubriendo las propias nutricionales.

La Declaración del Consejo de Europa nos dice, que es un derecho del paciente cubrir sus necesidades nutricionales durante su estancia hospitalaria.

2 Objetivos

- Conocer las diferentes tipos de dietas hospitalarias para proporcionar a los pacientes los nutrientes que necesitan para prevenir enfermedades, evitar la desnutrición y mejorar su estado de salud.
- Determinar la importancia de la calidad nutricional de las dietas.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como Scielo España, LILACS, ELSEVIER, Google Académico y PubMed. También en páginas web como Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, así como se han revisado libros académicos oficiales en la materia. Los términos empleados han sido: dieta, nutrición, cuidados, auxiliar enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1990.

4 Resultados

Las dietas son un pilar muy importante para la recuperación de los pacientes. El médico estudia las necesidades del paciente y pauta la dieta. Hay que tener en cuenta de que las dietas son individualizadas para cada persona.

El servicio de dietética diseña dietas, con el objetivo de velar por la correcta alimentación del usuario y mejorar su salud. Este equipo elabora el código de dietas hospitalario, planifica y evalúa los menús, hace recomendaciones en el alta, controla la calidad del servicio con encuesta de satisfacción, efectúa un seguimiento de los pacientes, autoriza los cambios en las dietas y explican estas a los pacientes.

El código de dietas es un documento oficial en donde se recogen las dietas de uso más habitual. El diseño y el programa de una dieta se hace en función de los resultados de valoración del paciente y sus características personales.

En el código de dietas se detalla su composición nutricional, características, sus indicativos y posibles deficiencias. Con ello se pone a disposición de los profesionales la capacidad de adaptación de la alimentación a la situación del paciente. También se debe tener en cuenta la disposición de la persona, reforzar los hábitos alimenticios, no eliminar radicalmente alimentos habituales, no hacer cambios repentinos de hábitos alimenticios, ir en consonancia con las posibilidades de la persona, al inicio hay que modificar cantidades y hacer seguimiento de la adherencia a la dieta.

La valoración del estado nutricional incluye:

- Dieta que se sigue, patrones, lugar y tiempo.
- Enfermedades actuales y pasadas.
- Características personales, familiares, sociales, culturales, religiosas, económicas.

- Datos antropométricos (peso y talla, pliegues y medida y perímetros circunferenciales, es decir, brazo, cintura y cadera).
- Datos clínicos.
- Datos bioquímicos.

A partir de aquí, el médico indica un tipo de dieta. Dietas:

- Se distinguen principalmente dos tipos de dietas, la dieta basal y la dieta preventiva o terapéutica

La dieta basal consiste en no tener ningún tipo de restricción y cumplir los requisitos de una dieta equilibrada en función de las características personales de cada individuo.

- La dieta terapéutica o preventiva está indicada para determinadas patologías o en situaciones fisiológicas específicas del paciente (energéticas, textura, consistencia y/o nutrientes). Existen muchos tipos de dietas modificadas. A continuación nombramos alguna de ellas a título de ejemplo: Líquida, Semisólida o triturada (turmix), blanda y de fácil masticación, hipocalórica, hipercalórica, de hidratos de carbono, de proteínas (restringida), de lípidos y de minerales (baja en sodio o baja en potasio).

5 Discusión-Conclusión

La elección de la dieta adecuada es fundamental para la recuperación del enfermo y para la prevención de la enfermedad. Adaptar el menú a la persona es muy importante, así como también aumentar su ingesta de nutrientes necesarios.

Casi es una obligación humanizar la comida y convertirla en un momento grato del día. Los responsables del servicio de cocina del hospital deben ser conscientes y ofrecer un servicio de calidad, así como de seguridad alimentaria (nutrición e higiene). El alimento tiene gran importancia para el enfermo. Además de cubrir el equilibrio energético, es un medio terapéutico para la conservación y mejora de la salud.

6 Bibliografía

- Zugasti Murillo A, Martínez Olmos M, Cotovad Bellas L, Bellido Guerrero D. Planificación de la dieta hospitalaria. En: De Luis Román DA, Bellido Guerrero D, García Luna PP. Dietoterapia, Nutrición Clínica y Metabolismo. Fundación SEEN. Editorial Díaz Plaza; 2010

- Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Batrina J, Serra Majem L. Guía de la alimentación saludable. Ed. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid; 2004
- Guelbenzu Morte, F. J. Dueñas Alvarez, P. L. Organización de cocina y alimentación en centros sanitarios. Insalud. Madrid: Manual de planificación técnica y funcional; 1990
- Rubio MA, Moreno C. Dietas de muy bajo contenido calórico: adaptación a nuevas recomendaciones. Rev Esp Obes; 2004
- Comité Técnico del SEFV. Buenas Prácticas de Farmacovigilancia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano; 2000
- Solá E, Morillas C, Garzón S, Royo R, Nuñez Tortajada A, Bautista Rentero D, et al. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con obesidad mórbida: influencia de la pérdida de peso. Med Clin; 2002
- Aranceta Bartrina J, Serra Majem L, Ribas Barba L, Foz Sala M, Moreno Esteban B, Pérez Rodrigo C, et al. Prevalencia de obesidad en España. Med Clin. (Barc); 2005

Capítulo 374

AISLAMIENTO ESTRICTO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES HOSPITALARIAS.

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

El aislamiento estricto hospitalario es el más severo y el que requiere medidas y precauciones más drásticas y que es el que previene enfermedades altamente contagiosas que pueden transmitirse por:

- vía aérea
- contacto directo
- vía cutánea
- fomites

Estas son algunas de las patologías en las que se usa el aislamiento hospitalario estricto.: varicela, rubéola congénita, rabia, peste neumonía, herpes zóster, difteria faríngea, quemaduras extensas infectadas, el carbunco, la fiebre de Lassa, el penfigo del recién nacido, y las quemaduras infectadas por S. Aureus o estreptococo tipo A .

2 Objetivos

Identificar los objetivos y los métodos de aislamiento estricto hospitalario.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: aislamiento estricto, objetivo, método, cuidados, auxiliar enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2005.

4 Resultados

El objetivo del aislamiento estricto es el intervenir en la cadena epidemológica, separando la fuente de infección, es decir, el paciente, situándolo en un lugar y en unas condiciones que eviten el contagio a personas sanas. Y así disminuir las infecciones hospitalarias.

En la metodología para disminuir las infecciones hospitalarias con el aislamiento estricto, utilizamos tanto los recursos materiales como el protocolo de actuación.

Recursos materiales:

- Habitación individual, con presión negativa.
- Puerta cerrada y con letrero de aislamiento estricto.
- Uso de guantes, calzas, bata y mascarilla de un solo uso.
- Termómetros, esfigmomanómetro y fonendoscopio de uso exclusivo para el paciente hasta finalizar el aislamiento.
- Varilla de un solo

Metodología del protocolo de actuación del aislamiento estricto:

- Utilización del instrumental médico exclusivo del paciente y su permanencia en la habitación.
- Recomendación al personal sanitario que atienda a este paciente que esté vacunado frente a estas enfermedades.
- Lavado de manos, del personal sanitario y de las visitas, al entrar y al salir.
- Es obligatorio ponerse la mascarilla, la bata y calzas mientras se está en la habitación.
- Antes de entrar las prendas se depositan en un contenedor especial y la mascarilla se quita después de salir de la habitación.
- Los cuidados y atención médica se harán al final, una vez atendidos los demás pacientes.
- usar doble bolsa para la ropa contaminada.

- Tratar los residuos como del grupo -III- A - biológico.

Los resultados de la aplicación de los métodos y recursos del aislamiento estricto dan como resultado la intervención en la cadena epidemiológica provocando una separación del paciente del resto de personas susceptibles de contagio, consiguiendo nuestro objetivo.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra conclusión es que hay una disminución de infecciones hospitalarias importante cuando se aplican los métodos de los recursos materiales y protocolos de actuación del aislamiento estricto correctamente, preservando la salud de la población.

6 Bibliografía

- Textos de academias reconocidas como Tamargo en Oviedo.
- Evangeline. Última edición.
- www.cgtsanidadlpa.org.

Capítulo 375

EL DOLOR: TAXONOMÍA, DESCRIPCIÓN Y VALORACIÓN DE LAS ESCALAS DE MEDICIÓN

NOELIA MORILLO GONZÁLEZ

ARANZAZU APARICIO GARCIA

REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ

ALICIA GUERRERO GONZALEZ

MAIRA MORILLO GONZALEZ

1 Introducción

En la presente revisión bibliográfica y antes de ofrecer diferentes definiciones de dolor, es interesante conocer el significado etimológico de dolor y paciente. Así “pain” dolor en inglés, deriva de “poena” en latín, que significa “castigo”, y “paciente” deriva del latín “patior”, que viene a ser el que aguanta o soporta el sufrimiento.

El hecho de que todas las personas sepan perfectamente a qué se refieren cuando se habla de qué es el dolor, no significa que todas lo perciban y lo puedan definir de igual manera.

El abordaje del dolor ha alcanzado un reconocimiento mundial, no sólo en lo que respecta a su investigación y tratamiento, sino a su conceptualización desde

el marco de los Derechos Humanos. El nuevo concepto de “dolor” contempla, entre otros aspectos que ciertas situaciones de dolor constituyen en sí mismas una situación de enfermedad y establecen las bases filosóficas y legales para el reconocimiento universal del Tratamiento del Dolor como un Derecho Fundamental de los seres humanos.

El dolor es, por tanto, un problema de salud pública que afecta a una parte importante de la población y es uno de los síntomas más temidos por los enfermos, pues genera un gran malestar psicológico y en ocasiones, puede dificultar el logro de un tratamiento efectivo . Actualmente, constituye el mayor motivo de las consultas médicas y un elevado gasto sanitario y social. El dolor se manifiesta como una experiencia emocional desagradable, una actividad perceptiva resultante de un proceso complejo en el cual se integra la aferencia sensorial con variables psicológicas, sociales y culturales, elaborado por la persona, que lo hace único y personal como vivencia. A menudo, no existe correlación entre el estímulo o el daño producido en un tejido y el grado de sufrimiento que expresa quien lo padece, lo que demuestra la naturaleza multidimensional del dolor y la necesidad de tener todos estos factores en cuenta en el estudio y valoración del dolor .

2 Objetivos

- Proporcionar una puesta al día de los conceptos del dolor y su taxonomía.
- Revisar los conocimientos actuales sobre el dolor oncológico, dolor postoperatorio y el dolor en el anciano.
- Describir la aplicación y utilidad de las principales escalas para medir el dolor.

3 Metodología

En la búsqueda de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales de la Universidad de Oviedo.

Las palabras claves utilizadas fueron dolor, Enfermería, evaluación y escalas, obtenidas de los Descriptores de Ciencias de la Salud . Se realizó la búsqueda bibliográfica en noviembre de 2019 en Dialnet utilizando los descriptores: dolor, evaluación del dolor, manejo de dolor, percepción del dolor, dimensiones del dolor, dolor postoperatorio.

Se obtuvieron 2007 artículos, una vez aplicados los filtros y los criterios de selección definidos más adelante, se consiguieron 12 artículos. Por último se utilizó el

buscador “Google académico” con el descriptor dimensión del dolor, los registros obtenidos fueron 55 artículos de los cuales se eligieron un total de 11 artículos.

4 Resultados

EL DOLOR:

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular potencial o real, o descrita en tales términos.

El dolor tiene un componente orgánico (lesión física) y otro psicológico (sufrimiento, emoción), de modo que el miedo, la ansiedad y las emociones negativas aumentan el dolor. El sufrimiento es identificable con el concepto “dolor total” que se entiende como una amenaza al estado del paciente en cuanto persona y significa una profunda y global alteración en la calidad de vida.

El dolor es una experiencia multidimensional, en la que se distinguen los componentes neurofuncionales que llevan una mayor o menor repercusión psicoafectiva, cultural, sociales, económica y espiritual .

FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR:

El procesamiento del dolor a través de los receptores nociceptivos es transmitido por dos vías principales: en primer lugar el componente lateral del dolor, formado por el sistema neoespinotalámico que finaliza en el tálamo contralateral y envía fibras a la formación reticular, utilizando como principal neurotransmisor el glutamato que realiza la transmisión de la sensibilidad del tacto protopático, dolor agudo y temperatura, es decir, del componente sensorial discriminativo que se encarga de la localización e intensidad del dolor. En la segunda vía, el componente medial del dolor, está formado por el sistema paleoespinotalámico, que alcanza la formación reticular troncoencefálica y la sustancia gris periacueductal finalizando en el hipotálamo y tálamo respectivamente y transmite el dolor sordo con fuerte componente emocional.

TAXONOMÍA DEL DOLOR:

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a diferentes criterios que se detallan a continuación. Según el criterio de duración: Hay dos tipos de dolor.

- Dolor agudo: Es una respuesta fisiológica ante un estímulo adverso (mecánico, térmico o químico), asociado a cirugía, traumatismo o enfermedad aguda, cesa cuando lo hace la causa que lo provocó, comportándose como un “signo de

alarma". Tiene un escaso componente psicológico y gran componente vegetativo. Es limitado en el tiempo normalmente inferior a un mes aunque puede extenderse hasta los tres meses. Cuando es superior a quince días se acepta el término "subagudo".

- Dolor crónico: Se define como todo cuadro álgido de más de tres meses de duración, es ilimitado en el tiempo. Persiste después de la lesión que lo originó, y genera una serie de alteraciones a nivel físico y psicológico que deterioran al enfermo.

Según el mecanismo neurofisiológico: Hay tres tipos de dolor.

- Dolor neuropático (DN): de acuerdo con la IASP se describe como una forma de dolor crónico, iniciado o causado por una lesión primaria del sistema nervioso, ya sea periférico o central. Prácticamente cualquier proceso que lesione tejidos nerviosos o cause disfunción neuronal puede producir DN. Es generalmente grave, de gran intensidad y a veces de comienzo tardío respecto a la lesión.

- Dolor nociceptivo: este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral. a) El dolor somático se presenta por afección de partes blandas y óseas, generalmente está bien localizado y se describe como punzante, agudo, pulsante o compresivo. b) El dolor visceral está provocado por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras.

- Dolor mixto: el dolor neuropático puede coexistir con el dolor nociceptivo. En algunas enfermedades los pacientes pueden tener un dolor mixto, somático, visceral y neuropático, todos ellos al mismo tiempo o separadamente, en distintos momentos.

Según el criterio etiológico:

- Dolor físico: es aquel dolor producido por un efecto físico como puede ser traumatismo, intervención quirúrgica, etc.

- Dolor psicógeno: también llamado dolor somatoforme, es un cuadro de dolor en el que los factores psicológicos tienen un papel evidente en la etiología, junto con la ausencia de factores orgánicos, o bien si existen, la intensidad del dolor no se corresponde con la gravedad de los hallazgos médicos.

Según su intensidad:

- Leve: puede realizar actividades habituales.

- Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

- Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

DOLOR ONCOLÓGICO:

El dolor es uno de los síntomas más temidos en los pacientes con cáncer 19. Es importante que el paciente sometido a terapia para el cáncer, conozca que el tratamiento de su dolor no solo no interfiere con la terapia curativa sino que ciertamente colabora con ella, este conocimiento es importante ya que aumenta la confianza en el tratamiento y mejora la relación enfermero-paciente.

Actualmente, se dispone de suficientes recursos farmacológicos para asegurar el control del dolor en más del 95% de los pacientes 20. Existen analgésicos opioides y no opioides que se pueden adaptar a la intensidad del dolor oncológico en cada situación, por este motivo, el manejo de este tipo de dolor debe seguir unas normas de tratamiento específicas recomendadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud). En 1986 se publicó “EL Método de la OMS para el Alivio del Dolor por Cáncer”, que desde entonces fue conocido como la Escala Analgésica del Dolor, la cual se divide en escalones según la intensidad del dolor.

- Primer escalón se dispone de paracetamol y AINE: metamidazol, salicatos (aspirina), ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco entre otros, como fármacos de elección.
- Segundo escalón, opioides menores: formado por un opioide débil como codeína, dihidrocodeína o tramadol.
- Tercer escalón, opioides mayores: si persiste el dolor o aumenta, el opioide débil se sustituye por un opioide potente, como es el caso de morfina, fentanilo, oxycodona, metadona o buprenorfina.
- Cuarto escalón: existe un cuarto escalón cuando no se obtiene una adecuada analgesia. Consiste en la aplicación procedimientos anestésicos como la analgesia continua espinal o epidural, el bloqueo de nervios periféricos, etc. En este escalón se incluye también la radioterapia paliativa (indicada para el tratamiento de metástasis que provocan dolor, obstrucción, compresión, sangrado o control de masas ulceradas).

DOLOR POSTOPERATORIO:

El dolor postoperatorio es aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico o de una combinación de ambos .

Toda intervención quirúrgica se asocia a un dolor agudo postoperatorio (DAP) cuya intensidad va disminuyendo durante los primeros días y semanas, paralelamente al proceso de reparación tisular. En ocasiones, dicho dolor perdura más

tiempo de lo razonable en relación a la agresión quirúrgica. La definición de dolor crónico postoperatorio (DCP) no encuentra un consenso entre los diferentes autores en la literatura revisada.

Sin embargo, la definición más comúnmente utilizada es la de McRae (1998) basada en los siguientes aspectos: dolor tras un procedimiento quirúrgico, con una duración mínima de dos meses, que otras etiologías del dolor hayan sido excluidas y que haya sido descartada cualquier causa preexistente. Desde el punto de vista fisiopatológico existen dos tipos de DAP: el dolor inflamatorio y el dolor neuropático. El dolor inflamatorio se produce como respuesta a la liberación de los mediadores inflamatorios locales ante un estímulo doloroso. reparación tisular. Por el contrario el dolor neuropático, se desarrolla tras una lesión de los nervios o los sistemas transmisores sensitivos de la medula espinal y cerebro.

DOLOR EN EL ANCIANO.

En la actualidad, existe un desequilibrio en la proporcionalidad entre unos grupos de edad y otros, de tal manera que se eleva la edad media de la población debido a un aumento del porcentaje de personas de edad avanzada. El aumento de la población geriátrica y de la esperanza de vida produce un incremento en el grado de vulnerabilidad ante diferentes factores de riesgo, constituyendo el grupo de edad que precisa más asistencia sociosanitaria.

Es escasa la investigación sobre el dolor en el paciente anciano. Algunos estudios señalan que el dolor es un síntoma relevante en el 60% de los ancianos que viven en su domicilio, aumentando en la población de más edad con cifras cercanas al 70% en los mayores de 77 años, y alcanzando el 80% en pacientes institucionalizados.

El dolor músculo-esquelético es el más habitual en las personas ancianas (artritis, artrosis, etc), aunque también resultan frecuentes las cefaleas, el dolor neoplásico, el dolor vascular y otros síndromes. Cualquier dolor provoca síndromes secundarios como: trastornos del sueño, falta de apetito, ansiedad y depresión, que en definitiva, provocan un deterioro importante en la calidad de vida.

Los tres tipos de dolor más frecuentes en el paciente anciano son: dolor oncológico, dolor musculoesquelético y dolor neuropático. El dolor crónico es la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad, afectando en gran manera a la calidad de vida del sujeto.

DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS DEL DOLOR

Habitualmente, en la mayoría de las ocasiones la valoración del dolor es realizada por el propio paciente. Esta valoración, está influida por su personalidad, cultura, ambiente familiar, nivel socioeconómico y entorno social, tratándose por tanto de una valoración subjetiva. Cuando una persona afirma que tiene dolor debemos asumir que, efectivamente lo tiene. Se podría obtener una información más objetiva mediante: observación de la conducta, respuestas autonómicas asociadas al dolor y determinaciones bioquímicas.

ESCALAS Y CUESTIONARIOS PARA VALORAR EL DOLOR.

- Escalas Descriptivas Simples (EDS).

También llamada valoración verbal, fue descrita por Keele en 1948. Representa el abordaje básico, se puntúa entre 0: no dolor, y 4: dolor intenso 30. Su principal desventaja es que son demasiado subjetivas, abstractas y no fiables a la hora de comparar con otros pacientes, dado que cada uno interpreta el dolor de forma diferente.

Ejemplos de este tipo de escalas son: a) Escala facial de dolor de Wong-Baker (Facial Pain Scale_ b) Escala de Andersen

Otros ejemplos de este tipo de escalas son: escala de colores, escala de Johnson, escala de círculos de colores de Stewart.

- Escalas Visuales Numéricas (EVN).

La Escala Numérica de Downie fue introducida por este autor en 1978, y es una de las más comúnmente empleadas.

En ella se puede reflejar la intensidad del dolor a intervalos, bien numéricos que suelen ir de 0 a 10, o mediante expresiones verbales, que van desde nada de dolor, hasta dolor intenso, el paciente debe asignar un valor.

Ejemplos de escalas numéricas:

-Escala numérica del dolor

-Termómetro de dolor

-Escala de los vasos

- Escala Visual Análoga (EVA).

Diseñada por Scott Huskinson en 1976, es el método de medición empleado con más frecuencia; se trata de una línea de 10 cm, vertical y horizontal, en cuyos extremos aparecen descripciones, “no dolor” y “el peor dolor imaginable”, sin ninguna otra descripción a lo largo de la línea, donde el paciente debe señalar el punto que mejor refleje la intensidad de su dolor, posteriormente con una regla graduada se anotará la puntuación en milímetros. No contiene números o pal-

abras descriptivas, se trata de un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible.

Inicialmente se utilizó para valorar estados de ánimo, posteriormente ha pasado a ser una de las más empleada en analgesiometría por la gran sensibilidad de medición que ofrece, muy superior a la de las escalas descriptivas simples.

La terminología utilizada para valorar el alivio conseguido es similar a la escala descriptiva: 0-no alivio, 1-alivio ligero, 2-alivio moderado y 3-alivio completo.

Su principal ventaja es su sencillez, observada en el elevado número de pacientes que no encuentran dificultad para comprenderla, aunque también tiene sus desventajas: carece de falta de sensibilidad para detectar pequeñas variaciones en la eficacia, tiene un número limitado de categorías que integran las escalas, y resulta difícil precisar con exactitud el tamaño de cada una de las respectivas categorías, sólo muestra las variaciones cuantitativas (unidimensionales), y pueden comprobarse variaciones en la interpretación de los términos.

- Escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia (EDAD).

Evalúa el dolor de la persona en tres momentos: antes de aplicar cuidados potencialmente dolorosos, durante la aplicación de los cuidados y observación del comportamiento en las últimas 48 horas. Cada uno de los ítems se puntúa de 0 a 2, se considera que existe dolor si la puntuación total es igual o superior a 3.

- Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale).

Fue diseñada con el fin de proporcionar una herramienta de valoración sencilla y relevante clínicamente para personas con demencia en estadios avanzados. Incluye 5 ítems: respiración, vocalización, expresión facial, lenguaje corporal y consolabilidad. Cubre tres de los seis criterios de conductas de dolor recogidas en la SAG.

- Escala Douleur Neuropathique-4 ítems (DN4).

Validada al castellano, consta de 10 ítems, que consiste en descripciones y signos de dolor que se evalúan con 1 (sí) o 0 (no) para identificar a pacientes que tienen una gran probabilidad de tener componente de dolor neuropático. Las puntuaciones de los ítems individuales se suman para obtener una puntuación total máxima de 10, con un punto de corte mayor o igual a 4.

- Escala Brief Pain Inventory (BPI).

Es un cuestionario autoadministrado y de fácil comprensión, fue desarrollado por Daule en 1983, y la versión española fue validada por Badia et al en 2002.

Es un instrumento multidimensional de valoración del dolor que proporciona información sobre la intensidad y su interferencia en las actividades diarias de los pacientes. Existe una versión abreviada BPI-SF (short form) que consta de 11 ítems divididos en dimensiones: intensidad de dolor (media de los primeros 4 ítems) e interferencia en las actividades (últimos 7 ítems). Cada uno de los ítems se puntúa de 0 (ningún dolor/no me ha afectado) a 10 (peor dolor imaginable/me ha afectado por completo). La intensidad de dolor se clasifica como leve o sin dolor (0-3), moderada (4-6) e intensa (mayor o igual a 7).

- Cuestionario de McGill (MPQ).

Elaborado por Melzack y Torguerson en 1971. Melzack refiere que el MPQ se inspira en los trabajos de Titchener y sobre todo de Dallenbach, quien elaboró una lista de 44 adjetivos que describían cualidades del dolor y los clasificó en cinco grupos según el aspecto denotado: el curso temporal, la distribución espacial, las cualidades de presión, el colorido afectivo y los atributos puramente cualitativos. A partir de la lista de Dallenbach y completándola con términos extraídos de la literatura médica sobre el dolor, los autores elaboraron una lista de 102 adjetivos. La lista definitiva consta de 78 adjetivos, reunidos en 20 grupos, cada uno de los cuales contiene de dos a seis términos dispuestos en orden de intensidad creciente. Estos se agrupan a su vez en tres categorías: sensorial, afectivo-motivacional y evaluativa. Posteriormente los autores agregaron otra categoría miscelánea que recoge características poco usuales pero típicas en ciertos cuadros. Además de estos datos, el MPQ incluye siluetas para indicar la localización del dolor.

- Índice de Lattinen (IL).

Es un cuestionario multidimensional, de uso fácil y de procedencia desconocida, utilizado para medir el dolor crónico (IL). El IL, en su formato actual, contiene cinco subescalas tipo Likert que puntúan de 0 a 4 los siguientes ítems: 1-intensidad del dolor, 2-frecuencia del dolor, 3-consumo de analgésicos, 4-grado de incapacidad, 5-horas de sueño. La puntuación de los ítems está configurada por la suma de las puntuaciones de cada una de las dimensiones.

- Escala LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs).

La escala del dolor para la evaluación de síntomas y signos del dolor neuropático de Leeds (LANSS) es una entrevista semiestructurada administrada por un entrevistador entrenado que utiliza los criterios habituales para el diagnóstico del dolor, de manera que permita su orientación etiológica. La entrevista se compone de un total de 7 ítems o preguntas, agrupados en 2 secciones, una interrogativa

y otra instrumental o exploratoria.

- Cuestionario ID-PAIN.

Es un cuestionario breve y autoadministrado, validado al castellano, que se concibió para detectar de forma rápida la presencia de DN preguntando a los pacientes por el tipo de dolor experimentado durante la última semana. Se corrige asignando el valor 1 (respuesta afirmativa) y 0 (respuesta negativa) a las preguntas del apartado 3 del cuestionario. La puntuación total, que oscila entre -1 y 5 se obtiene sumando las respuestas A, B, C, D y E, y restando la respuesta F.

- Escala de Catastrofización.

El catastrofismo es un conjunto de procesos cognitivos y emocionales que predisponen a que el dolor se convierta en crónico. El catastrofismo se mide con la Pain Catastrophizing Scale, se encuentra validada al español y consta de 3 subescalas: magnificación, rumiación e indefensión.

5 Discusión-Conclusión

En la Revisión Bibliográfica que se presenta se ha evidenciado que el dolor, su taxonomía y las escalas de medición, están ampliamente definidos; y la literatura científica especializada en este tema se halla en constante actualización.

En la bibliografía consultada se han encontrado numerosos artículos sobre el dolor en grupos especialmente vulnerables (dolor oncológico, dolor postoperatorio y dolor en el anciano). Asimismo hay una amplia variación de escalas para medir el dolor, la mayor parte de ellas validadas al castellano por organismos y entidades especializadas, dando cobertura, a mi juicio, a todo tipo de pacientes adultos. Las más utilizadas en la práctica clínica son las escalas EVA y EVN. Todo ello supone un vasto conocimiento científico de inestimable valor al servicio de los profesionales médicos y de Enfermería con gran aplicación en la práctica clínica diaria.

Una futura Revisión Bibliográfica sobre el dolor en pacientes pediátricos puede ser de interés.

Los artículos seleccionados en esta Revisión Bibliográfica presentan una gran calidad metodológica. Todos ellos (100%) satisficieron los criterios previamente definidos, y en cuanto a los criterios de calidad, prácticamente todos los artículos (97,56 %) los cumplieron, a excepción de uno publicado en una revista no indexada.

Sin embargo, se echa en falta la publicación de trabajos de investigación que presenten encuestas con resultados validados que pongan de manifiesto los conocimientos de los profesionales de Enfermería sobre el dolor y su tratamiento. Estos resultados serían de gran utilidad y podrían aportar áreas de mejora mediante cursos de actualización, seminarios y sesiones de Enfermería.

6 Bibliografía

- Brea Rivero P, Salguero Cabalgante R, Almuedo Paz AM, Rojas de Mora-Figueroa A, Torres Olivera A. Buenas prácticas profesionales en la atención a las personas con dolor. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet] 2011 [Cited 28 Noviembre 2013];18(5):297-302.
- Calls J, Rodríguez Calero MA, Hernández Sánchez D, Gutiérrez Navarro MJ, Juan Amer F, Tura D. et al. Evaluación del dolor en hemodiálisis mediante diversas escalas de medición validadas. *Nefrología* [Internet] 2009 [Cited 30 Noviembre 2013]; 29(3):236-243.
- Sánchez Castilla MJ, Calderón Carrasco J. Enfermería ante el dolor total. *Rev ROL Enfermería* [Internet] 2009 [Cited 30 Noviembre 2013]; 32(6)36-42.
- Navarro Expósito F, López González JL, Gómez-Utrero Fuentes E, Molina Villaverde R. Protocolo de tratamiento del dolor oncológico. *Medicine* [Internet] 2013 [Cited 30 Noviembre 2013]; 11(27):1686-1691.
- Gálvez R, Pardo A, Cerón JM, Villasante F, Aranguren JL, Saldaña MT, Navarro A, Ruiz MA, Díaz S, Rejas J. Adaptación al castellano y validación psicométrica del cuestionario ID-Pain© para la detección de dolor neuropático.. *Med Clin (Barc)* [Internet] 2008 [Cited 29 Noviembre 2013]; 131(15):572-578.
- Reyes Chiquete D, González Ortiz JC, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cáncer. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet] 2011 [Cited 28 Noviembre 2013]; 18:118-134.
- Rubio Sesé I, Adán Cervera M. Definición y tipos de dolor: importancia del control del dolor en enfermos oncológicos. *Enfermería Integral* [Internet] 2008 [Cited 30 Noviembre 2013]; 1:45-48.
- Muñoz Bermejo L, Casado Verdejo I, Iglesias Guerra JA, Guerrero Martín J, López Pertegal B, Postigo Mota S. Dolor en el anciano. *Rev ROL Enferm* [Internet] 2013 [Cited 29 Noviembre 2013]; 36(7-8):500-506.
- García Calvo J, Martín Tercero P, Sánchez Gilbert M, Aguayo Osuna MP, Astillero Buitrago JM, Cañizares Carballo G. Prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes en una unidad de urología. *Enfuro* [Internet] 2011 [Cited 30 Noviembre 2013]; 119:23-27.

- Ribera H, Esteve N, Garrido JP. La transición del dolor agudo postoperatorio a crónico ¿qué sabemos?. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2012 [Cited 25 Noviembre 2013]; 19(4):197-208.
- Montealegre Iniesta L. Valoración – evaluación del dolor en los ancianos. Rev enfermería gerontológica [Internet] 2010 [Cited 25 Noviembre 2013]; 14:34-38.
- Alaba J, Arriola E, Navarro A, González MF, Buiza C, Hernández C, Zulaica A. Demencia y dolor. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2011 [Cited 29 Noviembre 2013]; 18(3):176-186.
- Pérez Trullén JM, Arilla Aguilera JA, Vázquez André ML. Dolor psicógeno. Psiquiatr Biol [Internet] 2008 [Cited 30 Noviembre 2013]; 15(3):90-96.
- Imirizaldu Garralda M, Calvo Sáez JI. Prevalencia y valoración del dolor. Rev ROL Enf [Internet] 2009 [Cited 30 Noviembre 2013]; 32(6):414-420.
- Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchon J, Malmierca AJ. Valoración del dolor en pediatría. Rev educación integral del pediatra extrahospitalario [Internet] 2008 [Cited 25 Noviembre 2013]; 2:8-16.
- Blanco E, Galvez R, Zamorano E, López V, Pérez M. Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. Semergen [Internet] 2012 [Cited 30 Noviembre 2013]; 38(4):203-210.
- Matías Guiu J, Guerrero M, López Trigo J, Montero J, Ortega A, Alfonso V, de Salas M. Evaluación de la eficiencia del manejo clínico del dolor neuropático en consultas especializadas frente a consultas generales en unidades asistenciales de neurología en España. Neurología [Internet] 2010 [Cited 29 Noviembre 2013]; 25(4):210-221.
- Pérez C, Gálvez R, Insausti J, Bennett M, Ruiz M, Rejas J. Adaptación lingüística y validación al castellano de la escala LANSS (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs) para el diagnóstico diferencial del dolor neuropático. Med Clin (Barc) [Internet] 2006 [Cited 30 Noviembre 2013]; 127(3):485-491
- García Campayo J, Rodero B. Aspectos cognitivos y afectivos del dolor. Reumatol Clin [Internet] 2009 [Cited 30 Noviembre 2013]; 5(S2):9-11.

Capítulo 376

TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA EL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

JESSICA LÓPEZ CERNUDA

1 Introducción

Los fármacos se consideran unos componentes importantes de la vida del hombre. Su uso ha permitido una mejor atención sanitaria y una mayor calidad de vida de los enfermos.

En el paciente oncológico el dolor es uno de los síntomas más frecuentes, llegando a aparecer en la mayoría de los pacientes terminales. Las principales causas del dolor oncológico son:

- La invasión tumoral (70%)
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20%) como las intervenciones quirúrgicas, los efectos secundarios propios de la quimioterapia y/o de la radioterapia.
- Síndromes inducidos por la neoplasia (<10%)
- Otras causas extraoncológicas, como la artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio...

2 Objetivos

Determinar el mejor tratamiento farmacológico que se pueda utilizar para evitar que el dolor se desarrolle o se agrave en pacientes con cáncer.

3 Metodología

Búsqueda de información en bases de datos, como Pubmed, Scielo y Google Académico, así como también en la Asociación Española contra el Cáncer y en la Sociedad Española de Oncología Médica. Los términos empleados como palabras clave han sido: dolor, oncológico, tratamiento, fármacos; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

Una dosis de analgesia adaptada de forma individual a cada paciente disminuye el riesgo de desarrollarse procesos irruptivos del dolor. En este tipo de pacientes, donde el dolor es intenso, en la mayoría de las ocasiones los analgésicos de primer y segundo escalón se quedan escasos, es por ello que los opioides como la morfina (vía oral y venosa), fentanilo (parches) y oxicodona son los más utilizados y junto con otros coadyuvantes aumentan su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar un tratamiento individualizado y conocer cuándo es necesario y posible aumentar y disminuir el escalón terapéutico, así el paciente podrá tener su dolor controlado y poder realizar su vida diaria con la mayor normalidad posible.

6 Bibliografía

- Manejo del dolor oncológico Anales de Medicina Interna versión impresa ISSN 0212-7199. An. Med. Interna (Madrid) vol.24 no.11 nov. 2007
- Aliaga L, Catala E. Opioides. Utilización Clínica. You & US, 2001. www.cancer.gov

Capítulo 377

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA.

DAVID GONZALEZ MONTES

REBECA IGLESIAS VALDES

1 Introducción

La fractura de cadera es una de las patologías más frecuentes en nuestros servicios hospitalarios, sobre todo en la población de mayor edad. Tras la correspondiente intervención quirúrgica es de vital importancia la correcta movilización de los pacientes al igual que educarles en la misma para que puedan seguir unas indicaciones correctas en su domicilio.

2 Objetivos

Identificar cómo realizar una adecuada movilización de los pacientes para evitar complicaciones y minimizar las molestias y/o dolor en el paciente con prótesis de cadera.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes guías y bases de datos: Guía del Auxiliar de Enfermería de McGraw Hill, Medline, Studylib. Además, se utilizó el buscador de Google Académico combinando los descriptores: Cadera, Prótesis. TCAE, auxiliar de enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

A la hora de realizar la movilización de los pacientes con prótesis de cadera se deben tener en cuenta distintos aspectos:

- Mientras el paciente permanezca tumbado, evitara cruzar las piernas, para ellos se ayudara de una almohada o un cojín en triangulo especial y se le colocara un cajón anti-rotatorio para evitar girar el pie. Al colocar al paciente en decúbito lateral para el cambio de ropa de cama y realizar su aseo diario, lo haremos siempre sobre el lado sano, sujetando con una mano la pierna afectada para mantener su alineación y la otra mano en la zona lumbar.
- Cuando el paciente se vaya a levantar, hacerle salir y entrar por el lado de la extremidad operada para evitar la rotación interna.
- Para levantarse, deberá apoyar los codos y manos para moverse en bloque, sin flexionar la pierna operada y solo con el apoyo de la pierna sana. Hay que tener especial atención que la altura de la silla sea correcta, debiendo quedar la cadera a igual o superior altura que las rodillas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante educar al paciente en su movilización para evitar complicaciones y sobre todo molestias y dolor. Además, es importante también, resaltar que deben de evitar los movimientos de adducción/abducción para no producir luxaciones en la pierna afecta.

Una correcta movilización ayuda en la rápida y buena recuperación del paciente, y por ello es relevante la intervención y conocimientos del TCAE en éste ámbito.

6 Bibliografía

- <https://studylib.es/>
- <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 378

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA RECOGIDA DE ORINA ESTÉRIL PARA CULTIVO

REBECA IGLESIAS VALDES

DAVID GONZALEZ MONTES

1 Introducción

Los facultativos en muchas ocasiones necesitan solicitar un análisis de una muestra de orina estéril, que les permitan identificar la presencia de microorganismos patógenos en orina para poder diagnosticar la enfermedad del paciente y poder establecer el plan de cuidados específicos y el tratamiento que este necesita. La recogida de esta muestra de orina mediante una técnica estéril para la realización del urocultivo es responsabilidad del TCAE (técnico de cuidados auxiliares de enfermería) bajo la supervisión de la enfermera.

2 Objetivos

Comprobar la importancia de una buena recogida de urocultivo para identificar la presencia de microorganismos patógenos en orina.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica, mediante la búsqueda en documentos sanitarios, y distintas bases de datos, como Scielo, Liliacs y Google y Google académico, combinando las palabras clave: urocultivo, TCAE, muestra estéril, auxiliar enfermería.. Se seleccionaron los documentos que cumplieron con los criterios de inclusión: publicación en los últimos 10 años (2009 - 2019), idioma castellano e inglés; excluyendo el resto.

4 Resultados

En todos los documentos y artículos revisados, se señala al TCAE como figura responsable a la hora de realizar la técnica de recogida de la muestra, ya que esta presente en toda la intervención, desde la preparación y explicación al paciente, en la recogida del material necesario para la toma, en la toma de la muestra de manera estéril y correcta, y dejando al paciente cómodamente instalado después de la técnica. También debe estar atento para que se realicen los controles necesarios para que los resultados sean correctos, siendo prioritario la identificación correcta de la misma y el transporte al laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que el urocultivo o muestra estéril de orina facilita una información primordial en gran numero de procesos patológicos, teniendo una finalidad diagnóstica, y siendo por ello uno de los procedimientos de rutina más usados, ya que no presenta efectos secundarios.

6 Bibliografía

- www.fisterra.com
- www.isipedia.com
- www.sciencedirect.com
- www.juntadeandalucia.es/

Capítulo 379

DRENAJES

ELENA GARCÍA MENÉNDEZ

MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ

1 Introducción

Los drenajes son "tubos" que ayudan a evacuar líquidos acumulados en el organismo; los líquidos o sustancias pueden acumularse por traumatismos, abscesos o por una intervención quirúrgica, y se emplea este instrumento para drenar dicho contenido residual.

Podemos distinguir entre: los drenajes simples, que drenan los exudados por capilaridad (los líquidos salen al exterior ayudados por la gravedad) y los drenajes de aspiración que drenan mediante un sistema de vacío.

2 Objetivos

Identificar las funciones de los drenajes y los cuidados que el auxiliar de enfermería debe de llevar a cabo en los pacientes que lo portan.

3 Metodología

Para realizar este capítulo he recopilado información de las principales bases de datos, como Pubmed, Liliacs, Scielo y Google Académico. Las palabras clave empleadas fueron: drenajes, tipos de drenaje, drenaje quirúrgico. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1999.

4 Resultados

Las principales funciones de los drenajes en los pacientes, son:

- Facilitar la cicatrización de las heridas.
- Permitir la salida de líquidos y exudados.
- Prevenir la infección, sobre todo con los sistemas de circuito cerrado.
- Permitir un control exacto del volumen y las características del drenado.

El auxiliar de enfermería debe realizar los siguientes cuidados en el paciente con drenaje:

- Comprobar la permeabilidad.
- Comprobar el punto de anclaje para que no pueda arrancarse.
- No elevar el sistema colector por encima de la herida para evitar reflujos.
- Controlar los productos resultantes del drenaje: color, cantidad, aspecto, etc

5 Discusión-Conclusión

Con los drenajes se busca facilitar la cicatrización de las heridas permitiendo la salida de exudado, previniendo así la infección; aunque también nos podemos encontrar con algún aspecto negativo como pueden ser las molestias para el paciente por la poca movilidad o por el cambio de apósitos, o la posibilidad de que sea una puerta de entrada para algunas bacterias, sobre todo en los drenajes abiertos, facilitando en este caso la infección de la herida.

6 Bibliografía

- www.laenfermeria.es/
- <https://www.tiposde.com/>
- <https://www.lifeder.com>

Capítulo 380

CASO CLINICO: MACROCEFALIA POR HIDROCEFALIA EXTERNA BENIGNA

MARIA TERESA CORRALES PINTO

SUSANA SAN JOSE GONZALEZ

ALEJANDRA REBECA MENÉNDEZ SÁNCHEZ

BANESA MANSO SILVA

MONICA FERNANDEZ MARTÍN

1 Introducción

La deformidad craneal es la consulta procedente de Atención Primaria más frecuente en la especialidad de Neuropediatría y Neurocirugía Pediátrica. El diagnóstico diferencial permite distinguir distintas deformidades, entre ellas la macrocefalia, que se debe a un perímetro cefálico (PC) superior al de la media de la población pediátrica de la misma edad, situándose así en un percentil elevado.

2 Objetivos

Identificar proceso de valoración de macrocefalia en paciente lactante.

3 Caso clínico

Lactante de 7 meses con macrocefalia: PC mayor al percentil 97 (P97), con frente amplia, sin signos clínicos de hipertensión intra craneal (HTIC), con desarrollo psicomotor normal para la edad, derivado por su pediatra para valoración por aumento de la velocidad de crecimiento de su perímetro craneal.

Se había realizado una ecografía transfontanelar a los 2 meses de edad que se informa como normal. PC: 48,8 cm., PC padre 60 cm, PC madre 57,5cm. Fontanela de 1x1cm. No discromías cutáneas. Frente amplia y prominente. Buen contacto visual, no nistagmus, no mirada en sol poniente, balbuceo, sonrío. No clonus, reflejo flexor plantar bilateral. Manipulación bimanual, buen sostén cefálico, buen tono, reflejos normales, frenillo lingual. resto de exploración física aparentemente normal.

Consulta a oftamología: Mototilidad ocular todo normal en ambos ojos. Polo anterior: Córnea transparente, iris azulados de color uniforme, pupilas isocóricas y buena reactividad. Dilatación pupilar con tropicamida: cristalino y vitreo transparentes. Fondo de ojo: retina hipopigmentada (normal en su color de piel e iris); máculas normales; papilas límites bien nítidos y buen color. RMN cerebral: citada un mes después de acudir a consulta para realizarla, pero acude a neuropediatra privado que desaconseja a RMN cerebral valorando el riesgo/beneficio ya que el desarrollo psicomotor ha sido normal , y entonces no se realizó.

4 Resultados

Dado que el desarrollo psicomotor es normal y no existe signos de alarma desde el punto de vista neurológico de momento se decide dar al alta de consulta.

5 Discusión-Conclusión

Sin realizar RMN no es posible tener certeza absoluta en el diagnóstico , si bien dada la evolución del desarrollo desde el punto de vista psicomotor consideramos que el diagnóstico más probable es de macrocefalia familiar/macrocefalia benigna y se decide seguimiento clínico salvo que la evolución posterior haga necesarios nuevos controles, se recomienda vida normal para su edad, no precisa medicación , control evolutivo por su pediatra y en caso de aparición de algún signo neurológico o alteración del desarrollo psicomotor solicitar de nuevo consulta.

6 Bibliografía

- <https://neuropediatra.org>.
- <https://infoliti.com>
- <https://psicologiaymente.com>

Capítulo 381

¿QUÉ SON LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ

TETYANA SEMENOVA

TANIA BORQUE CAICEDO

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS

1 Introducción

Todas las personas terminamos por perder la salud en un momento de nuestra vida, unas serán más afortunadas que otras, pero la mayoría bien por enfermedad o vejez necesitaremos cuidados paliativos.

La palabra “Paliar” viene del latín “Palliase” que significa mitigar y moderar el rigor

El ciclo de la vida es nacer, crecer, desarrollarse y morir. Los cuidados paliativos son cuidados médicos y de enfermería especializados interdisciplinarios para en el alivio de los síntomas, incluido el dolor y el estrés físico y mental en cualquier etapa de la enfermedad. La calidad de vida es una prioridad, tanto para la persona como para su familia.

La diferencia entre cuidados paliativos y enfermos terminales es que a los enfermos terminales se les ofrece cuidados paliativos cuando el pronóstico es aproxi-

madamente de menos de seis meses de vida. Sin embargo los cuidados paliativos se prestan a personas con enfermedades graves y pueden empezar en el momento del diagnóstico y ser compatible con el tratamiento.

Los cuidados paliativos se han desarrollado para los cuidados oncológicos, pero también para muchas otras enfermedades que pueden llevar a esta situación, que no son enfermedades oncológicas, como enfermedad cardíaca, enfermedades pulmonares, insuficiencia renal, demencia, VIH/SIDA y ELA (esclerosis lateral amiotrófica).

Los cuidados paliativos abordan todos los aspectos que las personas sufrimos cuando tenemos una enfermedad grave. Como el estrés, la pérdida de esperanza de que podamos mejorar, ansiedad, miedo y depresión. Porque afecta no solo a nuestro cuerpo si no que nos afecta en toda las etapas de nuestra vida y la de nuestra familia.

Problemas físicos. Algunos síntomas o efectos secundarios incluyen:

- Dolor
- Dificultad para dormir
- Dificultad para respirar
- Falta de apetito y problemas del estómago

Problemas Psicosociales:

- Cultura (creencias, valores, deseos)
- Dificultades familiares (hijos problemas relacionales, problemas económicos)
- Sucesos vitales estresantes
- Etapa de la enfermedad en que se encuentre el paciente (es un factor determinante para que influya en el paciente en cuanto a la toma de decisiones y estrategias de afrontamiento)

Apoyo social:

- Si no hay apoyo social aumenta la ansiedad y la depresión, con lo que la calidad de vida mental se ve degradada
- Dependencia
- Soledad
- Rechazo
- Amigos
- Trabajo
- Nivel de comprensión de la enfermedad

El PAE : Se llama al proceso de atención de enfermería para el cuidado de los pacientes. Consta de cinco fases:

1. Valoración: Recoger y examinar el estado de salud del paciente
2. Diagnóstico: Identificar el problema o los problemas que tiene el paciente
3. Planificación: Dentro de la planificación hay varios pasos: Determinar las prioridades; Objetivos; los pasos a seguir; Determinar las intervenciones: acciones y intervenciones a seguir para tratar los problemas; Anotar: Escribir y anotar todos los pasos a seguir tiene que ser individual para cada paciente
4. Ejecución: poner en práctica todos los pasos
5. Evaluación: mirar si es efectivo el plan a seguir o hay que modificarlo

El PAE en oncología infantil

Cuidar extremadamente la atención psicológica y la comunicación. Valorar la presencia de los padres. Autoestima: proporcionarle la oportunidad de hablar con niños que hayan tenido experiencias positivas ante la enfermedad. Sugerir a los padres el corte de pelo para evitar el impacto de la imagen. Técnicas alternativas: risoterapia, distracción, ludoteca, biblioteca infantil. Cuidar, uniforme y pijamas. Color de las habitaciones, usar motivos y dibujos alegres

La pérdida de un ser querido es una de las experiencias que más dolor psicológico produce. Y por eso cada persona afronta el duelo de forma diferente.

La psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross en su teoría de las 5 etapas del duelo, publicada en el año 1969 en el libro "On death and dying". Esta idea sirve para entender mejor el modo en el que se sienten las personas en fase de duelo y cómo tienden a actuar. Las 5 etapas del duelo:

1. Etapa de la negación

Cuando una persona se le comunica la enfermedad terminal o muerte de un ser querido, su primera reacción es negar la realidad de esta noticia. Reaccionamos negando la pérdida

2. Etapa de la ira

Cuando ya no podemos negar esta muerte comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor. En este proceso tenemos tanta rabia y resentimiento que buscamos culpables

3. Etapa de la negociación

En esta etapa surge la posibilidad y la esperanza de que se pueda retrasar la muerte de la persona moribunda. Buscar formas que habrían cambiado el final y nos aferramos al hecho de buscar formas de cambiar el hecho de la muerte

4. Etapa de la depresión

En esta cuarta etapa el dolor es inmenso y se tiene una profunda tristeza y la persona comienza a comprender la certeza de la muerte y que no puede vivir sin esa persona. Algunas personas sienten que no quieren seguir viviendo

5. Etapa de la aceptación

Es el momento en donde intentamos vivir con el dolor que nos produce la pérdida que la ya no vamos a estar con la persona querida y intentamos seguir viviendo.

Pero según los expertos las personas no pasan necesariamente por todas estas etapas ni en ese orden específico, así que el duelo se puede manifestar de distintas maneras y en momentos diferentes para cada persona.

2 Objetivos

Conocer que son los cuidados paliativos, cuál es su objetivo y analizar la legislación actual que concierne a este tema.

3 Metodología

Este trabajo se trata de una revisión bibliográfica sobre el tema de los cuidados paliativos se revisaron unos veinte artículos en la base de datos Pubmed y también en Dialnet. Se encontraron diez artículos y se han seleccionado varios. Como palabras clave se han utilizado (cuidados paliativos) en español y en inglés (palliative care). Para la revisión de artículos en diferentes bases de datos los criterios de inclusión fueron (pacientes a los que se les recomienda cuidados paliativos).

4 Resultados

El objetivo de los cuidados paliativos y de la atención de enfermos terminales es obtener el confort del paciente y una atención individualizada y continuada, la autonomía del paciente y la dignidad del enfermo y controlar los síntomas y aliviarlos. También proporcionar una mejor calidad de vida y mitigar los síntomas y efectos secundarios de las personas que padecen una enfermedad grave, pero no curarla.

Ambos son proporcionados por equipos de atención especial que acometen las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y espirituales de una persona.

Conocer cuando se utilizan los cuidados paliativos, informar, orientar y apoyar.

Los objetivos según la OMS son:

- Alivio del dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico y social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar la muerte como algo natural
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo

Todo se resume en una atención integral sobre el paciente y su familia en la que la coordinación del equipo con el paciente y la familia es fundamental. Los cuidados paliativos engloban la salud física (calidad de vida), la salud psíquica y la social del paciente.

La especialización en todos los campos cada vez es más necesaria e imprescindible.

Las cuestiones relacionadas con el proceso de la muerte tienen conflicto ético, hay que saber diferenciar eutanasia; suicidio asistido; limitación del esfuerzo terapéutico; rechazo de tratamiento y sedación paliativa.

Eutanasia: etimológicamente significa “buena muerte” muerte sin sufrimiento. La eutanasia es directa, activa, voluntaria. Tiene que haber petición expresa. Se habla de suicidio asistido: cuando se dan todos los requisitos anteriores pero el profesional o cualquier otra persona de su entorno le proporciona al paciente los materiales, para que el enfermo se produzca la muerte. Se habla de limitación del esfuerzo terapéutico (Rechazo de tratamiento)

Es difícil decidir cuántos tratamientos se pueden aplicar a un enfermo sin causar sufrimiento y durante cuánto tiempo. Los médicos intentan por todos los medios a su alcance y por la insistencia de la familia poner todos los tratamientos y técnicas a su alcance.

Donde está la limitación del esfuerzo terapéutico la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los artículos de la Ley 41/2002 que respaldan jurídicamente el rechazo de tratamiento son el art. 2.3 (“el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”), el art. 2.4 (“todo

paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley”). Esta negativa al tratamiento tiene que constar por escrito y puede revocarla si cambia de opinión.

Sedación Paliativa: nos referimos a ella cuando se administran fármacos, en la dosis y combinación requerida para aliviar uno o más síntomas y reducir la conciencia de un paciente terminal, con el consentimiento expreso del paciente o el de su familia. Suele utilizarse en la fase de agonía.

5 Discusión-Conclusión

Hay que ser cautelosos porque al final de la vida siempre surgen conflictos éticos, por eso es importante conocer y saber las instrucciones previas o voluntades anticipadas. Estos son documentos en lo que una persona puede decir cómo quiere que sea el final de su vida y como quiere que se le trate, cuando no pueda decirlo, bien por la pérdida de facultades mentales o por otros motivos y que otras personas puedan hacerlo por él.

En la ley 41/2002 existen normas promulgadas en las comunidades autónomas con contenidos diferentes. Lo importante de esta ley es el respeto a la voluntad del paciente en situaciones críticas. Saber ayudar al final de la vida y hacerlo bien es una tarea muy difícil.

6 Bibliografía

- ADAM. (2019). Enciclopedia médica.
- Kübler-Ross, E. (1969). 5 etapas del duelo. On death and dying.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Manejo del duelo (2019). Manejo del duelo.
- Rifá Ferrer, J., Pons Sureda, O. y Manzano Alemany, H. ()El final de la vida. Síntomas y complicaciones más frecuentes. En Manual SEOM de Cuidados Continuos.
- Sanz Ortiz, J. (1989). Principios y prácticas de los cuidados paliativos. Barcelona: Medicina Clínica.

- SECPAL. (2009). Manual de medicina paliativa.

Capítulo 382

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA TÉCNICA DE RECOGIDA DE MUESTRA DE ESPUTO EN PACIENTES CONSCIENTES

REBECA IGLESIAS VALDES

DAVID GONZALEZ MONTES

1 Introducción

Para la realización de diferentes tipos de análisis que solicita el facultativo es necesario realizar una serie de procedimientos para la obtención de las diferentes muestras biológicas como la muestra de esputo. Cuando hablamos de la recogida de esta muestras es función del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) siempre que el paciente se encuentre consciente bajo la supervisión del enfermero.

2 Objetivos

Identificar la función del TCAE en el proceso de recogida de esputo de los pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Se realiza un revisión bibliográfica, mediante la búsqueda en documentos sanitarios, y el buscador de Google y Google académico, combinando las palabras clave esputo, muestra, expectoración, microbiología, TCAE, técnica. Se seleccionan aquellos documentos con un filtro de tiempo de los últimos 10 años (2009-2019).

4 Resultados

Tras la lectura de los documentos, en todos se señala la función del TCAE que va a intervenir en el proceso, desde la Información que se le traslada al paciente para informarle como debe realizar el procedimiento, la preparación del paciente en caso de que necesite ayuda en la movilización, y en la recopilación del material necesario. Es importante señalar que los documentos recogen que la toma de la muestra se debe realizar a ser posible a primera hora de la mañana, y con una técnica lo más aséptica posible.

Determinar las características del esputo, así puede ser microscópicas (para estudio citológico y microbiológico), macroscópicas (color, olor, consistencia, cantidad) y bioquímicos (permitiendo conocer sus elementos químicos, su pH y sus enzimas). Si el medico o el enfermero nos informa que debemos recoger una muestra para un estudio microbiológico, la muestra debemos como TCAE recogerlos durante tres días seguidos.

5 Discusión-Conclusión

La técnica de recogida de una muestra de esputo va a portar información valiosa en un gran número de procesos patológicos, siendo la finalidad de esta técnica la detección de e posibles enfermedades de carácter orgánico y funcional.

Un dato con el que también podemos concluir, es que se trata de una técnica que no presenta efectos adversos ni negativos para el paciente.

6 Bibliografía

- www.paho.org
- www.osakidetza.euskadi.eus

- www.revista-portalesmedicos.com
- www.isipedia.com

Capítulo 383

CARIES DENTAL. METAANÁLISIS

LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ

MARIA DE LA CUESTA TUÑÓN

1 Introducción

La destrucción o también llamada necrosis que afecta a tejidos duros del organismo, sobre todo a los huesos y los dientes, es lo que denominamos "caries". Hay varios factores responsables :

- Los indirectos: como son la higiene y la dieta.
- Y los inherentes, al individuo: que son los que se pueden considerar responsables directos, que afectan al esmalte, a la dentina y al cemento dental.

La caries dental es una enfermedad causada por múltiples factores.

2 Objetivos

Dar a conocer la evidencia científica publicada en referencia a la caries.

3 Metodología

Realizada la revisión sistemática en base bases de datos de Pubmed y distintas guías de referencia, los descriptores utilizados fueron: "Caries", "Enfermedad de Múltiples Factores", e "Higiene Dental".

Criterios de inclusión empleados en la selección de artículos: Categoría de Revisión bibliográfica y Artículos publicados en Español e Inglés. Se excluyeron aquellos que no dispusieran de acceso libre.

4 Resultados

Más de la mitad de los escolares y un tanto por ciento muy alto, rozando el 100% de los adultos de todo el mundo tienen caries. Los grupos más pobres y/o los más desfavorecidos suelen ser con mayor frecuencia los afectados con dicha patología.

Puede llegar a producirse la pérdida de la pieza dental, lo que afecta a una cuarta parte de los adultos de edades comprendidas entre los 30-50 años. Un gran porcentaje de personas entre los 65-74 años no tienen dentadura natural.

Los factores de riesgo suelen ser:

- Mala dieta.
- Consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Malos hábitos de higiene bucodental.

En España el 60% de las caries son resueltas. En Europa la cifra supera el 70%.

5 Discusión-Conclusión

La Caries Dental, puede ser prevenida desde la infancia, llevando a cabo las revisiones odontológicas periódicas.

En el periodo inicial de la caries, la detección es fundamental para frenar su desarrollo, así evitamos que la pieza sufra daños mayores.

La prevención es el tratamiento más eficaz, por lo que en los sistemas sanitarios de cada país se considera un objetivo prioritario en la prevención, es por ello que en España existe el programa infantil de revisión odontológica con aplicación de flúor.

6 Bibliografía

1-Batra M, Shah AF, Rajput P, Shah IA. Comparison of linear and zero-inflated negative binomial regression models for appraisal of risk factors associated with dental caries.

2-West NX, Joiner A. Enamel mineral loss. J Dent 2014;42 Suppl 1:52-11.

3- Wikipedia.

4: Buscador Google.

Capítulo 384

UNA UNIDAD ESPECIAL: LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y EL PACIENTE CRÍTICO

YOLANDA PATALLO GARCIA

FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARTA PATALLO GARCIA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un lugar destinado para llevar a cabo un tratamiento y una vigilancia continua con los enfermos.

En esta unidad son tratados pacientes que poseen una alteración en sus funciones y cuya vida corre peligro. También se tratan pacientes post-operados que se sospeche que puedan sufrir alguna alteración transitoria importante necesitando una vigilancia intensiva.

Las patologías más frecuentes en la UCI son:

- Insuficiencia respiratoria aguda
- Infarto agudo de miocardio
- Edema agudo de pulmón
- Síndrome coronario agudo
- Sepsis
- Dolor abdominal
- Infecciones urinarias

- Shock
- Hemorragias digestivas
- Disnea

La UCI debe localizarse, dentro del hospital, en una zona diferenciada y cuyo acceso es controlado. La UCI es una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar en un área del hospital donde se concentran los recursos humanos y materiales para atender las necesidades de los pacientes más graves. Tiene unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos para garantizar la seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a personas que requieren un nivel de cuidados elevados. Todo personal que trabaja en la UCI está especialmente preparado para atender a este tipo de paciente.

Es importante contar con una dotación humana y técnica cuyo objetivo es el cuidado y tratamiento de pacientes que sufren, o tienen un alto riesgo de sufrir un grave e inminente daño para su salud o su vida.

2 Objetivos

- Determinar que es un paciente crítico
- Determinar las funciones del Auxiliar de Enfermería en la UCI.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos tales como DECS en las que aparecían textos sobre las Unidades de Cuidados Intensivos.

Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline, Pubmed. Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: paciente crítico, unidad de cuidados intensivos, TCAE, hospital. Se han seleccionado artículos en los que se incluyen sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

La Medicina Intensiva se ocupa del paciente crítico. Es un paciente que presenta alteraciones fisiopatológicas que son severas y que representan una amenaza

para su vida y al mismo tiempo son susceptibles de recuperación.

El paciente crítico o grave es aquel que tiene afectado uno o más sistemas de su cuerpo, lo que supone riesgo vital o riesgo de tener graves secuelas. Cuatro características definen a este paciente:

1. Enfermedad grave
2. Reversibilidad potencial de la enfermedad
3. Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos
4. Necesidad de un área tecnificada (UCI)

El Auxiliar de Enfermería debe ser una persona capaz de integrarse en un equipo, equilibrada, ordenada, precisa en sus movimientos, capaz de infundir tranquilidad y confianza al enfermo y con una inquietud constante por su formación.

1. Debe de realizar una serie de actividades:

Actividades Asistenciales

Dirigidas a proporcionar la atención integral al paciente, en el ingreso del paciente, en su pauta diaria, según la patología que presente y en las situaciones de emergencia y urgencia:

- Escuchar al turno anterior.
- Realizar la cama y el aseo de los enfermos.
- Realizar la higiene de la boca y ojos en enfermos encamados.
- Colocar la cuña y limpiarla.
- Participar en las técnicas clínicas y de enfermería invasivas y no invasivas.
- Participar en la administración de la nutrición enteral por boca y sonda gástrica, así como la administración de medicamentos.
- Medición de drenajes quirúrgicos, diuresis, recogida y envío de muestras.

Actividades de Mantenimiento

- Limpieza, montaje y mantenimiento de aparatos específicos y sistemas de drenajes.
- Preparación, ordenación y control del instrumental quirúrgico para su envío a esterilización central.
- Ordenación, reposición y control de existencias a cada box, colocación de pedidos en el almacén, farmacia, lencería, carro de curas, carro de paradas, etc.

Actividades Socioculturales

- Informar a la familia del paciente sobre las normas de la UCI, les proporcionara la vestimenta adecuada y procederá a entregarle los objetos personales del paciente.
- Sobre traslado de muestras

- Se ocupará de la recogida y reclamación de resultados analíticos y pruebas exploratorias de forma inmediata o según protocolo.

Sobre Promoción Profesional

- El Auxiliar de Enfermería debe intervenir en las sesiones multidisciplinarias e interprofesionales planificadas en la unidad.

2. Garantía de calidad en su trabajo:

Normas de conducta

- Respetará el pudor y la intimidad del paciente.
- Respetará los valores éticos, morales y religiosos del paciente y sus familiares.
- Realizará siempre el trabajo en equipo para afrontar con éxito los compromisos de riesgo, urgencia y emergencia que se presentan en la UCI.

Actividades de control

- Comprobará la fecha de caducidad de los medicamentos y la esterilidad de los productos

Cumplimentación de protocolos

- Anotará en la gráfica de enfermería los registros de medición de drenajes, diuresis, etc y en la historia de enfermería la administración de medicamentos, etc.
- Llevará a cabo correctamente los protocolos que se le han encomendado: protocolo de entrega y recogida de material de dispositivos y aparatos.

5 Discusión-Conclusión

El paciente crítico o grave es un paciente especial que requiere unos cuidados muy minuciosos. El trabajo del auxiliar no es fácil, la UCI es un área que se caracteriza por trabajar bajo presión y con mucho estrés.

Los profesionales deben de poseer una formación continua, unos conocimientos amplios y sólidos, además de una responsabilidad añadida a la hora de las movilizaciones, cuidados y atenciones a este tipo de paciente.

El Auxiliar de Enfermería desempeña un papel fundamental porque es el que más tiempo pasa con el paciente y mantiene un trato más directo con los familiares. El apoyo que presta a la familia es muy importante.

6 Bibliografía

- El Auxiliar de Enfermería en Cuidados Intensivos.
- Breve historia de la medicina intensiva.
- Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones
- Cuidados intensivos.
- Fundación para la formación y avance de la enfermería.
- Fundación para la formación y avance de la enfermería. El técnico en los cuidados básicos de enfermería al paciente crítico.
- M^a Teresa Soy Andrade. Guía práctica para auxiliares de enfermería en las unidades de cuidados intensivos. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid, 1994

Capítulo 385

COMO ACTUAR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA DISFAGIA OROFARINGEA (DOF) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

MARÍA JOSÉ PAJARES CANTELI

1 Introducción

El Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) es pionero en el abordaje disciplinar de la disfagia orofaríngea, permitiendo una asistencia integral y de calidad a los pacientes con este síntoma.

Todo ser humano necesita alimentarse para vivir, no solo para satisfacer sus necesidades biológicas, sino también para las psicológicas y sociales.

La disfagia significa un retraso del paso fácil de alimentos y líquidos desde la faringe al estómago, incluyendo las dificultades de masticación, regurgitación, dolor a la deglución, sensación de nudo en la garganta... La causa de la disfagia pueden ser por factores intrínsecos (tumor benigno, divertículo, estenosis péptica, carcinoma,...) o extrínsecos (tumores malignos, tiroides, compresión vascular, etc).

Los principales síntomas son: tos durante la comida, regurgitación nasal, retención de la comida en la boca, infecciones respiratorias repetidas, disminución de la ingesta, ronquera y bronco-aspiración.

Hoy en día se distingue disfagia orofaríngea y disfagia esofágica, con una referencia de los casos del 80% y 20% respectivamente. La disfagia orofaríngea (DOF) se establece cuando el origen de las alteraciones de la deglución es oral, faríngeo y del esfínter esofágico superior y a partir de este estaríamos hablando de disfagia esofágica.

La disfagia orofaríngea (DOF) es un síntoma muy común en el anciano y en pacientes que han sufrido enfermedades neurológicas como accidentes cerebrovasculares (ACV). La disfagia orofaríngea (DOF) condiciona en los pacientes mayores una deshidratación y desnutrición donde se evidencia a parte de un deterioro cognitivo, bajo estado de ánimo (tristeza, depresión...), soledad, falta de habilidad para comprar los alimentos o cocinarlos, o también determinados tratamientos farmacológicos o los cambios de estructuras musculares que condicionan cansancio a la hora de ingerir los alimentos.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de evitar y prevenir la disfagia orofaríngea.
- Conocer el cribado existente para conocer el grado de disfagia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline, Dialnet y Pubmed. Los términos empleados han sido: disfagia, orofaríngea, DOF, prevenir, grado, cuidados, auxiliar enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2001.

4 Resultados

Es relevante prevenir la disfagia orofaríngea, ya que ello hace que pueda:

- Disminuir el riesgo de aspiración en pacientes con dificultades en la deglución, con alimentación oral.
- Prevenir la aparición de complicaciones.
- Mejorar la nutrición.
- Adaptar la textura y viscosidad de los alimentos en pacientes con DOF.
- Formar a los familiares los conocimientos y habilidades necesarias para alimentar de forma segura a pacientes con dificultad en la deglución.

- Cuando modifiquemos la alimentación o hidratación de una persona buscaremos estrategias que hagan su alimentación e hidratación más atractiva.

Si seguimos como Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) todos los pasos indicados, permitiremos que la deglución sea una adecuada nutrición para el paciente. No olvidar nunca que la deglución tiene dos características fundamentales, la eficacia para asegurar la ingesta de los nutrientes necesarios para el paciente y la seguridad para poder ingerir agua y alimentos sin que se produzca complicaciones respiratorias.

Muchos de los pacientes con DOF presentan signo de desnutrición y deshidratación, por lo que es importantísimo estimular la nutrición e hidratación del paciente. Hoy en día se emplean preparados comerciales dispensados por el servicio de farmacia del hospital y adaptados a las necesidades del paciente (para diabéticos, hiperprotéicos, hipercalóricos, ricos en fibra,...).

Los pacientes con DOF tienen problemas para conseguir una hidratación adecuada ya que deben de modificar la viscosidad de los líquidos para una deglución segura. Ayudados de espesantes, gelatinas, etc, podemos conseguir la hidratación que el paciente necesita.

Según el estado cognitivo y de comunicación del paciente va a influir en las pautas de tratamientos, pues su deterioro puede desaconsejar en gran medida la terapia activa deglutoria por falta de atención, entendimiento y coordinación. La posición más segura para comer es la sedestación, con la espalda recta y la cabeza derecha, alineada con la columna vertebral; pero muchos de los pacientes (ancianos, ACV,...) no son capaces de mantener esta posición ni tienen control cefálico por lo que compromete a una deglución segura.

En el cribado existe multitud de test para determinar el grado de disfagia del paciente. El más usado es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V). Este método de exploración MECV_V está indicado en cualquier paciente con sospecha de DOF no solo indica las alteraciones en la seguridad y la eficacia de la deglución, sino que orienta sobre la modificación en la viscosidad de los líquidos y sobre el volumen que ha de ofrecerse al paciente para obtener una deglución segura y eficaz. Técnica del MECCV-V: Secuencia de la prueba:

- Néctar: 5ml 10ml 20ml
- Agua : 5ml 10ml 20ml
- Pudín: 5ml 10ml 20ml

- Detección de signos de alteración de la seguridad y la eficacia en cada bolo.

Para garantizar la seguridad del paciente se inicia la prueba con la viscosidad del néctar y realizando volúmenes crecientes de 5 a 10 y luego 20 ml de manera progresiva. Si el paciente logra completar la serie sin síntomas importantes de aspiración, se valora una serie de líquidos con viscosidad menos segura y por último una viscosidad más segura como pudín. Si el paciente presenta signos de compromiso de la seguridad con la viscosidad néctar la serie se interrumpe y se pasa a la de tipo pudín. Dicha prueba la realiza enfermería, es una técnica rápida, segura y precisa.

En la DOF toman un papel muy importante las TCAE, puesto que son ellas las encargadas de la hidratación y nutrición así como la medicación oral. También forman al paciente y su cuidador como debe modificar los alimentos para su deglución y así prevenir la aparición de complicaciones y mejorar la nutrición del paciente.

Las medidas importantes que se deben tener en cuenta a la hora de planificar la alimentación del pacientes con DOF son un complemento de los cuidados generales necesarios y de las maniobras deglutorias facilitadoras.

- Asegurar la alerta del paciente antes de ofrecer ingestas por vía oral.
- Mantener un ambiente relajado y tranquilo durante la duración de las comidas.
- Mantener durante las ingestas una actitud de supervisión y paciencia por parte del TCAE.
- Dar órdenes cortas, sencillas y concretas para facilitar la alimentación. Si se precisa estimular la ingesta con mímica o imitación. Siempre colocarnos enfrente del paciente.
- Esperar a que la boca se quede vacía ante de la siguiente cucharada y evitar las prisas, dar tiempo suficiente para comer, minimizar la fatiga y la frustración.
- Indicar que no se hable hasta que se termine de tragar.
- Usar estrategias de incremento sensorial incluyendo sabores ácidos, como el del limón o la lima, o temperaturas frías, como los helados cremosos. Estos facilitan que se desencadene el reflejo deglutorio.
- No utilizar jeringas para la administración oral de líquidos ni de alimentos, porque no estimulan la deglución y si favorecen la aspiración.
- No utilizar pajitas porque al sorber por ellas se facilita la aspiración.
- Presentar en el plato pequeñas cantidades y usar cuchara de postre ya que cuando se ejerce una ligera presión con ella sobre la lengua, estas sirve de estímulo, si evitar contacto de cuchara con los dientes para no desencadenar el

reflejo de morderla.

- Estimular los labios si la preparación oral es lenta, mediante toques o ligera presión sobre ellos.
- Mantener la satisfacción por la comida potenciando sus cualidades organolépticas. Preservar los sabores que conoce el paciente y conservar el empleo de los alimentos que forman parte de su cultura, pero adaptando su presentación en función de su disfagia.
- Adecuar el mensaje: uso de vasos de boca ancha o con ventana para evitar la extensión cervical.
- No forzar si hay rechazo insistentes (posponer).
- No mezclar consistencias líquidas con sólidas.
- Cepillado suave de la boca antes y después de las comidas.
- Limpieza con gasa impregnada en colutorio (en paciente no colaborador).

Cuando enfermería realiza la prueba de disfagia deberá dejar constancia tras su valoración en las órdenes de prescripción de medicamentos haciendo constar la viscosidad que precisa el paciente, así podrán prescribir fármacos en lo que es posible evitar fórmulas que no se puedan triturar: retard, sublinguales, con cubierta entérica, o sólidas que contengan líquido.

En muchos hospitales la administración de medicamentos orales se suministra al paciente por la TCAE, por lo que debe tener precauciones al suministrar los medicamentos al enfermo:

- Los comprimidos deben ser triturados. Se machacan hasta polvo fino y se administran con agua espesada o con una cucharada de cualquier alimento con textura de puré (yogur, puré de frutas,.....).
- Si se utilizan fórmulas en tipo jarabe, están deben poder ser espesadas a la viscosidad necesaria.
- No mezclar la medicación en el plato completo para evitar que esta no se consuma si no se termina la comida y para evitar modificar el sabor de los alimentos.

Es muy importante las técnicas posturales:

- Insistir en la importancia de la alineación corporal para evitar broncoaspiraciones. Mantener postura erguida sentado 90° con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla, si es en la cama elevar ligeramente las rodillas con almohada. Mantener la postura hasta 20 minutos tras la ingesta.
- En hemiparesia: girar la cabeza hacia el lado parético para facilitar que el bolo se desplace por el lado no parético.

- Rehabilitación para mejora movilidad, fuerza y tono muscular de labios y lengua: praxias bucolinguales (mejora sello labial y correcta formación y propulsión del bolo).
- Evitar la hiperextensión del cuello.

Sobre la dieta del paciente con disfagia, tenemos dos posibilidades según presente disfagia sólo a líquidos o a sólidos y líquidos. Si presenta disfagia a sólidos, la dieta será triturada. Un peligro con este tipo de dieta es la monotonía y el aspecto que puede ser desagradable para el paciente y ser un motivo de disminución de ingesta. Si presenta disfagia a líquidos, éstos irán espesados siempre con espesante comercial o de forma natural con otros alimentos.

Se contemplan tres grados de viscosidad: néctar, miel o pudín. También se puede usar gelatinas, para conseguir ingerir suficiente líquido. Es importante escoger gelatinas de alta estabilidad a temperatura ambiente, es decir, que no se disuelvan con facilidad o se rompan en trocitos, deben ser compactas, y sin azúcar si el paciente es diabético, manteniéndolas siempre en la nevera.

Hay ciertos alimentos desaconsejados, que bien por su textura y otras características, tienen mayor riesgo de producir bronco-aspiración, como son los alimentos con partes duras o punzantes (carne con huesos, tendones, pescados con espinas), pieles de frutas y legumbres, fibrosos (piña), de diferentes texturas (sopa con pasta, legumbres caldosas), alimentos crujientes o que se desmenuzan (pan tostado, patatas chips), pegajosos (leche condensada, puré de patata espeso) y alimentos que se funden en la boca (helados, gelatinas de baja estabilidad).

Un pilar muy importante en el tratamiento de DOF es la modificación de la viscosidad de los líquidos, para mantener una buena hidratación del paciente, por lo que todo personal de enfermería, paciente y cuidador debería estar muy bien familiarizado con los productos que se utilizar para modificar la viscosidad de los líquidos.

Los espesantes son los grandes aliados en la hidratación y alimentación de los pacientes con DOF. Los espesantes se agregan a las bebidas para ralentizar la velocidad de flujo del bolo durante la deglución.

5 Discusión-Conclusión

Todos los pacientes con sospecha o diagnósticos del DOF deben someterse a un cribado nutricional y si este fuese positivo realizar una valoración nutricional

completa.

La disfagia es un síntoma muy común que ocurre en aproximadamente el 3% de la población general. En términos generales se estima que 1 de cada 17 personas tendrá dificultades para tragar en algún momento de su vida. Según algunos autores, el envejecimiento en sí mismo no es una causa clínicamente significativa, pero sin embargo, la prevalencia de la DOF aumenta con la edad, de tal forma que entre un 10-30% de los mayores de 65 años presenta algún tipo de dificultad en su deglución. La DOF está presente en un 55% y 68% de la población anciana institucionalizada, americana y canadiense respectivamente. Las cifras en este colectivo aumentan con la coexistencia de patología, registradas en Alemania un 43% y en España un 67%. El 47% de los pacientes que han sufrido AVC, tanto isquémicas como hemorrágicas, parece sufrir disfagia en algún momento de su enfermedad. Los pacientes con daño cerebral traumático presentan disfagia en el 25% de los casos, y en la enfermedad de Parkinson, la prevalencia se sitúa en el 52%. Un estudio reciente de Danés encontró que un 34,2% de los pacientes hospitalizados por neumonía de la comunidad presentaban DOF.

No podemos olvidar que el descenso de la natalidad y la mayor expectativa de vida hacen que las cifras de población envejecida estén aumentando vertiginosamente. El porcentaje en España se sitúa en el 18,2% y se estima que pasaría a ser el 24,9% en 2029 y aun 38,7% en 2064. El aumento progresivo de enfermedades cerebrovasculares, neurodegenerativas y neoplásicas contribuyen al aumento de la prevalencia de disfagia.

Los profesionales de enfermería, pacientes y cuidadores, es muy importante que tengan conocimiento y formación específica sobre cómo modificar la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos. Para ellos tanto DUE como TCAE deben realizar demostraciones prácticas para que no quede ninguna duda sobre la capacidad de elaborar estas modificaciones, no solo una explicación verbal o escrita, así evitaremos complicaciones como puede ser bronco-aspiraciones.

Siempre que modificamos la alimentación o hidratación de un paciente, estamos interfiriendo en su calidad de vida, por lo que es muy importante estimularlos con sabores que al paciente le gusta, las compañías farmacéuticas nos facilitan una amplia gama de productos adaptados a las necesidades de los pacientes (espesantes, gelatinas, compotas de fruta, batidos,.....).

Una correcta hidratación es vital para la realización de los procesos fisiológicos y para el mantenimiento de la vida.

Las funciones que realiza la TCAE ante una DOF tanto en dar la alimentación al paciente como las técnicas posturales tienen una gran importancia para que el paciente mantenga una buena hidratación, nutrición y prevenir cualquier complicación.

6 Bibliografía

- Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Editorial glosa, 2015.
- Manual de urgencias geriátricas de Carmela de Pablo. Editorial Alcalá. 2019
- Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea.
- Pasquel A. Gomas: Una aproximación a la industria de alimentos. Revista Amazónica de Investigación Alimentaria. 2001
- Enfermería geriátrica. Ediciones Monsa
- <https://www.geriaticarea.com>
- <https://www.investigacionencuidados.es>
- <https://www.enfermeriacantabria.com>

Capítulo 386

LA IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES BUCODENTALES DURANTE LA GESTACIÓN.

MONTSERRAT IGLESIAS AGUILERA

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

MARGARITA NIEBLAS RODRIGUEZ

1 Introducción

Durante el embarazo una mujer experimenta cambios importantes y temporales en las estructuras corporales, todo esto debido al aumento de la producción de estrógenos, gonadotropinas, progesterona y relaxina entre otras hormonas. Entre todos estos cambios también se puede ver afectada la salud bucodental, presentando alteraciones transitorias.

Entre los cambios más frecuentes se encuentra la enfermedad periodontal que afecta entre un 40 y un 100% de las mujeres gestantes. Uno de los factores que influyen para su aparición es la insuficiente higiene bucodental, cambios hormonales la dieta, entre otros.

También pueden aparecer diferentes lesiones bucales como por ejemplo una estomatitis etc, cuando nos encontramos con una higiene bucal insuficiente.

Por ello, durante este periodo es importante por parte de los profesionales de la salud, dar una buena información y educación sobre la prevención de las enfermedades bucales que puedan aparecer durante el embarazo, como son las enfermedades periodontales, granuloma de embarazo y lesiones cariosas.

Durante el embarazo aumentan los niveles de progesterona gracias a la placenta, y con ello se produce la dilatación de los capilares gingivales y con ello exudación gingival.

Las enfermedades periodontales son cuadros de origen infeccioso y se clasifican en :gingivitis y periodontitis.

La gingivitis durante el embarazo afecta entre el 60 y 75%, apareciendo habitualmente entre el tercero y octavo mes de embarazo a partir del cual se observa una disminución, y suele desaparecer después del parto. Esta gingivitis es el resultado de aumento de la progesterona, que unido a otros factores y a los efectos irritantes que producen la placa bacteriana, es el factor local más importante. Esta enfermedad bucodental se caracteriza por la inflamación de la encía sin afectar a los tejidos de soporte del diente.

Algunas mujeres presentan un cuadro leve de inflamación respecto a otras que dicha inflamación puede llegar a desencadenar una hiperplasia severa con mucho dolor y acompañada de sangrado.

Si la gingivitis no se cura avanza y termina con problemas más graves y complicaciones como la periodontitis

La periodontitis afecta a un 30% de las mujeres agravándose más si cabe en la etapa del embarazo. Esta enfermedad bucodental se caracteriza por una inflamación que progresivamente afecta y va destruyendo el ligamento periodontal y el hueso alveolar. El hueso actúa como soporte de las piezas dentales y su deterioro a consecuencia de las bacterias puede provocar la pérdida de las piezas dentales. El sistema inmunitario del cuerpo lucha contra las bacterias que forman la placa bacteriana a medida que ésta se extiende y crece por debajo de la línea de las encías. Cuando la periodontitis no se trata debidamente, los huesos, encías y tejidos se destruyen. Si una mujer embarazada padece periodontitis aumenta el riesgo de que su embarazo sea pretérmino y con ello las consecuencias nocivas que puedan acarrear al recién nacido

La caries durante el embarazo también se incrementa debido a una serie de factores como son la alteración del pH de la saliva, higiene deficiente, vómitos por el reflujo y cambios en la dieta habitual. Una creencia errónea más extendida es la descalcificación de las piezas dentales debido a la mayor absorción de calcio que necesita el cuerpo durante el embarazo.

El granuloma del embarazo afecta a un 5% de las mujeres gestantes localizándose en una zona donde hay gingivitis que crece muy rápido. Es asintomático y aparece en zonas afectadas por gingivitis inflamatoria y la presencia de placa

bacteriana. Suele aparecer en el tercer trimestre y va creciendo pudiendo llegar a un tamaño máximo de dos centímetros. Después del parto el granuloma disminuye automáticamente pudiendo llegar a desaparecer.

Es una especie de tumoración blanda, el color puede variar desde el rojo púrpura hasta azul oscuro, dependiendo de la lesión. Suelen provocar sangrado si se tocan y tienden a reaparecer. Los casos de granulomas que presenten una excesiva hemorragia, se pueden abordar quirúrgicamente preferiblemente durante el segundo trimestre de embarazo. Las mujeres gestantes muestran una falta de conocimiento sobre las complicaciones en el embarazo que pueden acarrear las enfermedades dentales.

El personal sanitario debido al aumento de dichos casos durante el embarazo deben de informar sobre la importancia de mantener una buena higiene y salud bucodental, recomendando también la visita al odontólogo antes y durante el embarazo. Todas estas alteraciones durante el embarazo pueden empeorar considerablemente produciendo parto pretérmino, fetos de bajo peso, preeclampsia. Para mejorar la salud bucodental se pueden tomar ciertas medidas como:

*Crear sistemas de referencia directa entre los profesionales de la salud

*Mejorar las habilidades entre el equipo sanitario para detectar precozmente la gingivitis y periodontitis.

*Promocionar pautas para la prevención de la salud bucodental antes del embarazo.

Hoy en día los profesionales de los centros de salud derivan a las embarazadas al servicio de odontología para prevenir estas enfermedades bucodentales a fin de evitar ciertas complicaciones durante el embarazo.

2 Objetivos

Identificar cómo prevenir las enfermedades bucodentales en gestantes.

3 Metodología

Se han consultado diferentes documentos publicados en la bibliografía científica de diferentes bases de datos. La búsqueda está comprendida entre 2009 y 2019. Las bases de datos que se han consultado son: Pubmed, Embase, Dianelt Plus.

Los descriptores empleados para realizar la búsqueda han sido: enfermedad periodontal, embarazo.

4 Resultados

Para prevenir las enfermedades bucodentales durante el embarazo, además como medida para evitar complicaciones posteriores en el parto, como por ejemplo preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, recién nacidos de bajo peso. La prevención es la mejor forma para evitar los problemas bucales durante la etapa gestacional. En primer lugar es imprescindible mantener una adecuada y correcta higiene dental, realizando un buen cepillado y utilizando también hilo dental y colutorio. Además de lo anterior descrito es necesario que las mujeres embarazadas acudan a la consulta del odontólogo para someterse a una revisión completa ,y si es necesario eliminar la placa bacteriana causante de estas enfermedades bucales

Las enfermedades bucodentales son un factor de riesgo de numerosos partos pretérmino y niños de bajo peso,aumentando el riesgo de prematuridad seis veces (Rivas Castillo,Romero Sanchez,De La Roda Varez,2015).

Marchena et al (2013) han investigado la relación que existe entre la periodontitis y ciertas patologías durante el embarazo.Comprobaron que si durante el embarazo existe placa bacteriana que de lugar a una periodontitis,esta infección se extendería por el torrente sanguíneo hasta alcanzar la cavidad uterina ,provocando la dilatación de cuello uterino y produciendo un parto prematuro y un niño de bajo peso al nacer.

Yang Hui ,Larcher y Bueno (2015) realizaron un estudio transversal donde observaron la relación existente entre la enfermedad bucodental y el crecimiento del feto durante el embarazo.Los resultados fueron que la infección periodontal se relaciona con un peso y estatura menor al nacer Otros estudios realizados por Jain,Kaur (2015) publicaron un estudio relacionado con la prevalencia de las lesiones bucales en diferentes etapas de la gestación y su relación con el ph de la saliva.Como resultado se observó que había mayor prevalencia de lesiones bucales en el tercer trimestre de gestación.

Boggess,Berggren,Koskenoja,Urlaub y Lorenz.(2013),realizaron un estudio donde se relacionan las enfermedades bucales durante la gestación con el posible desarrollo de preeclampsia severa.Como resultado obtuvieron que una inflamación periodontal previa ,es un marcador que puede conducir a transtornos hipertensivos (preeclampsia).

Bánhidy , Ács , Puhó , Czeizel .(2015).estudiaron la relación existente entre las

patologías periodontales durante el embarazo y el riesgo de niños que nacen con hendiduras orofaciales, cuyos resultados fueron que hay una fuerte asociación entre las madres con este tipo de patologías y el nacimiento de niños con esta anomalía congénita.

Figuero , Carrillo-de-Albornoz , Martín , Tobías , Herrera . (2013).realizaron una revisión sistemática donde se valoraron los efectos del embarazo y la inflamción gingival.Esta revisión da como resultado que hay un alto crecimiento de la inflamción gingival durante la gestación.

Después de analizar toda la documentación sobre las enfermedades bucales en el embarazo,los profesionales sanitarios son los que deben proporcionar información sobre la prevención de las infecciones periodontales durante el embarazo así como recomendar la visita al odontólogo antes y durante el embarazo.

Es muy importante una alimentación equilibrada durante la gestación, ya que no solo beneficia al bebé sino que también se logra evitar afecciones bucales como la gingivitis y , periodontitis.

También influyen los fármacos en algunas afecciones dentales ,pero si son para el tratamiento dental deben de seguir tomándolos durante el embarazo y consultar con su médico cualquier duda que surja al respecto.

La educación sanitaria es la herramienta más importante para la prevención y promoción de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedades bucales tienen que ver en un índice elevado con los partos pretérmino,los bebés de bajo peso al nacer, la preeclampsia, la diabetes gestacional.

Los patógenos causantes de la infección bucal, viajan por la vía sistémica hasta llegar al útero,causando partos pretérmino y bebés de bajo peso.Estos patógenos aumentan debido a los cambios hormonales que se producen durante el embarazo agudizando la patología bucal.

El embarazo, debido a los cambios sistémicos que produce, empeora la enfermedad periodontal previamente establecida , por lo que es muy importante mantener un buen control de las mujeres embarazadas.

La mejor manera de prevenir es enseñar a realizar una buena y correcta higiene bucal ,aprendiendo a usar el cepillo correctamente y el hilo dental.De esta forma evitaremos la formación de placa bacteriana causante de le enfermedades periodontales.

Concluimos que una buena enseñanza sobre la prevención e higiene oral ayuda a disminuir notablemente la aparición de enfermedades periodontales .

6 Bibliografía

- Rivas Castillo MT, Romero Sánchez M, De la Roda Várez Z.(2015) Impacto de medidas preventivas sobre la calidad de la salud bucodental en la gestante.11(71).
- Marchena L, Fernández CM, Pérez E, Pérez M, San Martín L, Castaño A. (2015) Factores de riesgo asociados a la periodontitis en mujeres embarazadas. Gaceta dental: (246):128-134.
- Liaño A, Calvo X.(2014).. El papel de la matrona en la salud bucodental de la embarazada. 15(4): 119-120.

Capítulo 387

AISLAMIENTO INVERSO INTRAHOSPITALARIO

MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO

1 Introducción

El aislamiento es un procedimiento en el cual se adoptan unas medidas de protección y prevención para impedir la transmisión de enfermedades infecciosas mediante la separación de los mecanismos de transmisión.

2 Objetivos

Conocer la finalidad del aislamiento inverso sanitario.

3 Metodología

Revisión de las bases de datos SCIELO y la Biblioteca Cochrane. Los términos empleados han sido: aislamiento inverso, cuidados, infecciones, enfermedades, riesgo. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2002.

4 Resultados

Mediante el aislamiento inverso se puede interrumpir la cadena de transmisión del agente infeccioso y así disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales, eludiendo así enfermedades y paliando los problemas que estas puedan presentar.

El aislamiento inverso o protector es el que minimiza el riesgo de contraer enfermedades nosocomiales, separando a los pacientes inmunodeprimidos y protegiéndolos de una posible infección. Este aislamiento debe aplicarse siempre a:

- Pacientes con neutropenia severa (menor de 1000 neutrófilos/cc)
- Grandes quemados (más de un 25% de su cuerpo).
- Pacientes con leucemia.
- Pacientes con linfoma.
- En prematuros.
- Pacientes con grandes dosis de tratamientos inmunodepresores.

Prevención de infecciones

- Habitación individual que contará con un sistema de ventilación a presión positiva, con flujo de aire laminar y un sistema de filtración del aire mediante filtros HEPA (filtros absolutos). Señalización de aislamiento. El personal que atienda a estos pacientes no debe presentar ningún proceso infeccioso. Existirá un lugar específico a la entrada de la habitación, para que toda persona se ponga la indumentaria de aislamiento. Lavado de manos con jabón antiséptico antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno. Antes de entrar a la habitación se debe colocar calzas, gorro, mascarilla, bata y guantes. Antes de salir de la habitación se depositará toda la ropa en los contenedores preparados al efecto dentro de la habitación.
- Esfingomanómetro, fonendoscopio y termómetros de uso exclusivo para el paciente mientras dure el aislamiento.
- Uso de material estéril. No compartir ningún material personal. No llevar comida, ni plantas a la habitación del paciente.
- Las visitas serán restringidas y cumplirán en todo momento las medidas protectoras.
- El material será fungible siempre que sea posible y si es reutilizable se desinfectará y esterilizará.
- La limpieza de estas habitaciones será extrema, como mínimo dos veces al día, usando productos y materiales específicos para ella. Utensilios sanitarios de uso exclusivo para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de aislamiento inverso en los hospitales tienen una importancia vital, dado que las infecciones nosocomiales agravan el pronóstico del paciente, sea

cual sea su patología, además son una importante causa de morbimortalidad. El cumplimiento de las normas de aislamiento reducirá la estancia hospitalaria del paciente restableciendo la normalidad en su vida. También se debe informar tanto al paciente como a sus familiares de los motivos del aislamiento para que no sientan rechazo, angustia o discriminación.

No hay duda de la efectividad de las medidas de aislamiento, estas deben ser aplicadas por todo el personal sanitario, así como por los familiares del paciente.

6 Bibliografía

- Plan de Vigilancia y Control de las infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía Consejería de Salud. 2002.
- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002
- Precauciones de aislamiento. Hospital el Tunal 2002.
- Pérez de la Plaza E, Fernández Espinosa AM. Auxiliar de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Higiene en el medio hospitalario (6ª ed). Madrid: McGraw Hill; 2013.
- García García-Saavedra MJ, Vicente García JC. Higiene del medio hospitalario: infecciones hospitalarias y prevención de la contaminación persona-persona (2ª ed). Madrid: Editorial Internacional Thomson Publishing; 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2003. Prevención de las infecciones nosocomiales (2ª ed).

Capítulo 388

ATENCIÓN HOSPITALARIA DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA FASE TERMINAL DEL PACIENTE

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

1 Introducción

“El cuidado paliativo es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes ante una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas”¹.

En los últimos años se ha conseguido avanzar en los cuidados y métodos de atención a la salud y esto ha conseguido el mejor cuidado de las personas que se encuentran cercanas a la muerte. Se llevan a cabo específicos cuidados al paciente que antes no eran posibles en el hogar, para mejorar el paso de la vida a la muerte

con paz y de la forma más digna posible. El lleva a cabo los cuidados paliativos necesarios, según sus fases se desarrollan en hospitales, centros de día, asistencia en domicilio y centros especializados en pacientes con éste tipo de cuidados, que se diferencia de los hospitales en tener mayor flexibilidad tanto en visitas como en los horarios de las mismas, así como detalles en la decoración, etc., para conseguir que tanto los pacientes como familiares estén lo más tranquilos posible, rebajando así su ansiedad por los momentos que viven.

Lo primero que se ha de tener en cuenta es que los pacientes en esta situación tengan la mejor calidad de vida posible, controlando en seguimiento de síntomas, buena comunicación entre profesionales, los cuales deben disponer de la correspondiente formación específica, como de estos con pacientes y familiares, todo ello con un gran apoyo emocional.

2 Objetivos

Identificar el modo de actuación y la situación actual en los cuidados paliativos.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado la búsqueda en MEDES, SCIELO, WIKIPEDIA y GOOGLE, así como en guías de cuidados paliativos recogiendo la información lo más actualizada posible para el estudio de la temática propuesta. Los términos empleados han sido: salud, paliativos, terminal, cuidados, actuación, ley, auxiliar enfermería, funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados hace más de 12 años.

4 Resultados

Los profesionales deben lograr una asistencia individual en los cuidados para cada paciente terminal. Deben informar de forma íntegra y asistencial a la familia del paciente, así como controlar los síntomas y dolor, para que tengan una mejor calidad de vida.

En general promover la realización de intervenciones educativas de acuerdo a las necesidades del individuo, familia y comunidad, ayudando a generar cambios

de conductas favorables en salud, promover la gestión eficiente y oportuna de recursos humanos y físicos para mantener la calidad de los cuidados del TCAE.

Debe de realizarse una formación y concienciación sobre los cuidados paliativos a los profesionales de la salud, lo cual mejorará el acceso a ellos.

Como se indicó anteriormente, cuando la enfermedad avanza van apareciendo síntomas, entre otros dolor, fatiga, debilidad, pérdida de peso, dificultad respiratoria, confusión, náuseas, vómitos, etc.

Debido a que cada persona responde al dolor de manera diferente, el plan de control que creará el médico y la unidad de enfermería ha de satisfacer todas las necesidades individuales de cada paciente, se reconoce que el dolor es la principal afectación tanto para el paciente como para su familia.

La demanda social en los aspectos paliativos de la medicina ha aumentado notablemente en el siglo XX, debido a causa de diversos factores. En el siglo XIX hay dos objetivos igual de importantes, el luchar contra las enfermedades y el alivio del sufrimiento, permitiendo que el enfermo fallezca en paz. “El enfoque moderno de Cuidados Paliativos tuvo su origen en los años 60, con los trabajos de Cicely Saunders y el movimiento “hospicios” en el Reino Unido; ideas que fueron desarrolladas posteriormente en varios países”².

Se estima que anualmente 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, el 78 % de ellas viven en países de ingreso bajo en ingreso mediano, con lo que se aprecia que se deben de facilitar más medios económicos para que esto disminuya. Actualmente, sólo el 14 % de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. Cada vez habrá más necesidad de estos cuidados como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población.

Hay una excesiva reglamentación restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos imprescindibles, que privan de acceso a medios adecuados de alivio del dolor y cuidados paliativos. Una intervención temprana de paliativos reduce las hospitalizaciones innecesarias y el uso de los servicios de salud.

5 Discusión-Conclusión

Hace más de veinte años los cuidados al enfermo terminal, eran muy distintos a los que se plantean actualmente, se esta produciendo en nuestro país un de-

sarrollo creciente sobre este tema, desde los años 90 hasta ahora, se desarrollan distintos planes y estrategias en los distintos sistemas de salud tanto regionales como nacionales. Con este estudio se refleja como conclusión que lo primordial es tener un profundo respeto hacia el enfermo paliativo terminal, en la etapa final de su vida, prevaleciendo siempre su derecho a morir y vivir su última fase con dignidad, otorgándole un apoyo psicológico a él y a su familia, controlando el umbral de su dolor.

El 13 de mayo de 2011, el Consejo de Ministros de España (presidido por Jose Luis Rodriguez Zapatero) aprobó el anteproyecto de Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna. La norma expone los derechos de los pacientes en situación terminal y también las obligaciones del personal sanitario que los atiende. El proyecto de ley recoge los derechos a renunciar a un tratamiento médico y al uso de sedaciones terminales -aunque se acorte la agonía y acelere la muerte-. El texto reconoce el derecho del paciente a que se preserve su intimidad y la de su familia, que pueda estar acompañado y recibir el auxilio espiritual que solicite. La ley establece que, al menos en la fase de agonía, el enfermo pueda pasarla en una habitación individual 3.

6 Bibliografía

1. Definición cuidado paliativo, Instituto Nacional del Cáncer, Estados Unidos (Archivado el 14 de mayo de 2009 en la Wayback Machine).
2. Centeno Cortés C, Hernán de la Calle S, Arnillas Gómez P. Historia del movimiento hospitalario. El desarrollo de los Cuidados Paliativos en España. En: Gómez Sancho M (ED) Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Aran; 1999, cap. 19, p. 301-16.
3. El Consejo de Ministros aprueba en anteproyecto de la ley de Muerte Digna, un grave suceso lamentablemente, 13/05/2011, El País.

Capítulo 389

BRONQUIOLITIS EN LACTANTE, A PROPÓSITO DE CASO CLINICO

ELIZABETH TUYA CABEZA

1 Introducción

La bronquiolitis es una infección pulmonar común en bebés y niños pequeños. Causa inflamación y congestión en las vías respiratorias pequeñas (bronquiolos) del pulmón. Casi siempre, la causa de la bronquiolitis es un virus. Normalmente, el pico de la bronquiolitis es durante los meses de invierno.

La bronquiolitis comienza con síntomas similares a los de un resfriado común pero luego avanza con tos, silbido al respirar y, a veces, dificultad para respirar. Los síntomas de la bronquiolitis pueden durar varios días hasta semanas, incluso un mes.

La mayoría de los niños que padecen de bronquiolitis se curan con cuidado y tratamiento en el hogar. Un porcentaje muy pequeño necesita hospitalización.

2 Objetivos

Dar a conocer esta patología tan común entre los niños, los cuidados, el tratamiento y formas de prevenirla.

3 Caso clínico

Lactante de 4 meses de edad que acude con su padres por tos, mucosidad nasal y dificultad respiratoria, de una semana de evolución. Febrícula 37°C. Ingesta

escasa en las ultimas 24 horas.

Antecedentes personales: gestación de 36 semanas y 5 días. Serología: rubeola no inmune, toxoplasma no inmune, LUES negativo, VHB negativo. Cultivo SGB: no realizado. Parto espontáneo, eutócico. Tiempo bolsa rota: 19 horas. Profilaxis con penicilina (5 dosis). Presentación cefálica. Liquido amniótico claro, escaso. Apgar 9/10. Peso 7kg. Medicación previa: no.

Exploración física: Tª: 37 FR:30-40 RPM sat: 97%. Buen estado general, contento, activo. Buena coloración y perfusión periférica. Eupneico. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpacion. No signos de dificultad respiratoria. Sibilancias leves, no crepitantes. Orofaringe hiperemica, timpanos normales. Fontanela normotensa. No exantemas, petequias ni adenopatías.

Diagnóstico: Bronquiolitis sin criterios de gravedad.

Alta a su domicilio.

Recomendaciones al alta de tratamiento domiciliario: lavados nasales y elevar cabecera de la cama asi como evitar ambientes demasiado secos. Vigilar evolución. Control por su pediatra en 24-48 horas. Si empeoramiento, mal estado general, dificultad respiratoria, etc., acudir de nuevo.

4 Resultados

La bronquiolitis es un proceso muy común que contraen los niños pequeños y lactantes sobre todo, afecta a todo el tracto respiratorio y fundamentalmente a los bronquiolos, y se considera bronquiolitis al primer episodio de hiperreactividad bronquial en el lactante.

5 Discusión-Conclusión

Lactante con síntomas del tracto respiratorio inferior suele ser de origen viral.

6 Bibliografía

- AskMayoExpert. Bronchiolitis. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2014.
- Piedra PA, et al. Bronchiolitis in infants and children: Clinical features and diagnosis.

- Piedra PA, et al. Bronchiolitis in infants and children: Treatment; outcome; and prevention.

Capítulo 390

EL EMPLEO DE LA ANESTESIA EPIDURAL DURANTE EL PARTO Y SUS POSIBLES COMPLICACIONES.

MONTSERRAT IGLESIAS AGUILERA

ROSANA RODRIGUEZ ALVAREZ

MARGARITA NIEBLAS RODRIGUEZ

1 Introducción

Para controlar el dolor del parto, la anestesia epidural es considerada una de las técnicas más eficaces, a pesar de esto, su empleo, puede provocar consecuencias importantes, como por ejemplo el aumento del trabajo de parto aumentando a su vez el periodo del expulsivo, parto instrumental, así como aumento del número de casos de cesáreas. Aún así, suele ser solicitada por la mayoría de las mujeres gestantes.

La técnica de la anestesia epidural, consiste en introducir un anestésico local con la ayuda de una aguja a través de la piel hasta llegar al espacio epidural, a nivel de L2-L3 o L3-L4, bloqueando las terminaciones nerviosas de esa parte del cuerpo. Cuando el anestésico local se une con el tejido nervioso, éste se bloquea interrumpiéndola transmisión nerviosa de esa zona del cuerpo. Los principales fármacos empleados son la bupivacaína, levobupivacaína y ropivacaína.

La primera persona en conseguir una anestesia epidural fue el doctor Fidel Pagés en 1921, aunque este hecho no se descubrió mucho tiempo después. Este des-

cubrimiento tuvo poco alcance a nivel internacional, posiblemente porque Fidel al morir muy joven, solo consiguió publicar en revistas nacionales.

2 Objetivos

Valorar la relación existente entre la administración de la anestesia epidural en la gestante a término sus posibles complicaciones.

3 Metodología

Se han consultado diferentes documentos publicados en la bibliografía científica de diferentes bases de datos para comprobar las posibles complicaciones relacionadas con la aplicación de la anestesia epidural durante el parto, tales como: Cochrane, Pubmed, Cuiden Plus. Se han seleccionado artículos en español e inglés para cribar la búsqueda

4 Resultados

La anestesia epidural durante el parto puede afectar a la madre y al feto, produciendo aumento del trabajo de parto y con ello aumento del tiempo en la fase del expulsivo, parto instrumental, hipotensión, fiebre, y aumento del número de casos que finalizan en cesárea. La anestesia epidural es un método eficaz para controlar el dolor durante el parto, pero su uso puede suponer dificultades por su posible implicación con algunas complicaciones durante el parto, como hemos visto.

El resultado de esta revisión demostró que esta anestesia epidural aumenta de manera significativa: el riesgo de parto instrumental, cesárea, etc..

Carroll et al (2003) realizaron estudios sobre la relación existente entre la anestesia epidural y complicaciones en el parto. En el resultado observaron que el uso de esta técnica aumenta el número de casos de partos instrumentales.

Klein (2006). Observó la relación entre la anestesia epidural y cesárea. Como resultado obtuvo que no hay una relación de riesgo cuando dicha anestesia es administrada en la fase activa de parto, al contrario si, ésta es aplicada cuando la dilatación cervical es menor de 4 cm.

5 Discusión-Conclusión

La anestesia epidural es el método más eficaz y más utilizado en nuestro país para controlar el dolor durante la fase del parto, pero a pesar de esto, se ha debatido su uso por las consecuencias negativas que puede acarrear.

Esta investigación demostró que la epidural produce: un aumento de uso de instrumentalización en el parto, aumento del número de partos que acaban en cesárea, etc. Sin embargo, el uso de este tipo de analgesia, se confía firmemente ya que es un método muy eficaz para controlar el dolor, y que también estas posibles complicaciones que puedan aparecer pueden derivarse de otros factores.

6 Bibliografía

- Carroll TG, Engelken M, Mosier MC, Nazir N. Epidural Analgesia and Severe Perineal Laceration in a Community-based Obstetric Practice. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(1):1-6.
- Klein MC. Does epidural analgesia increase rate of cesarean section? *Can Fam Physician.* 10 de abril de 2006;52(4):419-21.
- Lieberman E, O'donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* mayo de 2002;186(5 Suppl Nature):S31-68.
- Segado Jiménez MI, Arias Delgado J, Domínguez Hervella F, Casas García ML, López Pérez A, Izquierdo Gutiérrez C. Analgesia epidural en obstetricia: ¿cómo afecta al desarrollo y finalización del parto? *Rev Esp Anestesiol Reanim.* :11-6.
- González TD, Valle SG del, Arnau JIG, Guisasaola JF, Caravaca GR, Rodríguez MLS. Analgesia epidural obstétrica: relación con diversas variables obstétricas y con la evolución del parto. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2004;51(3):121-7.
- Vale de Castro Monteiro M, Pereira GMV, Aguiar RAP, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZSN. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecology J.* enero de 2016;27(1):61-7.

Capítulo 391

AISLAMIENTO HOSPITALARIO.

ANA MARÍA GRUESO CARRIO

MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA

ANGELES PEREZ SANCHEZ

ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA

1 Introducción

Uno de los problemas sanitarios más importantes es conseguir el control de las infecciones, tanto las adquiridas en la comunidad como las del medio hospitalario. Las infecciones que se adquieren durante la estancia del paciente en un hospital y que no constituyen el motivo de ingreso, se llaman infecciones nosocomiales. Éstas están determinadas por tres factores:

- Agente patógeno, microorganismo responsable de la infección.
- Huésped, persona susceptible de adquirir la infección.
- Ambiente hospitalario, constituido por personal, visitantes, instrumental o actividad asistencial propiamente dicha, que actúa como vehículo de la infección.

Controlar estas enfermedades tiene gran importancia a la hora de preservar la salud de la población.

2 Objetivos

Identificar tipos de aislamiento hospitalarios para el control de las infecciones.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: aislamiento, aislamiento hospitalario, control, infecciones cuidados. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2005.

4 Resultados

Existe un organismo destinado al control de las infecciones denominado: El Centro de Control para Enfermedades Infecciosas. Su objetivo es disminuir la incidencia de infección nosocomial. Este centro publica un manual donde clasifica las enfermedades infecciosas en función de su mecanismo de transmisión y su manejo.

Se establecen los siguientes tipos de aislamiento: respiratorio, entérico, cutáneo, protector y estricto.

Se entiende por aislamiento la separación de un individuo en el medio hospitalario para evitar la transmisión de enfermedades. Dicho aislamiento tiene como finalidad interrumpir la cadena epidemiológica, separando la fuente o reservorio y cortando el mecanismo de transmisión.

Estudios diferentes, demuestran que el aislamiento hospitalario es eficaz y mediante él se consigue disminuir brotes de síndrome respiratorio agudo y se evita la transmisión de otros patógenos.

”Aislamiento respiratorio” es necesario cuando la vía de transmisión de gérmenes es el aire o las gotas que se emiten al toser o estornudar. Las medidas a seguir son habitación individual con puerta siempre cerrada, obligatoriedad del uso de mascarilla, uso de pañuelos desechables para recoger secreciones del paciente, traslado del enfermo, siempre cubriendo la boca y nariz con mascarilla, letrero visible en puerta.

”Aislamiento entérico”, se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades a través de contacto directo o indirecto con heces infectadas, incluye uso de guantes y bata, desinfección del inodoro, cuña, etc., tratar la ropa como contaminada, instruir al paciente sobre medidas higiénicas y letrero en puerta.

”Aislamiento cutáneo” se aplica a las enfermedades que transmiten por contacto directo con grandes heridas infectadas, incluye uso de guantes, bata y mascarilla, la ropa se tratará como contaminada, se aconseja habitación individual con letrero visible en puerta.

”Aislamiento protector o inverso” su finalidad es aislar a pacientes inmunodeprimidos, incluye habitación individual, instrumental médico y material de limpieza de uso exclusivo, guantes mascarilla y bata y a veces gorro y calzas, puerta siempre cerrada con letrero visible.

”Aislamiento estricto” para prevenir las que se transmiten por contacto directo y por vía aérea, incluye habitación individual con antesala, uso de guantes, bata y mascarilla, la ropa tratada como contaminada y puerta cerrada con letrero. En estos pacientes los cuidados de atención médica se harán al final.

5 Discusión-Conclusión

Existen controversias sobre el aislamiento hospitalario. Ciertos estudios dicen que los pacientes aislados son más propensos a acontecimientos adversos, como caídas, úlceras por presión, depresión, ansiedad... Por otro lado existen muchas evidencias que avalan la realización de estas medidas de aislamiento ya que demuestran científicamente su efectividad.

6 Bibliografía

- SEMEG, Sociedad Española de Medicina Geriátrica.
- Revista Argentina del Control de Infecciones.
- Revista, Enfermería del Trabajo.

Capítulo 392

MANEJO Y CUIDADOS DEL PACIENTE INTUBADO

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

1 Introducción

La NAVM (Neumonía adquirida por ventilación mecánica) es aquella que se produce en pacientes con intubación endotraqueal o traqueotomía, y que no estaba presente en el momento de la intubación. La NAVM es la infección nosocomial más frecuente en las unidades de críticos (UCC).

Cuando hablamos de “instrumentar” la vía aérea de nuestros pacientes debemos ser conscientes de las consecuencias no deseadas que esto puede acarrear (infecciones, ventilación mecánica prolongada, dificultad en la extubación, etc.).

Los cuidados que se dispensan al paciente intubado deben estar orientados a proporcionarle el mayor grado de bienestar y confort, además de brindarle unos cuidados de alta calidad asistencial. Todo ello con el fin de alcanzar la mejoría deseada. y, por tanto, abaratar costes. Así mismo, se presentaran una serie de estrategias preventivas frente a la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

2 Objetivos

Actualizar los conocimientos de las técnicas y cuidados basados en la evidencia, que se deben proporcionar al paciente intubado con el fin de reducir la morbimortalidad desarrollando por una parte todas aquellas medidas que hay que tener en cuenta para mantener la comodidad del paciente (su posición, higiene, aspiración de secreciones y factores de estrés y dolor) y, por otra parte, presentando una serie de estrategias preventivas frente a la NAVM.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: técnicas y cuidados basados en la evidencia que se deben dispensar al enfermo intubado, en unidades de críticos, con el fin de reducir la morbimortalidad y por tanto los costes asociados a ella. Se excluyen todos aquellos textos que no disponen de acceso libre.

4 Resultados

La posición del paciente es un aspecto muy importante a considerar en los cuidados que habría que dispensar a éste cuando se encuentre intubado. La posición más utilizada es la posición semi-incorporada con elevación del cabecero entre 30-45°. Esta posición reduce la incidencia de aspiración y, por tanto, de una posible neumonía secundaria.

La realización de cambios posturales puede incrementar considerablemente el intercambio gaseoso, la oxigenación y la ventilación. Además, estas movilizaciones son imprescindibles para mantener la integridad cutánea y prevenir las úlceras por presión (UPP).

Cuando no se pueda realizar cambios posturales completos debido a la patología del paciente, éste se puede beneficiar de la utilización de las camas de rotación cinética (ángulo de 40°), que facilitan el continuo cambio postural modificando las cargas corporales manteniendo alineado al paciente.

La higiene corporal del paciente intubado se llevará a cabo siguiendo las mismas pautas de actuación que en el paciente consciente. El aseo se realiza en equipo. La enfermera se coloca a la cabecera del paciente, el auxiliar de enfermería realiza

la higiene y el celador lo moviliza, todo ello bajo la supervisión de enfermería. La monitorización se deberá mantener en todo momento, valorando la tolerancia a la movilización. La higiene del enfermo se llevara a cabo diariamente y siempre que sea necesario.

Se debe prestar especial atención al cuidado de los ojos para mantener su integridad. Las actuaciones para la conservación de la superficie ocular son diversas, desde una simple limpieza del párpado hasta la oclusión de los mismos para tratar de lograr un adecuado cierre. Debe realizarse suavemente, intentando no rozar la conjuntiva para la prevención de úlceras y afectaciones corneales. Se realiza de forma programada una vez por turno o cuando sea necesario.

La cavidad bucal es un excelente medio de cultivo para las bacterias, no sólo por las zonas en las que se pueden acantonar, sino porque en pacientes críticos se produce la pérdida de la sustancia protectora del diente llamada fibronectina, lo cual provoca que los bacilos gramnegativos se adhieran a su superficie. En la actualidad se utilizan 2 métodos:

1. la descontaminación orofaríngea selectiva (DOS) : Es una estrategia para prevenir la infección. Su fin es erradicar y prevenir la colonización de la orofaringe, estómago e intestino por microorganismos potencialmente patógenos, mediante la administración de antimicrobianos tópicos no absorbibles en la orofaringe y tubo digestivo (generalmente se utiliza Polimixina B y aminoglucósidos, y Anfotericina B frente a Cándida. Si existe SAMR se añade vancomicina), junto con antibióticos de amplio espectro por vía parenteral (ceftriaxona, cefotaxima), los primeros 4 días.

2. la aplicación tópica de clorhexidina en la cavidad oral: Es un antimicrobiano con acción sobre los grampositivos y gramnegativos. La ventaja de esta técnica es que no afecta a la flora intestinal normal. Sin embargo, no previene la infección por organismos multirresistente como pseudomona o acinetobacter

5 Discusión-Conclusión

Los signos y síntomas que indican la necesidad de aspiración de secreciones en pacientes con ventilación mecánica son: secreciones visibles en el tubo orotraqueal, tos excesiva durante la fase inspiratoria del respirador, aumento de la presión pico en el respirador, disminución del volumen minuto, intranquilidad y ansiedad, caída de la saturación de O₂ y aumento de las presiones de CO₂ espirado, y disnea súbita.

Para prevenir la NAVM durante la realización de esta técnica se debe colocar el cabecero en un ángulo de 30-45°. Previa a la aspiración de TET o traqueotomía, se valorará la necesidad de aspirar las secreciones de boca y orofaringe. Los profesionales que la realicen se harán un lavado previo de manos y utilizarán guantes y sondas estériles (una para cada aspiración). Para favorecer la asepsia la técnica será realizada por 2 personas (el personal de enfermería y la técnico auxiliar de enfermería). Se recomienda hiperoxigenar al paciente antes y después de la aspiración. La aspiración no durará más de 10 segundos, y en caso de hipoxia no más de 5 segundos. No se realizarán lavados bronquiales de forma rutinaria, ya que ésta técnica puede facilitar el medio para la colonización de microorganismos.

6 Bibliografía

1. Jaber S. et al. (2003). Post-extubation stridor in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine* 29: 69-74
2. Moore, Tina (2003) Suctioning techniques for the removal of respiratory secretions. *Nursing Standard*. 18,9, 47-53.
3. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial en servicios de medicina intensiva. *Envin helics informe* 2010.
4. Solé Violán J, Ferrer Agüero JM, Rodríguez De Castro F. Viabilidad y reproducibilidad de la posición semisentada para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica. *Medicina intensiva / Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*. 2007;31:27-28
5. Raurell Torredí M. Impacto de los cuidados de enfermería en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica invasiva. *Enferm Intensiva*. 2011;22:31-38 (PubMed)
6. Díaz LA, Llauradó M, Rello J, Restrepo MI. Prevención no farmacológica de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:188-195
7. Carvajal C, Pobo, Díaz E, Lisboa T, Llauradó M, Rello J. Higiene oral con clorhexidina para la prevención de neumonía en pacientes intubados: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Medicina clínica*. 2010;135:491-497 (PubMed)
8. Martí-nez Ó, Nin N, Esteban A. Evidencias de la posición en decúbito prono para el tratamiento del síndrome de distrés respiratorio agudo: Una puesta al día. *Arch Bronconeumol*. 2009;45:291-296

Capítulo 393

LOS CUIDADOS DEL AUXILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La depresión es una enfermedad mental (en ocasiones crónica) con una prevalencia del 10%, y que constituye un importante problema de salud pública en la actualidad. Se enmarca dentro de los trastornos del estado de ánimo y en muchas ocasiones se encuentra sin diagnosticar.

Es muy importante que, desde la enfermería, se identifique esta alteración de la salud y se proporcionen los cuidados adecuados. Siguiendo los patrones funcionales de salud, se deben valorar todos los aspectos:

- Percepción/manejo de la salud: prevención de consumo de sustancias nocivas, aumentar los sistemas de apoyo, mediación en conflictos...
- Adaptación/tolerancia al estrés: disminuir la ansiedad, terapia familiar, potenciar la seguridad en sí misma.
- Autoconcepto: potenciar la autoestima, manejo ambiental de seguridad, evitar autolesiones, potenciar la imagen corporal...
- Actividad/ejercicio: manejo de la medicación, fomento de las actividades de ocio, ayuda con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria...

Estos son algunos de los puntos clave, sin embargo, resulta esencial una buena relación entre la enfermera y el paciente-familia para poder llevar a cabo un cuidado integral y beneficioso para la persona que sufre el trastorno.

2 Objetivos

- Contextualizar la depresión dentro de los trastornos mentales. Analizar todo el conocimiento de la dinámica que se establece entre las personas que tienen la responsabilidad familiar del cuidado del paciente depresivo y especialmente de las relaciones entre la persona que cuida y la que es cuidada por un trastorno depresivo.
- Determinar los cuidados de enfermería necesarios para pacientes con depresión.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud como COCHRANE, PUBMED, SCHOOLAR GOOGLE , SCIELO... en el mes de febrero de 2019.

Se tienen en cuenta los artículos que cumplen los criterios de inclusión:

Como criterios de exclusión, sólo se seleccionan aquellos referidos a adultos y sin otros trastornos mentales diagnosticados. Se utilizan descriptores como : depresión, trastorno del estado de ánimo, cuidados de enfermería.

4 Resultados

Los trastornos depresivos pueden provocar que uno se sienta agotado, inerte y sin esperanzas. Dichos pensamientos y sentimientos negativos hacen que algunas personas se sientan a punto de abandonar la batalla. Es importante comprender que esos puntos de vista negativos son parte de la depresión y que posiblemente no reflejen fielmente la situación.

Organización familiar en el proceso de cuidar y rol del cuidador. Con relación al cuidado de una persona con un trastorno depresivo, en la mayoría de los casos se observa que la atención en los aspectos físicos o prácticos está diversificada con relación a los aspectos más relacionales o emocionales. Habitualmente se establece una pauta de una persona que asume los aspectos prácticos -actividades de la vida diaria que a causa de la depresión la persona no puede realizar, como comprar el pan, fregar el suelo, el cuidado de los hijos, etc.- y otra persona que

está a su lado, la escucha, la distrae, va con ella de paseo o al médico, o sea le proporciona un soporte afectivo-emocional. Este esquema se observa con mayor nitidez cuando la persona depresiva es una mujer, habitualmente es consolada, escuchada y comprendida por otra mujer, aunque la paciente enferma viva en pareja, esté casada y los aspectos prácticos los asuma el marido/compañero, especialmente en los casos en que éste no tiene una vida laboral activa.

Siendo diferentes los casos de la muestra, se detecta cierta relación entre el rol familiar de la persona tratada por depresión y el rol familiar de la persona que tienen la responsabilidad de su cuidado.

Hierba de San Juan.

- Uno de los tratamientos alternativos más estudiados para los síntomas depresivos es la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). Es un producto botánico que se emplea ampliamente en Europa para el tratamiento de la depresión entre leve y moderada, y que actualmente se está estudiando en los Estados Unidos. La hierba de San Juan se vende sin prescripción médica en los Estados Unidos como suplemento nutricional.
- Se promociona como una manera "natural" de mejorar el estado de ánimo, en el tratamiento de la depresión entre leve y moderada. Los investigadores la están estudiando para determinar si provoca menos efectos secundarios, o menos intensos, que los fármacos antidepresivos.
- Sin embargo, aún existen dudas de que la hierba de San Juan realmente logre el efecto que prometen sus partidarios. En lo que se refiere a los fármacos que se venden sin prescripción médica en Estados Unidos, no existen criterios establecidos con respecto a la cantidad del ingrediente activo que debe poner cada empresa en sus productos, ni sobre la dosis adecuada para personas específicas.

Trastorno afectivo estacional.

Los cuidadores que se ponen melancólicos cuando se ven confinados en la casa, o en los días grises del invierno, tal vez padezcan del trastorno afectivo estacional (Seasonal Affective Disorder - SAD), también conocido como "depresión invernal". Según cambian las estaciones, se van produciendo variaciones en nuestros relojes biológicos internos o ritmos circadianos, en parte como respuesta a los cambios en el ciclo solar. Esto puede hacer que nuestros relojes biológicos pierdan la sincronía con la actividad diaria. Las personas que padecen del SAD experimentan dificultades para ajustarse a la disminución de la luz solar durante los meses de invierno. Los síntomas de este trastorno son más pronunciados en enero y febrero, cuando los días son más breves. El SAD suele diagnosticarse in-

correctamente como hipotiroidismo, hipoglicemia, mononucleosis infecciosa u otros trastornos virales.

El ejercicio físico. Se ha comprobado que el ejercicio físico reduce los efectos de la depresión. El caminar tres veces a la semana de 30 a 45 minutos ayuda a reducir o aliviar los síntomas depresivos. No se sabe a ciencia cierta si la actividad física impide el inicio de la depresión o si sólo contribuye a modificar sus efectos. Suele ser difícil para los cuidadores programar tiempo para el ejercicio físico. Muchas veces se considera como una actividad de "valor añadido", algo que se hace cuando ya esté hecho todo lo demás. Trate de incluirlo en la lista de "tareas por hacer". Puede pedirle a una amistad que le acompañe a caminar una vez por semana, como un regalo especial, o pedirle al médico que le prescriba las caminatas o la incorporación a un centro de ejercitación. Todas las investigaciones muestran que el ejercicio periódico contribuye a la buena salud.

El Instituto Nacional de Salud Mental sugiere las siguientes recomendaciones para enfrentar la depresión:

- Fíjese objetivos realistas tomando en cuenta la depresión y sólo asuma un grado razonable de responsabilidad.
- Desglose las tareas grandes en eslabones más pequeños, fíjese algunas prioridades y haga lo que pueda en la medida en que pueda.
- Trate de conversar con otras personas y de confiar en alguien; por lo general eso es mejor que estar solo y ocultar lo que uno siente.
- Participe en actividades que le hagan sentir mejor, como el ejercicio físico ligero, ir al cine o a un espectáculo deportivo, o asistir a encuentros comunitarios de carácter religioso o social.
- Tenga en cuenta que su estado de ánimo mejorará gradualmente, no de inmediato. La mejoría toma tiempo.
- Es recomendable que posponga las decisiones importantes hasta que se haya disipado la depresión. Antes de tomar una decisión importante —cambiar de empleo, casarse o divorciarse— converse sobre ello con otras personas que le conozcan bien y que tengan una visión más objetiva de su situación.
- Pocas veces desaparece súbitamente la depresión por un acto de voluntad. Pero sí es posible sentirse un poco mejor cada día que pasa.
- Recuerde: las ideas positivas ocuparán el lugar de los sentimientos negativos que forman parte de la depresión. El pensamiento negativo irá cediendo en la medida en que la depresión responda al tratamiento.
- Permita que sus familiares y amistades le ayuden.

Se indica que si obtiene la ayuda directa de otras personas para atender a su ser

querido con depresión, con el fin de que usted disfrute de un tiempo de descanso, si recibe el apoyo positivo de los demás, si se imbuje de ideas positivas y participa en actividades recreativas, todo ello contribuirá a aliviar la depresión. Asista a las clases y los grupos de apoyo disponibles a través de las organizaciones de apoyo a los cuidadores, pues en ellos aprenderá o practicará estrategias eficaces para la solución de problemas y para enfrentarse a las dificultades inherentes al cuidado del paciente. En aras de su propia salud y de la salud de quienes le rodean, tómese algún tiempo para cuidarse a sí mismo.

5 Discusión-Conclusión

Las labores del cuidado propiamente dicho no provocan depresión, ni todos los cuidadores experimentarán los sentimientos negativos que se asocian con la depresión. De todos modos, al esforzarse por darle el mejor cuidado posible a un familiar o amigo, los cuidadores muchas veces sacrifican sus propias necesidades físicas y emocionales. Además, las vivencias emocionales y físicas del cuidado pueden llevar a una situación límite, incluso a las personas más capaces. Los sentimientos resultantes de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento y también la sensación de culpa por albergar esos sentimientos pueden ser una carga muy pesada.

Todas las personas tienen en algún momento sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, pero cuando esos sentimientos cobran una mayor intensidad y hacen que los cuidadores se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia o que se enojen fácilmente con su ser querido o con otras personas, pueden ser una señal de advertencia de la depresión. Hay que empezar a preocuparse por una posible depresión cuando la tristeza y el llanto son permanentes, o cuando dichos sentimientos negativos desbordan la capacidad de resistencia de la persona.

Lamentablemente, muchas veces los sentimientos de depresión se consideran más una señal de debilidad que un aviso de que algo anda mal. No se ayuda a la víctima con frases como "¡alegra esa cara!" o "son ideas que tú te haces", que no hacen más que reflejar la opinión de que los problemas de salud mental no tienen una existencia real. No lograremos que los sentimientos negativos se desvanezcan con sólo negarlos o echarlos a un lado.

El tratamiento temprano de los síntomas de depresión mediante el ejercicio físico, una dieta saludable, el apoyo positivo de familiares y amistades, la consulta con

un profesional médico o de la salud mental pueden ayudar a impedir que con el tiempo se consolide un estado grave de depresión.

6 Bibliografía

1. Roca M, Ubeda I. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria* 2000; 26: 217-223.
2. Pereira-Tercero R. Recepción de la terapia familiar. Estudio de los artículos publicados en las revistas Españolas de Psiquiatría (1984-1990). *Redes* 1996. 1(1):77-93.
3. Jeon YH. Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Ment Health Nurs* 2003, 10(5):592-607.
4. Isla P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados* 2000; 7 (8):187-194.
5. Ferré-Grau C. *Depressió: Pacients i Familiars*. Valls: Cossetània; 2005
6. Durán MA. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA, 2002 (2ª ed).
7. Rodríguez J, de Miguel J. *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI; 1990.
8. DSM-V. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 1995.
9. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós, 1996.
10. Ferré-Grau C. *Depressió i Família: Factors socials i ideològics en la vivència personal i familiar de la malaltia depressiva*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 1999.

Capítulo 394

LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y SUS CUIDADOS

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

1 Introducción

En 1996, se reunieron los representantes de seis organizaciones de personas con EM de las provincias de Barcelona, Tarragona, Lérida, Gerona, Valladolid y Vizcaya con el proyecto ilusionante de crear una Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple. sintieron que era necesario crear una Federación que facilitase que, a través de sus entidades miembros, la persona con Esclerosis Múltiple tuviera una mejor atención que respondiese a todas sus necesidades sociales, afectivas y médicas.

En 2013, la Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM) cambió su nombre por el de Esclerosis Múltiple España (EME), y también su imagen, con el objetivo de seguir trabajando bajo una marca joven y moderna, adaptada a la realidad actual.

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica neurológica y autoinmune que afecta a la mielina o materia blanca del cerebro y de la médula espinal, provocando la aparición de placas escleróticas que impiden el funcionamiento normal

de esas fibras nerviosas. La esclerosis múltiple es la segunda causa de discapacidad más frecuente entre los jóvenes españoles y la primera en discapacidad sobreenvenida por enfermedad. “Se puede presentar a cualquier edad, aunque lo hace sobre todo entre los 20 y los 40 años y, por razones que aún se desconocen es más frecuente en la mujer. No se conocen las causas de la enfermedad. “La hipótesis más aceptada es que la esclerosis múltiple es fruto de una determinada predisposición genética asociada a ciertos factores ambientales, aún desconocidos, que originan una alteración en la respuesta inmunológica”, la esclerosis múltiple no es una enfermedad hereditaria. Las edades de debut más frecuentes se producen entre los 20 y los 40 años, aunque hay formas precoces y también tardías de la enfermedad.

2 Objetivos

Informar y ayudar a las personas afectadas por la esclerosis múltiple a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad: etiopatogenia, sintomatología, pruebas diagnósticas, evolución, pronóstico, tratamientos.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud como Cocharane, Pubmed, Scholar google, Scielo. Se utilizan descriptores como: depresión, esclerosis múltiple, cuidados, enfermería, discapacidad, enfermedad neurológica. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2007.

4 Resultados

Los síntomas son muy variables aunque los más frecuentes son los síntomas sensitivos, en un 45 por ciento de los casos, que pueden manifestarse en forma de hormigueos y alteraciones de la sensibilidad en distintas zonas del cuerpo. Las dificultades para coordinar movimientos afectan a un 40 por ciento de los enfermos mientras que un 20 por ciento presentan síntomas que afectan a la visión (visión borrosa con un ojo o la doble visión).

Aunque la causa final de la esclerosis múltiple se desconoce, se cree que hay un conjunto de factores que deben coexistir para que se produzca la enfermedad.

Por un lado, existe un componente genético, aunque no se trata de una enfermedad hereditaria propiamente dicha. Por otro lado, factores ambientales como una exposición insuficiente a la luz solar y un déficit de los niveles de vitamina D podrían asociarse con la patología, así como el posible contacto con algunos virus durante la infancia.

La última clasificación de la Sociedad Española de Neurología en 2014 propone dividir la esclerosis múltiple en formas con brote (que es la aparición de síntomas neurológicos nuevos o el empeoramiento de los síntomas neurológicos que ya tenía el paciente), y formas progresivas que a su vez pueden ser o bien progresivas con actividad inflamatoria (que también tienen algún brote) o bien progresivas sin actividad inflamatoria.

En un 85% de los casos, lo más frecuente es que la enfermedad se presente en brotes, aunque con el paso de los años, hasta un 40 por ciento de los pacientes pueden pasar a tener un curso progresivo.

Para un correcto diagnóstico de esclerosis múltiple, es necesario realizar una historia clínica y una exploración física muy cuidadosas. Estas se apoyan en exploraciones complementarias que son la resonancia magnética, la punción lumbar y análisis completos de sangre con parámetros inmunológicos.

Existen dos tipos de tratamiento:

- La administración de corticoides durante el brote
- Los tratamientos modificadores de la evolución de la enfermedad fuera del brote.

Aunque la cura definitiva de la enfermedad todavía no existe, en los últimos años han aparecido nuevos fármacos que permiten ralentizar la evolución de la enfermedad y tratar los brotes. El tratamiento farmacológico debe ir unido a tratamientos rehabilitadores como fisioterapia, terapia ocupacional o logopedia, que han mostrado su efectividad en el control de los síntomas de la enfermedad, y no solo los relativos al movimiento, sino también respecto al deterioro cognitivo que pueden experimentar algunos pacientes, a la fatiga o los problemas de ánimo.

La incertidumbre de la evolución de la enfermedad o los propios problemas neurológicos derivados de la misma hacen que hasta un 75 por ciento de los pacientes sufran alteraciones del ánimo en algún momento. La depresión y la ansiedad son los problemas emocionales más frecuentes entre los pacientes. Además, estos problemas emocionales suelen conllevar malos hábitos alimenticios y falta de ejercicio físico, lo que complica su estado físico. Mantener un buen estado de

ánimo es una condición indispensable para mejorar su calidad de vida.

Para las personas responsables del cuidado, los factores que se asociaban con puntuaciones más bajas en la calidad de vida fueron:

- Tiempo transcurrido desde el diagnóstico y la necesidad de cuidado (menor calidad de vida cuanto más se prolongan las responsabilidades del cuidador)
- Severidad moderada o elevada de los síntomas de esclerosis múltiple en la persona que el cuidador atiende
- Enfermedad activa (en lugar de estable) de la persona que atiende el cuidador

Es importante conocer las necesidades de los cuidadores y procurar darles respuesta para evitar la institucionalización innecesaria de los pacientes siempre que su estado de salud lo permita.

Normalmente los neurólogos no prescriben estos fármacos a los enfermos de esclerosis múltiple ya que pueden hacer que el paciente se sienta más fatigado y débil, algo que ya puede provocar la enfermedad de por sí. Aunque no se descarta completamente su uso durante periodos cortos cuando el enfermo tenga serios problemas de insomnio

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, no existe ninguna manera de prevenir la esclerosis múltiple porque se debe a la coexistencia de un conjunto de factores. Se recomienda una exposición sana a la luz solar, aunque no hay nada que, controlando ese factor, pueda evitar que se desencadene.

Antes que cuidadores, se consideran compañeros, hijos, hijas o amigos. Hacen lo que creen que cualquiera haría por alguien cercano: echarle una mano. Sin embargo, ser cuidador de un paciente con esclerosis múltiple implica, en muchos casos, responsabilizarse de tareas poco agradecidas noche y día. El cuidador asume un papel cambiante, por los síntomas variables de la esclerosis múltiple. Da igual si ocurre de repente o gradualmente, los cambios en la relación y en los cuidados son adversidades que hay que afrontar. La clave es que tanto el cuidador como el paciente reciban toda la ayuda necesaria.

Todo el mundo ha barajado la posibilidad de tener que hacerse cargo de sus padres cuando envejezcan. Pero cuidar a un padre o a una madre con esclerosis múltiple, antes de llegar a cierta edad, resulta un duro golpe. Algunas personas jóvenes que padecen esclerosis múltiple deben volver a su casa para recibir

cuidados de sus padres, que ya planeaban la jubilación. Para los progenitores que deben cuidar a un hijo ya adulto, además de resultarles físicamente extenuante, les supone un tremendo impacto emocional ver a su hijo afectado por la enfermedad.

Más arduo es el trance cuando es el marido o la esposa quien desarrolla la esclerosis múltiple y su compañero debe desempeñar el papel de cuidador. En este y en los casos anteriores, existe un punto de inflexión en la relación afectiva entre el cuidador y el paciente.

Cuando se cuida a alguien es muy fácil descuidar la propia salud. Por eso, el cuidador debe prestar atención a sus necesidades de bienestar físico y emocional. Mantenerse sano significa poder seguir proporcionando cuidados a esa persona que uno quiere.

Una de las mayores preocupaciones de los cuidadores es sentir que no tienen tiempo para ellos mismos, ya que pasan la mayor parte del día con la persona que cuidan. La frustración que esto les causa les lleva a tener sentimientos de culpa. Los cuidadores pueden sentirse mal por expresar su negatividad sobre la situación que viven y acaban por guardarse sus sentimientos. Como resultado, esto les hace sentirse solos. Es entonces cuando hay que dar un primer paso para buscar el apoyo necesario.

No basta con que el cuidador vigile su propia dieta, su espalda y controle sus emociones, el estrés e incluso la depresión. Se deben tener en cuenta otras opciones, como las que ofrecen los servicios sanitarios y sociales, que pueden reducir considerablemente la carga de cuidados.

Tampoco hay que rendirse ante las dificultades económicas que acarrearán una disminución de los ingresos económicos por trabajar menos horas o incluso dejar la actividad laboral y los costes del tratamiento de la esclerosis múltiple. El cuidador debe permitir que los que le rodean, otras personas en la misma situación y la Administración le ayuden, y que le cuiden también.

Además, la Fundación Esclerosis Múltiple (FEM) incorpora servicios para dar apoyo a las personas cuidadoras. Actualmente, la entidad está organizando grupos de ayuda para pacientes y familiares, así como talleres de educación sanitaria, para comprender a fondo todas las dificultades de la enfermedad.

En las reuniones de grupo, los trabajadores sociales crean dinámicas para tratar los temas más comunes entre los participantes. Se trata de grupos homogéneos

formados por un máximo de doce personas. La educación sanitaria puede tener lugar en el hospital de día o bien en domicilios particulares, con el objetivo de reducir la sobrecarga familiar a la hora de cuidar a las personas que padecen esclerosis múltiple.

El cuidado de las personas con esclerosis múltiple acarrea factores de estrés en general, pero también se ha planteado que los síntomas psiquiátricos de la esclerosis múltiple pueden ser por sí mismos una carga sustancial y un problema para la salud de los cuidadores.

6 Bibliografía

1. El papel de los enfermeros en la EM. Fundació Esclerosi Múltiple.
2. Enfermería. Fundación Esclerosis Múltiple Madrid.
3. Carrón, J. y Arza, J. Esclerosis múltiple: análisis de necesidades y calidad de vida de los afectados y su entorno. *Revista Española de Discapacidad*, 2013; I (2): 59-75.
4. Elorza Puyadena I, Gordoia Askasibar A, Huitzi Egilegor X, Uria Uranga I. Valoración y diagnósticos de enfermería de las personas con esclerosis múltiple. Un estudio transversal. *Evidentia* 2007; 4(14).
5. Salinas Pérez, Virginia; Rogero Anaya, Petra; Oña González, Ana Ma; Vergara Carrasco, María Luisa. Descubriendo el significado de los fenómenos cronicidad, progresión y singularidad en el diagnóstico de la esclerosis múltiple. *Index de Enfermería* 2012; 21(3):126-130
6. Cruz Rivera, Carmen; Barrientos González, Eugenia; García Madrid, Guillermina; Cruz Rivera, Rayo; Moreno Tochihuitl, Maricarmen; Hernández Hernández, Víctor Manuel. El apoyo social y su relación con el apego al tratamiento farmacológico del adulto con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Paraninfo Digital*, 2014; 21.
7. Liedström, Elisabeth; Isaksson, Ann-Kristin; Ahlström, Gerd. *Quality of Life in Spite of an Unpredictable Future: The Next of Kin of Patients With Multiple Sclerosis*. *JNN* 2010; 42(6):331-341.

Capítulo 395

LOS CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Una ostomía es una apertura creada quirúrgicamente en la pared abdominal para la salida de un órgano y por la que permite la expulsión de heces cuando el propio sistema digestivo no puede evacuar de manera natural, por patologías como la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), que engloba la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. También en pacientes con cáncer de colon o recto u otras enfermedades puede requerirse un estoma temporal.

La ostomía es el procedimiento quirúrgico por el que se exterioriza el intestino para evacuar las heces. Cuando se produce una ostomía se coloca en esta apertura un dispositivo de ostomía (bolsa recolectora) para la expulsión de heces.

Las ostomías constituyen procedimientos normalizados en la práctica quirúrgica, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes sociosanitarios y por los efectos psicológicos que conllevan.

2 Objetivos

- Identificar los cuidados específicos de los pacientes ostomizados.
- Analizar cómo conseguir que el paciente aprenda a cuidar su estoma, que acepte física y psíquicamente su nueva imagen corporal.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud como, Pubmed, Schoolar google, Cocharane Scielo. Se utilizan descriptores como: ostomía, cuidados pacientes ostomizados, colostomía, enfermedades inflamatorias.

Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1999.

4 Resultados

En función del tipo de ostomía se utilizan diferentes dispositivos (bolsa de estoma): las bolsas cerradas son utilizadas por pacientes colostomizados (bolsa de colostomía), cuyo ritmo de evacuación es regular, mientras que los dispositivos abiertos están dirigidos sobre todo a personas con ilestomías, cuya la evacuación es más constante.

Los productos sanitarios para ostomías se clasifican en dos grupos; los dispositivos colectores pueden ser abiertos o cerrados:

- Las bolsas cerradas no pueden vaciarse, debiendo por tanto desecharse cada vez que se cambian. En general suelen llevar un filtro para salida de gases, con lo que evitan el mal olor.
- Las bolsas abiertas pueden vaciarse a través de su extremo inferior, volverse a cerrar y utilizarse continuamente. Pueden llevar filtros o no.

A su vez, cada tipo de bolsa puede encontrarse en dos sistemas:

- De 1 pieza, en el que el adhesivo forma una única pieza con la bolsa; una vez utilizada, se desecha todo.
- De 2/3 piezas, en el que adhesivo y bolsa van por separado. El adhesivo puede permanecer puesto 3-4 días si no se despegas; a su vez, el adhesivo puede ser liso o convexo. Este último es el más adecuado para el uso en estomas hundidos o muy planos.

Las bolsas podrán ser opacas o transparentes.

El uso de los diferentes sistemas que se acaban de mencionar estará en función de la naturaleza de las excretas (heces u orina), la consistencia de las heces y, fundamentalmente, de la resistencia de la piel del paciente ostomizado.

Los accesorios o complementos incluyen diversos productos:

1. Dispositivos para la continencia de heces. Permiten que el paciente controle el momento de la deposición; estos dispositivos siempre deben usarse bajo las recomendaciones y supervisión del estomaterapeuta. Pueden ser: a) Tapón con obturador, indicado para colostomizados con heces sólidas. b) Sistema de irrigación, que permite el lavado intestinal para limpiar el colon y así obtener una continencia de heces de 48 a 72 horas.

2. Accesorios para las bolsas: a) Cinturón para la sujeción de la bolsa. b) Desodorante para introducir dentro de la bolsa (en polvo, líquido, pastillas, etc.). c) Pinzas para bolsas abiertas. d) Filtros. e) Pastas o resinas moldeables para ajustar el dispositivo en estomas complicados o pieles irritadas.

3. Accesorios para el cuidado de la piel: a) Toallitas limpiadoras. b) Lociones limpiadoras. c) Cremas de barrera para la piel. d) Productos para espesar las heces dentro de la bolsa. e) Otros.

Desde la perspectiva de la calidad de vida, sufrir la pérdida de control de los esfínteres, además de otros inconvenientes, puede alterar en gran medida el desarrollo social del paciente.

El mal olor que el paciente con ostomía cree percibir de forma continuada (que a menudo no es real y, por otra parte, si lo es, puede ser evitado en la mayoría de los casos haciendo uso de los diferentes productos sanitarios para ostomías disponibles en el mercado), unido a las ventosidades que trastornan el silencio o la conversación, son a veces suficientes para encerrar al enfermo en sí mismo.

El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período postoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra, en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal, por donde escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa, y a veces inadvertida; la inadaptación y la depresión resultan comunes. La forma en la que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada influye sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía son fac-

tores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, en comparación con un paciente recientemente diagnosticado de cáncer rectal que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes ostomizados necesitan una serie de cuidados específicos que durante su periodo de hospitalización corren a cargo del equipo de Enfermería. Estos cuidados engloban aspectos físicos, psíquicos y sociales, en ocasiones difícilmente aceptados por ellos. La labor del equipo de Enfermería es

Para el óptimo cuidado es necesario conseguir que la piel circundante del estoma permanezca limpia, seca e intacta, sin signos de inflamación o erosión, para favorecer la colocación del dispositivo. El paciente adquirirá habilidad en el cambio del dispositivo, y sabrá detectar las complicaciones relacionadas con el manejo de su estoma.

Es fundamental, además de a colaboración del paciente, que la familia se implique en el cuidado. La higiene y los cuidados del estoma deben realizarse cada día, con el objetivo de detectar y prevenir posibles complicaciones tanto del estoma como de la zona periestomal. Antes de comenzar a realizar la higiene del estoma, comprobaremos que tenemos todo el material necesario: bolsa para recoger el material de desecho, dispositivo digestivo, papel higiénico, esponja suave, agua y jabón neutro (sin 10 perfumes), toalla de algodón, tijeras y plantilla adaptada al tamaño y a la forma del estoma.

Los cuidados específicos del estoma engloban los siguientes aspectos:

- Despegar el dispositivo anterior desde el borde superior al inferior del estoma a la vez que, con la mano, se sujeta la piel periestomal, tirando el contenido en la bolsa de residuos. Realizar la técnica delante del espejo si es posible para el paciente.
- Lavar el estoma y la piel periestomal con jabón neutro, aclarar y secar suavemente.
- Observar y valorar el estado de la piel y del estoma para identificar cualquier anomalía (color, edema, ulceraciones, necrosis, hemorragias, hundimiento, prolapso, estenosis...)
- Medir el estoma, ya que el tamaño tiende a disminuir.

- Elegir el dispositivo adecuado: La elección del dispositivo (cerrado con filtro, abierto, sistema de una pieza, sistema de dos piezas) dependerá del tipo de estoma, de su localización, funcionalidad, así como de las características de la piel.
- Retirar el papel protector del adhesivo y aplicar la bolsa con el orificio centrado sobre el estoma, ajustándolo lo más posible (con una holgura máxima de 2 - 3 mm. para que no haga compresión sobre él) y realizar un ligero masaje con el fin de lograr una buena fijación.

Con respecto a la alimentación, el paciente ostomizado puede comer de todo, excepto si tiene alguna estreñimiento por otro motivo, pero deberá seguir las siguientes recomendaciones:

- Comer despacio, con la boca cerrada y masticando bien.
- Se puede reducir la formación de gases evitando los alimentos tales como cebollas, repollo, guisantes y demás verduras y legumbres flatulentas, así como bebidas gaseosas.

Un factor fundamental es la pérdida de la autoestima de las personas portadoras de una ostomía digestiva de evacuación, que radica en la incapacidad para controlar el momento de la defecación. Existen métodos continentales que ayudan a mejorar la calidad de vida resaltando en ellos la seguridad y limpieza que la técnica continente le confiere a la persona ostomizada.

6 Bibliografía

1. Consejo General de COF. Catálogo de Parafarmacia. Madrid: Publicaciones del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2005.
2. Noda L, Alfonso L, Forte M, Valentin F, Reyes L. Problemática actual en el paciente ostomizado. Rev Cubana Med Milit. 2001;30:256-62.
3. Scibel RW, Flint LM. Traumatismo del colon y del recto. En: Schackelford RT (ed.). Cirugía del aparato digestivo.
4. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Marti J., Tejido M. Edit. Doyma, 1999.
5. Estomas: manual de enfermería. Corella JM.; Vázquez A., Tarragon MA: y cols. Edit. CECOVA, 2005.
6. Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Grupo de expertos CIDO. Edit. Coloplast Productos Médicos, S.A., 1997.
7. Martí J, Tejido M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Ediciones Doyma. Barcelona 1999.

8.Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. J Wound Ostomy Continence Nurs 2001; 28:6.

Capítulo 396

EL TRASTORNO BIPOLAR Y SUS CUIDADOS

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

1 Introducción

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

Una de las primeras descripciones modernas del trastorno bipolar se la debemos a un médico español, Andrés Piquer-Arrufat. Piquer-Arrufat, nacido en la provincia de Teruel, fue profesor de Anatomía en la Universidad de Valencia y tradujo las obras de Hipócrates por primera vez al castellano. Médico de la corte entre 1751 y 1759, observó y trató de comprender la enfermedad mental de Fernando VI, el cual, de la misma manera que su padre Felipe V, sufrió graves episodios

maniacos que le mantenían despierto durante la noche (obligando a toda la corte a invertir su ritmo circadiano), y le provocaban ataques de violencia contra ellos mismos y sus cortesanos. Tras la muerte de su esposa Bárbara de Braganza, a la que cuentan que estaba muy unido, la depresión de Fernando VI se agravó. Se retiró al palacio de Villaviciosa de Odón, enmudeció, intentó colgarse varias veces, y finalmente murió en 1759, a los 45 años, postrado en su cama, y envuelto en sus propios excrementos.

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

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

Unificando ambos conceptos, el influyente psiquiatra alemán Emil Kraepelin, considerado uno de los padres de la psiquiatría moderna, estableció el concepto de locura maniaco-depresiva en 1899, concepto que sin duda resultará familiar a los fans del gran guitarrista zurdo Jimmy Hendrix.

El trastorno bipolar es una enfermedad mental que causa cambios de humor. También podemos llamarla depresión maníaca o enfermedad maniaco-depresiva. Pueden sufrirla personas de todas las edades, hombres o mujeres.

Considerado como un trastorno mental grave 1,2, el TB (antes llamado enfermedad maniaco-depresiva) se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados (y consecuentemente mal tratados) constituye una enfermedad devastadora, con una enorme carga socioeconómica y sanitaria. La presentación clínica del trastorno es muy heterogénea siendo los casos “clásicos” (manía eufórica seguida de depresión inhibida y restitución ad integrum entre las fases, con buena respuesta al tratamiento y ausencia de comorbilidad) una minoría; lo más frecuente es encontrarse cuadros complicados, asociados a ansiedad, abuso de sustancias, formas atípicas, respuestas parciales a la monoterapia y con un deterioro cuanto menos funcional aun en estado de eutimia.

En el trastorno bipolar hay dos fases claramente diferenciadas, causando cambios extremos en el estado de ánimo y producen altos emocionales (manía o hipomanía) y bajos emocionales (depresión).

Los episodios de cambios emocionales pueden ocurrir ocasionalmente o muchas veces por año. La mayoría de las personas presentan síntomas emocionales entre los episodios, es posible que algunos no presenten ninguno.

Existen distintos tipos de trastorno bipolar y relacionados con ellos. Pueden surgir como manía o hipomanía y depresión, todo ello provoca sufrimiento y dificultades en la vida.

Puede aparecer en cualquier edad, generalmente en la adolescencia o después de los 20 años. Los síntomas varían en cada persona, y también pueden cambiar con el paso del tiempo.

2 Objetivos

Conocer como empatizar con el paciente bipolar, y cómo realizar contención verbal el personal sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Empatizar con el paciente para reconducir sus expectativas de abandonar el hospital reforzando sus vivencias ciertas y observando su conducta para determinar la potencia de riesgo., observar la interrelación con el entorno teniendo en cuenta los parámetros valorados en el apartado de seguridad, realizar contención verbal eliminando estresores ambientales, estableciendo límites, sin mostrar oposición reforzando la realidad., y por último, realizar preguntas simples y cerradas que permitan respuestas sencillas; son funciones y estrategias de manejo que deben de adoptar el personal sanitario ante los pacientes con trastorno bipolar para fomentar su cuidado.

Los Trastornos del Espectro Bipolar (TB) tienen una prevalencia que se da en un porcentaje que varía según los estudios, siempre sesgados por incertidumbres diagnósticas en cuanto a la representatividad de la muestra, del 2 al 6 % de la población. Igualmente hay que decir que se da en las distintas razas, sexos, latitudes, clases sociales y credos. En definitiva que no hay más factor eximente del Trastorno Bipolar que un genoma libre de anomalías o tal vez unos acontecimientos vitales a la medida del sujeto. En los últimos tiempos se está diagnosticando más frecuentemente el Trastorno Bipolar y ello puede deberse a:

- Al extenso uso de los antidepresivos, que da lugar a que pacientes depresivos unipolares, al ser tratados con determinados antidepresivos viren a la manía o hipomanía y sean diagnosticados de TB.
- A mejores y más finos criterios diagnósticos para el TB. Por ejemplo, pacientes que en otras épocas fueron diagnosticados de esquizofrénicos por los elementos psicóticos de su cuadro clínico.

El trastorno hace su aparición frecuentemente entre los 15 y 20 años de edad. El primer tratamiento se retrasará 8-10 años. Sin embargo, existen muchos indicios de su inicio en la pubertad o antes, de manera solapada. El inicio precoz puede ser indicador de mal pronóstico. En las edades más jóvenes existe problema para

identificar el trastorno ya que pasan inadvertidos con frecuencia recibiendo el diagnóstico de la patología comórbida que le suele acompañar.

En las mujeres predominan los episodios depresivos mientras que en los hombres lo hacen los maníacos o al menos igualan a los depresivos. Ellas presentan síntomas atípicos más frecuentemente que ellos en las depresiones. También ellas ganan en frecuencia de episodios mixtos y ciclación rápida. Existe un riesgo elevado de recaída durante las primeras semanas del puerperio. La tensión premenstrual y el uso de anticonceptivos orales pueden tener connotaciones que hay que valorar. En cuanto a factores de riesgo para que debute la enfermedad podemos encontrar:

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

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

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

Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que plantean

problemas de cuidado o de cuidado dependiente. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de enfermería por medio de los sistemas de enfermería los cuales son: Sistemas de enfermería totalmente compensatorio; parcialmente compensatorio; sistemas de apoyo- educativo. Estos sistemas se llevan a cabo por medio de los siguientes métodos enfermeros:

- Actuar por otro
- Guiar a otro
- Apoyar a otro
- Proporcionar un entorno de desarrollo
- Enseñar a otro.

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

5 Discusión-Conclusión

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

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

Son varios factores los que pueden influir en que el plan de cuidados se adecue a los tiempos que nos marcamos en los objetivos, algunos de esos factores pueden

ser:

-Mala adherencia al tratamiento, lo que puede provocar una recaída en su estado, hay que tener en cuenta que, esta patología es muy fluctuante, lo que significa que no tomar correctamente la medicación implique en desestabilización del estado de ánimo del paciente.

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

- Enfermedades somáticas asociadas, dificultarán la recuperación y estabilización del paciente.

- Influencia familiar, dependiendo del apoyo que pueda tener el paciente, el plan de cuidados puede tener mayor o menor efectividad.

- Tiempo de ingreso, suele estar asociado que a mayor tiempo de estancia en la unidad, puede haber un alta con mayor estabilización, pero a veces no es así, si el paciente tiene una estabilidad sostenida en el tiempo, no es conveniente que este más tiempo, ya que puede ser contraproducente.

- El conocimiento del plan de cuidados, para que haya una correcta aplicación del plan de cuidados es necesario que todos los miembros del equipo sepa que existe, que se aplica y que hay una base científica que lo respalda.

- Continuidad del plan de cuidados, todo personal que pase por la unidad debe aplicar el plan existente al paciente, dejando reflejado cualquier tipo de incidencia.

El trastorno bipolar es uno de los principales trastornos mentales que se dice inspiran la creatividad, estos se caracterizaron por "incrementos pronunciados en el entusiasmo, la energía, la autoconfianza, la velocidad de asociación mental, la fluidez del pensamiento y el estado de ánimo elevado". El artista holandés Vincent Van Gogh es ampliamente teorizado por haber sufrido un trastorno bipolar.

6 Bibliografía

1. Gómez Ayala, A.E. Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia.. Offarm. 2008; 27 : 8 77.
2. Undurraga, J., Baldessarini, R.J., Valenti, M., Pacchiarotti, I., Vieta, E. Suicidal risk factors in bipolar i and ii disorder patients. J Clin Psychiatry. 2012; 73 (6): 778-82.
3. Murphy, K. Trastorno bipolar. Nursing. 2007; 25: 12-7.

4. Lucero, R., Casoli, G. Trastornos afectivos en el Adulto mayor. Rev de Psiquiatr en Urug dic 2006; 70 (2): 154- 166.
5. Crespo Blanco, J.M. Trastorno bipolar. Medicine 2003; 8:5645-53.
6. Pascual, F., Torres, M., Calafat, A. monografía cocaína. Adiciones 13(2); 2001; 179-189.
7. Pinilla Alarcón, M. Adhesión al tratamiento psicofarmacológico: consideraciones desde el cuidado de enfermería. Investigación en enfermería Bogotá (Colombia): 9(1); 37-50; Enero-Junio 2007.
8. Palma Sevillano, C., Cañete Crespillo, J., Farriols Hernández, N., Soler Llobet, F., Juliá Zapata, J. Primeros episodios psicóticos: características clínicas y patrones de consumo de sustancias en pacientes ingresados en una unidad de agudos. Anales de psicología; 21(2); Diciembre 2005; 286-293.

Capítulo 397

ACTUACIÓN ANTE LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA Y SUS CUIDADOS

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

1 Introducción

Los profesionales sanitarios deben tomar decisiones constantemente, que se sustentan en la formación adquirida y en la experiencia profesional, pero también influenciada por la experiencia que brindan otros profesionales del mismo contexto asistencial. La evolución constante que ha experimentado el sistema sanitario, a través de los avances científicos y técnicos, y los cambios en relación a las demandas y necesidades de atención y cuidados de los usuarios en temas de salud, obliga a una permanente actualización de los conocimientos en cada momento y con unos niveles de calidad y seguridad determinados ya que el nivel de complejidad que se produce al combinar procesos, tecnologías e interacciones humanas puede aportar beneficios importantes, pero también conlleva el riesgo de que ocurran eventos adversos.

La parada cardio-respiratoria (PCR) es una de las principales causas de muerte, y se considera un problema sanitario importante.

Por parada cardiorrespiratoria (PCR) se entiende toda situación clínica que comprende un cese inesperado, brusco y potencialmente reversible de las funciones respiratorias y/o cardiocirculatoria espontáneas, no siendo resultado de la evolución natural de una enfermedad crónica avanzada o incurable, o del envejecimiento biológico. Si no se contrarresta con medidas de reanimación, el paro cardiorrespiratorio produce una disminución brusca del transporte de oxígeno que da lugar a una disfunción del cerebro inicialmente y, posteriormente, conduce a lesiones celulares irreversibles en el organismo por la anoxia tisular y a la muerte biológica.

La cardiopatía isquémica es la causa más frecuente de parada cardiorrespiratoria (PCR) en adultos en los países occidentales. Clínicamente una parada cardiorrespiratoria (PCR) se diagnostica por: pérdida de conocimiento, ausencia de pulsos palpables y apnea.

En el mundo industrializado afecta entre 30 y 55 personas por cada 100.000 habitantes al año y con una supervivencia que en el mejor de los casos no llega al 8% (7-8). La incidencia publicada de parada cardíaca intrahospitalaria está en el rango de 1-5 por 1.000 ingresos. Según datos recientes del Registro Nacional de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) de la American Heart Association, la supervivencia al alta hospitalaria tras una parada cardíaca intrahospitalaria es de 17,6%. El ritmo inicial, en un 25% de los casos, es una fibrilación ventricular (FV) o taquicardia ventricular (TV) sin pulso, con una supervivencia al alta hospitalaria del 37%, mientras que en actividad eléctrica sin pulso (AESP) o en asistolia la supervivencia es del 11,5%. Existe la evidencia de que puede reducirse la mortalidad y las secuelas que causan las PCR en el hospital si se mejora la respuesta asistencial. La supervivencia de la parada cardíaca súbita viene determinada por la calidad de la evidencia científica que soportan las guías o recomendaciones internacionales. Intentar mejorar la respuesta ante este trastorno es misión de un amplio abanico de individuos, desde ciudadanos en general, pasando por componentes de las fuerzas de seguridad o sistemas de emergencias no sanitarios hasta el personal sanitario de los diferentes escalones asistenciales.

En nuestro país el Protocolo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) es el promulgado por el Plan Nacional de RCP de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) basado en las recomendaciones establecidas por el European Resuscitation Council (ERC), la American Heart Association (AHA) y el International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR)

2 Objetivos

Conocer de manera general las acciones ante un paro cardiorrespiratorio y reconocer los signos que nos indican que un paciente sufre un paro cardiorrespiratorio.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como, Scielo, Pubmed, Medline y Google Scholar, se han utilizado descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: reanimación cardiopulmonar (RCP), emergencia, cuidados de Enfermería. Se excluyeron todos aquellos documentos cuyo acceso no fuese público.

4 Resultados

Se define la reanimación cardiopulmonar (RCP) como el conjunto de medidas a seguir de modo reglado y secuencial para inicialmente sustituir, y posteriormente restablecer, las funciones básicas respiratoria, circulatoria y de prevención del daño cerebral hipóxico. El intervalo de tiempo entre el paro circulatorio y la necrosis tisular en el tejido cerebral es mínimo, siendo, por tanto, un objetivo prioritario de la reanimación cardiopulmonar (RCP) el mantenimiento de la perfusión cerebral.

Las posibilidades de éxito de la RCP dependen, fundamentalmente, de:

1. Tiempo transcurrido desde el momento en que ocurre la parada cardiorrespiratoria (PCR) hasta el inicio de las medidas de reanimación cardiopulmonar (RCP). De tal modo que, el inicio precoz de la reanimación es el factor que más influencia ejerce sobre la supervivencia y la evolución neurológica.
2. Duración de la reanimación cardiopulmonar (RCP), ya que los pacientes en los que la reanimación dura más de 30 minutos, no suelen sobrevivir a la misma.
3. Entrenamiento y equipamiento del personal de emergencia y reanimador.
4. Las características (enfermedades subyacentes) del paciente, puesto que los enfermos con afecciones agudas consiguen mejores resultados que aquellos que padecen enfermedades malignas, neurológicas o terminales, no impidiendo la edad avanzada, per. se, un desenlace satisfactorio.

En 1980 la American Heart Association estableció una serie de recomendaciones llamadas “cadena de supervivencia”. En estos años, la experiencia acumulada ha

mostrado que es esencial la actuación según esa secuencia de acciones establecidas ante cualquier sospecha de parada cardiorrespiratoria (PCR), para lograr una importante tasa de supervivencia.

La optimización de la llamada “cadena de supervivencia hospitalaria”, constituida por:

- 1) Un sistema de alerta inmediata.
- 2) El inicio precoz de la RCP básica en menos de 1 minuto.
- 3) La desfibrilación (DF) temprana antes de los 4 minutos.
- 4) El soporte vital avanzado (SVA) en menos de 8 minutos.

Los cuidados postparada cardiaca están encaminados a identificar y tratar la causa precipitante de la parada así como a evaluar y manejar la lesión cerebral, la disfunción miocárdica y la respuesta sistémica por isquemia/reperfusión secundarias a la misma. Los cuidados post reanimación cardiopulmonar (RCP) son el último eslabón de la cadena de supervivencia ya que influyen significativamente en los resultados globales y particularmente en la calidad de la recuperación neurológica.

Vía aérea y respiración

- Mantener SatO₂ entre 94-98%.
- Establecer vía aérea avanzada.
- Capnografía con forma de onda.
- Ventilar para conseguir normocapnia.

Circulación

- ECG de 12 derivaciones
- Obtener acceso intravenoso.
- Objetivo TAS > 100 mmHg.
- Restaurar normovolemia.
- Monitorización signos vitales.

Control de temperatura

- Temperatura entre 32-36°C
- Sedación, control de tiritona.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que el proceso enfermero aplicado en la reanimación cardiopulmonar avanzada y en el actuar diario de la Enfermería aumenta la calidad de

los cuidados porque está centrado en las respuestas humanas, aunado a su sistematización y organización es menos probable que se produzcan omisiones o duplicación de la atención, mejorando la continuidad de éstos.

El uso del proceso enfermero y de los planes de cuidados por el técnico auxiliar de enfermería proporcionan la base para una valoración y evaluación continua, ya que es un proceso dinámico y cambiante en la medida de que se van modificando las necesidades del paciente. Con este fin debemos de implementar en nuestro día a día actuar con los pacientes el proceso y los cuidados de las personas.

Los resultados de la reanimación se ven reflejados en la supervivencia, recuperación y restauración de las funciones vitales, el desconocimiento de las maniobras de RCP por el personal de salud responsable de su atención, supone un desenlace fatal, es por esto que los profesionales de enfermería deben de adquirir y desarrollar un rol fundamentado en el proceso de atención disciplinar que permita de una forma sistemática y lógica valorar planear y ejecutar las acciones del cuidado.

6 Bibliografía

- American Heart Association (AHA). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 268: 2.171-2.295.
- American Heart Association. Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada (ed esp), 2ª ed. Barcelona, 1990.
- European Resuscitation Council. Guidelines for basic and advanced life support. Resuscitation 1992; 24: 99-244.
- Ruano M, Perales N (eds). Manual de soporte vital avanzado. Comité Español de RCP. Plan nacional de resucitación cardiopulmonar de la SEMIUC. Barcelona: MASSON, 1996.
- Callaway CW, Donnino MW, Fink EL, Geocadin RG, et al. Part 8: post-Cardiac Arrest Care: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015; 132(Suppl 2):S465-S482. (PubMed) (HTML) (PDF).
- Herrera M, López F, González H, Domínguez P, García C, Bocanegra C. Resultados del primer año de funcionamiento del plan de resucitación cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). Med Intensiva 2010;34(3):170-81.
- The Joint Commission Leadership in Health care Organizations. A Guide to Joint Commission Leadership Standards. [Documento en línea] [Citado 18 enero 2014].

- De-la-Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G, Rodríguez M. Factores pronósticos de mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Med Intensiva*. 2010;34 (3): 161-69

Capítulo 398

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN QUIRÓFANO

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Durante muchos siglos, las intervenciones quirúrgicas se llevaban a cabo en los campos de batalla, las sillas de barbero y las mesas de cocina. Posteriormente los cirujanos operaban en sus consultas y en hogares de los pacientes, los ayudantes-enfermeros eran enviados a las casas a preparar la habitación y al propio paciente para los cirujanos. En los siglos XVIII y XIX: los hospitales estaban destinados a cuidar a pobres, locos y lisiados. A finales del siglo XIX-siglo XX: los cirujanos pasan a realizar las intervenciones quirúrgicas en el entorno de los quirófanos del hospital. Se introduce la anestesia segura, métodos de transfusión de sangre y se desarrollan agentes antimicrobianos. El personal de enfermería se convierte en el responsable de preparar físicamente a los pacientes para las intervenciones quirúrgicas.

En 1920, los líderes de la enfermería ponen de manifiesto la importancia de la preparación fisiológica y psicológica de los pacientes quirúrgicos. En 1940 se in-

siste en la necesidad de formación de personal de enfermería en quirófano. En los años 60 aparecen los primeros auxiliares de clínica, sin ningún tipo de formación académica, bajo la supervisión de los ayudantes técnicos sanitarios (ATS), y atendían las necesidades más básicas de los pacientes.

En 1975 se pone en marcha la formación profesional del auxiliar de clínica con el título de Formación Profesional Rama Sanitaria FPI. En 1983 se impulsa el desarrollo de la cirugía ambulatoria. En 1986 se crea la nueva categoría de auxiliar de enfermería sustituyendo al auxiliar de clínica, quedando plenamente integrado en los equipos de enfermería. En 1990 se establece el nuevo título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), con cambios importantes en la formación.

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica. La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades y planificar-ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice. Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973, que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social.

Asimismo, en el Real Decreto 137/1984 se señalan otra serie de funciones del TCAE en el equipo de atención primaria. Estas normativas tienen validez en la sanidad pública a nivel nacional. El artículo 74 de la Orden ministerial dice: "Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria Técnicas del TCAE en el quirófano Gemma Calvo Villa 286

En aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atendrán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro".

2 Objetivos

Conocer las funciones del técnico auxiliar de enfermería en quirófano.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva tanto en español como en inglés en las bases de datos Medline, Pubmed y Scielo. Y se utilizaron descriptores como : cuidados, funciones del técnico auxiliar de enfermería, quirófano. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2005.

4 Resultados

Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante (EC), la enfermera instrumentista (EI) y el TCAE.

Funciones administrativas: la enfermera comprueba que la historia clínica está completa y que se encuentran todos los datos necesarios para la intervención. Además, se verifica que están firmados los consentimientos informados. Actualmente todas estas actuaciones se recogen en el listado de verificación quirúrgica o check list quirúrgico.

Recepción del paciente:

- Valorar el estado general del paciente antes de la intervención.
- Datos de filiación del paciente: nombre, historia clínica, patología, intervención, confirmar el órgano o miembro a operar (en el caso de bilateralidad u órgano múltiple). Todo ello se incluye en el listado de verificación quirúrgica.
- Confirmar ausencia de prótesis dentales, joyas, esmalte de uñas, ropa interior, pertenencias, etc.
- Comprobar la correcta preparación del paciente: higiene general y vello, ayunas, estado general de la piel, enemas si precisa la cirugía, etc.

Mantener el quirófano en orden, para ello se debe seguir siempre un orden de revisión que permita reponer el quirófano y dejarlo preparado. Esta actividad la realizan las enfermeras junto con el TCAE. Es sumamente importante una reposición adecuada del quirófano para que la intervención se desarrolle con las mínimas complicaciones posibles. y reponer y comprobar el carro de anestesia, med-

icación, material no fungible y fungible (comprobar y reponer suturas, sondas, compresas, gasas, paños, drenajes...). Se hace en cantidades mínimas para poder renovar el material con frecuencia y evitar así que se caduque. EL TCAE ayuda a las enfermeras en la reposición del material fungible del quirófano, mientras que las enfermeras se encargan de la reposición de medicación y suturas. Tener localizado y chequeado el desfibrilador por si se precisa en cualquier momento, lo hace el equipo de enfermería. o chequear y comprobar el funcionamiento del respirador. O comprobar que el mobiliario y el aparataje se corresponden con el tipo de intervención.

El quirófano para técnicos en cuidados auxiliares de enfermería :

- Preparar el equipo y material necesario para la intervención quirúrgica y solicitar la ayuda del TCAE y el auxiliar de servicios generales (ASG) para el traslado de material pesado.
- Revisar que los elementos de quirófano funcionan correctamente y están bien colocados y conectados. Correcto funcionamiento de las lámparas, mesa quirúrgica, negatoscopio, manta de calor, bisturí eléctrico, bombas de infusión (deben estar enchufadas a la red para tener correctamente cargada la batería), gases anestésicos, monitor y su configuración adecuada dependiendo del tipo de paciente.
- Tranquilizar e informar al paciente sobre sus dudas.
- Controlar el momento de la cirugía en el que se encuentra el cirujano para poder anticiparse a las necesidades.
- Comprobar la existencia de todas las numeraciones y tallas disponibles, si la intervención requiere de implantes quirúrgicos específicos (la ausencia de alguno debe comunicarse a la supervisora).
- Controlar el material utilizado y contar al inicio y al final de la intervención quirúrgica compresas, gasas, instrumental y cualquier objeto pequeño susceptible de poderse quedar en el paciente.
- Trasladar al paciente a la cama bajo la orden del anestesiólogo. Aquí colaboran diversos miembros del equipo quirúrgico: El el anestesista, TCAE y el auxiliar de obras y servicios (AOS). Una vez que el enfermo está despierto o en condiciones óptimas, se traslada a la unidad de recuperación postanestésica (reanimación) o cualquier otra unidad de destino. Esta maniobra debe ser lenta y suave teniendo controlados en todo momento los catéteres, sondas, drenajes, etc. Preparar el instrumental y el material para su esterilización. Esta función la lleva a cabo la EI, EC y el TCAE. El objetivo del montaje adecuado de los contenedores de instrumental es facilitar el trabajo de la EI en el momento de su uso y favorecer la esterilización del instrumental.

Además, el adecuado montaje de las cajas de instrumental se lleva a cabo de la siguiente forma:

- Comprobar que el instrumental está en perfecto estado: limpio, lubricado si se precisa y en correcto estado de funcionamiento. Si hay material defectuoso, se manda a reparar y se sustituye por otro.
- Colocar en las cajas el material más pesado en la base y el más delicado sobre este.
- Montar los instrumentales por grupos separados utilizando imperdibles, para facilitar su manejo.
- Unir las cremalleras en el primer diente.
- El tamaño del contenedor-envase de instrumental depende del volumen del mismo y del método de esterilización que vaya a emplearse.
- Controlar la integridad de las cajas de instrumental.
- Comprobar los filtros en los contenedores quirúrgicos y proteger el material delicado y punzante.
- Comprobar que los paquetes o cajas llevan los controles de esterilización.
- Participar en la docencia del área quirúrgica (alumnos).

La preparación del quirófano para cualquier intervención quirúrgica es la siguiente:

- Colocar correctamente el mobiliario y aparataje quirúrgico antes y después de la intervención, en colaboración con el equipo de enfermería.
- Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo textil-desechable, lavado quirúrgico y cajas de instrumental.
- Preparar y comprobar al menos un sistema de aspiración conectado a vacío, que será utilizado durante la inducción anestésica o durante la cirugía (muy importante en las intervenciones de urgencia, ya que algunos pacientes no cumplen el periodo de ayunas previo a la cirugía).

La limpieza y recogida del quirófano es una parte muy importante de las actividades del TCAE. El quirófano debe quedar en condiciones óptimas para realizar una nueva intervención. Para ello, es importante que el TCAE siga unas pautas generales:

- Al finalizar la intervención quirúrgica se debe retirar todo el material desechable utilizado en el proceso.
- El mobiliario de quirófano debe limpiarse después de la jornada quirúrgica con un trapo húmedo con solución detergente o desinfectante.
- Las manchas de sangre se quitan con agua fría o con agua oxigenada.

- Las lámparas de quirófano, por encontrarse justamente encima del campo operatorio y al ser también muy manipuladas en el curso de las intervenciones, deben conservarse en un estado de limpieza perfecta.

Limpiar el aparataje de quirófano con paños húmedos con solución detergente o desinfectante:

- Microscopios.
- Aparatos de isquemia.
- Torres de laparoscopia, artroscopia, toracoscopia...
- Respirador.
- Bombas de infusión.
- Calentadores.
- Motores y consolas...

Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración entre una y otra cirugía. Recoger y limpiar el instrumental quirúrgico empleado en la intervención, siguiendo los protocolos de limpieza de cada hospital. Preparación del material para su esterilización. Es imprescindible que las enfermeras o el TCAE coloquen los controles dentro de las cajas o paquetes antes de mandarlos a la central de esterilización. Se debe ordenar y contar el instrumental en los contenedores, siguiendo los listados actualizados. Limpiar el fibrobroncoscopio (FB) y/o sonda de Eco-Doppler transesofágico de acuerdo con el protocolo. El proceso debe realizarse con medidas de barrera: bata, guantes, mascarilla y protección ocular. Después de su uso se procede a la limpieza con un cepillo y detergente (Instrunet enzimático) por todas las superficies del FB, pinzas, ópticas, etc., hasta eliminar todos los restos orgánicos. El interior del FB se limpia con cepillos largos impregnados de jabón enzimático, haciéndolo pasar por los canales. Para los orificios y canales cortos se utilizan cepillos pequeños. Finalizada la limpieza, se procede al enjuague con agua y a continuación se debe realizar la desinfección de alto nivel, sumergiendo el material en la solución desinfectante (ácido peracético) en un recipiente con tapa durante diez minutos. Pasado ese tiempo se aclara nuevamente con agua estéril para luego proceder al secado, que se hará con extremo cuidado, ya que este proceso es el más delicado. También se pueden desinfectar en lavadoras automáticas.

Todo el material bien seco se guarda en posición vertical en armario cerrado. Limpiar y desinfectar las superficies de las mesas quirúrgicas y móviles, con hipoclorito sódico. Ayudar a las enfermeras a ordenar el material estéril en las vitrinas o armarios destinados a tal fin. Revisar los contenedores de material

punzante, reponiéndolos cuando su contenido llegue al nivel de llenado recomendado. Colocar las sábanas de la mesa quirúrgica después de limpiar. Coordinar con los AOS y los servicios de limpieza para dejar limpio y preparado el quirófano para la siguiente intervención quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

Para un adecuado mantenimiento del quirófano, es necesario que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) siga algunas pautas:

- Revisión de todos los quirófanos. Los quirófanos han de estar en perfectas condiciones para ser utilizados en cualquier momento. Después de la inspección, se deben apagar las luces y cerrar las puertas.
- Revisar y recoger el instrumental que ha quedado pendiente de otros turnos.
- Controlar el montacargas varias veces a lo largo de cada turno, para recoger y colocar el instrumental y material que ha enviado el servicio de esterilización.
- Los esterilizadores de quirófano deben revisarse periódicamente para recoger el instrumental que se encuentra en ellos. Se han de realizar los controles diarios de esterilización y guardarlos en el libro de registro.
- Las tomas de oxígeno y las de vacío tienen que estar cerradas cuando no se utilizan.
- Los monitores y equipos de música deben estar apagados cuando el quirófano no se esté usando.

La relación del TCAE, así como del resto de personal sanitario, y los pacientes es uno de los aspectos más importantes dentro del ejercicio de la profesión. Por circunstancias históricas y sociales la asistencia médica se ha ido centrando en la enfermedad y se ha restado importancia a lo más importante, el paciente como persona. La relación con el paciente está influida por variables socioeconómicas, culturales, políticas, grupales e individuales. Así, lo que representa la salud y la enfermedad en la sociedad y la organización asistencial son elementos que influyen en dicha relación. El paciente cuando llega a quirófano se encuentra en una situación de inseguridad, incertidumbre y dependencia que, en general, se experimenta frente al personal sanitario. Tiene la necesidad de que le informen de lo que le sucede, aunque al mismo tiempo tiene miedo a saberlo. Esta angustia aumenta a medida que la intervención quirúrgica que se va a realizar al paciente es más grave o compleja.

Por todos estos motivos, el paciente espera del TCAE y del resto de personal sanitario la comprensión, afecto e interés hacia su persona; ser escuchado, apoy-

ado e informado con palabras que pueda entender y que le den tranquilidad, reduciendo así su ansiedad ante el proceso quirúrgico.

6 Bibliografía

- 1.Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión
- 2.Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 210-222. u García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano.
- 3.Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. u Lavado y pintado quirúrgico del paciente. PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Madrid.
4. Pera M. Liderazgo y trabajo en equipo: una síntesis eficiente y necesaria en la cirugía actual.

Capítulo 399

PARADA CARDIORESPIRATORIA PEDIÁTRICA

MARÍA PAZ MAGADAN CASTRILLON

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

MARÍA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Desde que en 1960 se describiera la técnica del masaje cardíaco, se comenzó a generalizar el aprendizaje de las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar (RCP). El primer manual de RCP fue publicado en 1968, y en 1973 la American Heart Association (AHA) publicó los primeros protocolos de actuación ante una PCR, en cuya elaboración no participaron pediatras. En 1992 se creó el Comité Internacional de Consenso en RCP (ILCOR) que en 1997 publicó las primeras recomendaciones sobre este tema.

La RCP Pediátrica fue al principio una copia de las pautas recomendadas para adultos, y posteriormente fue en 1979 cuando se publicaron las primeras Normas de Soporte Vital Básico Pediátrico (SVBP) y Reanimación Neonatal (RN). En 1988 se publicó el primer monográfico sobre RCP Pediátrica respaldado por la AHA y por la Academia Americana de Pediatría. En España en 1992 se creó el grupo español de RCP Pediátrico.

La formación en Reanimación Cardiopulmonar Básica (RCPB), tanto para personal sanitario como para la población en general, se ha convertido en uno de los grandes retos de la salud pública del siglo XXI. El tiempo transcurrido entre que sucede la PCR y el inicio de la técnica de RCP, es el factor pronóstico más importante para la posterior recuperación. Otros factores que también son decisivos son la etiología que ha causado la parada, el estado previo del paciente, la efectividad y rapidez en la realización de las maniobras de RCP, el tiempo de traslado y de los cuidados posteriores a la RCP.

La Parada Cardiorrespiratoria Pediátrica es la situación de máxima urgencia vital, que mediante un conjunto de maniobras conocidas con el nombre de Reanimación Cardiopulmonar, es reversible. En los niños menores de 8 años, la etiología que con más frecuencia produce dicha parada es la respiratoria.

Las maniobras de resucitación tanto básicas como avanzadas, que se utilizan ante una Parada Cardiorrespiratoria, están centradas en conseguir el restablecimiento de la respiración y la circulación del paciente, manteniendo en lo posible la función cerebral.

El personal de enfermería completará la Reanimación Cardiopulmonar, con unos cuidados específicos enfocados al aumento de la supervivencia y la disminución de las posibles secuelas neurológicas. Estas actuaciones están respaldadas por una normativa ético-legal basada en los principios de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia

2 Objetivos

- Conocer cuál es el papel del personal de enfermería ante una Parada Cardiorrespiratoria en lactantes y niños, de manera general las acciones ante un paro cardiorrespiratorio.
- Reconocer los signos que nos indican que un paciente sufre un paro cardiorrespiratorio.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como, Scielo, Pubmed, Medline y Google Scholar, se han utilizado descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: reanimación cardiopulmonar (RCP), emergencia, cuidados de Enfermería, Parada Cardiorrespiratoria, pediatría, emergencias. Se ex-

cluyeron aquellos documentos que no tuvieran como idioma castellano e inglés, y que su publicación fuera hace más de 20 años.

4 Resultados

La mayoría de las PCR en niños no son presenciadas (66-77%) y solamente la tercera parte de los niños que la padecen reciben atención antes de llegar los servicios de emergencias.

Las maniobras de RCP se inician a tiempo en menos del 40% de los casos, por lo que se debe actuar antes de los 4 minutos en la RCPB y antes de los 8 min en la Reanimación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA). Las causas más frecuentes de PCR en niños son las de origen respiratorio y su pronóstico es peor en niños que en adultos, ello es debido a que en la mayoría de los casos la hipoxemia se prolonga un largo periodo de tiempo, lo que da lugar a secuelas severas y graves daños en órganos (siendo mucho peor si se trata de una parada cardiaca y si se produce en el ámbito extrahospitalario). La supervivencia en este grupo de edad es aproximadamente del 10%.

Partiendo de diversos estudios realizados; la mayoría de las RCP en niños se produce a nivel extra hospitalario; un 27% ocurren en casa, y de ellas el 30% son reanimadas por población general con una supervivencia del 53%, frente al 14% que no son reanimados hasta la llegada de los servicios de emergencias sanitarias.

La actuación de los profesionales sanitarios en situaciones de emergencia está regulada por numerosa normativa ético-legal. Las decisiones tomadas en estas circunstancias han de ser reflexivas, precisas y rápidas; por lo tanto los conocimientos actualizados combinados con la práctica y materiales adecuados pueden evitar muchas muertes y así prolongar la vida de muchos niños.

Las maniobras de realización del masaje cardiaco están descritas con precisión en diversos artículos.

Inmediatamente después de haber realizado las maniobras de ventilación, es necesario comprobar el pulso arterial central, que se realiza sobre la arteria braquial en lactantes menores de 1 año , en la arteria carotidea en niños entre 1-8 años y en la arteria femoral en ambos grupos. La ausencia de estos pulsos, lleva al reanimador/es a la realización de las compresiones torácicas.

La técnica de compresión torácica realizada en los lactantes es:

- Con dos dedos: cuando solo está presente un reanimador .

- Con los dos pulgares: cuando el reanimador puede abarcar el tórax del lactante con sus manos, o cuando hay más de un reanimador. Esta técnica conocida como técnica del abrazo, no cuenta con evidencias que apoyen que sea la mejor técnica de compresión.

La técnica de compresión torácica realizada en los niños es:

- Con el talón de una sola mano colocada sobre el tercio inferior del esternón .
- Con las dos manos entrelazadas, si el niño tiene una caja torácica de mayor resistencia.

En todos los niños, independientemente del grupo de edad al que pertenezcan, hay que actuar en el punto de compresión situado en la mitad inferior del esternón, evitando en lo posible el apéndice xifoides, profundizando 1/3, lo que equivale aproximadamente a 4cm en lactantes y 5cm en niños. La frecuencia de las compresiones torácicas ha cambiado con el tiempo, en la actualidad se realizan al menos 100 por minuto, sin sobrepasar las 120. Merece especial importancia la liberación completa de la presión sobre el tórax en la fase de descompresión, con el objetivo de que el flujo sanguíneo pueda distribuirse correctamente.

La desfibrilación en lactantes:

- Se recomienda el uso de Desfibriladores Manuales en lugar de Desfibriladores Semi-Automáticos (DESA). Los estudios más recientes indican que la dosis de 2J/kg recomendada antiguamente para esta edad resulta insuficiente, siendo más adecuada la dosis de 4 Julios por kilo (J/kg).
- En niños mayores de 1 año y menores de 8 años: también están indicados los DESA con un sistema de atenuación de energía, pues son capaces de identificar con fiabilidad los ritmos desfibrilables: Fibrilación ventricular (FV) y Taquicardia Ventricular sin pulso (TV sin pulso). La energía indicada para las descargas eléctricas en este grupo de edad es 4J/kg, al igual que en los lactantes.
- En el momento de la descarga eléctrica hay que cesar la reanimación y alejarse del paciente. Después de la descarga de desfibrilación es de vital importancia continuar con las compresiones torácicas, con el objetivo de mantener la perfusión sanguínea.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, se tiene muy poca formación especializada sobre la actuación ante una PCR pediátrica, puesto que las características del material varían según la edad de niño; y está demostrado que se imparte más formación en la PCR

en adultos. La mayoría de los estudios analizados comparten la opinión de la importancia de la RCP y de su inicio precoz, a pesar de ello, hay diversos autores con diferentes opiniones. En un estudio se ha demostrado que las posibilidades de supervivencia disminuyen en un 7-10% por cada minuto que nos retrasemos en iniciar las maniobras de resucitación; mientras que lo más importante que ha concluido otro, no es la rapidez de actuación, sino que el saber actuar en cada momento, la tecnología y un adecuado adiestramiento han conseguido alargar la vida de muchos niños; y que en determinadas ocasiones sería suficiente con la maniobra de permeabilización de la vía aérea, evitando la parada cardíaca y posibles complicaciones.

La supervivencia de los niños que han sufrido una PCR, se discute sobre diversos aspectos. Algunos autores afirman que la supervivencia en niños que han sufrido un PCR, aumenta 7 veces, si las maniobras de RCP las inician el personal que ha presenciado dicha situación. Por otro lado, otro estudio, también demostró que la supervivencia de los niños con paro respiratorio (82.1%) fue notablemente más alta que la supervivencia de las víctimas que padecieron un paro cardíaco (14.4%). Pero en un estudio prospectivo multicéntrico se investigó sobre PCR en niños y se llegó a la conclusión de que la mortalidad es mayor en niños menores de 1 año.

La actuación rápida ante una PCR es otro tema muy polémico; puesto que en un estudio español fueron el 62% de los niños que habían sufrido una PCR, los que recibieron maniobras de resucitación en los primeros 10 minutos.

La relación compresión-ventilación es otro aspecto con mucha controversia; puesto que algunos autores afirman que la relación idónea se desconoce pero que diversas comprobaciones realizadas en maniqués pediátricos, han demostrado que una relación 15/2 aporta la misma ventilación por minuto que una relación 5/1 (a diferencia que las compresiones torácicas, pues son un 48% más rápidas en la relación 15/2).

La Parada Cardiorrespiratoria en niños menores de 8 años, constituye una emergencia sanitaria, que necesita de una rápida actuación, pues el tiempo de inicio de la Reanimación Cardiopulmonar es fundamental para su pronóstico, posterior recuperación y así evitar, dentro de lo posible, las temidas secuelas neurológicas.

- En este grupo pediátrico, la etiología que más frecuentemente provoca Parada Cardiorrespiratoria es, por encima del origen cardíaco, el respiratorio. Por ello es imprescindible realizar una correcta apertura de la vía aérea para conseguir un aporte de oxígeno adecuado. La ventilación con bolsa-mascarilla es la técnica

preferida para iniciar la Reanimación Cardiopulmonar, es importante evitar la hiperventilación durante la misma.

El masaje cardiaco deber ser eficaz, se utilizarán técnicas de compresión torácica en las que está indicado movilizar 1/3 del diámetro del tórax, equivalente a 4 cm en lactantes y 5 cm en niños. Para conseguir una correcta redistribución del flujo sanguíneo, se ha de prestar especial atención a que exista una liberación completa de la presión sobre el tórax, en la fase de descompresión. Actualmente, la frecuencia recomendada de compresiones torácicas, si bien está en continua revisión, es de 100 sin sobrepasar las 120 por minuto.

La relación ventilación/compresión en edades pediátricas debe ajustarse a los valores 15/2. Es importante en este aspecto evitar las pausas de las compresiones torácicas mientras se permeabiliza la vía aérea. El saber realizar una correcta Reanimación Cardiopulmonar en edades pediátricas es muy importante, y al ser éstas poco frecuentes, creo necesario facilitar al personal sanitario su aprendizaje mediante cursos de formación que incluyan tanto protocolos como material de simulación.

6 Bibliografía

1. American Heart Association (AHA). Guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1992; 268: 2.171 - 2.295.
2. García Herrero MA, González Cortés R, López González J, Aracil Santos FJ. La reanimación cardiopulmonar y la atención inicial a las urgencias y emergencias pediátricas.
3. Castellanos Ortega A, Rey Galán C, Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J, Delgado Domínguez MA. Reanimación cardiopulmonar avanzada en pediatría. An Pediatr (Barc). 2006; 65 (4): 336-357.
4. Robaina Aguilera CE, Batista Batista SY, Bargalló Hechevarría J, Núñez Wong J. Parada cardio-respiratoria en la unidad de cuidados intensivos pediátrico 2002 - 2005.
5. Pérez Legorburu A. Reanimación cardiopulmonar en pediatría. Emergencias.
6. Carrillo Álvarez A, López-Herce Cid J, Moral Torrero R, Sancho Pérez L. Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica pediátrica en la Licenciatura de Medicina y Cirugía. An Esp Pediatría
7. Sancho Sánchez MJ, Loro Sancho N, Sancho Sánchez M^aT. Actuación y cuidados de enfermería en la reanimación cardiopulmonar básica en lactantes y niños.

8. Calvo Macías C, Manrique Martínez I, Rodríguez Núñez A, López-Herce Cid J. Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 63 (3): 241-251.

Capítulo 400

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FÉRULA DE BRAUN

PAULO JOSE VALDES VAZQUEZ

1 Introducción

Los objetivos iniciales ante cualquier tipo de lesión traumatólogica son la reducción, inmovilización y el cuidado de los tejidos blandos. La inmovilización tiene como fin evitar movimientos a nivel de la lesión, así como corregir el desplazamiento de los fragmentos.

La inmovilización externa se realiza con férulas, dispositivos externos rígidos que se fijan al miembro afectado manteniendo la postura deseada. La férula de Braun es una de las más utilizadas en la patología del miembro inferior.

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos en referencia al cuidado de pacientes con férula de Braun.
- Especificar el control neurovascular.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: férula, Braun, inmovilización, cuidados, auxiliar enfermería. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

Aliviar el dolor producido por la fractura gracias a la inmovilización con la férula, es por ello que se mantiene la férula de Braun todo el tiempo que el paciente esté en urgencias hasta su ingreso en la unidad de traumatología.

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe de:

- Participar con el médico en la colocación de la férula de Braun.
- Explicar al paciente lo que se le está realizando en cada momento.
- Establecer una relación empática con el enfermo mediante la comunicación verbal y no verbal.

La alteración de la integridad cutánea es uno de los principales cuidados que debe dispensar el auxiliar de enfermería en este tipo de pacientes, tanto para prevenirlos como en los ya producidos por la tracción, como los provocados por la férula de Braun, así como las alteraciones secundarias a la inmovilización prolongada.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE debe de conocer en todo momento el proceso de colocación de la férula, e ir analizando los riesgos de producir lesiones cutáneas, con el fin de ayudar e indicárselo al médico o enfermero, para que se ponga de otra manera o con más refuerzo, con el fin de prevenir complicaciones secundarias a la inmovilización.

6 Bibliografía

- Google Académico
- PubMed
- Medline

Capítulo 401

CONDUCTAS Y SÍNTOMAS MOTORES Y NO MOTORES EN LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La enfermedad de Párkinson llamada también "mal del párkinson" o "parálisis agitante" es un trastorno neurológico que afecta al sistema nervioso de forma progresiva. Se caracteriza por la carencia o degeneración de las neuronas. La parte del cerebro donde se produce la pérdida de las neuronas se llama sustancia negra que se encuentra en el centro del cerebro.

Actualmente el Párkinson representa el segundo trastorno neurológico, situado por detrás de la enfermedad del Alzheimer que genera síntomas motores y no motores, debido a que produce poca Dopamina, que es la que se encarga de mandar la información, para que podamos hacer los movimientos normales. Cuando falta la Dopamina los movimientos se alteran manifestándose los síntomas del

temblor, cuando estamos en reposo, o la rigidez; sin olvidarnos de otros síntomas no motores que pueden ser peores y más molestos que las alteraciones motora. El doctor que descubrió esta enfermedad en el año 1817 James Párkinson médico ingles hayo el "síndrome parálisis agitans", que luego se llamó enfermedad de párkinson por Jean-Martin Charcot 1861.

2 Objetivos

Identificar y definir las características de la enfermedad de Parkinson.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se lleva acabo y se realizó en profundidad una investigación para poder recopilar datos con pacientes y familiares con Párkinson y una búsqueda bibliográfica Wikipedia, Medes, Scielo, Researchgate.net; los idiomas búsqueda como criterios de inclusión: son el español y el inglés. Procedimiento de búsqueda mediante los descriptores: Depresión, Dopamina, Cuerpos de Lewy Párkinson, Síntomas motores y no motores. También se hicieron búsqueda en Google académico, Wikipedia, Google Scholar Science, PubMed: tipos de artículos completos y gratuitos.

4 Resultados

Enfermedad de Párkinson: se clasifica según el grado de afectación, desde el punto de vista clínico los síntomas motores: temblor en reposo, rigidez. Menos conocidos son los síntomas no motores (SNM) se producen por la acumulación de cuerpos de Lewy en partes del sistema nervioso, el Párkinson puede deteriorar todas las funciones del cerebro (Hoehn y yarhr), es una de las escalas que está modificada (HYS) esta escala esta modificada y actualizada originalmente en 1967 que evalúa la discapacidad funcional situaciones motoras de la persona, hay otra escala (UPDRS) es la más completa porque tiene cuatro partes: mínimos, leves, moderados y graves, evalúa las actividades diarias. En 2001, La Movement Disorder Society (MDS) modificó la escala con los cuidadores y pacientes y en la actualidad esta escala se llama UPDRS-MDS

Encontramos tres elementos claves en el Párkinson que vamos a citar aceptación, adaptación y automanejo que condicionan vivir con esta dolencia. Una conviven-

cia positiva es el equilibrio y la naturalidad una convivencia negativa es la baja autoestima y la pérdida de control.

La depresión es una enfermedad mental frecuente en las personas de edad avanzada con un estado de tristeza, y es uno de los síntomas más frecuentes que aparecen en el paciente con Enfermedad de Parkinson. Los trastornos depresivos pueden ir acompañados de ansiedad la depresión es compleja porque influyen factores psicosociales. La Psico-Neuroinmunología tiene factores biológicos y psicológicos (KruKow M, Juchnowicz, et al 2014) se caracteriza por los siguientes síntomas:

Aislamiento, rechazo, cambios bruscos de humor, llanto, alteración del sueño, baja autoestima, sentimiento de tristeza, culpabilidad, desmotivación, apático el problema para hacer un buen pronóstico de la depresión es que el paciente de párkinson pocas veces puede expresar lo que el siente.

5 Discusión-Conclusión

Podemos desglosar varias conclusiones

- Unos de los síntomas de la enfermedad de Párkinson son los cambios en el habla y la voz, déficits asociados a la EP que afectan al motor que controla la voz y el habla.
- Otro de los síntomas es la apatía que a veces se confunde con Depresión.
- El Párkinson juvenil también existe.
- Los síntomas no motores también son frecuentes y tienen gran impacto en la vida cotidiana por lo que se necesita que estos enfermos se reconozcan y tratarlos como predictores de la enfermedad, qué a día de hoy, no está claro como hemos destacado anteriormente estos síntomas no se pueden separar entre ellos. Algunos enfermos de Párkinson refieren la fatiga como uno de los peores síntomas por la lentitud, rigidez o dificultad para caminar.

Después de haber hecho este capítulo y haber recogido información, he llegado a la conclusión que la enfermedad de Párkinson aún sigue siendo un tema de investigación y demostramos en este trabajo la importancia de seguir recogiendo información y estudios para su tratamiento el cual permita al paciente con la EP la posibilidad de tener una mejor calidad de vida y que el paciente lo asuma y siga un tratamiento para evitar que la incapacidad avance. La enfermedad de Párkinson afecta a más de 120.000 españoles.

6 Bibliografía

1. Real academia y asociados de la academia de la lengua española 2005 Parkinsonismo consulado Mayo 2013.
2. Médicos especialistas en Psiquiatría, servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo" A Coruña Guía Clínica 2016 (11)
3. Weissman M.M...Myers.J .K (1978). Affective disorders in an US Urban Community Arch. Gen. Psychiat. 35.1304- 1311
4. Wennberg AMU. Wu MN, Rosenberg PB Spira AP. (Agosto 2017) Alteración del sueño deterioro cognitivo. Semin Neurol, 37 (4),395-406 Mayo 2019. De Pubmed Base de datos.
5. Titova N Padmakumar. C. Lewis, SIG & chaudhuri KR (2017) Parkinson ¿ un síndrome más que una enfermedad? Trasmisión Neuronal J (Viena). 124(8). 907-914 Mayo 2019. De Pubmed, Base de datos.
6. Lachs MS, Becher M Siegal AP Miller RL & Tinetti ME (1992). Delirios y trastornos del comportamiento en personas mayores con deterioro Cognitivo J. Am Geriatr Soc. 40, 768-773 Abril, De Pubmed Base de datos.
7. Rodríguez Pupo JM Díaz Rojas YV, Rojas Rodríguez Y, Ricardo Rodríguez Y, Aguilera Rodríguez R. Actualización en enfermedad de Parkinson idiopática. CCM.2013 [citado 6 Diciembre 2015];17(2)

Capítulo 402

NIÑOS CON SÍNDROME DE ASPERGER

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los niños que padecen de Asperger son de aspecto normal, son inteligentes y no tienen ningún retraso. Pero, su problema principal es la dificultad para relacionarse con los demás niños o adultos, es decir, tienen comportamientos inadecuados:

- Su lenguaje normalmente se ve alterado cuando es utilizado con fines comunicativos.
- Estos niños tienen dificultad para leer el lenguaje corporal de los demás, tienen rutinas obsesivas y muestran una sensibilidad no muy normal a los estímulos sensoriales.
- Suelen fijar su atención hacia temas concretos.
- Tienen a ser socialmente inmaduros y suelen ser vistos por otros como raros.

Los niños con síndrome de Asperger comparten muchos de los mismos síntomas que los niños con autismo. Aun cuando los problemas de lenguaje son muy comunes en la población general (15-20%) como en la clínica (15-75%), su localización es insuficiente. Los problemas de lenguaje requieren atención debido a su

comorbilidad con problemas graves del desarrollo, como el autismo, el trastorno Asperger, el trastorno por déficit de la atención e hiperactividad (TDAH), el vocabulario asociado a estos trastornos podría identificarse con un instrumento que midiera el vocabulario expresivo.

2 Objetivos

- Resolver con regularidad la frecuencia de atraso del lenguaje (AL) (SDL<50 palabras) en un grupo con desarrollo típico de la comunidad.
- Establecer un nivel de vocabulario para los subgrupos de: autismo, trastorno de Asperger (TA), TDAH y otros trastornos psiquiátricos (OTP) por medio de encuestas del desarrollo del lenguaje (SDL).
- Adaptar la enseñanza a la personalidad de cada niño de forma individualizada para mejorar las dificultades que se le puedan presentar ante el proceso de enseñanza y aprendizaje. Mejorar el desarrollo del niño en su totalidad.

3 Metodología

Para realizar este capítulo los participantes fueron seleccionados y compuesto por: un grupo de la comunidad con desarrollo típico (GDT) (n =55), con unas condiciones de edad de 2-5 años.

Se hicieron cuatro subgrupos clínicos: autismo, trastorno de asperger, TDAH y un grupo de OTP (enuresis, encopresis, ansiedad de separación).

SDL es una escala de palabras que reconoce el padre sobre el vocabulario del niño que tiene un coeficiente de Alpha de Cronbach de (.99), un test- retest de .97 a .99 y una sensibilidad y especificidad de 86-90%. Se utilizó la definición de atraso de lenguaje (AL) basada en un punto de corte de <50 palabras.

Los datos fueron analizados mediante las pruebas y para las medidas continuas, el MSE y el puntaje del SDL se usaron pruebas t de Student. Para el análisis de las medianas del SDL de los grupos se aplicó una prueba de Kruskal- wllis.

Procedimiento de búsqueda:

- Las palabras claves utilizadas en este capítulo: Trastorno de Asperger, déficit de atención, retraso del lenguaje, autismo.
- También se hicieron búsquedas en Google académico, Google Scholar, Science, los idiomas búsqueda son el español y el inglés.

4 Resultados

Los resultados obtenidos antes y después del tratamiento mediante pruebas de Wilcoxon Muestran diferencias significativas. Los grupos fueron parecidos para las variables como edad del niño, edad de los padres y la media del SDL. La continuidad de AL (<50 palabras) fue de 23,6% para la población clínica. Los niños tienen mayor frecuencia de atraso de lenguaje (GDT): 21,6% niños 20.7% niñas. El vocabulario del grupo de autismo es el menor de todos (Mdn=85, DE=78.68). El grupo de Asperger (Mdn=259, DE=127) tuvo una valoración cercana al grupo de TDAH (Mdn=286, DE=100.25). La prueba de Kruskal-Wallis fue significativa ($P < .002$) el contraste entre el grupo de autismo y de TDAH (Mdn=85 vs. Mdn=286, $P < .01$) fue significativo

5 Discusión-Conclusión

Este estudio nos enseña que el atraso del lenguaje en un niño preescolar es una indicación para profundizar en el diagnóstico del autismo. Tampoco podemos olvidarnos ni pasar por alto otros trastornos que pueden acompañar o no el TDAH como los trastornos del lenguaje (pronunciación, expresión, comprensión).

El SDL mide el vocabulario y no identifica las alteraciones del lenguaje más complejas asociadas al trastorno de Asperger.

Estudios recientes muestran que el uso de palabras por medio del informe de los padres para detectar atrasos del lenguaje tiene costo-beneficio y validez concurrente con las pruebas estandarizadas. 57-60 Esta investigación estudio el vocabulario asociado a los problemas del desarrollo; los resultados fueron en su mayoría compatibles con lo descrito en la bibliografía

6 Bibliografía

- Rescorla L. La encuesta de desarrollo del lenguaje: una herramienta de detención del lenguaje. Broomfield J, Dodd B. Niños con discapacidad del habla y del lenguaje: características de los casos. *Int j Lang Commun Disord* 2004; 39: 303-324.
- Reilly S Wake M, Bavin E y col. Predicción del lenguaje a los 2 años de edad: un estudio comunitario prospectivo. *Pediatrics* 2007; 120: e 1441-1449.
- Cohen NJ. Problemas del lenguaje no esperado en niños con trastornos psiquiátricos: problemas de desarrollo y afecciones asociadas. En Beitchman

- JH, Cohen NJ, Kostantareas M, Tannock R (eds). Trastornos del lenguaje, el aprendizaje y el entorno: Cambridge: University Press; 1996; pags. 105 - 121.
- Miniscalco C, Nygren G, Hagberg B, Kadesjö B et al. Resultado neuropsiquiátrico y del desarrollo neurológico de niños de 6 a 7 años que dieron positivo por problemas de lenguaje a los 30 meses. *Dev Med Child Neurol* 2006; 48: 361-366.
 - Van Daal J, Verhoeven L, van Balkom H. Problemas de conducta en niños con problemas de lenguaje. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48: 1139 - 1147.
 - Bennett T, Szatmari P, Bryson S, Volden J et al. Diferenciar el autismo y el síndrome de Asperger en función de retraso o la deficiencia del lenguaje. *J Autism Dev Disord* 2007; 38: 616 - 25.
 - Cohen N, Vallance D, Barwick M, Im N et al. La interfaz entre el TDAH y el deterioro del lenguaje: un examen del lenguaje, y el rendimiento y el procesamiento cognitivo. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, 41; 353 - 362.
 - Idiazábal Aletxa MA, Bloque Hermida E. Procesamiento cognitivo en los trastornos de aspecto autista. *Rev Neurol* 2007; 44: S49 - S51

Capítulo 403

CONTROL DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ADULTO

MARIA CARMEN FIDALGO GARCIA

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una patología del sistema nervioso central y autoinmune que provoca un daño progresivo de la mielina. Afecta al cerebelo y a la médula espinal.

Actualmente el origen de esta enfermedad es desconocido, por lo que su prevención no es posible. Esta enfermedad es característica por presentarse en forma de brotes produciendo alteraciones neurológicas durante mas de 24 horas.

2 Objetivos

Conocer cómo podemos controlar los síntomas de la esclerosis múltiple (EM) y hacer un mejor manejo de la enfermedad con una dieta equilibrada, ejercicio físico y descanso.

3 Metodología

Se realiza un estudio mediante búsqueda bibliográfica en fundación F. A. E, en la web de esclerosis múltiple, y en Cuidateplus. Los términos empleados han sido: esclerosis múltiple, síntomas, control, cuidados. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1998.

4 Resultados

Realizando cambios en la dieta, aportando alimentos nutritivos y más saludables, así como una exposición solar mediante la cual los especialistas creen que aumenta el déficit de vitamina D que es característico en estos enfermos, se consigue una disminución de las recaídas o que estas sean más leves.

5 Discusión-Conclusión

Mediante un cambio en la alimentación introduciendo alimentos que hagan que la dieta sea equilibrada evitamos complicaciones y disminuimos las recaídas. Puede haber progresión interrumpida sin periodos de remisión.

El 75% presenta remisiones prolongadas y pueden mantener un régimen ambulatorio. Afecta a 50/100000 personas, mas en mujeres y comienza en torno a los 20 y 40 años.

6 Bibliografía

- <https://www.esclerosismultiple.com/221/>
- <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple.html>

Capítulo 404

ENFERMEDAD RENAL CRONICA Y LA VITAMINA D EN PACIENTE CON ANEMIA.

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La anemia es una de las principales complicaciones de los pacientes con enfermedad renal crónica, aumentando la morbimortalidad cardiovascular. La causa principal es la producción inadecuada de eritropoyetina endógena, siendo los agentes estimulantes de eritropoyesis el tratamiento principal. Sin embargo, hasta en un 10% de los pacientes puede tener una baja respuesta al tratamiento. Hay estudios recientes que sugieren que la deficiencia de vitamina D podría ser uno de los factores de riesgo involucrados en esta baja respuesta.

La vitamina D regula el metabolismo del calcio y el fósforo y juega un rol crucial en el mantenimiento de una adecuada densidad ósea. Algunos estudios en población general han encontrado correlación entre la deficiencia de 25 OH vitamina D (25VD) y morbilidad y mortalidad. El examen de 25-hidroxi vitamina D es la forma más exacta de medir cuánta vitamina D hay en el cuerpo. Dicha correlación también fue confirmada en pacientes con insuficiencia renal terminal en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Se consideran niveles normales de 25VD por encima de 30 ng/ml, deficiencia moderada o insuficiencia cuando los niveles de 25VD son de entre 10 y 30 ng/ml, mientras que es deficiencia severa de 25VD cuando la concentración está por debajo de 10 ng/ml.

Entre las acciones de la vitamina D no relacionadas con el metabolismo mineral y óseo se encuentran aquellas a nivel de inflamación, sistema renina angiotensina, presión arterial y cáncer. Se ha sugerido en algunos estudios que la inflamación podría ser la vía por la que 25VD influyera sobre la eritropoyesis. Se ha informado que la reducción de 25VD y los niveles más altos de proteína C reactiva (PCR) se asociaron independientemente con menor hemoglobina en sujetos con enfermedad renal que no requieren diálisis.

2 Objetivos

Analizar el papel de la vitamina D sobre la médula ósea y los probables beneficios que puede tener corregir su déficit en pacientes con enfermedad renal crónica y anemia.

3 Metodología

Se hizo una revisión de los artículos más importantes en las bases de datos y Dialnet. Búsqueda y revisión bibliográfica. Bases de datos: Scielo, Pubmed, Google académico, MedlinePlus. Sitios web: American Kidney Fund, The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Descriptores: Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Hemodiálisis, Alimentación, Educación Sanitaria. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2011.

4 Resultados

Se ha analizado la prevalencia del déficit severo de 25 vitamina D (DS-25VD) en pacientes en hemodiálisis crónica (HDC) y su asociación con alteraciones del metabolismo mineral, hematológico y del estado inflamatorio. En muchos casos, la respuesta al tratamiento es tan favorable que la sola corrección de la anemia ha demostrado que muchos de los síntomas tradicionalmente achacados al estado urémico son en realidad achacables a la anemia y revierten tras su corrección.

La mejoría de la anemia tras el tratamiento se asocia a beneficios cardiovasculares como la disminución de la masa del ventrículo izquierdo y del gasto cardiaco, junto con menor incidencia de angina, episodios de insuficiencia cardiaca congestiva e ingresos hospitalarios. La mejoría de la hipoxia favorece el aumento de las resistencias periféricas con mejor tolerancia hemodinámica en hemodiálisis.

En la médula ósea se han detectado receptores de la vitamina D y estudios "in vitro" demuestran que el calcitriol (se usa para tratar y prevenir bajos niveles de calcio y enfermedad de los huesos en los pacientes cuyos riñones o glándulas paratiroides, glándulas del cuello que liberan sustancias naturales para controlar la cantidad de calcio en la sangre, no funcionan normalmente) aumenta directamente la expresión de eritropoyetina. También se confirma que la vitamina D tiene efectos anti-inflamatorios mejorando la respuesta al tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyetina. Los efectos positivos de la vitamina D en la eritropoyesis podrían, también estar relacionados con la supresión de los efectos de la PHT, ya que esta última inhibe a los progenitores eritroides (las que eventualmente dan lugar a GLÓBULOS ROJOS maduros) y la síntesis de EPO.

Diversos estudios han demostrado que la administración de vitamina D y sus análogos en pacientes con deficiencia se asocia a una mejoría de la anemia y/o una reducción de los requerimientos de eritropoyetina, por otro lado, estos hallazgos no son unánimes, ya que existen estudios contradictorios.

5 Discusión-Conclusión

La vitamina D tiene un "papel fundamental en el metabolismo óseo-mineral", así como su asociación establecida en los últimos años con la DM, con las enfermedades inmunológicas, con los procesos tumorales, con el sistema cardiovascular, con la anemia, con la mortalidad, etcétera.

☒ También se conoce que su déficit o insuficiencia es un problema en todo el mundo, variando su prevalencia según los grupos analizados, han seguido comentando.

La corrección del déficit de 25-OH-D en pacientes en HD se asocia a un mejor control del hiperparatiroidismo secundario con menores dosis de análogos de vitamina D y a una mejoría en el estado inflamatorio de estos pacientes. Nuestros resultados apoyan la recomendación de determinar niveles de 25-OH-D y corregir el déficit en pacientes en HD.

La corrección del déficit de vitamina D parece mejorar los niveles de anemia en pacientes con enfermedad renal crónica. Sin embargo, se precisan más estudios que confirmen estos hallazgos ya que los resultados no son unánimes.

6 Bibliografía

- Ojeda R, Esquivias E, Carmona A, et al. La corrección del déficit de 25-OH-vitamina D mejora el control del hiperparatiroidismo secundario y el estado inflamatorio de pacientes estables en hemodiálisis. *Nefrología*. 2018; 38(1):41-47.
- Sánchez D, Pereira M, González E, Pérez MV. La enfermería pieza clave en el tratamiento del déficit de vitamina D. *Enferm Nefrol*. 2013; 16(supl 1): 83-84.
- ANEDIDIC. Procedimiento de actuación ante la exposición al sol. *Enferm Dermatol* 2012; 15: 48-49.
- Vicente J, Bover J, Cannata J, Lorenzo V, Martín de Francisco AL, Martínez I et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica (S.E.N.-M.M.). *Nefrología*. 2011; 31(1); 3-32.
- Gómez de Tejada MJ, Sosa M, Del Pino J, Jodar E, Quesada JM, Cancelo MJ. Documento de posición sobre las necesidades y niveles óptimos de vitamina D. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2011; 3(1): 53-64

Capítulo 405

CUIDADOS EN EL AMBITO DEL .TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL SINDROME DE STIFF PERSONS O SINDROME NEURODEGENERATIVO

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

El síndrome de Stiff-Persons o Síndrome neurodegenerativo, también llamado síndrome de la persona rígida, es un trastorno neurológico, que consiste en una afectación del sistema nervioso especialmente médula y el cerebro. Generalmente aparece alrededor de los 45 años y cursa con rigidez, dolores musculares, fobia a tareas específicas de la vida diaria, ocasionado por los dolores, las contracturas musculares de extremidades y tronco que llegan a sufrir las personas que lo padecen.

Su causa es la muerte progresiva de neuronas en diferentes regiones del sistema nervioso. Esta pérdida progresiva de las células nerviosas es lo que origina los signos y síntomas neurológicos y neuropsicológicos característicos de cada una de ellas. La intervención adecuada en estos casos es la estimulación cognitiva,

ya que el progreso de este tipo de enfermedades es inevitable, pero lo que sí se puede conseguir es ralentizar el deterioro cognitivo y funcional.

Algunas de las más importantes son:

- Esclerosis múltiple.

Es una enfermedad desmielinizante que afecta a la sustancia blanca que recubre los axones.

Durante mucho tiempo se consideró que sus manifestaciones clínicas eran exclusivamente neurológicas (debilidad motora, dificultades visuales, diplopía, disartria, ataxia, etc.). Sin embargo, durante las últimas décadas un número creciente de investigaciones han mostrado que puede asociarse también a déficits cognitivos que afectan principalmente a la atención, concentración, velocidad de procesamiento de la información, memoria y funciones ejecutivas.

- Enfermedad de Alzheimer.

Su causa es la formación progresiva de placas seniles y ovillos neurofibrilares en la corteza cerebral, así como a la pérdida neuronal y sináptica. La demencia que causa implica el desarrollo de múltiples déficits cognitivos, entre los que se encuentran un deterioro de la memoria y al menos la alteración de una de las siguientes áreas: lenguaje, praxias, gnosias o funciones ejecutivas.

- Enfermedad de Parkinson

Se debe a la muerte progresiva de neuronas en una parte del cerebro denominada sustancia negra y más concretamente, en una porción de este núcleo que se denomina la parte compacta. Esto provoca una disminución en la síntesis de dopamina, lo que origina una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento. Sus principales síntomas son la torpeza generalizada con lentitud en la realización de movimientos, escasez de motilidad espontánea, temblor de reposo y rigidez. También se puede producir una alteración de los reflejos de reequilibración dando lugar a caídas. Es frecuente la asociación de síntomas emocionales como ansiedad, depresión y apatía y la aparición de deterioro cognitivo, viéndose afectadas la memoria, la atención o la velocidad de procesamiento entre otras funciones.

- Enfermedad de Huntington-

Está causada por un defecto genético en el cromosoma 4 y es hereditaria. Afecta fundamentalmente a las células del núcleo caudado y el putamen (que es una estructura cerebral que tiene un papel fundamental en la preparación y la ejecución de los movimientos de las extremidades. Forma parte de la región anatómico-

funcional conocida como “ganglios basales”, que regula la motricidad voluntaria, los hábitos automáticos y el aprendizaje procedimental). Los cambios de comportamiento suelen ser los primeros síntomas, y abarcan comportamientos antisociales, irritabilidad, malhumor, inquietud o impaciencia entre otros. También se presentan trastornos motores como muecas faciales, movimientos espasmódicos rápidos y súbitos de los brazos, las piernas, la cara y otras partes del cuerpo, movimientos lentos e incontrolables o marcha inestable. Los principales déficits cognitivos se relacionan con la memoria y la capacidad de aprendizaje, el razonamiento y resolución de problemas, la organización, planificación, secuenciación y la flexibilidad.

2 Objetivos

Identificar los síntomas y cuidados generales relacionados con el síndrome de la persona rígida o Stiff Persons, así como su diagnóstico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en diversas bases de datos (Dialnet y PubMed), empleando los siguientes descriptores: cuidados, neurodegenerativa, salud,.. No obstante, también se ha buscado información en otras fuentes, como revistas científicas, libros, etc., Centrados en el área de neurología y reflejados en la Bibliografía. Se han excluido aquellos documentos que tuvieran un idioma distinto al castellano e inglés, y que careciera de acceso libre.

4 Resultados

El síndrome de Stiff Man, o Síndrome de la Persona Rígida como se conoce también, es una enfermedad neurológica, y según parece de origen auto inmune. La mayoría de las personas que padecen esta enfermedad suelen tener otra de carácter auto inmune, siendo la más común la diabetes insulina dependiente. Los primeros síntomas son insidiosos y a menudo son erróneamente diagnosticados como problemas psicológicos o depresión. Los síntomas primarios son espasmos musculares dolorosos, rigidez en el tronco y miembros, una exagerada repuesta de sobresalto, ansiedad y fobia al algo específico. La edad de comienzo está en torno a los 45 años y los síntomas pueden desarrollarse en meses o años. La progresiva rigidez muscular puede hacer que resulte difícil caminar y puede dejar

al paciente inmóvil. Un miedo a los espacios abiertos, a veces miedo a cruzar la calle, puede inducir a la paralización de los músculos, espasmos y caídas.

El equipo de enfermería juega un papel importante en el reconocimiento de síndromes neurodegenerativo. Los largos períodos de encamamiento, los espasmos musculares, las contracciones que padecen les obliga a no poder llevar una vida normal y la no pronta incorporación a la sociedad, es aquí donde entramos nosotros en el rol del equipo de enfermería donde se ubica el TCAE y ayudamos al paciente tanto con el plan terapéutico, como a nivel psicológico.

El diagnóstico del síndrome de la persona rígida se hace típicamente basado en la presencia de los síntomas característicos, una historia médica detallada, el examen clínico, y varias pruebas específicas. Las pruebas específicas se utilizan para apoyar o confirmar el diagnóstico, y para descartar las condiciones con síntomas similares. Estas pruebas incluyen análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos de descarboxilasa de ácido glutámico (GAD). Alrededor del 60-80% de las personas afectadas tienen estos anticuerpos en niveles elevados. Aunque la ausencia de anticuerpos anti-GAD no descarta el síndrome de la persona rígida la presencia de altos niveles de anticuerpos GAD en la sangre en personas con síntomas de esta enfermedad apoya firmemente el diagnóstico.

☒Otros exámenes incluyen: ☒

- Electromiografía (EMG), que registra la actividad eléctrica en los músculos esqueléticos y que en las personas con la enfermedad muestra actividad motora constante.
- Exámenes de sangre para determinar si hay otras enfermedades que pueden estar asociadas con el síndrome, incluyendo pruebas para determinar los niveles de hemoglobina A1C para descartar la diabetes mellitus, un recuento sanguíneo completo para descartar la anemia perniciosa y la prueba de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) para descartar la tiroiditis.
- Punción Lumbar para analizar el líquido cefalorraquídeo para descartar otras causas de los síntomas asociados con el síndrome.

Debido a que la causa genética subyacente del síndrome de la persona rígida no se ha establecido, las pruebas genéticas no están disponibles.

5 Discusión-Conclusión

Contribuir a la recuperación emocional y psicológica de los pacientes, es una función fundamental de enfermería, los continuos espasmos musculares, la rigidez,

las contracciones, los dolores intensos. El encamamiento prolongado nos obliga a crear un ambiente de confort y seguridad en torno al paciente. La ayuda máxima a nivel psicológico, restablecimiento de funciones musculares y respiratorias a través de las distintas modalidades de fisioterapia que podemos hacer, la prevención de las caídas, vigilancia respiratoria unido a un plan de cuidado específico de este tipo de síndrome nos ayuda al restablecimiento del paciente y a su incorporación a la sociedad.

El tratamiento del síndrome de la persona rígida se centra en los síntomas específicos presentes en cada persona y puede incluir benzodiazepinas, diazepam o baclofeno para tratar la rigidez muscular y los espasmos. Los medicamentos anticonvulsivos y para el dolor también pueden ser eficaces para algunas personas.

☒☒

Recientemente, los estudios han demostrado que la inmunoglobulina intravenosa (IVIG) o la plasmaféresis pueden ser eficaces para mejorar algunos de los síntomas de la enfermedad. Algunas veces los trasplantes de células madre autólogas tratan con éxito esta enfermedad y hay estudios clínicos que tratan de confirmar si son eficaces. La terapia física y ocupacional puede ayudar a retardar la progresión del síndrome de la persona rígida, pero debe ser realizada por un profesional que tenga experiencia con la enfermedad para no empeorar los síntomas.

6 Bibliografía

- Andreadou E, Kattoulas E, Sfagos C, Vassilopoulos D (2007). Stiff person syndrome: avoiding misdiagnosis. *Neurol Sci.* 28: 35-37
- Lorish TR, Thorsteinsson G, Howard FM Jr (1989).
- Stiff-man syndrome updated. *Mayo Clin Proc.* 64: 629-636.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014) Multiple Sclerosis Management of multiple sclerosis in primary and secondary care. NICE clinical guidance 186. London: National Institute for Health and Care Excellence.
- National Center for Biotechnology Information
- <http://www.orpha.net/>
- European Organization for Rare Disorder (EURODIS). <http://www.eurodis.org/>

Capítulo 406

SÍNTOMAS, CAUSAS, FACTORES Y TRATAMIENTO EN LA DISLEXIA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

1 Introducción

La dislexia es un trastorno del aprendizaje que supone dificultades a la hora de leer, debido a problemas para diferenciar los sonidos del habla y relacionarlos con las letras y las palabras. La dislexia, que también se denomina «dificultad de lectura», afecta zonas del cerebro que procesan el lenguaje.

El apoyo educativo, con personal cualificado, y emocional juegan un papel importante.

Aunque la dislexia no tiene cura, una pronta evaluación e intervención producen buenos resultados. En ocasiones, la dislexia no se diagnostica durante años y permanece sin ser identificada hasta una edad avanzada.

2 Objetivos

Identificar las causas, síntomas ,factores y tratamiento,con la mayor premura posible ,con la intención de librar a la persona afectada de dificultades severas en el aprendizaje.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes bases de datos de Pubmed, Dialnet, en la O.M.S ., Laurosse de enfermería ,Scielo, Revista Neurológica, y google académico. Los términos empleados han sido: dislexia, lenguaje, aprendizaje, causas, sintomas, diagnóstico y tratamiento. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los factores de riesgo de la dislexia son los siguientes:

- Antecedentes familiares de dislexia u otras dificultades de aprendizaje
- Nacimiento prematuro o bajo peso al nacer
- Exposición a la nicotina, a drogas, a bebidas alcohólicas o a una infección durante el embarazo que pueden alterar el desarrollo cerebral del feto
- Diferencias individuales en las partes del cerebro que permiten la lectura.

La dislexia es un trastorno del aprendizaje que supone dificultades a la hora de leer, debido a problemas para diferenciar los sonidos del habla y relacionarlos con las letras y las palabras. La dislexia, que también se denomina «dificultad de lectura», afecta zonas del cerebro que procesan el lenguaje.

La mayor parte de los niños con dislexia suele temer éxito en la escuela con la ayuda de un tutor o de un programa de enseñanza especializado. El apoyo emocional también juega un papel importante.

Aunque la dislexia no tiene cura, una pronta evaluación e intervención producen buenos resultados. En ocasiones, la dislexia no se diagnostica durante años y permanece sin ser identificada hasta una edad avanzada.

Técnicas educativas

- La dislexia se trata con enfoques y técnicas educativas específicos, y se recomienda comenzar la intervención lo antes posible. Los análisis psicológicos ayudarán a los maestros de tu hijo a desarrollar un programa de enseñanza adecuado.
- Los maestros pueden usar técnicas que involucran la audición, la visión y el tacto para mejorar las habilidades de lectura. Ayudar a un niño a usar varios sentidos para aprender (por ejemplo, escuchar una lección grabada y trazar con un dedo la forma de las letras usadas y las palabras pronunciadas) puede ayudarlo a procesar la información.

5 Discusión-Conclusión

No hay una manera conocida de corregir la anomalía cerebral preexistente que causa la dislexia, un problema que dura de por vida. Sin embargo, la detección y evaluación tempranas para determinar las necesidades específicas y el tratamiento adecuado con medidas específicas, pueden mejorar el éxito de los niños que padecen dislexia.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/es>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- La dislexia origen, diagnostico, recuperación' por Fernanda Fernández Baroja, Ana María Llopis Paret, Carmen Pablo De Riesgo.
- Dislexia aspectos psicológicos y neurológicos por Frank H. Duffy y Norman Geschwind.

Capítulo 407

EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES QUE PRECISAN HEMODIÁLISIS

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

En la insuficiencia renal crónica los riñones no filtran la sangre, por lo que los desechos del cuerpo no se eliminan, y se acumulan en la sangre provocando daños en el corazón, pulmones y huesos. La alimentación para los pacientes es importante, e influye de manera directa en las sesiones de hemodiálisis y en la aparición de complicaciones, lo que se traduce una buena alimentación en mayor calidad de vida.

Los alimentos le proporcionan energía y ayudan al cuerpo a repararse. Los alimentos se deshacen en el estómago y los intestinos. La sangre recoge los nutrientes de los alimentos digeridos y los transporta a todas las células del cuerpo. Estas células toman los nutrientes de la sangre y vierten al flujo sanguíneo los productos de desecho. Cuando sus riñones estaban sanos, funcionaban todo el tiempo para eliminar los desechos de la sangre. Los desechos salían de su cuerpo cuando usted orinaba. Otros desechos se eliminan con las evacuaciones.

Ahora que sus riñones han dejado de funcionar, la hemodiálisis elimina los desechos de la sangre. Pero entre sesiones de diálisis, los desechos pueden acumularse

en la sangre y enfermarle. Puede disminuir la cantidad de desechos cuidando lo que come y bebe. Un buen plan de comidas puede mejorar la diálisis y la salud del paciente.

Las personas que padecen enfermedad renal crónica (ERC) deben ser valoradas por un equipo multidisciplinar, formado por nefrólogos, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas y otros profesionales que, además de hacer un correcto seguimiento de la enfermedad, pautarán una dieta personalizada dentro de las posibilidades y casuísticas de cada individuo. No olvidemos que casi un 30% de los pacientes en las unidades de diálisis es diabético y ha sufrido fallo renal como consecuencia de esta enfermedad, estos pacientes necesitan un consejo nutricional adicional, a parte del tratamiento que se establezca para el tipo de diabetes que tengan. En este caso, su dieta es más compleja porque hay ciertos productos que no se les puede administrar.

La adherencia a las dietas sigue estando lejos de lo deseado, ya que, se trata de pacientes complejos, que por lo general son mayores de 50 años y están constantemente en un entorno sanitario, bien por el tratamiento o por las patologías que padecen, y además de las restricciones alimentarias deben tomar multitud de fármacos diariamente. Por ello, la concienciación de la importancia que tiene la alimentación en la ERC es básica, y la información que se le da al paciente es cada vez mayor, desde el momento en que se le detecta la enfermedad hasta que entra en diálisis y empieza con el tratamiento.

2 Objetivos

Señalar los principales cuidados que debe llevar un paciente en tratamiento de hemodiálisis con respecto a la alimentación y observar la importancia de la educación sanitaria.

3 Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica. Bases de datos: Scielo, Pubmed, Google académico, MedlinePlus. Sitios web: American Kidney Fund, The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). Descriptores empleados en la revisión bibliográfica: Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Hemodiálisis, Alimentación, Educación Sanitaria. Se emplearon como criterios de inclusión

textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

La finalidad de conocer algunos de los cuidados que debe de tener un paciente en hemodiálisis es implicar a los pacientes, diagnosticados de enfermedad renal crónica avanzada o ERC en tratamiento sustitutivo renal, en su autocuidado y en su alimentación.☒ Alimentarse adecuadamente, de forma que tengan en cuenta las restricciones y que aporten todos los nutrientes necesarios, para así evitar las pérdidas de peso y las alteraciones metabólicas en las próximas evaluaciones.☒ Elaborar un menú, completo y variado, que conlleve a mejorar la calidad de vida del paciente es muy importante.

La dieta de los enfermos renales presenta características especiales en cuanto a proteínas, carbohidratos, lípidos, iones tales como el potasio, el fósforo, el calcio, el sodio, vitaminas como la vitamina D, e incluso el agua. Por lo tanto, las necesidades energéticas también van a variar, oscilando entre las 35-40 calorías por kg/día .

- Proteínas

Conforma el 10-15% del aporte energético total, siendo recomendable que 2/3 ellas sean de alto valor biológico. En los últimos estudios, se promueven dietas con un aporte proteico similar al estándar (1.3g/kg/día), ya que se ha demostrado que no hay una diferencia significativa en el retraso del progreso del daño glomerular entre las dietas normo proteicas y las hipo proteicas, pues no solo afecta la ingesta de proteínas, sino también de agua, de sodio y de potasio.

- Hidratos de carbono

Suponen la principal fuente de energía en torno al 60% del total (3-5g/kg/día), con el objetivo de mantener el balance nitrogenado, siendo los más aconsejados los hidratos de carbono complejos frente a los simples. Uno de los hidratos de carbono que más restringe es la fructosa, ya que su metabolismo provoca un aumento de la urea y por consiguiente un progreso de la enfermedad renal, además de la aparición del síndrome metabólico, pudiendo derivar en diabetes mellitus de tipo II .

- Lípidos

Representan el 30% del aporte calórico (0.8/kg/día), recomendando en mayor proporción las grasas insaturadas, y en menor las grasas saturadas y las monoinsaturadas. La alteración más frecuente en la enfermedad renal con respecto a este nutriente es el incremento de los niveles de triglicéridos, que se puede contrarrestar con la ingesta de ácidos grasos $\Omega 3$, que sin embargo no afecta a los niveles de colesterol total, el cual no puede superar los 300mg/día

- Iones a) Sodio (Na). El exceso de sodio en la dieta supone un incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial (HTA), lo que está muy relacionado con la ERCA. Por lo tanto, se recomienda aportes diarios de sodio es de 1.8-2.5g/día, basado en que las restricciones de sal en estos pacientes disminuyen la proteinuria, la presión sanguínea y a albuminuria. b) Potasio (K) muy relacionado con el sodio, pues una disminución de este último en la dieta suele suponer un aumento de la ingesta del potasio. En los pacientes de hemodiálisis la excreción de potasio está disminuida, lo que puede provocar una hipercalemia, aumentando el riesgo de mortalidad de la enfermedad renal, de ahí la importancia de las restricciones de potasio en la dieta de 2-2.5g/día, ajustándolo a la función renal c) Fósforo (P). Las alteraciones renales influyen en la secreción del fósforo, provocando una disminución de la excreción del mismo, dando lugar a una hiperfosfatemia, aumentando el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Es lógico pensar que es necesario la disminución del fósforo de la dieta, sin embargo, estudios demuestran que los pacientes de hemodiálisis que reducen el fósforo de su alimentación presentan una alta mortalidad con respecto a los que no lo hacen, debido a que las proteínas se encuentran en los mismos alimentos que el fósforo, provocando una desnutrición. Lo que se debe hacer es, minimizar los niveles de fósforo (ajustándolo según se requiera, generalmente entre los 0.8-1g/día) sin comprometer los niveles proteicos.

- Vitamina D

Los pacientes de hemodiálisis presentan déficit de vitamina D, que en muchos casos tiene relación con el hiperparatiroidismo que sufren, alterando el metabolismo de calcio y del fósforo. Por lo tanto, es necesario mantener los niveles normales de esta vitamina, aunque también es necesario suplementar el calcio que es imprescindible en el metabolismo de la vitamina D.

- Agua

Es indispensable para la vida y sus funciones varían desde mantener el equilibrio hidroelectrolítico hasta ser el medio de transporte del organismo. En la insuficiencia renal es necesario su control pues el riñón pierde la capacidad de concentrar

y diluir la orina, por lo que se recomienda la ingesta de 500ml de líquidos más el volumen de la diuresis residual.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del personal de enfermería con el paciente renal no se centra sólo en la técnica del tratamiento, sino que la promoción de conductas generadoras de salud, es una actividad fundamental.

La Educación para la Salud consiste una forma eficaz de conseguir un cambio deseado en un grupo de población determinado (pacientes diagnosticados de enfermedad renal crónica avanzada en tratamiento sustitutivo renal de hemodiálisis) que aumente su calidad de vida. El uso de diferentes técnicas educativas en el desarrollo del programa favorece la aprehensión de los conocimientos que se quieren inculcar en estos pacientes y su complicidad con el programa.

La implicación de los pacientes renales en su alimentación constituirá el mayor éxito del programa, por medio de la evaluación de las distintas variables que definen la desnutrición renal y contemplando las mejoras en la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Lorenzo V. Enfermedad Renal Crónica. En: Lorenzo V, López Gómez JM, editores. Nefrología al Día [Internet]. 1a ed. Santander: SEN; 2016. [actualizado 28 octubre 2016; citado 30 octubre 2016] .
2. Menezo Viadero R. Cuidados dietéticos en la Insuficiencia Renal En: Alonso Nates R., Pelayo Alonso R. Manual de Enfermería Nefrológica. 1a ed. Sant Cugat del Vallès, Barcelona: Pulso; 2012. p. 95-111
3. Garrido Pérez L, Sanz Turrado M, Caro Domínguez C. Variables de la desnutrición en pacientes de diálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2016 [citado 18 noviembre 2016]; 19 (4): 308
4. Pedrero García E, Morón Marchena JA. Aproximación al concepto de Educación para la Salud: una perspectiva histórica. Presentación presentada en Sevilla: 2012; I Congreso Virtual Internacional sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa INNOVAGOGÍA.
5. Ángel Ángel ZE, Duque Castaño GA, Tovar Cortes DL. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión

sistemática

6. De Luis D, Bustamante J. Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal. *Nefrología* [Internet]. 2008 [citado 11 abril 2017]; 28(3): 338-341
7. Martínez-Pineda M, Yagüe-Ruiz C, Caverni-Muñoz A. Reducción del contenido de potasio de las judías verdes y las acelgas mediante el procesado culinario. *Herramientas para la enfermedad renal crónica*
8. Sociedad Española de Nefrología [Internet]. Santander: Senefro.org
9. Martins C, Nihi Sato M, Karam S, Basso Couto C, Vavruk AM, Cesca Redana MN, et al. Protocolos operativos estandarizados / Tratamiento nutricional del paciente con enfermedad renal. En: Riella M, Martins C. *Nutrición y riñón*. 2a ed. Buenos Aires: Médica panamericana; 2016. p. 366-370.

Capítulo 408

ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TERMINAL

ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ

1 Introducción

El paciente en estado terminal es el que sufre una enfermedad cuyo fin es la muerte próxima. Es la medicina paliativa la encargada de su tratamiento que va a ayudar al paciente terminal a pasar sus últimos días con dignidad mediante la atención individualizada que cubra sus necesidades tanto sociales, físicas, psíquicas y espirituales.

Distinguimos entre paciente terminal no necesariamente al paciente encamado y al paciente terminal final en el que el técnico auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

Analizar los beneficios que aportan las medidas que se aplican a los pacientes en estado terminal.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica consultando bases de datos (Pubmed, Cochrane y Cuiden) y el buscador Google académico, utilizando descriptores como paciente terminal, cuidados de confort, dignidad y dolor. Se emplearon

como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Los pacientes que reciben las medidas necesarias en su última etapa de vida a pueden mejorar su percepción de calidad de vida, la disminución de sufrimiento, con un mejor control de la sintomatología proporcionando alivio y consuelo al paciente, así como, ayudando en el proceso de duelo a sus familiares. Por ello es importante que todo personal sanitario sea capaz de atender y comprender, tanto al paciente durante su proceso, como a su familia y acompañantes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conseguir que el paciente se encuentre abierto a el dialogo siempre y cuando esté consciente deberá ser tratado por profesionales capacitados para la comunicación que puedan ayudarle a enfrentarse a la muerte, recibir el consuelo de familia y amigos y morir en paz y con dignidad.

6 Bibliografía

- Navarro Alacid A.; Más Vera Cruz N.; Alonso Gallegos A.et al. Atención primaria en domicilio. En: cursos de medicina paliativa en atención primaria. Universidad M.Hernández.Alicante,2000; 591-606.
- CARPENITO L. Manual de Diagnósticos de Enfermería. McGraw- Hill. Interamericana.9º edición. Edición en español: 2003. Madrid.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos,. (2015). SECPAL. Secpal.com. Retrieved 20 December 2015, from <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

Capítulo 409

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA COMO RESPONSABLE DE LA LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN POR ULTRASONIDOS DEL MATERIAL QUIRÚRGICO

REBECA IGLESIAS VALDES

DAVID GONZALEZ MONTES

1 Introducción

Uno de los procedimientos de limpieza de material quirúrgico más usados que existen en la unidad de esterilización del centro hospitalario es el uso de los ultrasonidos para la limpieza de dicho material ya que es una técnica que consigue una correcta esterilización posteriormente. Es tarea del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) realizar esta limpieza ya que es el profesional sanitario más capacitado para asumir esta responsabilidad en la unidad de esterilización.

2 Objetivos

Determinar el profesional sanitario responsable de realizar la limpieza y desinfección del material quirúrgico con ultrasonidos.

3 Metodología

Se realiza o una revisión bibliográfica mediante la búsqueda en internet a través del buscador de Google y Google académico en documentos sanitarios, combinando las palabras descontaminación, TCAE, ultrasonidos, material y limpieza, quirúrgico. Se seleccionan aquellos documentos con un filtro de tiempo de los últimos 10 años (2009-2019)

4 Resultados

Para realizar la limpieza del material, debemos:

- colocarnos guantes, ropa y calzado adecuado antes de la manipulación del instrumental.
- abriremos el instrumental articulado en su totalidad para logra que la limpieza llegue a todas las partes.
- el agua deberá estar a una temperatura aproximada de 45° y al cual le debemos añadir un producto enzimático.
- debemos sumergir las piezas quirúrgicas completamente, hasta la cantidad que nos indique el comerciante.
- la exposición del instrumental será de tres minutos con frecuencias de 35 kHz mínimos.
- por ultimo, una vez limpio dicho material, lo aclaramos y secamos con paños suaves o con aire a presión para su posterior esterilización.

El TCAE es el profesional sanitario responsable de realizar la limpieza y desinfección del material quirúrgico que por sus características necesitan ser lavados por ultrasonidos, antes de ser esterilizados. Para ello deberá seguir las indicaciones establecidas en los protocolos de las unidades de esterilización para el correcto uso de los apartaos de ultrasonido , como para el uso de los detergentes que fueran necesarios, así como los Instrumentos quirúrgicos que necesiten ser desinfectados.

5 Discusión-Conclusión

En todos los documentos se recoge que son los TCAE los profesionales sanitarios que deben llevar a cabo esta limpieza. Y el mantenimiento y orden de los materiales quirúrgicos bajo la supervisión del enfermero responsable de la unidad de esterilización. Señalan ademas que se trata de un método muy eficiente para

eliminar las incrustaciones en piezas pequeñas como las utilizadas por ejemplo en microcirugía.

6 Bibliografía

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

Capítulo 410

ATENCIÓN HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

FLORINA MARE

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La revisión de la actuaciones de los profesionales de Psiquiatría y de las infraestructuras es necesario para humanizar el tratamiento de los pacientes con enfermedades mentales y para hacer de la hospitalización un proceso mucho más digno para estos pacientes.

Este estudio permitirá situar a nuestro país en un mejor nivel de información sobre la presencia y desarrollo de los problemas de salud mental de la población penitenciaria. Las aplicaciones que los resultados tendrán sobre el área de salud serán múltiples:

1. En primer lugar, los resultados permitirán conocer las necesidades de tratamiento por trastornos psiquiátricos que tiene la población reclusa. Las necesidades se determinan no solamente a partir de un diagnóstico psiquiátrico sino por su gravedad y discapacidad asociada.
2. Conoceremos además como el sistema penitenciario está cubriendo actualmente dichas necesidades y cuáles son las barreras de acceso a la atención sanitaria.

3. Los resultados orientarán hacia la mejor planificación de los servicios sanitarios en las cárceles españolas, al permitir dirigir los mayores esfuerzos a la población más necesitada.

4. En otro orden de cosas, la detección de factores asociados a los trastornos mentales (factores de riesgo, factores desencadenantes) permitirá el avance hacia medidas de prevención primaria a través de la detección de grupos de riesgo a los que dirigir programas específicos.

2 Objetivos

El objetivo principal es promover la creación de una estructura que permita y facilite el desarrollo de las líneas de investigación existentes, su integración funcional transversal en lo que concierne a metodologías, intereses, factibilidad y aplicabilidad, y el desarrollo de nuevas líneas de investigación que permitan incrementar la masa crítica de investigadores en el área.

3 Metodología

La prevalencia de los trastornos psiquiátricos están en gran aumento en la gran mayoría en las personas reclusas. Instrumentos de evaluación que se llevarán a cabo:

- Entrevista estructurada recogida datos socio-demográficos

Presencia de trastorno mental:

1. SCID-1. Es un protocolo de entrevista que ayuda a reunir información apropiada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del Eje 1 del DSM-IV siguiendo un modelo de entrevista de diagnóstico clínico. Permite aumentar la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSMIV y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

Evaluación personalidad:

2. IPDE (módulo DSM-IV) (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad. Loranger y cols, 1994). Cuestionario autoaplicado de screening: 77 items. Identifica rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad según criterios DSM-IV.

Evaluación discapacidad intelectual

3. TONI-2: Test de Inteligencia (L. Brown, R J Sherbenou, 1995). Es un test de inteligencia no influenciado por el lenguaje, educación, cultura y capacidad motriz. Detecta la capacidad para resolver problemas a través de figuras abstractas estimando el nivel de inteligencia del sujeto.

- Evaluación comorbilidad médica

Evaluación riesgo suicidio

4. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Validación española por Rubio G, Montero I, Jáuregui J 1998). Es una escala autoaplicada de 15 ítems diseñada para evaluar riesgo suicida. Permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos.

- Sentimientos de depresión y desesperanza.

Escalas de calidad de vida y clima social

5. EuroQol-5D (EQ-5D): Es un instrumento estandarizado y genérico para la evaluación de la calidad de vida con puntuaciones resumidas en dos medidas sumarias: salud física y mental.

6. Escala de clima social en Instituciones Penitenciarias CIES. (Moos 1984, Sancha 1987). Es una escala autoaplicada de 90 ítems de respuesta verdadero/falso que miden tres dimensiones de clima social divididas en 9 subescalas.

- Entrevista estructurada de utilización servicios sanitarios, sociales, judiciales y penitenciarios. Se recogen tanto la utilización de servicios previos como durante la estancia penitenciaria que aporta conocimiento en cuanto antecedentes previos y adaptación a penitenciario.

Todos los pacientes eran informados de la participación voluntaria, de la finalidad de estudio, de la utilización de los datos tal y como señala la legislación vigente de protección de datos expresando mediante consentimiento informado escrito su aceptación.

4 Bibliografía

1. Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R; Coid J Fryers T, Melzer D, Lewis G. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *Am J Psychiatry*, 2005.

Apr. 162 (4) 774-80.

2. Singleton, N, Meltzer, H, Gatward R, Coid J, Deasy, D. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, Government Statistical Service, London 1998.
3. Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *BMJ* 1991; 303: 338-41.
4. Teplin L.A. Abram K.M. McClelland G. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 505-513. [
5. Brinded PM, Simpson AI, Laidlaw TM, Fairley N, Malcom F. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry* 2001 Apr; 35 (2), 166-73.
6. Fazel S, Danesh J. Serious disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*. 2002; 359: 545-550.
7. Andersen H. Mental Health in Prison Populations. A review. *Act. Psych. Scan. Supplementum N. 424*.110.2004
8. Birmingham L, Mason D, Grubin D. Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMJ* 1996; 313: 1521-1524
9. Brooke D, Taylor C, Gunn J, Maden A Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales *BMJ*. 1996 Dec 14; 313 (7071): 1524-7.
10. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (420): 21-7.
11. Farrell M; Boys A, Bebbington P, Brugha T, Coid J, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H, Marsden J, Singleton N, Taylor C. Psychosis and drug dependence: results from a national survey of prisoners. *Br J Psychiatry*, 2002 Nov. 181: 393-398.
12. Abram KM, Teplin LA, McClelland GM. Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail. *Am J Psychiatry*. 2003 May; 160(5): 1007-10.
13. Gore SM Suicide in prisons. Reflection of the communities served, or exacerbated risk? *Br J. Psychiatry* 1999 Jul; 175: 50-5.
14. Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L Suicide by prisoners. National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2004, Mar; 184: 263-7.
15. Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, bebbington P, Coid J, Farrell M, Lewis G. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychol Med* 2005 Feb; 35(2): 257-69.
16. Steadman HJ, Fabisiak S, Dvoskin J, Holohean EJ. A survey of mental disability

- among state prison inmates. *Hosp Community Psychiatry* 1987 Oct; 38 (10) 1086-90.
17. Jacoby JE, Koziol-Peak B. The benefits of social support for mentally ill offenders: prison to community transitions. *Behav Sci Law* 1997 Autumn; 15 (4) 483-501.
 18. Watson R, Stimson A, Hostick L. Prison health care: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2004 Feb; 41(2): 119-28.
 19. Smith SS, Baxter VJ, Humphreys MS. Psychiatric treatment in prison: a missed opportunity? *Med Sci Law* 2003 Apr; 43(2): 122-6
 20. Coid J, Bebbington P, Jenkins R, Brugha T, Lewis G, Farrell M, Singleton N. The National Survey of Psychiatric Morbidity among prisoners and the future of prison healthcare. *Med Sci Law* 2002 Jul; 42(3): 245-50.
 21. Gunn J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry* 2000 Apr; 176; 332-8.
 22. Eathrowl M, O'Grady J, Birmingham L. Providing treatment to prisoners with mental disorders: development of a policy. Selective literature review and expert consultations exercise. *Br J Psychiatry* 2003 Apr. 182: 229-302.
 23. Hardie T, Bhui K, Brown PM, Unmet needs of remand prisoners. *Med Sci Law* 1998 Jul; 38(3): 233-6.
 24. Rutherford M, Duggan S. El Centro Sainsbury de de Salud Mental. Los Servicios Forenses de Salud Mental en Inglaterra y País de Gales. *Rev Esp Sanid Penit* 2008; 10: 11-21
 25. Arroyo JM. El Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisiones (GSMP). Actividades y funcionamiento *Rev Esp Sanid Penit* 2005; 7: 86-91.
 26. Alonso J. et al. Health Service, Research Unit. The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed) project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. *Acta Psychiatr. Scand* 2000; 109 Suppl 420; 5-7.
 27. Regier D A, Farmer M E, Rae D S, Locke B Z, Keith S J, Judd L L, Goodwin F K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.

Capítulo 411

LA RESISTENCIA DE LAS BACTERIAS ANTE LOS ANTIBIÓTICOS

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

1 Introducción

Desde que Alexander Fleming en 1928 descubrió la penicilina en uno de sus cultivos, el mercado del antibiótico se fue expandiendo hasta el día de hoy que tenemos varios para solucionar todo tipo de infecciones.

El antibiótico es un fármaco que lucha las infecciones bacterianas que pueden ser dañinas para el ser humano. No todos funcionan ni sirven para tratar las afecciones posibles que podemos padecer ante una enfermedad. Sólo funcionan con infecciones bacterianas y no con otros patógenos como son virus o hongos, por tanto, no es indicado usar estos.

Al paciente debe de tratarse durante el tiempo estrictamente necesario, ahí es cuando el buen uso hace la mejora del antibiótico, por una parte en el hospital como fuera de este. A la hora de tomar un antibiótico es tan perjudicial tomarlo

sin tener necesidad como al contrario no tratar o hacerlo muy tardío, eso es perjudicial; Muchas veces se prescribe a la ligera y eso no es ,optimo debería realizarse muestras microbiológicas antes de empezar un tratamiento y así poder dar el antibiótico idóneo días correspondiendo a la demanda dependiendo el tipo de infección y circunstancia del paciente.

2 Objetivos

Identificar las consecuencias del mal uso de los antibióticos y las principales medidas para prevenir su resistencia.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica y una revisión de artículos científicos sobre la resistencia de las bacterias ante los antibióticos. Los descriptores fueron temas sobre protocolos, tratamientos ante infecciones. Se han utilizado las bases de datos Medes, Scielo, Google Académico. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

Debido al mal uso del antibiótico, las bacterias cada vez van siendo más resistentes a estos, ocasionando en si complicaciones para curar y tratar enfermedades tales como gripe, neumonías, y por tanto esta resistencia ocasiona el aumento de ingresos en el hospital, aumentan costes y fallecimientos.

En consecuencia, a esto la industria farmacológica y los consumidores tienen que establecer otros hábitos para el uso de antibióticos tales, así como evitar la automedicación e intentar evitar las infecciones con otros métodos que no recurrir a estos. Tales como aumentar la higiene sobre todo a las partes del cuerpo que están más en contacto con el exterior, también sería recomendable poner vacunas, mantener relaciones sexuales seguras y evitar el consumo de alimentos en mal estado o que puedan tener bacterias

La gravedad del asunto ha llegado a niveles de causar una emergencia mundial, ya que las enfermedades más comunes son inmunes a los fármacos, que hasta el

día de hoy los utilizábamos y el mayor problema, reside en que la industria farmacológica no desarrolla nuevos antibióticos con la suficiente velocidad como para combatir estas mutaciones en las bacterias .La prevención sobre la resistencia que puede ejercitar el gobierno, así como asignar más presupuestos a la investigación de las enfermedades resistentes, y hacer publicitar el uso correcto del antibiótico. Para prevenir y salvaguardar la expansión de la resistencia a los antibióticos sería conveniente tomar unas serie de medidas:

- Evitar la auto-medicación
- Leer el prospecto del medicamento
- No reutilizar los medicamentos
- Nunca compartir el antibiótico con otras personas
- Saber que los antibióticos no sirven para las infecciones por virus
- Nunca dejar el tratamiento sin terminar las pautas prescritas por el médico porque al no terminar el tratamiento completo , estimularía la resistencia

5 Discusión-Conclusión

Pese a todas las investigaciones que se han hecho del abuso de antibiótico, éste ha generado resistencia por parte de las bacterias , en la cual es un fenómeno inevitable debido a la evolución de todo ser vivo, el mal uso de los antibióticos hace que cada vez mueran más personas. Para el año 2050 sería una causa de muerte más común que el cáncer. Hay que investigar los nuevos antibióticos capaces de hacer frente .

Actualmente están buscando soluciones tanto con nuevos fármacos como la concienciación de la población. La industria farmacéutica ha llegado a un estado de no comercializar ningún nuevo antibiótico porque ninguna es capaz de acometer a una nueva bacteria , se van formando cambios estructurales en moléculas de las familias de estos fármacos. Se llega a la conclusión que las consecuencias en Europa hay un aumento de la resistencia a los principales antibiótico por parte de bacterias más comunes (*Escherichia coli*) y esto provoca, entre otras infecciones, en el sistema urinario la mayoría de patologías infecciosas.

Los investigadores analizan y admiran a la *Klebsiella*, pues tolera el tratamiento con Colistina, que es el antibiótico más potente.

6 Bibliografía

- F. Fernández Rivera J López Hernández Revista Cubana de 2003 Scielo .sld .cu.
- Rafael Cantón – jefe de servicio de Microbiología del hospital Ramón y Cajal de Madrid
- Campaña PROA Hospital la PAZ /PRAN – plan Nacional Resistencia antibiótico
- Instituto Nacional de Alergias y enfermedades infecciosas.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 412

LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES Y LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales (IN) se definen como: Las infecciones que adquieren los pacientes ingresados en un centro sanitario por un motivo distinto al ingreso, en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en período de incubación en ese momento, puede ser producida por organismos endógenos (flora normal) o exógena (objetos animados e inanimados del hospital).

Entre los agentes perjudiciales capaces de desencadenar las infecciones nosocomiales destacan “E. coli, S. aureus, P. aeruginosa, E. faecalis, K. pneumoniae y S. epidermidis”. Aunque cabe destacar que las infecciones nosocomiales más frecuentes son las relacionadas con el tracto urinario.

2 Objetivos

- Identificar los principales focos de infección y así poder fortalecer las medidas de protección contra la proliferación de enfermedades.
- Analizar la competencia que tiene la participación de todo el personal sanitario y no sanitario en el desarrollo de las medidas higiénicas y protectoras, para reducir las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de revistas y artículos científicos a través de plataformas on-line como Pubmed , Google, elsevier, Scielo, sempo y también se consultan distintos libros sobre microbiología.

Los términos utilizados: Infección nosocomial, paciente ingresado, incubación, foco de infección, proliferación. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

La epidemiología intrahospitalaria permite adoptar unas medidas higiénicas, y también unos protocolos que eviten la aparición de las infecciones, el control sanitario contribuyendo a no empeorar el estado de la salud. Una de las infecciones derivadas de una mala epidemiología intrahospitalaria es ésta, y alguno de los factores que facilitan la infección hospitalaria son: Una mala técnica de lavado de manos, Una mala manipulación de la medicación, y un uso inadecuado o abusivo de fármacos, sin olvidarnos del mal uso de las medidas preventivas como podrían ser los EPI's. (Equipos de protección Individual).

Es muy importante que el personal sanitario mantenga una correcta manipulación de los recursos materiales, la medida preventiva considerada las más eficiente, es la limpieza, así como la esterilización, y la higiene personal. No podemos olvidar la importancia del uso de batas, guantes, mascarillas, gorros, y seguir concienzudamente el cumplimiento de los protocolos establecidos por el centro sanitario y la correcta utilización de fármacos.

5 Discusión-Conclusión

España cuenta con una organización encargada del estudio de prevalencia de Infecciones Nosocomiales llamado EPINE desde 1990, que anualmente publica un informe sobre las infecciones más importantes en el sistema sanitario, siendo esto una herramienta fundamental para establecer programas de control de infecciones y los protocolos de actuación del personal sanitario.

Como ya hemos dicho, las enfermedades nosocomiales, se consideran como las infecciones que aparecen durante la estancia en el hospital o centro sanitario o que pudieran estar en el período de incubación en el momento del ingreso. Por norma general las infecciones que aparecen después de 48 horas del ingreso del paciente, también se considerarán infecciones nosocomiales. Las más comunes son las urinarias, respiratorias, quirúrgicas y bacteriemias según el epine del año 2017.

Hay que tener muy en cuenta las medidas de prevención, podemos citar algunas, las más relevantes que son: como norma indispensable; la higiene de manos antes y después de estar en contacto con el paciente, sin restar importancia a la limpieza hospitalaria, la esterilización del material, etc

6 Bibliografía

- (1). - sempsph.com/es/noticias/boletines-mensuales/boletin-informativo. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH)
- (2).- gacetamedica.com/especializada/las-infecciones-nosocomiales-son-todo-un-reto-sanitario. Gaceta médica.
- (3).- analesdepediatria.org
- (4).- em-consulte.com
- (5).- scielo.isciii.es/pdf/medinte/v34n4/puesta2. Medicina Intensiva.
- (6).- redaccionmedica.com/opinion/las-infecciones-nosocomiales-en-espana. 6 Diciembre de 2019
- (7).- paho.org/hq/dmdocuments/2018/infecchospital-legislal. Infecciones hospitalarias USAID.
- (8).- seimc.org/documentos-cientifico. Sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- (9).- fesemi.org/grupos/infecciosas. Sociedad española de medicina interna.
- (10).- tuasaude.com
- (11).- larazon.es/atusalud/salud

(12).- astursalud.com Portal de salud del Principado de Asturias.

Capítulo 413

EL CÁNCER DE MAMA, TRATAMIENTOS Y LA IMPORTANCIA DE UNA DETECCIÓN PRECOZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor maligno (neoplasia) que se origina en el tejido de los lobulillos, que son las glándulas productoras de leche. Se estima que el riesgo que tiene una mujer de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de aproximadamente 1 de cada 8 mujeres.

Los principales factores de riesgo no modificables para padecer cáncer de mama son; ser mujer y hacerse mayor (más de 50 años), y dentro de este grupo también abarca las mutaciones genéticas, ya que las mujeres que han heredado estos cambios genéticos tienen un mayor riesgo de presentar éste tipo de cáncer, y los antecedentes familiares de cáncer de mama. Entre los factores de riesgo modificables se encuentran: historial reproductivo, la obesidad, la terapia hormonal sustitutiva (THS) y el consumo de alcohol.

El cáncer de mama es un tumor malo que empieza en los tejidos de la glándula mamaria, se manifiesta en forma de bulto en la propia mama o en la axila, también como hinchazón o hendidura en la mama o un enrojecimiento o irritación en la zona del pezón. Las células del tumor vienen del tejido glandular e irrumpen en los tejidos y se implantan en ellos, las células se multiplican descontroladamente. Dos de los cáncer invasivos mamarios son:

- Carcinoma ductal: comienza en los tubos que transportan la leche desde el pezón.
- Carcinoma lobular: se inician en los lóbulos que producen la leche.

2 Objetivos

- Determinar los factores de riesgo implicados en la aparición del cáncer de mama.
- Conocer cómo analizar precozmente el tipo de cáncer, sensibilizar con la prevención, apoyo psicológico al paciente y a sus familiares, mejorando la calidad de vida y hacer un seguimiento de la enfermedad, por si se reproduce.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica, para conocer los factores de riesgo que se relacionan con la aparición de cáncer de mama. Se consultaron bases de datos como PubMed y páginas oficiales como la OMS y el Instituto Nacional del Cáncer. Para la selección de los artículos se tomó como criterio de inclusión que la búsqueda bibliográfica fuera de los últimos 5 años. Los descriptores empleados fueron: cancer, mama, factores de riesgo, prevención, seguimiento.

4 Resultados

Se deben examinar las causas para analizar precozmente la patología del paciente:

- tipo de cáncer que padece
- signos y síntomas que tenga la paciente
- edad y salud.

El hacer las pruebas médicas, es lo que confirmará el diagnóstico, el procedimiento que se debe seguir para detectar el cáncer es el siguiente: que el médico examine la zona, realizar pruebas de laboratorio, hacer pruebas de ultrasonido mamario, mamografía de diagnóstico, resonancia magnética y una biopsia. Hay

varios tipos de tratamientos para lidiar con este cáncer según su etapa o estadio, aunque la cirugía es el que más se utiliza en las mujeres con esta enfermedad, diferenciamos la cirugía que se extirpa el tumor pero no la mama, Lumpectomía y mastectomía parcial, así como la mastectomía total, en donde se extirpa toda la mama; también existen otras medidas terapéuticas, como: la radioterapia, radioterapia intraoperatoria (RIO) en cáncer de mama, quimioterapia y hormonoterapia.

El riesgo de padecer cáncer de mama es una combinación de factores que aumenta a medida que la mujer envejece. Algunos de esos factores no son modificables, como la edad o los antecedentes familiares, pero otros sí como la obesidad y el consumo de alcohol.

El cáncer de mama es la enfermedad neoplásica maligna que más índice de mortalidad tiene entre las mujeres. Aproximadamente una de cada ocho mujeres padecerán esta enfermedad. Gracias a la detección precoz y al funcionamiento de los tratamientos la mortalidad ha descendido. En España se diagnostican 26000 casos al respecto. Es muy importante diagnosticar y tratar precozmente a estos pacientes. Tener una vida saludable disminuye el riesgo de que trates con tratamientos oncológicos.

Para un diagnóstico precoz, las mujeres a sí mismas deberán realizar un autoexamen mamario, acostada boca arriba es más fácil examinar el tejido de la mama. Colocar la mano derecha por detrás de la cabeza, con los dedos del índice y corazón de la mano izquierda presionar suave pero con firmeza haciendo pequeñas rotaciones para examinar toda la mama derecha. Luego, estando sentada o de pie, palpar la axila, ya que el tejido mamario se extiende hasta esta zona.

Presionar suavemente los pezones, verificando si hay secreción. Repetir el proceso en la mama izquierda.

Frente al espejo: Mirar las mamas directamente buscando cambios en la textura de la piel, como hoyuelos, arrugas, abolladuras o piel que luzca como cáscara de naranja. Igualmente observe la forma y el contorno de cada mama. Observar si el pezón está hundido.

5 Discusión-Conclusión

Es relevante que la población femenina conozca que la tasa de cáncer de mama actualmente es muy elevada, y que tengan precaución y un auto-observación

detallada de sus mamas, con el fin de poder observar algún cambio precozmente por si fuera neoplásico, poder diagnosticarlo en una fase muy precoz. Para ello, también es importante que conozcan la susceptibilidad genética, sabiendo que si tienen familiares de primera y segunda línea con este tipo de patología, deberán de tener especial precaución.

6 Bibliografía

- aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/tratamiento
- cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/deteccion-seno-pdq
- cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm
- elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-del-cancer-mama
- medlineplus.gov/spanish/ency/article
- who.int/topics/cancer/breastcancer/es

Capítulo 414

LOS CUIDADOS PALIATIVOS, QUE SON Y QUÉ FUNCIÓN TIENE UN TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

1 Introducción

Se conoce como cuidados paliativos a los cuidados que recibe cualquier persona que se encuentra en la última etapa de una enfermedad terminal, esto les ayuda a aceptar la enfermedad y a su vez, aliviar el sufrimiento, ante síntoma de dolor, el ofrecer apoyo psicológico tanto al enfermo como a los familiares, y mejorar en medida de lo posible la calidad de vida de una persona, procurando que los pacientes estén conscientes y libres de dolor.

Estos cuidados ni aceleran ni retrasan el proceso de morir, pero será más llevadero con la ayuda de un equipo que palie el sufrimiento.

2 Objetivos

Determinar lo indispensables que son los cuidados paliativos en los enfermos terminales, tanto para el propio enfermo, como para sus familias.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica y se ha utilizado el buscador Google y bases de datos como Scielo, Dialnet, Medline. Se utilizan como descriptores: Cuidados, terminal, aliviar, dolor, calidad de vida. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito

4 Resultados

El objetivo principal de los cuidados paliativos es mejorar tanto la calidad de vida del paciente como la de los familiares. Principalmente quitando carga de trabajo al más comprometido, e implicando al que menos se implica, y así se obtendrá un equilibrio y del paciente facilitando un trato adecuado y conservando su buena imagen física, intentando mantener un ambiente agradable con unos cuidados de confort y bienestar, de ésta manera, se puede proporcionar una muerte digna, sin dolor ni sufrimiento. Las funciones del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) son muy importantes en los cuidados paliativos, pues deben cubrir cualquier necesidad física, como emocional y/o espiritual del paciente terminal y de sus familiares.

Siguiendo en todo el proceso facilitando los cuidados físicos y psicológicos necesarios, ante una enfermedad avanzada e incurable.

En conclusión, debemos realizar una valoración integral, instaurando un plan de cuidados individualizados para cada persona, adecuándolos a sus necesidades y a las necesidades de sus familiares. Así, proporcionaremos una atención de calidad, implantando sistemas de evaluación para mejorar la práctica asistencial.

5 Discusión-Conclusión

En los cuidados paliativos es imprescindible un aprendizaje persistente y en conjunto entre los profesionales sanitarios y la familia, para poder mitigar cualquier

dolor que se presente, y aplicar los conocimientos tanto dentro del centro sanitario como en el propio domicilio, siempre y cuando se respete la opinión del enfermo.

Está comprobado, que los pacientes que aceptan los cuidados paliativos soportan de mejor manera la enfermedad y afrontan con más serenidad la muerte; y por otro lado, las familias tienen la certeza de haber estado a su lado hasta el final.

Con esto queremos matizar que como profesionales de enfermería, deberíamos contar con una buena formación en las relaciones interprofesionales y así comprender mejor al paciente para poder proporcionarle unos cuidados adecuados y personalizados, ya que cada paciente necesita unos determinados, no se debe generalizar. Una información y comunicación apropiada garantizan tanto al paciente como a su familia una solución franca, es muy importante que el paciente no sufra en ningún momento.

6 Bibliografía

- www.ub.edu Universidad de Barcelona
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 415

LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA COMO PREVENCIÓN SECUNDARIA

SUSANA ALONSO POSADA

MARÍA PAZ GARCÍA ARGUELLES

ALICIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANA MARIA MATÉ GONZALEZ

MONTSERRAT CABALLERO SUÁREZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) o enfermedades coronarias son las enfermedades relacionadas con el corazón y los vasos sanguíneos, implican un grave problema de salud en los países desarrollados. La prevención primaria sería la medida más importante a llevar a cabo en las enfermedades cardiovasculares, siendo los programas de rehabilitación cardíaca (PRC), la medida más eficaz en la prevención secundaria.

Los PRC, son propuestos por la Organización Mundial de la Salud para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes con enfermedades coronarias. Estos programas consisten en una serie de recomendaciones terapéuticas para el cuidado general de los pacientes con ECV, especialmente aquellos que padecen enfermedad coronaria (enfermedad en las arterias coronarias) o insuficiencia

cardíaca (cuando el corazón no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo).

2 Objetivos

Analizar la utilidad de los Programas de Rehabilitación Cardíaca domiciliaria en la reducción de la morbilidad y mortalidad, así como en la calidad de vida en los pacientes con enfermedad coronaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica utilizando Google Académico, scielo, medline, Pubmed; Medline, Dialnet.

Se usan como palabras clave: enfermedades coronarias, calidad de vida, actividad física, morbilidad y mortalidad. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso libre. Se analizan los 15 primeros artículos ordenados por relevancia.

4 Resultados

Los PRC son una medida eficaz de prevención de nuevos eventos en pacientes que ya han sufrido una ECV. Estos programas deben contar con la participación de distintas disciplinas o multifuncional, incluyen:

- Actividad física (protocolo de entrenamiento físico y en el control del mismo mediante pruebas de esfuerzo),
- Soporte psicológico (incluyen una serie de tests psicológicos y protocolos de terapia de grupo y de autorrelajación)
- Programa educativo (Son una especie de tertulias, con el fin de que los pacientes conozcan su enfermedad, y conozcan los factores de riesgo, dietética y hábitos cardiosaludables)
- Programa de prevención secundaria (El programa educativo ya abarca ésta finalidad a la que sumaremos analíticas y revisiones periódicas, que controlan los factores de riesgo personalizados)
- Programa social (medidas sociales para que el paciente vuelva a su vida social dentro de lo normal que le sea posible)
- Programa de terapia ocupacional (Medidas que simulen su vida cotidiana, su trabajo, si tiene que llevar o mover algún peso, la compra, las tareas del hogar...)

- Control de los factores de riesgo cardiovasculares (Consejo personalizado)

La medida que ha demostrado una mayor eficacia en la prevención de la mortalidad y nuevas complicaciones en la cardiopatía isquémica es el ejercicio físico, que debe ser tanto aeróbico como de resistencia.

La medida de la calidad de vida es un instrumento de utilidad para identificar pacientes con más riesgo de reingreso y mortalidad e intensificar el control de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Los PRC son programas de mantenimiento a largo plazo, se deberían aplicar el resto de nuestra vida, los PRC domiciliarios son igual de efectivos que los hospitalarios, al principio, serán bajo supervisión médica, pero con el tiempo, deberían de convertirse en un estilo de vida para poder obtener los máximo beneficios de la rehabilitación.

El análisis de la calidad de vida proporciona información sobre cómo el paciente percibe su enfermedad y sus limitaciones. En España solo el 2-3% accede a estos programas generalmente, hospitalarios

6 Bibliografía

- 1.- revespcardiol.org/es-programas-rehabilitacion-cardiaca-calidad-vida-articulo. Programa de rehabilitación cardiaca del Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- 2.- cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/insuficiencia-cardiaca.
- 3.- Fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/119-rehabilitacion-cardiaca.
- 4.- secardiologia.es/riesgo/cientifico/6415-registro-nacional-de-unidades-de-rehabilitacion-cardiaca.
- 5.- medlineplus.gov/spanish/coronaryarterybypassurgery. Biblioteca Nacional de medicina de los EEUU.
- 6.- dialnet.unirioja.es/servlet/articulo El ejercicio físico en la prevención y la rehabilitación cardiovascular.

Capítulo 416

OSTOMIAS

ESTHER RODRÍGUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

La ostomía es la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial en la superficie abdominal externa, para facilitar la eliminación del contenido intestinal.

El Estoma es el orificio artificial. La indicación puede ser permanente o temporal, y deberse a una neoplasia rectal o anal, diverticulitis, o cualquier patología que las precise.

2 Objetivos

Identificar los principales tipos de ostomías existentes, sus complicaciones y sus cuidados.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: ostomía, tipos, complicaciones, cuidados, auxiliar enfermería; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados sin libre acceso.

4 Resultados

Las ostomías pueden ser temporales o permanentes y presentar diferentes aspectos y localización, dependiendo de la zona anatómica donde haya sido realizada y de la propia enfermedad.

Las ostomías temporales están indicadas en aquellas situaciones en las que se pretende “liberar” temporalmente a la zona de intestino afectada por la enfermedad del paso de los desechos intestinales, para favorecer de este modo su recuperación. Una vez recuperada la zona dañada, se procede al cierre de la abertura y a la unión del intestino (anastomosis); de modo que se restablece el tránsito intestinal normal.

Las ostomías permanentes están indicadas en aquellas situaciones en las que el intestino y/o el recto están afectados por la enfermedad de manera irreversible, de modo que deberán ser extirpados y sin posibilidad de cierre de la ostomía y reconstrucción del tránsito intestinal normal.

5 Discusión-Conclusión

El contenido intestinal que sale a través del estoma será recogido en una bolsa adherida a la pared que la rodea. Dicha bolsa debe estar continuamente conectada al estoma excepto en casos muy especiales.

6 Bibliografía

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

Capítulo 417

LA ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE APLICACIÓN DE CALOR (TERMOTERAPIA)

DAVID GONZALEZ MONTES

REBECA IGLESIAS VALDES

1 Introducción

La forma terapéutica basada en los efectos que el calor y el frío ejercen sobre el organismo recibe el nombre de Termoterapia . En la gran mayoría de los casos, la termo-terapia es un tratamiento eficaz para aliviar dolor y de muy bajo coste.

2 Objetivos

Determinar el procedimiento termo-terapéutico a aplicar basándonos en los efectos fisiológicos del calor.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes guías y documentos sanitarios, Guía del Auxiliar de Enfermería de McGraw Hill, Guía del paciente del Hospital Universi-

tario de Cabueñes. Buscador de Google Académico, combinando los descriptores: termoterapia, calor y frío, Traumatología, TCAE. Se seleccionan aquellos documentos con un filtro de tiempo inferior a 10 años. (2009-2019)

4 Resultados

Protocolo de actuación.

- Explicar al paciente el procedimiento que vamos a seguir, con instrucciones claras y concisas.
- Observar la piel del paciente para detectar posibles alteraciones que podrían modificar o contraindicar el tratamiento, ante cualquier alteración detener el tratamiento.
- Colocar al paciente en una posición cómoda teniendo en cuenta la zona a tratar.
- Estar atento a las posibles reacciones del organismo y medir las constantes vitales del paciente.
- No poner nunca el dispositivo de aplicación en contacto directo con la piel, salvo en los casos que sea preciso.
- Comprobar la temperatura constantemente.
- Al finalizar, retirar el equipo, recolocar al paciente cómodamente y comunicar las observaciones a la enfermera para su registro.

5 Discusión-Conclusión

La termoterapia usada en tratamientos de 30 minutos es un tratamiento eficaz en un número elevado de casos.

La termoterapia ayuda en varias patologías con distinta sintomatología, mejorando la calidad de vida de los pacientes. La técnica no supone ningún riesgo innecesario o inadecuado teniendo en cuenta los beneficios que se obtienen.

6 Bibliografía

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

Capítulo 418

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO CON TRACCIÓN EN FRACTURA DE CADERA

DAVID GONZALEZ MONTES

REBECA IGLESIAS VALDES

1 Introducción

Hasta la correspondiente intervención quirúrgica es de vital importancia la correcta movilización de los pacientes al igual que educarles en la misma. En las fracturas de cadera, en un alto índice de los casos, se le coloca a los pacientes una tracción cutánea para minimizar las complicaciones y el dolor hasta la intervención del paciente. Dicha tracción permite mantener alineado el miembro, ayudando bastante en el alivio del dolor

2 Objetivos

Determinar la forma adecuada para una correcta movilización , que a su vez se traduzca, en evitar complicaciones relacionadas con su patología y minimizar las molestias y/o dolor que pueda producir dicha movilización.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes guías y documentos sanitarios. Además, se utilizó el buscador de Google Académico, combinando los descriptores: cadera, tracción blanda. Traumatología, TCAE. Se seleccionan aquellos documentos con un filtro de tiempo inferior a 5 años. (2014-2019)

4 Resultados

Para asegurar una correcta movilización, debemos en primer lugar comprobar que existe una orden médica para la movilización. Explicar el procedimiento al paciente, de forma clara y concisa, y asegurándonos que nos comprende.

Al pasar de la camilla a la cama al paciente, se descolgaran las pesas, nos ayudaremos del transfer para realizar el cambio horizontal, avisando al paciente en todo momento del procedimiento.

Una vez ubicado en la cama revisaremos que este perfectamente instalado tanto las poleas como los pesos, estos deben de pender libres.

Asegurar que el sistema de tracción mantiene el hueso alineado longitudinalmente; colocaremos al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano manteniendo alineada la extremidad afectada para realizar el cambio de ropa de cama y el aseo diario.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante educar al paciente y enseñarle en su movilización para evitar complicaciones y, así conseguir que llegue a la posible intervención quirúrgica en unas optimas condiciones, disminuyendo las posibles dolencias.

Es muy importante que el Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) explique cada procedimiento al paciente, para conseguir la tranquilidad y la colaboración del mismo en el proceso de movilización, será beneficioso en ambos sentidos, el TCAE tendrá menos dificultad y el paciente ganara confort.

6 Bibliografía

- www.madrid.org

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

Capítulo 419

CUIDADOS DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE INTRAOPERATORIO

JULIO MATANZAS SUAREZ

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

LORENA GUTIERREZ ROMO

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

Abordamos el proceso quirúrgico desde el prisma de la seguridad clínica en el entorno quirúrgico para garantizar la seguridad de nuestros pacientes frente a errores que causen morbilidad y/o mortalidad evitables. El recorrido a través de múltiples profesionales y entornos diferentes, hace necesario introducir aquellas medidas oportunas para una adecuada transferencia de información.

La atención a las necesidades biopsicosociales del paciente quirúrgico dado que los cuidados de enfermería en el quirófano deben de ser concretos y específicos para este tipo de pacientes.

El paciente puede ingresar en el hospital uno o más días antes de una operación quirúrgica programada. Para confirmar el diagnóstico médico, pueden estar indicados.

Los estudios radiológicos, endoscópicos u otros estudios diagnósticos. Las enfermedades sistémicas o crónicas, como las cardíacas o la diabetes, deben estar, bajo control. Los criterios de admisión se establecen según normativas del personal médico. La situación aguda de la enfermedad o el estado general de salud del paciente, así como la operación quirúrgica a realizar, ayudarán a decidir si el paciente debe ingresar en el hospital para el preoperatorio o puede llegar el mismo día de la operación quirúrgica. La mayoría de los pacientes que permanecen en el hospital durante el postoperatorio ingresan el mismo día en que está programada la operación quirúrgica.

Frecuentemente denominados como “ingresos de la mañana”, estos pacientes pueden ser preparados para la operación quirúrgica en una unidad de admisión de estancia corta, antes de ser trasladados al departamento de quirófano. Algunos hospitales tienen un área preoperatoria de registro dentro del departamento de quirófano. Desde el quirófano, estos pacientes pueden ir a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), para recuperarse de la anestesia, antes de ser trasladados a una unidad de enfermería quirúrgica. Algunos lo serán directamente a la unidad de cuidados intensivos (UCI). La magnitud de la operación quirúrgica y la necesidad postoperatoria de cuidados complejos determinarán cuándo puede el paciente ser dado de alta sin riesgo.

2 Objetivos

Identificar cómo proporcionar todos los cuidados de enfermería necesarios para que la intervención se lleve a cabo de forma eficiente y eficaz

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados intraoperatorios, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente quirúrgico, cuidados intraoperatorios. Se excluyeron aquellos documentos que fueran escritos en idiomas distintos al castellano e inglés y que carecieran de libre acceso.

4 Resultados

Los procedimientos previos al ingreso, el cirujano puede escribir órdenes específicas para otras preparaciones preoperatorias que resulten apropiadas.

1. Preparación del intestino. Cuando es conveniente que el intestino y el recto estén vacíos (p.ej., en operaciones gastrointestinales, como resecciones de parte del intestino, endoscopias y operaciones en las áreas pelviana, perineal o perianal) pueden ordenarse “enemas hasta que salga limpio”. También puede prescribirse una purga intestinal, con una solución oral que produzca diarrea, para que se vacíe de heces el intestino. Las soluciones, como Golytely o Colyte, limpian normalmente el intestino en 4 a 6 horas.

Durante la diarrea se pierde potasio, por lo que debe verificarse el potasio sérico antes de la operación quirúrgica. Los pacientes ancianos, muy delgados y desnutridos son propensos a otras alteraciones de los electrólitos a causa del lavado intestinal.

2. Ducha. Antes de una operación pelviana o vaginal puede ordenarse una ducha vaginal de limpieza.

3. Rasurado. A veces es necesaria la eliminación de pelo de la zona quirúrgica y las áreas circundantes.

4. Sedación para dormir la noche anterior.

5. Enseñanza de: ejercicios de respiración profunda, a toser y a ejercitar las piernas.

Colocación de un enema: Generalmente es el personal auxiliar de enfermería quién se encarga de la administración de los enemas, por ello describimos la descripción de la técnica.

Material necesario:

- Sonda rectal.
- Irrigador.
- Pinzas de Pean.
- Gasas.
- Cuña.
- Guantes.
- Lubricante (anestésico) hidrosoluble.
- Empapadores.

Procedimiento:

1. Explicar al paciente el procedimiento y utilidad.
2. Colocarlo en posición de Sims izquierda, que es en decúbito lateral izquierdo con la pierna flexionada.
3. Llenar el irrigador con agua a 24-35 °C en solución jabonosa, la cantidad será la determinada por el médico.
4. Preparar el equipo eliminando el aire de la sonda y conectando el tubo para su administración.
5. Aplicar el lubricante en el extremo distal de la sonda rectal que se introducirá en el ano.
6. Introducir la sonda unos 15-20 cm. en el recto.
7. Conectar la sonda al irrigador, y comenzar a pasar el líquido lentamente, para luego ir aumentando la velocidad.
8. Cambiar a la posición de decúbito lateral derecho, retirar la sonda y animar al paciente para que retenga el enema unos 5-10 minutos.
9. Se pasa a la posición de decúbito supino y colocar la cuña para eliminar el enema.
10. Anotar la técnica, hora, solución utilizada y volumen de líquido empleado y recuperado.
11. Registrar efectividad

El paciente puede llevarse al departamento de quirófano unos 45 minutos antes del tiempo programado para la operación. Para su seguridad, se le transporta por medio de una camilla de transporte (tipo Gurney). La camilla debe empujarse desde el extremo de la cabecera, de forma que vayan por delante los pies del paciente. Los movimientos rápidos a través de los pasillos y al girar en las curvas pueden ocasionar vértigo y náusea, especialmente si el paciente ya ha sido medicado. El paciente puede ir más cómodo si se levanta el extremo de la cabecera de la camilla. Hay ascensores asignados “sólo para uso de quirófano”. Ésto asegura la privacidad y minimiza la contaminación microbiana. Durante el transporte, el paciente debe ir cómodo, caliente y seguro. Se levantan las barras laterales de la cama y se abrochan las correas de seguridad. El paciente debe ser instruido para que guarde sus brazos, manos y dedos dentro de las barras laterales .

Durante el transporte, para evitar lesiones al pasar por las puertas. Las bolsas de solución i.v. colgadas de los pies de goteo durante el transporte deben ir firmemente aseguradas y colocadas lejos de la cabeza del paciente para minimizar el peligro de lesión en caso de caerse el recipiente. Un enfermero de la unidad o un auxiliar de enfermería debe permanecer con el paciente hasta su relevo por un

enfermero perioperatorio o anestesista, a quien le entregará la historia clínica del paciente. Si el paciente tiene alguna dificultad del lenguaje o es sordo, puede acompañarlo un intérprete hasta el quirófano, permaneciendo allí hasta la inducción de la anestesia.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de las actividades que se desarrollan a su alrededor, los pacientes pueden sentirse más solos en un área de espera que en cualquier otra ubicación. El tiempo pasa lentamente; la ansiedad puede ir en aumento. Una expresión compasiva en los ojos y en la voz, y un ligero contacto tranquilizador de la mano, pueden transmitir una sensación de interés y comprensión. Un paciente ansioso busca al enfermero para obtener consuelo, tranquilidad y atención.

Si el paciente está somnoliento, debe evitarse toda conversación innecesaria. Sin embargo, el enfermero debe contestar a sus preguntas y velar por la comodidad del paciente.

Una atmósfera de quietud y descanso le permite al paciente obtener todas las ventajas de la premedicación. Algunas áreas de espera y algunos quirófanos tienen altavoces con música grabada.

La música desvía la atención de los otros muchos sonidos del entorno. La música, con un ritmo lento y fácil, y a un volumen bajo, conduce a la relajación. La música conocida agrada y relaja más, porque el paciente puede asociarla con experiencias pasadas agradables. Algunas instalaciones proveen auriculares o cascos para que el paciente pueda escuchar la música de su elección. Los auriculares también amortiguan las conversaciones y los ruidos extraños.

El bienestar del paciente y sus necesidades individuales tiene prioridad sobre todas las demás actividades, antes y durante la inducción de la anestesia. El paciente es la persona más importante en el quirófano. En este momento de estrés, el paciente necesita la presencia física de una persona de confianza, competente y compasiva. El paciente espera que el enfermero circulante conozca sus problemas y enfermedades y esté dispuesto a ayudarlo a aliviarlos; además, percibe la actitud del enfermero de aceptación o rechazo. Por consiguiente, el comportamiento de éste puede afectar al paciente de manera positiva o negativa.

La manera en la que se dicen y se hacen las cosas es tan importante como lo que se ha dicho y se ha hecho. Los seres humanos reaccionan a través de sus

sentidos. El efecto positivo del contacto físico es una comunicación no verbal muy útil para establecer la relación mutua enfermero-paciente en poco tiempo. Coger con afecto la mano de un paciente o colocarle una mano en el brazo durante la inducción de la anestesia, o durante cualquier procedimiento doloroso, puede hacer mucho por aliviar la ansiedad y obtener su confianza.

Los profesionales de la enfermería son las figuras centrales del cuidado del paciente, y pueden hacer mucho para aliviar su miedo y darle seguridad. Los preparativos preoperatorios pueden influir en el resultado de la operación quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Lucy Jo Atkinson, Nancymarie Fortunato; Técnicas de quirófano; versión en español de la 8ª edición de la obra original en inglés.
 2. Auxiliar de Enfermería. 2ª Edición. Evangelina Pérez y Ana Fernández. McGrawHill.
 3. Comunicación no verbal en el enfermo prequirúrgico. Revista Rol de Enfermería.
 4. Enfermería Médico-Quirúrgica/Long-Phipps. Volumen 9. Interamericana McGraw- Hill
 5. Psicoprofilaxis quirúrgica. 2ª Edición. 1990. Eduardo Mardarás Platas. Ediciones Rol.
- Enfermería psicosocial y Salud Mental. Editorial Masson 1997.

Capítulo 420

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON NECESIDAD DE ALIMENTACION E HIDRATACIÓN

JULIO MATANZAS SUAREZ

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

LORENA GUTIERREZ ROMO

1 Introducción

Según investigaciones de la Organización Mundial de la Salud, 1 de cada 10 personas se enferma por consumir alimentos contaminados en el mundo y cada 75 segundos una de ellas muere. La alimentación básica adaptada es una alimentación modificada para hacerla adecuada. Es útil en pacientes con problemas de masticación o con dificultad para la deglución de líquidos (dietas trituradas de alto valor nutricional, modificadores de la textura, enriquecedores de la dieta).

Una alimentación sana consiste en incorporar una gran variedad de alimentos a nuestra dieta diaria, puesto que no existe ningún alimento que reúna todos los nutrientes esenciales para nuestro organismo.

Los nutrientes son las sustancias químicas vitales para el crecimiento y mantenimiento del organismo, ya que son las encargadas de aportar al organismo humano: Energía (función energética). Materiales de las estructuras y tejidos celulares (función estructural). Factores necesarios para las reacciones químicas celulares (función reguladora). Si bien algunos nutrientes pueden sintetizarse en el propio organismo, la mayoría de ellos se obtienen a través de la alimentación. Por ello, es importante que nuestra dieta nos garantice un aporte equilibrado de estos componentes básicos: Hidratos de carbono, Proteínas, Lípidos, Minerales, Vitaminas, Agua. De este modo, un consumo moderado de estos nutrientes y nuestros hábitos de vida permitirá que nuestro cuerpo se estructure y funcione correctamente, sin caer en la obesidad o toxicidad (por exceso de estas sustancias) o la desnutrición o deficiencia (por su escasez).

Nuestra sociedad dispone de la dieta mediterránea, que reúne todas estas características y sus beneficios sobre nuestra salud han sido confirmados en varios estudios. Como consumidores podemos contribuir a lograr alimentos más inocuos en casa, al manipular o preparar nuestros platos de manera adecuada.

2 Objetivos

Identificar la importancia de la nutrición y alimentación saludable.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de nutrición, hidratación y cuidados de la alimentación, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, alimentación, nutrición, hidratación. Se excluyen aquellos textos sin acceso gratuito y publicado hace más de 15 años.

4 Resultados

Los objetivos nutricionales tienen como finalidad promover la salud, reducir el riesgo de desarrollar patologías relacionadas con la alimentación y controlar enfermedades específicas causadas por una ingesta excesiva o insuficiente de ciertos alimentos

En los últimos años, los hábitos alimenticios han cambiado mucho en España. El estilo de vida actual, las prisas y la falta de tiempo impiden a muchas personas mantener una alimentación saludable.

La mayoría de las personas se nutren de manera deficiente debido a su excesivo consumo de proteínas, grasas de origen animal, alcohol, calorías y azúcares. Esto repercute en carencias de nutrientes que pueden incidir en el bienestar e incrementar el riesgo de padecer enfermedades y problemas de salud. De hecho, diferentes estudios han demostrado que algunas de las patologías más comunes en los países desarrollados, como los problemas cardíacos, la hipertensión arterial, la osteoporosis, la diabetes, la obesidad o los trastornos digestivos, pueden estar directamente vinculadas a los hábitos alimenticios y nutricionales de las personas.

Los nutrientes son las sustancias químicas vitales para el crecimiento y mantenimiento del organismo, ya que son las encargadas de aportar al organismo humano:

- Energía (función energética).
- Materiales de las estructuras y tejidos celulares (función estructural).
- Factores necesarios para las reacciones químicas celulares (función reguladora).

Si bien algunos nutrientes pueden sintetizarse en el propio organismo, la mayoría de ellos se obtienen a través de la alimentación. Por ello, es importante que nuestra dieta nos garantice un aporte equilibrado de estos componentes básicos:

Hidratos de carbono

Proteínas

Lípidos

Minerales

Vitaminas

Agua

De este modo, un consumo armónico de estos nutrientes y nuestros hábitos de vida permitirá que nuestro cuerpo se estructure y funcione correctamente, sin caer en la obesidad o toxicidad (por exceso de estas sustancias) o la desnutrición o deficiencia (por su escasez).

El hombre obtiene esta energía que necesita a través de los alimentos, concretamente a partir de algunos de los nutrientes contenidos en ellos: proteínas, grasas e hidratos de carbono, siendo éstos los únicos nutrientes que, junto con el alcohol, proporcionan energía. Las mejores fuentes de carbohidratos (frutas, verduras y

granos enteros) proporcionan vitaminas y minerales esenciales, al igual que fibra y fitonutrientes a las células del cuerpo.

La primera ingesta es la comida más importante del día. Después de ocho horas de sueño, los primeros alimentos que tomamos son los encargados de aportar los nutrientes necesarios para empezar la jornada con vitalidad. Así lo dice el refrán "Desayuna como un rey, come como un príncipe y cena como un mendigo".

5 Discusión-Conclusión

El hábito alimentario, también conocido como régimen alimentario o a veces como dieta, es el conjunto de sustancias alimentarias que se ingieren formando hábitos o comportamientos nutricionales de los seres humanos y forma parte de su estilo de vida, proviene del término griego *diáita* que significa "modo de vida".

La pirámide nutricional nos indica la frecuencia con la que debemos consumir cada grupo de alimentos, a fin de lograr de nutrientes necesario para nuestro organismo. En la base de la pirámide se ubican aquellos alimentos que deben estar más presentes en nuestra dieta, y en la cúspide de la misma, aquellos que deben tomarse en menor cantidad.

Para una buena alimentación hay que:

1. Eligir alimentos variados.
2. Los productos ricos en hidratos de carbono han de constituir la base de tu alimentación.
3. ¡No renunciar a frutas y verduras!
4. Controlar tu peso y mantenerte en forma.

Comer equilibradamente: reduce las cantidades, sin renunciar a ningún alimento. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada, combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede debilitar el sistema inmunológico, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.

Hay mucha información contradictoria alrededor de cuál debería ser la frecuencia ideal de comidas durante el día. Muchos nutricionistas, de hecho, sugieren que desayunar ayuda a la quema de grasas y que comer entre cinco y seis veces al día previene que el metabolismo se desacelere.

En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un estilo de vida

saludable del que forman parte un aspecto físico fresco, jovial y lleno de energía y salud, es necesario aprender a comer adecuadamente. ... La educación nutricional es muy importante y promueve estilos de vida saludables.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino - Alimentación
2. Portal Salud-UE - Alimentación
3. Ana Berta Pérez-Lizaur; Leticia Marván-Laborde (2009). «Alimentos equivalentes». Archivado desde el original el 19 de diciembre de 2009.
4. Moe Byrd-Bredbenner, BerningBeshgetoor: Perspectivas en nutrición. Canadá:McGrawHill, cuarta edición.
5. Sands DC, Morris CE, Dratz EA, Pilgeram A (noviembre de 2009). «Elevating optimal human nutrition to a central goal of plant breeding and production of plant-based foods».

Capítulo 421

CUIDADOS AL PACIENTE POSTOPERADO DE PRÓTESIS DE CADERA

DAVID FERNANDEZ JIMENEZ

SHEILA GUERRERO LEÓN

1 Introducción

La fractura de cadera es una de las lesiones más habituales en la población mayor de 70 años. Debido principalmente a causas accidentales como caídas, o también por el desgaste propio de la edad o enfermedades esqueléticas, como la osteoporosis. Esta es más frecuente en mujeres debido a la pérdida ósea acelerada tras la menopausia.

Esta lesión tiene un impacto importante en la calidad de vida de estos pacientes, debido sobre todo, a las comorbilidades asociadas.

El tratamiento de 1ª elección a día de hoy es el quirúrgico, salvo que haya contraindicaciones graves que impidan esta elección, como edad muy avanzada, esperanza de vida corta, pluripatologías que impliquen grave riesgo o la negativa del paciente.

Una buena rehabilitación desde el postoperatorio inmediato es fundamental para que el paciente pueda recuperar su movilidad, por lo que las recomendaciones al alta son una base importante, que deben ser explicadas al paciente y su familia y asegurarse que han comprendido todo lo explicado.

2 Objetivos

Describir las principales recomendaciones que debe seguir el paciente postoperado de prótesis de cadera para su recuperación.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos: Scielo, Dialnet, preevid y google académico; usando los descriptores "fractura de cadera", "postoperatorio de artroplastia", "plan de cuidados artroplastia de cadera". Además se han consultado varias guías de cuidados específicas de varios hospitales españoles. Se han excluido aquellos textos que no estuvieran en inglés ni en castellano.

4 Resultados

Se han consultado varias guías hospitalarias españolas, y con ello se ha realizado un protocolo de recomendaciones al alta que consta de varios apartados. Se agrupan en recomendaciones dietéticas, de ejercicio, actividades básicas de la vida diaria y farmacológicas.

Recomendaciones dietéticas:

Todas las guías consultadas aconsejan una dieta baja en grasas y rica en fibras, verduras y hortalizas, para evitar el estreñimiento, que puede suponer un gran contratiempo para el paciente. Además una dieta rica en hierro, para afrontar la anemia por la gran pérdida hemática que se produce en esta cirugía; y en proteínas, que les ayudará a reponer masa muscular, muy deteriorada tras la inmovilización postoperatoria. Mantener un peso adecuado también ayudará a la mejor movilización.

Recomendaciones de ejercicio:

Estas deberán ser adaptadas y supervisadas por un fisioterapeuta, para valorar la correcta realización de los mismos, ya que de lo contrario podría derivarse alguna lesión. Se recomiendan fundamentalmente caminar y ejercicios de flexo-extensión de rodillas y caderas

Recomendaciones para las actividades básicas de la vida diaria:

La principal medida para evitar accidentes es mantener un entorno seguro dentro del hogar, la familia del paciente o sus cuidadores, deben asegurarse que previo

a la llegada del paciente, el suelo de casa esté seco, así como retirar muebles y alfombras que puedan entorpecer la marcha con las muletas y andadores. Para empezar la deambulaci3n, se deben usar dispositivos como muletas o el andador, que ayudar3n a mantener el equilibrio y no sufrir caídas, que entorpecerían la recuperaci3n. El calzado debe ser c3modo, cerrado y con buena sujeci3n del tobillo. Para sentarse, debe disponer de sillas altas con apoyabrazos o sof3s con asientos rígidoss. No mantener las piernas cruzadas y mantener la pierna en alto siempre que sea posible, para evitar edemas. Para dormir, debe colocarse boca arriba, y dormir con una almohada entre las piernas. No es conveniente dormir de lado. A la hora del aseo, es recomendable ducha en vez de bañera, usando un taburete para sentarse.

Recomendaciones farmacol3gicas:

Al menos el primer mes, va a precisar la administraci3n de anticoagulantes debido a la inmovilidad que precisa la recuperaci3n. Debe asegurarse que el paciente y la familia comprenden y manejan los dispositivos para ello. Un adecuado control del dolor es fundamental para que el paciente pueda realizar la rehabilitaci3n de manera correcta, por lo que se debe especificar bien la pauta de todos los analgésicos que pueda precisar. Aunque estas son las recomendaciones generales, cada paciente es diferente por lo que se deber3 consultar con su m3dico y enfermera de manera individualizada, ya que por las patologías asociadas, puede ser necesario cambiar algunos h3bitos, ya que pueden ser contraproducentes para las otras patologías.

5 Discusi3n-Conclusi3n

Tras la revisi3n bibliogr3fica realizada, podemos concluir que ante una pr3tesis de cadera, es importante un buen plan de cuidados postoperatorio, que considere:

1. Mantener una dieta equilibrada, que ayude a mantener un peso adecuado y evite el estreñimiento.
2. Realizar ejercicios b3sicos supervisados por su fisioterapeuta.
3. Previamente a su alta, se deber3 planificar qui3n le proporcionar3 la ayuda necesaria para las ABVD y que prepare el entorno adecuado para su recuperaci3n en casa.
4. Tomar todo el tratamiento prescrito por su traumat3logo, y para cualquier duda consultar con el m3dico y enfermera de atenci3n primaria.
5. Seguir todas estas recomendaciones no asegura la recuperaci3n total de todos los pacientes, cada caso debe ser tratado de manera individualizada, pero no

siempre se puede evitar sufrir alguna complicación.

6 Bibliografía

- Díaz Estrella A, Vaz Rodríguez JA. Recomendaciones para pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Rev enferm CyL. 2015; 7(2).
- Bernard Pineda M, De las Heras Soto J, Garcés Puentes M.V. Calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Elsevier. 2014; 58(5):283-9.
- Comunidad de Madrid. Guía de cuidados y ejercicios.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Recomendaciones de enfermería al alta. Prótesis total de cadera.

Capítulo 422

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO

LORENA GUTIERREZ ROMO

JULIO MATANZAS SUAREZ

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo restaurando así, la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar; o bien, permitir el drenaje de la cavidad mediastínica que permita el correcto funcionamiento del corazón en los post-operados de cirugía torácica o cardiaca. Por tanto, las situaciones que con la técnica se pretenden evitar son: el colapso pulmonar o el taponamiento cardíaco.

Las indicaciones más habituales para la colocación de un drenaje torácico son el neumotórax espontáneo o a tensión, hemotórax, derrame pleural i en post-operados de cirugía cardiaca; con el objetivo de drenar y liberar la cavidad pleural o mediastino de la presencia anómala de aire, sangre o líquido excesivo.

En la actualidad se dispone de avanzados y diversos sistemas cerrados de drenaje torácico desechables, que garantizan un manejo óptimo y seguro para el paciente. Conocer los principios técnicos básicos para su correcta utilización nos permitirá una actuación eficaz y eficiente durante la colocación del sistema de drenaje; así como, en la valoración, control, seguimiento y evolución del paciente una vez instaurado éste.

La cavidad torácica es un espacio cerrado y hermético que se halla protegido y delimitado por la parrilla costal, el esternón, los músculos intercostales y el diafragma, revestidos interiormente todos ellos por la pleura parietal. En el interior de esta cavidad se disponen ambos pulmones recubiertos cada uno de ellos externamente por la pleura visceral. Entre ambas pleuras existe un mínimo espacio o cavidad pleural ocupada por una pequeña cantidad de líquido seroso, de 5 a 15 cc., que actúa como lubricante y permite un suave deslizamiento de una sobre otra durante la respiración. En el espacio central entre ambos pulmones o mediastino, se hallan el corazón, el esófago, la tráquea, la aorta y otros vasos y estructuras importantes.

Una respiración fisiológica adecuada requiere de la elasticidad propia de los órganos implicados en ella y de cierta presión negativa en el espacio pleural o presión intrapleural, mantenida gracias a la estanqueidad de la cavidad torácica, que permite la expansión pulmonar.

Cualquier situación que altere la presión negativa normal dentro del espacio pleural debido a la acumulación de aire, líquido o colección sanguínea ya sea por enfermedad, lesión, cirugía o causa yatrogénica, interferirá en la correcta expansión pulmonar, impidiendo una respiración óptima lo que podría suponer un riesgo vital para el individuo. De igual manera deberá impedirse la acumulación de líquido o sangre en el mediastino.

Cualquier acceso a la cavidad torácica debe realizarse en condiciones de seguridad máxima que permitan el drenaje adecuado de la misma sin que se permita la entrada de aire exterior lo que empeoraría el estado clínico del paciente y supondría un riesgo vital para el mismo

Es quizás el procedimiento más realizado dentro del marco de la cirugía torácica.

2 Objetivos

Identificar las funciones y procedimiento de actuación del drenaje torácico.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados intraoperatorios, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, paciente quirúrgico, cuidados intraoperatorios. Se incluyeron los textos en castellano y cuya publicación se realizó entre 2005 y 2019, excluyendo los del resto de idiomas y con fecha de publicación previa a 2005.

4 Resultados

Las principales funciones del drenaje torácico son:

- Facilitar la remoción de líquido, sangre y/o aire del espacio pleural o el mediastino.
- Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural mediante el uso de una trampa de agua.
- Restaurar la presión negativa del espacio pleural.
- Promover la reexpansión del pulmón colapsado mejorando su ventilación y perfusión.
- Aliviar la dificultad respiratoria asociada con el colapso pulmonar

En el protocolo de la colocación de un drenaje torácico ha de estar bien especificado que consiste en drenar de manera continua la cavidad pleural de aire o líquido. Una vez indicado el drenaje, tras la evolución de riesgos y haber informado al paciente se procede a realizar una pequeña incisión intercostal para introducir el trocar (del diámetro específico) para posteriormente conectar al sistema de drenaje. En todo momento se han de mantener las medidas de asepsia adecuadas, el paciente ha de colocarse en una postura cómoda. Es habitual que este se muestre nervioso. Nuestro apoyo hacia él puede ser de gran ayuda, para intentar para que sea menos traumático. Tras la incisión es importante realizar una placa de tórax para comprobar que el tubo este correctamente colocado.

Las personas implicadas son :

Cirujano Torácico (facultativo que realiza la técnica).

- Enfermera (registra constantes y controla monitorización y medicación).
- Técnico en Cuidados de Auxiliar de Enfermería (prepara y colabora junto al facultativo durante toda la técnica).

Drenaje torácico:

Actualmente los sistemas de drenaje torácico más utilizados llevan incorporada una válvula que por defecto marca la presión de succión o aspiración.

Es por ello que tras la incisión y la colocación del drenaje no es necesario conectar al sistema de vacío evitando así una posible complicación como lo es el edema ex vacuo por una aspiración excesiva de contenido pleural.

Cuidados del drenaje:

- Vigilancia de que el tubo no se acode
- Hacer uso del pie basculante que llevan los sistemas de drenaje para evitar que este caiga
- Sólo se pinza:
- En el caso de tener que substituir el sistema por otro
- Para comprobación de fugas
- En la extracción del tubo
- En los traslados del paciente NO es necesario pinzar
- Vigilancia y registro del volumen extraído. en caso de que se drenen líquidos

Cuidados del paciente

El paciente portador de un drenaje torácico se debe movilizar con precaución para evitar tirones.

Complicaciones inmediatas a la punción:

- Vaso vagal
- Sudoración excesiva
- Episodios de ansiedad
- Nauseas
- Dolor excesivo, como dolor torácico y/o disnea

Vigilaremos junto a la enfermera estos síntomas u otros y su monitorización constante haciendo hincapié a la saturación de oxígeno del paciente. Vigilaremos del mismo modo el punto de incisión que siempre esté limpio y seco.

5 Discusión-Conclusión

El drenaje torácico es una técnica muy practicada en la unidad de URGENCIAS, siempre hablamos de pacientes que llegan tras haber sufrido un traumatismo torácico o muestran síntomas de padecer un neumotórax espontáneo. El paciente

no puede esperar a subir a hospitalización y es por ello que se realiza la inserción y los primeros cuidados en este servicio.

Posteriormente el paciente ingresa a la unidad de hospitalización y el allí donde continua su registro, control y cuidados posteriores hasta la decisión de extraer el tubo. Dicha extracción es valorada por el facultativo, responsable del paciente, normalmente tras 24 horas de observar que el drenaje ya no es productivo.

Mediante la existencia del nuevo procedimiento, se consigue unificar criterios de actuación por todo el personal de enfermería y con la actualización del procedimiento del 2005 el personal de enfermería tiene un mayor conocimiento del sistema de drenaje torácico, así como de sus posibles complicaciones y cuidados post-implante. La realización del procedimiento se obtienen los conocimientos necesarios para mejorar la calidad asistencial y así explicar el procedimiento al paciente y su utilidad es de vital importancia, para disminuir su ansiedad. Hay una mayor implicación de todo el personal, esto se ve reflejado en un registro más completo de la gráfica de reanimación (constantes vitales, cantidad y aspecto del líquido drenado).

6 Bibliografía

1. Chest Tube Insertion. U.Buffalo. 8 de abril de 2010.
- 2.PATOLOGÍA DE LA PLEURA. Cap. 12 – Cap.13. DRENAJES PLEURALES
- 3.DE TUBOS, FRASCOS, CONEXIONES Y ASPIRACIONES. DRENAJE TORÁCICO. Dr. ANTONI CANTÓ.2009
- 4.DE HOYOS D, FRAY AP. NEUMOTORAX Ed. SHIELDS TW (Ed) GENERAL THORACIC SURGERY 2009.
5. Della Corte F, Olliveri F. Manual de medicina de emergencia. 2002, McGraw Hill.

Capítulo 423

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HERIDAS

LORENA GUTIERREZ ROMO

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

JULIO MATANZAS SUAREZ

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

Una herida es el efecto producido por un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte de nuestro organismo, superando la resistencia de los tejidos sobre los que incide, causando una rotura de la superficie cutánea o mucosa, ya sea producida accidentalmente por traumatismos u otras agresiones a la piel, o por un acto quirúrgico. En definitiva, es una lesión caracterizada por una discontinuidad en el epitelio que lo reviste.

Actualmente, el profesional de enfermería se enfrenta a diario a diferentes situaciones relacionadas con las heridas agudas; sin duda, la infección es una de ellas e indudablemente de las de mayor impacto. La lucha por la infección deberíamos plantearla mediante un abordaje interdisciplinar, haciendo especial hincapié en

el exhaustivo lavado de manos, adecuado instrumental a utilizar así como la correcta realización de los distintos procedimientos con las medidas asépticas adecuadas y abordaje de la herida, sin olvidar la cura adecuada y el material idóneo.

El cuidado de las heridas no es una ciencia exacta y depende principalmente de la observación clínica y la experiencia del profesional. Por este motivo, la buena formación y el conocimiento de los profesionales de la salud siempre serán factores imprescindibles en el cuidado de las heridas.

Las heridas ocupan un porcentaje elevado en las demandas de los servicios de urgencias, tanto hospitalario como extrahospitalario. Son lesiones producidas por el efecto de un agente externo que actúa de manera brusca sobre una parte de nuestro organismo, provocando una rotura de la superficie cutánea o mucosa, una discontinuidad en el epitelio que lo reviste. En este artículo queremos abordar la importancia que tiene una valoración inicial de la herida de forma integral, el mecanismo causal que la provocó, así como el tiempo que ha transcurrido desde que se ha producido, factores todos ellos de gran importancia; así como poderla clasificar de forma adecuada para, posteriormente, iniciar los cuidados correctos en función de las características de cada paciente y de la propia herida. Muchos son los elementos que cobran importancia en el proceso de cicatrización de la propia herida, además de una serie de factores que van a hacer que este proceso de reparación se vea mermado por múltiples razones.

2 Objetivos

Conocer qué el proceso de cicatrización en los pacientes y cómo diferenciar tipos de heridas.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de heridas, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, herida aguda, cicatrización de heridas, clasificación de heridas. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados los 20 primeros.

4 Resultados

Los profesionales que trabajan con el cuidado de las heridas siempre deben tener en cuenta que:

- Las heridas cicatrizan mejor en un medio ambiente húmedo. Desde el descubrimiento de este hecho en los años 60, existen en el mercado apósitos diseñados para facilitar la cicatrización creando un medio ambiente húmedo.
- Lo más importante en el cuidado de las heridas es diagnosticar y tratar la causa subyacente de la lesión. Este paso es fundamental para conseguir la cicatrización y obtener los mejores resultados con la utilización de apósitos modernos de cura en ambiente húmedo.
- Dado que la curación de una herida depende del estado general de salud del paciente, la valoración integral del mismo es esencial para la planificación y evaluación del tratamiento de la lesión.

Basado en estas consideraciones, el cuidado de las heridas se puede resumir en un proceso de 3 pasos:

1. VALORAR: Valoración del paciente y de la herida.
2. TRATAR: Tratamiento y elección de apósito(s).
3. EVALUAR: Evaluación de la progresión de la herida, y modificación del tratamiento si los resultados no son satisfactorios.

Lo más importante en el cuidado de las heridas es diagnosticar y tratar la causa subyacente de la lesión. Este paso es fundamental para poder crear las condiciones óptimas para la cicatrización.

Durante la valoración inicial de la herida deben considerarse los siguientes parámetros para poder elegir el tratamiento adecuado:

- Úlceras vasculares - Confirmar la etiología de la lesión, por ejemplo venosa o arterial. Cuando se trata de úlceras con componente arterial se deben extremar las precauciones y revisar frecuentemente la herida por el elevado riesgo de infección. (Referir al especialista).
- Úlceras de pie diabético - Se deben extremar las precauciones y revisar frecuentemente la herida por el elevado riesgo de infección. (Referir al especialista).
- Úlceras cavitadas - Elegir un apósito apropiado para las cavidades.
- Sinus y fistulas - Aclarar causa, tamaño y profundidad (referir al especialista).
- Úlceras por presión - Aliviar o eliminar la presión para evitar la agravación del daño tisular.
- Hable con el paciente sobre lo que más le preocupa con respecto a la herida.

El tratamiento se debe basar en la valoración continua de la herida durante los cambios de apósito. La valoración de la herida proporciona la información necesaria para tomar las decisiones adecuadas con respecto al manejo de la herida. Las decisiones se deben basar en la causa subyacente de la herida. Los objetivos de los cuidados deben centrarse en resolver los problemas que pueden presentar la herida y en crear unas condiciones que permitan la progresión de la herida hacia la cicatrización. Se deben establecer plazos de tiempo límites para cada uno de los objetivos definidos. A la hora de evaluar los resultados del tratamiento, siempre se debe tener en cuenta si la herida está cicatrizando y sigue el progreso esperado, o por el contrario hay signos de, por ejemplo, una infección. Son muchos los factores que pueden influir en el proceso de cicatrización, causando un retraso o incluso una detención del mismo, y en algunos casos el estado de la lesión puede empeorar.

Las heridas agudas tienen una amplia gama de clasificaciones. Para muchos autores (25, 26) las podemos clasificar en función de varios aspectos, atendiendo a diversas características de las mismas, como la forma de la herida, la profundidad y afectación de estructuras adyacentes, el tamaño, el mecanismo de producción, la complejidad, el grado de contaminación, etc.

Es fundamental describir de forma detallada el aspecto, forma, agente causal y afectación de las distintas capas de la piel, ya que de ello depende nuestra actitud terapéutica y cuidados posteriores de la propia herida. Según la dirección o trayecto de la herida o zona del cuerpo donde se ha producido la herida, pueden ser: a) Longitudinales. Cuando el trayecto de la herida sigue un curso más o menos paralelo al eje principal siguen un trayecto recto, eje longitudinal mayor que el transversal. Se producen en zonas donde la tensión estática de la piel es muy fuerte, la piel de la frente o en zonas con grandes masas musculares debajo (pierna, brazo); la parte central de la herida tiende a separarse y se retraen los bordes. b) Transversales. Donde los bordes cutáneos de la herida no siguen las líneas de tensión de la piel.

- Oblicuas. Similares a las transversales. La diferencia está en el ángulo que forma la línea imaginaria que sigue el corte de los planos de la piel causada por la herida con las líneas de adherencia de esta.

- Espiroideas. Producidas por contusiones, la fuerza aplicada por el agente causante provoca compresión e incluso tensión en el foco traumático. En este tipo de heridas se encuentran diferentes direcciones del eje mayor en la misma lesión, lo que unido al mecanismo causante complica la reconstrucción y el resultado estético.

2. Según la profundidad de la propia herida, y dependiendo de la afectación que esta ha tenido en los distintos planos de la piel (30) las podemos clasificar en:

- Superficiales o simples. Dentro de estas entrarían todas las que solo afectan a la epidermis, sin afectar a elementos nobles (vasos, nervios, tendones) como las epidérmicas, arañazos o desolladuras cuando conlleva cierta pérdida de tejido epitelial.

- Profundas. Cuando se extienden más allá del tejido celular subcutáneo afectando a varios tejidos, piel, músculo o huesos donde la reconstrucción y regeneración será más dificultosa

3. Penetrantes. Cuando alcanzan una cavidad natural del organismo, como puede ser la cavidad peritoneal o el espacio pleural, sin lesionar vísceras u órganos. Perforantes. Afectan a las cavidades, penetrando y llegando a lesionar. Por empalamiento. La causada por un objeto inciso-punzante, de forma que el objeto queda atrapado en el cuerpo del sujeto o en alguno de los orificios naturales del organismo, provocando diferentes tipos de lesiones y afectaciones en distintos órganos que se ven afectado.

4. Según la forma de la propia herida, hablaríamos de lineales, curvas, arqueadas, estrelladas, puntiformes, crateriformes y para aquellas que no se ajustan a ninguna de estas formas, de heridas irregulares. Aquellas en las que existe un amplio despegamiento de la piel manteniendo su vascularización a expensas de un puente o pedículo, las denominaremos heridas con colgajo, cuando afectan al cuero cabelludo se denominan Scalp. Es por eso que se escucha también la expresión scalp pretibial para hacer referencia a heridas en la pierna que afectan a todo el espesor de la piel y exponen estructuras nobles. Lo correcto, por ejemplo, sería hablar de avulsión pretibial o herida en colgajo.

Las heridas de alto riesgo de las de bajo riesgo:

- Heridas de alto riesgo. Son aquellas con más de seis horas de evolución, anfractuosas, con una profundidad de más de un centímetro, con tejido no viable y contaminante (cuerpos extraños, saliva, tierra, abonos), las producidas por armas de fuego, quemaduras, congelación, asta de toro...

- Heridas de bajo riesgo. Son aquellas con menos de seis horas de evolución, producidas por corte limpio, incisivas, con menos de 1 cm de profundidad, de fondo sangrante y sin presencia de cuerpos extraños.

Los cuidados posteriores, las curas se realizarán y espaciarán dependiendo de la evolución de la herida, se le darán al paciente las recomendaciones acerca del cuidado de la propia herida, vigilancia del tipo de apósito, presencia de fiebre o

escalofríos, enrojecimiento de la zona así como diferentes pautas de actuación.

5 Discusión-Conclusión

En los ancianos, la circulación suele estar deteriorada por arteriosclerosis y una función cardiaca limitada. Sus reservas de energía son bajas, y con frecuencia su hidratación y estado nutricional deficientes. La epidermis es más fina y su renovación más lenta, disminuyendo la resistencia al traumatismo

El Estado nutricional

La nutrición de un individuo tiene un gran efecto en el proceso de cicatrización. Las proteínas son fundamentales en la formación de nuevo tejido. Las deficiencias proteínicas retrasan la vascularización, la formación de linfáticos, la proliferación de fibroblastos, la síntesis de colágeno y la remodelación de la herida. Los carbohidratos y las grasas se requieren para la energía celular. La vitamina C participa en la maduración de las fibras de colágeno durante las últimas etapas de la cicatrización. La carencia de vitamina K puede causar hemorragias y hematomas que hacen más difícil la cicatrización. Las vitaminas del complejo B son necesarias para el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos, aunque no se conoce el mecanismo.

En pacientes obesos, es mayor la frecuencia de complicaciones de heridas, como hernias incisionales, infecciones y dehiscencias.

Algunas enfermedades, como las autoinmunes, personas con anemia y trastornos sanguíneos que causan insuficiencia vascular donde se disminuye la resistencia del paciente y aumenta la posibilidad de infección. Los AINE y los corticoides reducen la fase de inflamación necesaria en el proceso de cicatrización. Además, los corticoides actúan como inmunodepresores y disminuyen la actividad de los leucocitos, por lo que aumenta el riesgo de infección, tratamientos con dicumarínicos y antiagregantes plaquetarios

Evitar todos los riesgos es poco probable porque algunos de ellos son inherentes al paciente o a las prácticas sanitarias, sin embargo muchos sí podrían modificarse. El conocimiento de los factores de riesgo y la adherencia a las medidas de prevención que gozan de buena evidencia científica conducen a mejorar del proceso de curación de las heridas.

6 Bibliografía

1. Prevención y control de la infección de herida quirúrgica. Consultado 21 de diciembre de 2012.
2. Rodríguez PG, Felix FN, Woodley DT, Shim EK. The role of oxygen in wound healing: a review of the literature. *Dermatol Surg* 2008; 34:159-69.
3. M, Gómez Bravo F. "Principios Básicos en el Tratamiento de las Heridas". Manual Práctico de Urgencias Quirúrgicas del Hospital Universitario 12 de Octubre 1998.
4. Arribas Blanco JM, Artuñedo PP, Caballero Martínez F. "Tratamiento de las heridas que precisan sutura". Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. Madrid, 1993.
5. Alorda Terrasa C. Cura de una herida limpia. Cura de una herida contaminada o infectada. *Metas de enfermería*. No 27. pp. 14-8. Julio/agosto. 2000.
6. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Guidelines on Prevention and Control of Hospital Associated Infections. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. New Delhi. January 2002.

Capítulo 424

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

JULIO MATANZAS SUAREZ

LORENA GUTIERREZ ROMO

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

1 Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad causada por una bacteria conocida como bacilo de Koch. Es curable y prevenible. Afecta principalmente a los pulmones, pero puede afectar otras partes del cuerpo. Si no se trata oportunamente, puede causar daño permanente en los pulmones.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un 10% de probabilidades de enfermar de tuberculosis a lo largo de la vida. Sin embargo, este riesgo es mucho mayor para las personas cuyo sistema inmunológico está dañado, como ocurre en casos de la infección por el VIH, malnutrición o diabetes, o en quienes consumen tabaco. La tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas con VIH.

La TBC se disemina a través del aire, cuando una persona con TBC pulmonar tose, estornuda o habla. Si ha estado expuesto debería consultar a un médico para someterse a los exámenes. Hay más probabilidades de que uno se contagie con TBC si tiene un sistema inmunitario debilitado.

Una persona con tuberculosis, que no esté en tratamiento, puede contagiar a otras personas al estornudar, toser o escupir. Al hacerlo, elimina bacterias al aire que pueden entrar a los pulmones de otras personas. Alcanza con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.

Cuando la persona enferma se encuentra haciendo tratamiento no contagia a otras personas. La tuberculosis no se contagia por compartir el mate, cubiertos, vasos, etc. con una persona enferma.

A lo largo de un año, una persona con tuberculosis puede infectar a unas 10 a 15 personas por contacto cercano. Si no reciben el tratamiento adecuado, hasta dos terceras partes de las personas con tuberculosis mueren.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente. Es decir que están infectadas por el bacilo, pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

2 Objetivos

Conocer que el proceso de contagio de la tuberculosis y prevención de la misma. Diferenciar los 2 tipos de tuberculosis que existen, como son la infección latente o enfermedad de tuberculosis

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de pacientes con tuberculosis, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, tuberculosis, infección latente, enfermedad de tuberculosis. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados, incluyendo los artículos en castellano.

4 Resultados

Existen algunos síntomas que pueden hacer sospechar la presencia de esta:

- Tos que inicia seca, pero que con los días se convierte en una con expectoración purulenta, que es persistente, es decir, que dura más de 15 días, esta se puede acompañar de dolor en el pecho o presentar pintas de sangre en la flema.
- Fiebre que no se explica por otra causa.
- Sudoración nocturna.
- Falta de apetito.
- Cansancio.
- Pérdida de peso.

Cuando estos síntomas están presentes lo mejor es consultar con el médico, quien por medio del examen clínico verificará el estado de los pulmones y solicitará la realización de un examen de laboratorio conocido como baciloscopia para constatar el diagnóstico.

Una vez confirmado que se padece de tuberculosis se debe iniciar el tratamiento de inmediato, bajo la supervisión del personal de salud. Las personas con infección de tuberculosis latente no tienen síntomas y no pueden transmitir las bacterias de la tuberculosis a otras personas. Sin embargo, si las bacterias de la tuberculosis latente se activan y se multiplican en el cuerpo, la persona pasará de tener una infección latente a tener la enfermedad de tuberculosis. Por esta razón, a las personas con infección de tuberculosis latente se las debería tratar para evitar que lleguen a tener la enfermedad de tuberculosis. El tratamiento contra la infección de tuberculosis latente se debe iniciar después de que se descarte la posibilidad de que la persona tenga la enfermedad de tuberculosis.

La mayoría de las personas con enfermedad de tuberculosis tienen uno o más síntomas de enfermedad de tuberculosis. Todas las personas que tengan síntomas o un resultado positivo en la prueba de detección de tuberculosis deben ser evaluadas para detectar la enfermedad de tuberculosis. Si una persona tiene síntomas, pero un resultado negativo en la prueba de detección de tuberculosis, todavía debe ser evaluada para detectar la enfermedad de tuberculosis.

Diagnóstico de la infección de tuberculosis latente

El diagnóstico de la infección de tuberculosis latente se hace si la persona tiene un resultado positivo en la prueba de detección de la tuberculosis y la evaluación médica no indica enfermedad de tuberculosis. La decisión sobre el tratamiento para la infección de tuberculosis latente se basará en las probabilidades de que la

persona presente enfermedad de tuberculosis al considerar sus factores de riesgo.

Diagnóstico de la enfermedad de tuberculosis

La enfermedad de tuberculosis se diagnostica con los antecedentes médicos, un examen físico, una radiografía de tórax y otras pruebas de laboratorio. La enfermedad de tuberculosis se trata tomando varios medicamentos según las recomendaciones del proveedor de atención médica.

Se debe sospechar que una persona tiene enfermedad de tuberculosis si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Pérdida de peso sin causa conocida
- Falta de apetito
- Sudores nocturnos
- Fiebre
- Fatiga

Si la enfermedad de tuberculosis afecta los pulmones (tuberculosis pulmonar), los síntomas pueden incluir:

- Tos que dura más de 3 semanas
- Hemoptisis (tos con sangre)
- Dolor de pecho

Si la enfermedad de tuberculosis se presenta en otras partes del cuerpo (extrapulmonar), los síntomas dependerán del área afectada.

Los grupos a los cuales se les debe dar alta prioridad para el tratamiento contra la infección de tuberculosis latente incluyen:

- Personas con un resultado positivo en el análisis de sangre de detección de la tuberculosis (pruebas de liberación de interferón gamma o IGRA, por sus siglas en inglés).
- Personas con una reacción de 5 milímetros o más a la prueba cutánea de la tuberculina (TST, por sus siglas en inglés), con las siguientes características:
 - Personas infectadas por el VIH.
 - Personas que tuvieron contacto reciente con un paciente que tenga la enfermedad de tuberculosis activa.
 - Personas con cambios fibróticos en la radiografía de tórax indicativos de una tuberculosis previa.
 - Personas que hayan recibido trasplantes de órganos.
 - Personas inmunodeprimidas por otras razones (p. ej., que estén tomando el equivalente a >15 mg/día de prednisona durante 1 mes o más, o estén tomando antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa [FNT- α]).

- Personas con una reacción de 10 milímetros o más a la prueba cutánea de la tuberculina, que sean de países donde la tuberculosis es común, como México, las Filipinas, Vietnam, la India, China, Haití y Guatemala, o de otros países con altas tasas de tuberculosis. (Cabe señalar que a las personas nacidas en Canadá, Australia, Nueva Zelandia, o en los países del oeste y norte de Europa no se las considera con un alto riesgo de infección de tuberculosis, a menos que hayan pasado un tiempo en un país con una alta tasa de esta enfermedad).
- Usuarios de drogas inyectables
- Residentes y empleados de sitios de alto riesgo donde se congrega una cantidad considerable de personas (p. ej., centros correccionales, hogares de ancianos, albergues para desamparados, hospitales y otros establecimientos de atención médica)
- Personal de laboratorios micobacteriológicos,
- Niños menores de 4 años, o niños y adolescentes expuestos a adultos en categorías de alto riesgo.

En el caso de las personas que no tengan factores de riesgo de tuberculosis conocidos, se puede considerar el tratamiento contra la infección de tuberculosis latente si tienen un resultado positivo en una prueba de liberación de interferón gamma (IGRA), o si su reacción a la prueba cutánea de la tuberculina es de 15 milímetros o más. Sin embargo, los programas selectivos de pruebas de detección de la tuberculosis solo se deben implementar en grupos de alto riesgo. Todas las actividades en las que se realicen pruebas de detección deben acompañarse con un plan de seguimiento de los cuidados médicos para las personas que presenten infección de tuberculosis latente o enfermedad.

La BCG está contraindicada en personas con sida, independientemente de la edad que tengan.

En cuanto a la alimentación, si viaja a una zona afectada por la enfermedad absténgase de tomar leche o cualquier producto lácteo que no haya sido pasteurizado. En caso de contacto prolongado con una persona infectada que no está en tratamiento acuda lo antes posible a un médico y sométase a la prueba de la tuberculina. El especialista valorará si debe administrarle el tratamiento o la quimioprofilaxis específica frente a la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad es curable el 99% de las veces, pero el secreto para que esto suceda radica en el total cumplimiento del tratamiento, la mayoría de las recaídas están

asociados al abandono de la toma de los medicamentos apenas desaparecen los síntomas, cuando en realidad el bacilo aún continúa en el organismo.

La prevención pasa por la detección precoz de la enfermedad, de manera que se pueda evitar la transmisión al resto de la gente. La OMS recomienda la vacunación con BCG a todos los recién nacidos con alta incidencia de tuberculosis, incluyéndola en el calendario infantil de forma sistemática. Debe administrarse sólo una vez, ya que no está probada la eficacia de la revacunación. Asimismo, no está recomendada a personas adultas que vayan a trasladarse a zonas de alto riesgo, pues tampoco se ha demostrado su eficacia en este campo. No obstante, la OMS recomienda su administración en niños y jóvenes que vayan a pasar largas temporadas en zonas de incidencia.

La tuberculosis no se transmite por medio de los abrazos, los besos, el apretón de manos, el compartir vajilla u otros utensilios, o cuando se mantienen relaciones sexuales, es por eso que el paciente que está en tratamiento puede continuar con su vida diaria, solo que deberá tapar su boca con un pañuelo o un tapabocas cuando tosa o estornude. De hecho, se ha comprobado que cuando se cuenta con el apoyo de familiares y amigos es más frecuente que se cumpla el tratamiento en su totalidad.

Es importante que la persona que está enferma permanezca en un sitio bien ventilado, bien iluminado y limpio, ya que esto favorece que la bacteria no se multiplique, sin embargo, durante el primer mes de tratamiento se recomienda que no estén en contacto con el enfermo personas con problemas de defensas o niños menores de 5 años.

Por último, es importante desmentir algunos mitos que aún persisten:

- La tuberculosis NO es una enfermedad hereditaria.
- NO se cura con remedios caseros o naturales.
- Su tratamiento NO es costoso, de hecho, es GRATUITO.
- Si se está en embarazo se debe recibir el tratamiento, ya que esta enfermedad puede afectar al bebé, en este caso se formulan medicamentos especiales.

A partir del 2018, hay cuatro esquemas posológicos para el tratamiento de la infección de tuberculosis latente recomendados por los CDC que usan isoniacida (INH), rifapentina (RPT) o rifampina (RIF). Todos los tratamientos son eficaces.

Los proveedores de atención médica deberían recetar los tratamientos más cortos, que son más convenientes, siempre que sea posible. Hay más probabilidades de que los pacientes completen los tratamientos cuando tienen una menor duración.

El tratamiento debe modificarse si el paciente ha tenido contacto con una persona que tiene enfermedad de tuberculosis resistente a los medicamentos.

6 Bibliografía

- 1.10 datos sobre la tuberculosis (html). Organización Mundial de la Salud. 31 de marzo de 2017.
2. Sulis, Giorgia; Centis, Rosella; Sotgiu, Giovanni; D'Ambrosio, Lia; Pontali, Emanuele; Spanevello, Antonio; et al. (noviembre de 2016).
3. Unitat de Tuberculosi Experimental (UTE) de l'Institut per a la Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol.
4. Raviglione M. C., O'Brien R. J. Tuberculosis de Harrison's Principles of Internal Medicine (16th ed.).
5. OMS (noviembre de 2009). La tuberculosis y el tabaco.
6. Cole, E., Cook, C. (1998). Characterization of infectious aerosols in health care facilities: an aid to effective engineering controls and preventive strategies. *Am J Infect Control* 26 (4): 453-64.
7. The Global Burden of Latent Tuberculosis Infection: A Re-estimation Using Mathematical Modelling. [La carga global de la infección latente de tuberculosis: una re-estimación usando modelado matemático]. Octubre 2016

Capítulo 425

CUIDADOS TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DEL AL PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

LORENA GUTIERREZ ROMO

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

JULIO MATANZAS SUAREZ

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el sistema, dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo.

Además del gran impacto socioeconómico que producen las enfermedades crónicas, también limitan o ponen en riesgo la existencia y la calidad de vida de quien las tiene, y de todo el sistema de relaciones interpersonales en que está implicada la persona y su familia, que ve seriamente afectada toda su dinámica y funcionamiento. En este sentido la ERC debe ser considerada como una condición

que requiere un ambiente humanístico para su cuidado, así como un abordaje integral encaminado a un diálogo y trabajo colaborativo entre los profesionales que brindan sus cuidados al individuo con la enfermedad y su familia.

De tal forma, es primordial reconocer el papel que desempeña el equipo de enfermería como disciplina que lidera el cuidado y como principal responsable en la monitorización y control de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes cada día en diversos entornos. Se considera importante la investigación basada en la evidencia, con el fin de revisar juiciosamente la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente; y de esta manera buscar constantemente la integración de enfoques, perspectivas y puntos de vista de lo que es la práctica profesional y la investigación, con la tradición científica de la enfermería y la experiencia acumulada en el manejo de modelos de práctica y modelos teóricos

2 Objetivos

Conocer los cuidados del equipo de enfermería al paciente con la enfermedad renal crónica y la disciplina que lidera el cuidado y control de la asistencia sanitaria

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de pacientes con enfermedad renal , se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, hemodialisis, enfermedad renal , asistencia, monitorización, crónicos. Se emplearon como criterios de inclusión: idioma castellano, estudios en adultos; y se excluyeron aquellos publicados previamente al año 2000; se ordenaron según relevancia y fueron analizados los 20 primeros.

4 Resultados

El diagnóstico real identificado por todos los autores es el exceso de líquido en los pacientes con la enfermedad renal en hemodiálisis, pues este conduce a complicaciones, tanto como hipotensión y calambres debido a la retirada de líquidos y electrolitos, así como trastornos cardiovasculares que pueden ser graves e irreversibles. Los estudios muestran que el consumo de alimentos ricos en sodio,

así como la ingesta excesiva de líquidos, y la disminución de la diuresis residual están directamente relacionados al aumento de peso y aumento de la presión arterial pre-diálisis. Aunque el tratamiento de hemodiálisis puede ser eficaz, no sustituye completamente la función renal, de modo que la retención de agua sigue siendo una de los principales problemas identificados en estos pacientes. Se presentan los diagnósticos de debilidad, fatiga e intolerancia a la actividad, concomitantes a condiciones de anemia, como una complicación de la enfermedad renal crónica, con diversas causas, así como la deficiencia relativa de eritropoyetina y la deficiencia de hierro. La anemia causa palidez, debilidad, malestar, déficit de atención, deterioro de la calidad de vida y mayor mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica, la evidencia indica que la anemia acelera la disminución de la función renal y su corrección puede interferir favorablemente en la evolución de la ERC. Por lo tanto, el personal de enfermería debe tener el objetivo de la corrección de la anemia, y así reducir la necesidad de transfusiones y el número hospitalizaciones, mejorando la calidad de vida, la capacidad cognitiva y el rendimiento físico en las actividades diarias.

Después de las complicaciones renales, las infecciones constituyen la segunda razón principal de hospitalización en estos pacientes. Esto se explica por el hecho que son pacientes inmunocomprometidos y expuestos a procedimientos invasivos lo que los hace más susceptibles a las infecciones el equipo de enfermería utiliza todos los recursos disponibles para convertirse en una aliada del paciente y su familia y así brindar la educación, el apoyo y la orientación necesaria para que el régimen terapéutico sea efectivo y el paciente reciba los beneficios de un adecuado cuidado por todo el personal.

5 Discusión-Conclusión

El paciente con insuficiencia renal se somete a cambios en su vida cotidiana, y el conocimiento de la hemodiálisis es crítico para que el paciente entienda las complicaciones, restricciones en alimentos, líquidos, uso de medicamentos, amenaza de su propia imagen, que generan estrés, conflicto y ansiedad, lo que interfiere con la adherencia a la terapia. Todos estos conocimientos interfieren con el auto-cuidado, dado que el individuo es el principal responsable de su calidad de vida, vivir con diálisis. Los efectos beneficiosos de la intervención de cuidados de enfermería, promueve un cambio positivo significativo en el autocuidado en comportamiento tales como la dieta, la presión arterial, control del peso, ejercicio y descanso, que los pacientes evidencian difíciles de controlar. Por lo tanto, el

cuidado en salud de enfermería se debe utilizar activamente en la práctica clínica para que los pacientes de diálisis realicen autocuidado a través de la retroalimentación continua.

La familia en el paciente con insuficiencia renal es considerada parte esencial en la atención del cuidado y es importante en este proceso para generar prácticas de buenos hábitos que ayuden al paciente en su estilo de vida, tiene el papel de alentar y disminuir las tensiones que se vayan presentando a lo largo del proceso de la enfermedad, por esta razón el personal de enfermería debe apoyarse en la familia para la planificación de cuidados con el fin de generar beneficios al paciente. Para esto se debe analizar las condiciones físicas, económicas y socioculturales para conocer si realmente existen los medios en casa para brindar al enfermo la atención adecuada, ya que se deberá afrontar la enfermedad y también múltiples cambios en estilos de vida del paciente.

El apoyo y cooperación de enfermería hacia la familia, le ayuda a disminuir su incertidumbre y a prepararse para desempeñar un papel activo en el cuidado del paciente en el hogar, permitiéndole elegir el tipo de soporte más adecuado para las necesidades propias y decidir hasta donde desea tener parte en el cuidado de la persona enferma.

La atención debe ser personalizada, enfocada al bienestar común, brindada por un profesional del equipo de enfermería. La educación continua de los pacientes sobre los temas que son importantes para ellos, permite a al equipo de enfermería a ayudarlos a mejorar los resultados, crear actitudes positivas en cuanto a su tratamiento, y ser más independientes.

Los efectos beneficiosos de la intervención de cuidados de enfermería, promueve un cambio positivo significativo en el autocuidado.

6 Bibliografía

1. Acuña L, Soler L, Sánchez P, Martínez D, Torres L, Mercado E, et al. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo 2012.
2. oorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería: desarrollo, perfeccionamiento y uso en la práctica, investigación y enseñanza. Cuarta ed. España: Elsevier Mosby; 2009.
3. Pons A, Escoda T, Brull L, Anento S, Martínez E, Porcar E. Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal y hematuria 2005.

4. Luis M. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Tercera ed. Barcelona: Masson; 2005.
5. Marcos V. Plan de Cuidados Enfermeros en SM 2008.
6. De la Cuesta C. La Investigación Cualitativa y el Desarrollo del Conocimiento en Enfermería. Alicante 2010. p. 762-6.
7. Sánchez J, Rodríguez A, Baldan S, Cigarrán S, Herrero J, Maduel F, et al. Evaluación de la opinión de los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis respecto al fin de la vida y la planificación anticipada de cuidados. Revista Nefrología.
8. Orem D. Modelo de Orem: La teoría de Enfermería. Una Teoría General. Una Teoría General. cap 3. Madrid: Masson-Salvat.

Capítulo 426

CUIDADOS BASICOS DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL NEONATO

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

JULIO MATANZAS SUAREZ

LORENA GUTIERREZ ROMO

1 Introducción

El cuidado del neonato desde la se constituye en un reto que pretende traer a escena diferentes significados en la concepción del quehacer para mantener, proteger y fortalecer la vida del niño. El conocer las prácticas y creencias permite identificar y significar las prácticas que suelen pensarse como tradiciones retrógradas comparadas con el avance técnico científico al establecer un puente de comunicación entre los cuidados propios que tienen las personas y el conocimiento técnico científico que se tiene a través del cuidado de enfermería. El presente artículo se plantea como objetivo: Representar el cuidado Neonatal desde diferentes enfoques transculturales que le permitan a la enfermera dar herramientas constructivas a la familia respetando creencias culturales de cada núcleo familiar. Para promover la salud de los neonatos, es importante reconocer la dimensión cultural, en la cual hay oportunidades y amenazas; las primeras se pueden preservar, así como es posible negociar o reestructurar las últimas. Esta interacción, sin

duda, se facilitará en la medida en que el técnico auxiliar de enfermería tenga un conocimiento profundo de ese saber cultural y propio de cada familia y de esta manera pueda compararlas, pues se encuentran elementos comunes y diversos que propician un cuidado humano y universal, con el respeto a las diferencias y especificidades derivadas de la heterogeneidad de las familias y su entorno cultural.

Por tal razón, el nacimiento de un niño es uno de los momentos más maravillosos de la vida. Pocas experiencias pueden compararse con este suceso. Los recién nacidos tienen capacidades sorprendentes y sin embargo, dependen por completo de los demás en todos los aspectos: alimentación, calor y bienestar. Con el nacimiento, se producen cambios físicos sorprendentes; en el momento de su nacimiento, se corta el cordón umbilical y se sujeta con una pinza cerca del ombligo; esto hace que el neonato, deje de depender de la placenta para nutrirse de oxígeno. En el momento en que el niño respira por primera vez, el aire penetra en las vías respiratorias de los pulmones.

2 Objetivos

Conocer los cuidados básicos del técnico auxiliar de enfermería al neonato.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de pacientes con neonatos, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: Cuidado, Cuidado Neonatal, recién nacido; se ordenaron según relevancia y fueron analizados los 20 primeros.

4 Resultados

La calidad de los cuidados ofrecidos a los niños dependerá de las respuestas que los adultos significativos establezcan en su relación con ellos, a mejores respuestas excelentes oportunidades de desarrollo. En este sentido, las familias son el fundamento de la sociedad; el respeto recíproco de derechos y obligaciones dentro de la misma, da como resultado una sociedad saludable y fuerte. Cuando tales

relaciones familiares desaparecen, la sociedad pierde su compasión y su respeto hacia los demás.

Para el individuo, el primer contacto humano se produce en el útero materno. La adaptación se hace a nivel biológico y fisiológico básicamente. La placenta y el cordón umbilical son la estructura física de semejante contacto. Después del nacimiento, la relación madre-neonato crea un sistema de contacto con patrones y conductas definidas.

El contacto humano se produce por proximidad. Cuanto más cercano es dicho contacto, tanto más íntimo es. Esa unión será influida por los significados compartidos; no obstante, la proximidad física es lo que proporciona el núcleo generador del significado y de la trascendencia del contacto humano, formando una cadenas recurrentes donde se va modificando la conducta del otro, es decir, si el niño llora, el adulto le atiende; si el adulto sonríe, el niño también lo hace. Lo fundamental en esta relación es la percepción del otro y el reconocimiento de que somos percibidos y percibimos al resto.

Es por ello, la tarea adaptativa por perfección, es el beneficio de la percepción del otro, la comprobación de cómo se puede interaccionar, los límites y pasos de lo que se ha usado para referirse al sentido común, los significados compartidos contruidos por la gente en sus interacciones y usado como recurso cotidiano para interpretar el significado de los elementos de la vida cultural y social. Si la gente comparte el sentido común, entonces comparte una definición de la situación

5 Discusión-Conclusión

El abordaje del Cuidado Neonatal como un Enfoque Transcultural se da desde las primeras experiencias vinculares (gestación e infancia) y dejan huellas que se proyectarán en la vida de cada uno con singular fuerza. Cada ser humano lleva en sí una sucesión de experiencias vividas intensamente desde la concepción. Hablar de vínculo como algo que comienza en el nacimiento, sería negar todas las riquísimas experiencias previas de la madre y el hijo durante la gestación. Cuando la mujer tiene un hijo, él ya la conoce, porque estuvo viviendo en su interior, entonces reconoce su olor, sus ruidos, sus latidos, su calor. Antes de nacer el bebé se alimentaba a través del cordón umbilical, en el momento preciso, con la justa medida de lo que necesitaba, y no era necesario que le pidiera a la mamá porque recibía lo que necesitaba. Esto mismo significa la lactancia y por eso el pezón es el cordón umbilical externo, porque a través del pecho la mamá

responde de la misma manera. Ella siente y registra con mucha facilidad, por eso es natural que sepa qué necesita su hijo.

Por tal razón, comprender las creencias y prácticas de cuidado que las madres brindan a sus hijos recién nacidos contribuye a la profundización del conocimiento en torno a la diversidad cultural inmersa en ese modo particular de cuidar. Los profesionales de enfermería deben conocer las semejanzas y diversidades del cuidado de las personas a quienes les brindan cuidados para ofrecer a los usuarios de diversas o similares culturas, un cuidado congruente y oportuno; los cuales forman parte de un sistema popular de cuidado, que se ha transmitido de generación en generación como un conjunto de ideas, modelos cognitivos, expectativas y normas que guían las respuestas de las madres, su familia y personas allegadas ante un fenómeno tan especial como es el cuidado del recién nacido.

De esta manera, conociendo la cultura en la cual están inmersas las personas a las que se cuida, se pueden predecir las decisiones y acciones para preservar, negociar o reestructurar el cuidado; darle sentido a las costumbres, los valores y los mitos que se asocian con el cuidado de los recién nacidos, permitiendo ofrecer acciones de cuidado sensitivo con la cultura a la que pertenecen cada trinomio (padre, madre y neonato). Por tal razón, ganar conocimiento de la cultura de los otros facilita la interacción para proporcionar el cuidado por cuanto la Enfermera, de este modo, puede concertar las acciones potenciales y las alternativas de cuidado que se basan en las creencias y valores de las personas y de las familias a quien cuida. Así las acciones de cuidado del neonato se determinan conjuntamente, haciéndolo aceptable y acorde con la cultura.

En la mayoría de los casos, y sobre todo, al manipular un neonato con alto riesgo de infección, debemos seguir el protocolo de Mínima Manipulación. Éste trata básicamente de evitar manipulaciones innecesarias y de concentrar todas aquellas que sí lo son en un solo tiempo. De forma que todas las actuaciones que precisa el recién nacido, tales como la administración de medicación, inicio de alimentación, aspiración de secreciones, cambio de pañal..., intentaremos que coincidan con el momento de la toma de constantes, siendo la mayoría de las veces cada 3 ó 6 horas. Se intentará también que todo este conjunto de actuaciones los realice una sola persona (enfermero/enfermera).

El personal que realice el cuidado del neonato no deberá llevar anillos, pulseras o relojes, y tampoco esmalte de uñas. También se deberá llevar el pelo recogido. En la medida de lo posible se intentará que todo el personal sanitario, realice cambio de uniforme a diario. El lavado y/o desinfección de manos se realizará cada vez

que esté indicado y las veces que sea necesario según hemos explicado anteriormente. Una vez introducidas las manos dentro de la incubadora, no hay que tocar nada del exterior, en el supuesto que sea necesario, se debe solicitar ayuda a un compañero; y si no es posible, desecharemos los guantes y, tras realizar lo que necesitábamos, aplicaremos alcohol glicerinado en nuestras manos y nos colocaremos unos guantes nuevos. Se hará uso de otros utensilios de barrera tales como mascarillas, gorros o batas si se precisan mayores medidas de aislamiento según la circunstancia.

Cada niño debe disponer de material para su uso exclusivo. Si existiera la necesidad de compartir algo entre varios neonatos, se limpiará y desinfectará de forma adecuada. Evitaremos dejar material (sobre todo el pesado) encima de la incubadora, ya que producen ruidos que alteran el confort del neonato. De la misma forma, se intentará evitar la contaminación acústica innecesaria en la unidad tales como gritos, música alta, alarmas con sonido demasiado elevado, etc. También es importante hacer uso de mantas aislantes específicas para las incubadoras, ya que aíslan bastante del ruido y de la luz.

6 Bibliografía

1. Fonagy, Peter (2004). La teoría de apego y el psicoanálisis. Barcelona. Editorial SPAXS. S.A.
2. Boff L. (1999) Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes
3. Vásquez ML. (2006) Aproximaciones a la creación de competencias culturales para el cuidado de la vida. Invest Educ Enferm.
4. Vásquez ML. Desarrollo conceptual en enfermería: evolución, tendencias y desafíos. Avanc Enferm 2006
5. Guías Nacionales de Neonatología 2005. Ministerio de Salud.

Capítulo 427

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL ANCIANO FRÁGIL EN URGENCIAS

BEGOÑA PEREZ PATRICIO

ANA MARIA SUÁREZ VEGA

JULIO MATANZAS SUAREZ

LORENA GUTIERREZ ROMO

1 Introducción

Teniendo en consideración que el paciente anciano requiere evaluaciones más complejas con una mayor realización de pruebas complementarias y consultas a otros especialistas, estancias más prolongadas en urgencias y mayor porcentaje de ingresos, el progresivo envejecimiento poblacional puede llegar a repercutir seriamente en la presión asistencial de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH).

El paciente anciano de alto riesgo es vital detectarlo antes de asignarle una ubicación definitiva. Para ello, es importante instaurar un cribado entre los pacientes ancianos que acuden a urgencias con el fin de seleccionar a los que se van a beneficiar de una valoración geriátrica integral y así poder diseñar un plan específico de cuidados. La intervención urgente en el paciente geriátrico no debe afrontarse exclusivamente como un problema médico sino que debe tenerse en cuenta aspectos funcionales, mentales o sociales. Representa un reto para los SUH.

A lo largo de los años, y en función de la fuente consultada, los conceptos de anciano, anciano frágil o paciente geriátrico varían e incluso en algunas ocasiones se han utilizado de forma indistinta.

Por paciente geriátrico se entiende aquel sujeto de edad avanzada con pluripatología y polifarmacia y que además presente cierto grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Es frecuente que asocie problemas cognitivos o afectivos y la necesidad de recursos socio-sanitarios. Por tanto, es evidente que la definición de paciente geriátrico engloba una serie de aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales de los cuales dista el mero término de anciano.

El anciano frágil es aquel paciente de edad avanzada que presenta una serie de cambios consecuencia del envejecimiento en los diferentes órganos y sistemas que le otorgan una pérdida de la reserva fisiológica. Dicho paciente conserva la independencia para las actividades básicas de la vida diaria, pero ante la presencia de un proceso intercurrente está en riesgo de sufrir un deterioro de la capacidad funciona

2 Objetivos

Conocer los cuidados básicos del técnico auxiliar de enfermería a la persona mayor en urgencias.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de pacientes con neonatos , se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: Cuidado, Emergencias. Geriátría, Fragilidad, Anciano, Valoración; se ordenaron según relevancia y fueron analizados los 20 primeros.

4 Resultados

El anciano suele hacer un uso adecuado de las urgencias. Cuando comparamos las visitas a urgencias en los grupos de edad de mayores o menores de 65 años, se evidencia que el paciente anciano tiene mayor probabilidad de sufrir un problema

de gravedad. De hecho, son más frecuentemente clasificados con un nivel de atención de muy urgentes. Los motivos más frecuentes de consulta a urgencias en los ancianos son los síntomas generales y los problemas digestivos, respiratorios y músculo-esqueléticos.

Los pacientes de edad avanzada tienen con mayor frecuencia un consumo más elevado de fármacos. Esta circunstancia, junto a las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas consecuencia del envejecimiento, a las enfermedades asociadas (como el deterioro cognitivo o la disminución de la agudeza visual) y a los a veces complejos regímenes terapéuticos, hace a este grupo de población más susceptible a la presentación de reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Cuando un paciente anciano visita un SUH y, más aún cuando se le etiqueta de frágil o geriátrico, se le debe considerar un paciente de riesgo. Esto es debido a que, cuando se les compara con los jóvenes, se ha visto que presenta un mayor número de complicaciones, un mayor porcentaje de ingreso, refrecuentación e institucionalización o muerte tras el alta.

La valoración médica urgente es a menudo breve y dirigida por el motivo de consulta. Por lo tanto, es generalmente unidimensional, centrada en el episodio médico sin reconocer las peculiaridades del anciano y menospreciando la valoración funcional, mental o social.

En los ancianos frágiles y pacientes geriátricos es común encontrar los denominados «síndromes geriátricos» (SG). Son un conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades de alta prevalencia en los ancianos y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social.

5 Discusión-Conclusión

Se han descrito numerosos SG recordados fácilmente como las «íes» de la geriatría. Los más importantes son el delirium y la demencia, la inmovilidad, las caídas, la inestabilidad y la incontinencia urinaria y/o fecal.

La detección del paciente anciano de alto riesgo obliga a realizar una valoración geriátrica integral para establecer un plan de cuidados y así poder mejorar los resultados. Para conseguir una intervención exitosa en el paciente geriátrico, es fundamental contar con una exquisita coordinación entre los equipos de valoración geriátrica, el personal de enfermería, EL Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y los médicos de atención primaria o de las residencias

y por supuesto, en caso que sea posible, con la colaboración de la familia o el cuidador principal.

No se puede recomendar actualmente un modelo funcional o estructural universalizado en la atención del paciente geriátrico en urgencias. Las unidades vinculadas a los SUH, como las salas de observación y las unidades de corta estancia, apuntan como áreas específicas que podrían ser efectivas en el tratamiento de la agudización de procesos crónicos y donde realizar la VGI de cara a reducir el número de ingresos innecesarios y optimizar los cuidados ambulatorios.

Los servicios de urgencias deberían estar diseñados para el paciente geriátrico. Tendrían que ser una estructura que facilite una estancia confortable y segura que minimizase el riesgo de caídas, con medidas que previniesen las úlceras por presión y con personal sanitario formado específicamente para la atención integral de las personas mayores.

6 Bibliografía

1. Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias* 2008.
2. Moya Mir MS. Epidemiología de las urgencias del anciano. *Monografías Emergencias* 2008; 2: 6-8.
3. Duaso E, López-Soto AL. Valoración del paciente frágil en urgencias. *Emergencias* 2009; 21: 362-369.
4. Moya Mir. La formación geriátrica en urgencias. *Emergencias* 2006; 18: 1-4.
5. Redín JM. Valoración geriátrica integral: evaluación del paciente geriátrico y concepto de Fragilidad. *An Sist Sanit Navar* 1999; 22 (Supl. 1): 41-50.
6. González García P. Síndromes geriátricos: conceptos e identificación. *Monografías Emergencias* 2008; 2: 9-11.

Capítulo 428

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN BOX DE UCI. ACTUACIONES DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

LORENA PEREZ MENENDEZ

ELICE MARIA GARCIA PEINADOR

MARINA MENÉNDEZ SUÁREZ

LIDIA RODRIGUEZ CADENAS

1 Introducción

La limpieza y desinfección en un centro hospitalario debe ser continua y rigurosa, pero en el área de críticos debe seguir un estricto protocolo para así evitar en la medida de lo posible el mayor número de contaminaciones cruzadas que se producen en esta área por no cumplir estrictamente con él.

En la limpieza y desinfección de un box de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) no sólo participa el personal de limpieza, sino que también es tarea del Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) encargado de dicho box. El trabajo de éste profesional con respecto a la limpieza es continuo durante la estancia

del paciente en este servicio, y al alta de éste es donde hay que hacer especial hincapié en su desinfección.

2 Objetivos

Identificar el procedimiento por el que se realiza una buena limpieza en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: limpieza, auxiliar, cuidados, procedimiento, TCAE, UCI, intensivos. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

El objetivo principal es realizar correctamente la limpieza y desinfección de los box de UCI antes, durante y después del ingreso de un paciente, para así intentar evitar la contaminación cruzada que se produce con demasiada frecuencia, debido a que no se realiza correctamente alguno de los pasos a seguir en el procedimiento establecido, contribuyendo con ello a la propagación de virus y bacterias que llegan a hacerse multirresistentes.

Es muy importante para lograr el objetivo que se involucren todos los profesionales que participen en la atención al paciente, ya que estos no llevando a cabo las actuaciones necesarias con respecto a la protección individual cuando sea necesaria y realizando incorrectamente el lavado higiénico de manos contribuirán a la propagación de infecciones.

Una vez que el paciente es dado de alta del servicio de UCI empieza la tarea de limpiar y desinfectar el box correctamente y dejarlo preparado para el próximo ingreso.

Se tienen que tener en cuenta varias cosas y en función de ellas la limpieza y desinfección se realizará tantas veces como sea necesario.

1. Hay que tener en cuenta si el paciente estaba aislado por ser portador de algún virus o bacteria.
2. Tiempo de ingreso en la unidad.

El primer paso será recoger los útiles de aseo utilizados para el aseo del paciente y ponerlos a lavar y desinfectar en el aparato destinado para ello (cuñero). Se levanta la cama y se deposita toda la lencería utilizada o no que haya en el box en los carros de sucio.

Se procede a la limpieza y desinfección del material no fungible: monitores y pantallas, módulos y cables para la toma de constantes, fonendoscopio, respirador, bombas de infusión y de alimentación, recipiente de aspiración, caudalímetro, termómetro, mortero... El material fungible que esté precintado o envasado herméticamente se le pasará un paño humedecido en solución desinfectante para colocarlo en el lugar correspondiente una vez el box esté totalmente limpio y se proceda a su montaje.

En este apartado se incluye: jeringas, agujas, tapones de vía, pulsioxímetro, hisopos, dial-flow, mascarillas de oxígeno terapia, sueros, hemocultivos, tubos de analítica, alargaderas, equipos de bomba y de suero, gafas de oxígeno, ácidos hiperoxigenados, alcohol, agua destilada... También hay material que habrá que desechar en todos los casos cómo: compresor, campana, gasas no estériles, electrodos, guantes, fundas de termómetro (axilar u ótico), vasos de plástico...

Una vez realizado nuestro trabajo se avisará al personal de limpieza para que procedan al lavado y desinfección de techo, paredes, óculos, cama, armarios, mesitas, sillas, cubos de basura, suelo y de todo aquello que esté fijo dentro del box. Si el paciente hubiera estado aislado por tener alguna enfermedad infecto-contagiosa se harán tantas limpiezas como fueran necesarias, lo más habitual en estos casos son 4 limpiezas, pero hay ocasiones en las que estas se hacen de manera indefinida, principalmente debido a la larga estancia del paciente allí ingresado pudiendo tratarse de meses e incluso 1 año. Las limpiezas se hacen en turnos de mañana y tarde, debiendo de registrarse estas en un documento facilitado por el personal de supervisión del servicio. En ellas se pondrá el día, el turno y la firma de la TCAE que lo realizó así cómo la de la persona del servicio de limpieza

Para mejorar los resultados e intentar evitar infecciones, en el trabajo a realizar por parte del TCAE es muy importante cumplir con todas las normas necesarias dependiendo del tipo de paciente que se esté tratando y una vez sea trasladado a planta realizando minuciosamente la limpieza y desinfección del box para que

éste quede completamente adecuado para el próximo ingreso.

Para ello deben también deben de participar todos los profesionales implicados (facultativos, DUE, celador, técnicos, personal de limpieza...) durante todo el proceso que el paciente permanezca en el servicio de críticos. Una parte importante para lograr buenos resultados también englobaría a familiares y amigos que visiten al enfermo, hay que informarles de los pasos a seguir en caso de que el paciente esté con aislamiento (colocación de EPIS), sino bastaría con el lavado de manos higiénico según las recomendaciones de la OMS.

La forma más eficaz para prevenir y evitar infecciones y contagios es la correcta aplicación de los protocolos de limpieza y desinfección.

5 Discusión-Conclusión

Está comprobado que para disminuir las infecciones nosocomiales y la contaminación cruzada deben de implicarse todos los profesionales que traten a estos pacientes, ya que aunque la limpieza y desinfección es muy importante una vez recibe el alta de la unidad de críticos también es fundamental cumplir las normas durante la estancia del paciente en la UCI.

Un dato muy importante a tener en cuenta es que el contagio y propagación no se evita con la colocación de guantes, ya que estos son porosos y no protegen totalmente ni al paciente ni al personal facultativo. Para ello se debe de llevar a cabo la correcta desinfección de las manos antes, durante y después de tener contacto con cualquier paciente, siguiendo el protocolo de la OMS donde explica cómo hacerlo correctamente, un procedimiento que no lleva más de 2 minutos. Es una forma eficaz y rápida de evitar la transmisión de enfermedades, uno de los mayores problemas de la sanidad en los países desarrollados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 429

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS INTENSIVOS

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

EMMA GONZALEZ MUÑOZ

1 Introducción

La UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) es un servicio hospitalario donde los pacientes reciben una atención y unos cuidados intensivos y continuados. Los pacientes que son derivados a la UCI, son personas que sufren alteraciones muy graves, las cuales pueden tener como consecuencia un grave peligro para su vida. Es un servicio que requiere de un equipo sanitario que actúe de forma rápida, segura y ordenada.

2 Objetivos

Determinar las pautas de trabajo que deberá llevar a cabo el Técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: auxiliar, TCAE, UCI unidad de cuidados intensivos. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Bibliografía

- Gómez Rubí J.A. Medicina Intensiva. Concepto, desarrollo histórico y fundamentos doctrinales. En: Ginestal Gómez R. Libro de texto de cuidados intensivos
- González Díaz G, García Córdoba F. Modelos organizativos en Medicina Intensiva: el modelo español. En: Gumersindo González Díaz. Libro electrónico de Medicina Intensiva
- Herrero Fernández S, Abizanda Campos R. La cartera de servicios en Medicina Intensiva. En: Gumersindo González Díaz. Libro electrónico de Medicina Intensiva Ortega A, Ortiz Melón

Capítulo 430

HEMORRAGIAS EXTERNAS, A PROPÓSITO D EUN CASO CLÍNICO

MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

Nuestro sistema circulatorio está formado por arterias, venas y vasos capilares, la rotura de cualquiera de ellos da lugar a una salida abundante de sangre ,es lo que llamamos "hemorragia", y puede ser de tres tipos:

- Arterial:afecta a la arteria ,es de color rojo brillante por su elevado contenido en oxígeno y sale de forma intermite coincidiendo con las pulsaciones.
- Capilar: solo afecta a los vasos sanguíneos más superficiales y sale poca cantidad.
- Venosa: es de color rojo oscuro ,sale de forma más continuada y en cantidad variable.

2 Objetivos

Identificar cómo realizar un buen control de las hemorragias externas.

3 Caso clínico

Paciente varón de 16 años de edad, sin antecedentes de interés, es atendido en medio no hospitalario por sanitarios con corte en la pierna al altura del muslo: ejercemos presión sobre la arteria femoral con el fin de disminuir la circulación en miembro afecto (muslo, pierna y pie), presionamos también sobre el pliegue

inguinal tres minutos, y si la hemorragia cesa vamos dejando de presionar la arteria.

La presión la aplicaremos con gasas estériles y nos pondremos guantes para ell, y si no es posible, con nuestras manos bien limpias y sin heridas o lesiones.

4 Resultados

Con las medidas apropiadas conseguimos detener la hemorragia y estabilizaremos al paciente, y finalmente si es posible, se le colocará el aposito adecuado al tamaño de la herida para continuar con el taponamiento externo de la hemorragia.

5 Discusión-Conclusión

Deberemos saber distinguir el tipo de hemorragia para aplicar el cuidado especifico en ese momento ya que de ello depende a veces la vida del paciente.

Para controlar las hemorragias se suelen emplear diversos procedimientos (presión directa , acostar a la victima , elevar las piernas o miembro afectado ,torniquete ,etc.) con el fin de evitar que el paciente se desangre y entre en shock o fallezca, si la cantidad de sangre perdida fuera elevada.

6 Bibliografía

- http://www.semanasalud.ua.es/web2/1_auxili.htm
- http://www.061_galicia.com/castellano/páginas/frame 5.htm.
- <http://salud-latina.com/primeros-auxilios>
- http://español.yahoo.com/salud/primeros_auxilios/
- http://www.bim.com.mx/primeros_auxilios.htm/

Capítulo 431

PACIENTE CRÍTICO Y SU NUTRICIÓN ENTERAL

MÓNICA CANTELI RIVERA

NOELIA CUESTA MARIA

CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SUSANA DIAZ BRANDY

SONIA MORILLO GONZÁLEZ

1 Introducción

La nutrición oral es la forma fisiológica que tiene el ser humano para comer. Hay algunos momentos en los que esta manera de nutrirse no es posible y es cuando se recurre a otra técnica de nutrición artificial, caso de la Nutrición Enteral. Esta forma, nos proporciona el mismo fin que una alimentación oral racional.

Se podrá llevar a cabo esta técnica en aquel paciente que no deba o no pueda comer normalmente y que tenga su sistema gastrointestinal capaz de poder absorber y digerir los nutrientes por vía digestiva a nivel del estómago o del intestino delgado. Para ello tenemos que:

- Emplear una sonda para poder proceder a la administración.
- Suprimir la introducción por vía bucal de los alimentos.

2 Objetivos

- Identificar la importancia de la nutrición enteral en la unidad de críticos y cuándo se debe de implementar.
- Analizar los diferentes tipos de nutrición enteral existentes.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en las bases de datos PubMed, Google Académico y Medline; empleando los descriptores para la búsqueda de: nutrición enteral, críticos, utilidad, importancia, funciones. Se excluyeron textos sin acceso gratuito y se incluyeron sólo aquellos que fueran publicados en castellano y cuya fecha de publicación fuese en los últimos 10 años.

4 Resultados

En las Unidades de Cuidados Críticos los pacientes presentan estados donde aumenta el grado de malnutrición, también aparece un elevado grado de estrés debido a los procesos quirúrgicos, sépticos y traumáticos a los que son sometidos junto con una variada alteración térmica. Es importante la administración de Nutrición Enteral de manera precoz en las primeras 24 horas desde su ingreso en la Unidades de Cuidados Críticos, pues le beneficia sobre su posterior evolución.

Cuando un paciente llega a estas unidades, lo hace como consecuencia de una potenciación de un proceso crónico, de una patología grave (sépsis, cirugía mayor, politraumatismo...) o bien por una agudización de procesos crónicos. Según el doctor Juan Carlos Montejo, Jefe de Sección de Medicina Intensiva del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, nos transmite que el uso de fármacos en este tipo de pacientes "permite mejorar su evolución, reducir la tasa de infecciones y, con ello, recortar los días de hospitalización, lo que concluye con un ahorro para el sistema sanitario" todo ello siempre que no esté contraindicado.

Debemos de priorizar la Nutrición Enteral ante la nutrición parenteral siempre que sea posible, así dará lugar a menos complicaciones y si hay alguna que sea de menos gravedad. Es más fácil de administrar, controlar, preparar, de tolerar por el propio paciente y más barata para el sistema sanitario.

Se deben de unir criterios en cuanto a la manipulación y forma de administración

en un paciente ingresado en una Unidades de Cuidados Intensivos. Se debe de prevenir y controlar cualquier complicación que tenga que ver con la administración de la Nutrición Enteral y también hay que intentar mejorar la calidad asistencial y el cuidado del paciente en todo momento.

Tenemos diferentes tipos de preparados de Nutrición Enteral, pueden ser:

* según su aporte de nutrientes:

- completas: cubren todas las necesidades en la nutrición del paciente.
- suplementos: complementan la necesidad del paciente cuando recibe nutrición por otras vías.
- módulos: estas sólo le aportan uno de los principios inmediatos.

* según la complejidad de las proteínas:

- poliméricas: tenemos la proteína intacta.
- oligoméricas o peptídicas: son proteínas hidrolizadas.

* según el contenido proteico:

- normoproteicas: le aportan el 18% o menos del total de las calorías de la dieta.
- hiperproteicas: aportan mas del 18% de las calorías en forma de proteínas.

* según su densidad energética:

- hipocalóricas
- isocalóricas o normocalóricas.
- energéticas o concentradas.

* según el contenido en fibra:

- con fibra.
- sin fibra.

* fórmulas específicas:

- desarrolladas específicamente para una determinada patología tipo a diabetes mellitus, oncológicos...

Su forma de presentación puede ser:

- líquido, hay menor riesgo de contaminar, se ahorra tiempo y se previenen errores.
- polvo, más versátil y necesita mayor precaución , suele tener menor coste.

Este tipo de preparados se deben de almacenar en lugar limpio , seco y fresco(temperatura inferior a 30°C) , Una vez que está abierto el envase, se recomienda consumirlo en las próximas 6 horas, y si está administrado por perfusión continua no más de 24 horas.

Existen un par de métodos para poder administrarla: bien de forma continua por goteo durante 24 horas a través de una bomba de infusión y por bolus, se hará mediante un bolo con jeringa o goteo por gravedad, para cuando esta sano el

tracto digestivo. Se administra mediante sonda y tenemos contraindicado usar sondas gruesas de PVC (son las que usamos para aspiración gástrica). Deben de ser de un material preferible como el poliuretano, muy flexible, con pared fina, con una línea radiopaca, sin lastre, con un calibre ideal de 10 Fr, con fiador incorporado y con una longitud de 90 a 105 cm para estómago y de 105 a 145 cm para intestino. La temperatura debe de estar siempre a temperatura ambiente: nunca frías ni calientes. y en cuanto a la posición del paciente, será semisentado, con el tronco elevado entre 30 y 45 °, durante todo el tiempo que dure la perfusión continua o emboladas y durante 1 hora después. Para el ritmo en perfusión continua dividimos el volumen total que hay que administrarle en el día entre las horas que lo vamos hacer y en caso de administrar por emboladas, el ritmo debe de ser lo más lento posible.

Como técnica de colocación citaremos:

- Sonda naso-gástrica
- Sonda oro-gástrica
- Sonda transpilórica, que puede ser: a. sonda nasoyeyunal: sonda de una sola vía que va a yeyuno. b. sonda nasogastroyeyunal: sonda con dos vías una queda a nivel gástrico para aspirar y otra va a yeyuno que es por la que administramos.

La forma más segura de colocar estas sondas es endoscopia o fluoroscopia. Para sujetarla si tenemos una sonda naso-enteral lo haremos a nariz (forma más frecuente) o a la frente (forma menos lesiva), y si tenemos una sonda oro-enteral: al tubo endotraqueal que es la menos lesiva y bastante más segura.

Ante un paciente que recibe Nutrición Enteral debemos de tener la precaución de fijarla de forma segura para prevenir tirones en momentos tipo a los cambios posturales que tengamos que realizarle o en cualquier maniobra que en un momento dado tengamos que llevar a cabo. La zona de fijación de la sonda tenemos que cambiarla a diario modificando el punto que le pongamos de apoyo, previo al lavado de la piel con un jabón suave y agua aclarando y secando finalmente. Toda sonda debe de ser limpiada todos los días en su parte externa con agua tibia, jabón suave y aclarando y en su parte interna cada 6 horas introducir 50 ml de agua para evitar obstrucciones. También es importante mantener cuidadosamente una higiene en las fosas nasales y en la boca evitando sequedades de los labios y que se lleguen a agrietar. Después de tener colocada una sonda se recomienda esperar alrededor de unas 4 horas antes de iniciar la infusión del preparado a administrar, de esta forma el paciente irá adaptándose a ella.

Se iniciará la toma e iremos progresando en función de su tolerancia, que com-

probaremos cada 6 horas si hay contenido gástrico aspirando con una jeringa a través de la sonda, para poder alcanzar la cantidad necesaria para cubrir la necesidad del paciente. Debemos de emplear el equipo específico para cada bomba de infusión y se cambiaran cada 24 horas(tanto bolsa como equipo). La Nutrición Enteral en los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos tiene triple objetivo:

- 1/ prevenir desnutrición del paciente.
- 2/ proporcionar valores nutricionales.
- 3/ si la enfermedad provoca alguna deficiencia en los nutrientes con esta alimentación ayudaremos a corregirla.

Tenemos situaciones en las que la Nutrición Enteral debe de sopesarse su utilización de manera rutinaria como en una quemadura de tercer grado. Tenemos situaciones en las que la Nutrición Enteral podríamos emplearla de manera habitual como en un politrauma, en un paciente con una insuficiencia hepática y renal en estado grave.

Hay casos en donde la Nutrición Enteral es de valor limitado como en una quimioterapia intensiva. Y también algún estado en el que no debe de usarse tipo: una obstrucción intestinal, una lesión abdominal que obliga a una cirugía de urgencia.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante comprobar siempre que la sonda esté permeable y limpia para prevenir posibles complicaciones en el paciente crítico. También se debe de tener especial cuidado en la zona en donde se fija la sonda para prevenir posibles úlceras en la zona de apoyo y para ello se debe de tener presente realizar la correcta higiene diaria con jabón neutro, el aclarado y secado de la zona sin olvidarnos de hacer algún giro para que en su zona interna no se provoquen heridas. Es importante también tener presente el tipo de apósito utilizado para su sujeción externa teniendo presente que sea suave y no agresivo para la piel.

6 Bibliografía

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

Capítulo 432

TEXTILES HOSPITALARIOS, MANIPULACIÓN PARA EVITAR INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA.

DOMINGA BETTY HUATUCO RAMÍREZ

1 Introducción

La aparición y las complicaciones indeseables de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria han sido bien reconocidas en la literatura durante las últimas décadas. Aunque la ruta de transmisión de persona a persona es la más probable, no se debe ignorar el papel del medio ambiente y la ropa de hospital puede contribuir a la propagación de infecciones nosocomiales [1].

Los textiles para el cuidado de la salud incluyen sábanas, mantas, toallas, ropa personal, ropa para pacientes, uniformes, batas, cortinas para procedimientos quirúrgicos. Los textiles y tejidos contaminados a menudo contienen un gran número de microorganismos de sustancias corporales, como sangre, piel, heces, orina, vómito y otros tejidos y fluidos corporales. Aunque los textiles contaminados en las instalaciones de atención médica pueden ser una fuente de un número sustancial de microorganismos patógenos, los informes de enfermedades asociadas a la atención médica vinculadas a telas contaminadas son pocos, por lo tanto, el riesgo general de transmisión de enfermedades es muy bajo [2].

La mayoría de las personas que trabajan en hospitales asumen que la ropa que se les devuelve es, de hecho, limpia y, por lo tanto, segura. La ropa ciertamente

puede haber eliminado la suciedad, pero está lejos de ser estéril y la experiencia alienta a los equipos de control de infecciones a tomar el lavado muy en serio en los brotes que parecen no tener una causa obvia [3].

2 Objetivos

La literatura en el campo de la supervivencia de microorganismos en textiles hospitalarios después del lavado es muy diversa y quizás incluso confusa y contradictoria. Cada publicación establece una temperatura de lavado diferente según corresponda.

El objetivo es determinar el procedimiento más adecuado para el lavado exitoso, que depende de varios factores y cada uno debe optimizarse. Estos factores con un posible efecto sinérgico incluyen: duración de lavado de procedimiento, acción mecánica de lavado de procedimiento, la dosis y tipo de detergentes añadidos y agentes de desinfección, relación de baño, el tipo de ropa de cama, el grado de llenado, etc .

3 Metodología

Buscamos en las bases de datos PubMed y Google Scholar y realizamos una búsqueda manual de artículos. Se seleccionaron los trabajos publicados en los idiomas español e inglés. En la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores: “Textiles hospitalarios”, “infecciones”, “asistencia sanitaria”, “lavado” y “manipulación”.

Con los criterios de búsqueda se obtienen 125 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 7.

4 Resultados

Los cuatro factores interconectados básicos del procedimiento de lavado son: duración, acción mecánica, químicos y temperatura. Si uno de estos factores disminuye, como por ejemplo la temperatura, entonces se deben aumentar otros factores como los productos químicos, la acción mecánica o el tiempo para lograr el mismo efecto de lavado y desinfección. Esto también explica las diferencias en las condiciones de lavado eficiente publicadas. La combinación exacta correcta optimizada de todos los factores mencionados es, por lo tanto, importante para lograr

un procedimiento de lavado higiénico para textiles de hospital. Wilcox y Jones [4] declararon que muchos aislamientos de *Enterococcus faecium* sobrevivieron a la exposición a las temperaturas de lavado especificadas en las directrices del Departamento de Salud del Reino Unido para desinfectar la ropa sucia y usada e infectada (60 ° C durante 10 min). Otro informe publicado por Orr y compañeros de trabajo [5] incluso confirma la supervivencia de ciertas cepas de enterococos a temperaturas de lavado de hasta 71 ° C. Por lo tanto, concluyeron que la ropa de hospital es una posible fuente de infección cruzada por enterococos.

La supervivencia de los enterococos en textiles a temperaturas de lavado de hasta 60 ° C también fue confirmada por un estudio donde los biomonitores (*Enterococcus faecium* inoculados en muestras textiles con sangre de oveja desfibrinada pre-inoculada) se lavaron en un procedimiento de lavado de hospital común simulado. . Se descubrió que *Enterococcus faecium* , así como *Staphylococcus aureus* , *Enterobacter aerogenes* y *Pseudomonas aeruginosa* sobrevivieron a las condiciones de lavado elegidas a 60 ° C, pero ninguno de los organismos de desafío sobrevivió al lavado a 75 ° C. Por otro lado otros estudios [6] confirman que la optimización del procedimiento de lavado, incluido el uso de detergentes ambientales de alta tecnología y agentes de desinfección innovadores, produce un efecto de desinfección apropiado, incluso a temperaturas de lavado tan bajas como 30 ° C como se señaló en el estudio con organismos de desafío *Enterococcus faecium* y *Enterobacter aerogenes* . En otro estudio [7], se encontró que la temperatura óptima de lavado era de 40 ° C.

5 Discusión-Conclusión

Los centros de atención médica están obligados a garantizar todas las medidas necesarias para prevenir o limitar la propagación de infecciones asociadas a la atención médica. Uno de los posibles vehículos de transmisión son las fómites inanimados, como los textiles.

Cuando los textiles están muy contaminados con sustancias corporales potencialmente infecciosas, pueden contener cargas bacterianas de 10⁶ a 10⁸ ufc / 100 cm² de tela. Sin embargo, la incidencia de infecciones asociadas a la atención médica transmitidas por la ropa de hospital es muy baja, especialmente cuando se evalúa en el contexto del volumen de artículos lavados en entornos de atención médica. Es obvio que las diversas medidas de control existentes para la lavandería del hospital son efectivas para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades a los pacientes y al personal. Por lo tanto, el uso de las medidas de control actuales debe

continuar para minimizar la contribución de la ropa contaminada a la incidencia de infecciones asociadas a la atención médica. Estas medidas de control se basan en principios de higiene, sentido común y orientación consensuada.

6 Bibliografía

- 1.- Bureau-Chalot F., Piednoir E., Camus J., Bajolet O. Calidad microbiológica de la ropa y las salas de ropa en unidades de cuidado a corto plazo. *J. Hosp. Infectar.* 2004; 56 : 329–331.
- 2.- Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J., Donlan R., Ashford D., Besser R., Fields B., McNeil MM., Whitney C., Wong S., Juranek D., Cleveland J. Pautas para el control de infecciones ambientales en establecimientos de salud. Asociación Estadounidense de Hospitales Chicago, IL, EE. UU .: 2004.
- 3.- Infección Brunton WA y lavandería hospitalaria. *Lanceta.* 1995; 345 : 1574-1575.
- 4.- Wilcox MH, Jones BL Enterococci y lavandería hospitalaria. *Lanceta.* 1995; 345 : 594.
- 5.- Orr KE, Holliday MG, Jones AL, Robson I., Perry JD Supervivencia de enterococos durante el procesamiento de la lavandería en el hospital. *J. Hosp. Infectar.* 2002; 50 : 133-139.
- 6.- Fijan S., Šostar-Turk S. Actividad antimicrobiana de desinfectantes seleccionados utilizados en un procedimiento de lavado a baja temperatura para textiles. *Fibras Textiles Este Eur.* 2010; 18 : 89-92.
- 7.- Altenbaher B., Šostar-Turk S., Fijan S. Parámetros ecológicos y efecto desinfectante del lavado a baja temperatura en hospitales de Eslovenia. *J. limpio. Pinchar.* 2011; 19 : 253–258.

Capítulo 433

USO DE LOS EPIS PARA EL TCAE DENTRO DEL BLOQUE QUIRURGICO

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

1 Introducción

Han sido múltiples los estudios realizados sobre la prevención de riesgos laborales y sobre todo del uso de los equipos de protección individual. A día de hoy se dispone en el mercado de multitud de artículos y materiales para prevenir accidentes dentro de cada puesto de trabajo y deben cumplir la normativa descrita.

En el año 1996 entra en vigor la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, que comienza con El artículo 40.2 de la Constitución Española y que encomienda a los poderes públicos, “como uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo”.

La empresa debe entonces contar con un plan de prevención de riesgos laborales adaptado a todos los niveles jerárquicos y que incluirá la evitación del riesgo, la evaluación periódica, el plan de actuación ante un accidente, la disponibilidad de EPI's, y la formación al trabajador.

Y se otorga una especial importancia a los riesgos laborales cuando hablamos de la gestación, ya que existe un crecimiento de mujeres que se han incorporado a esos puestos de trabajo y que deben permanecer en él durante su etapa fértil determinando así la prevención de riesgo condicional. Ante una situación de esta índole la empresa debe contar con un protocolo de protección a la trabajadora expuesta y adaptar su puesto o modificarlo si fuera necesario.

El área quirúrgica es una zona de riesgo potencial, las exposiciones a tóxicos, cortes etc lo sitúan como un área de accidentes amplio donde la empresa debe tener especial cuidado a la hora de establecer un plan de prevención. La adaptación de cada una de las zonas de trabajo es muy importante dado que aunque existe un riesgo generalizado de accidentes (como por ejemplo contaminación por fluidos) que pueden ocurrir desde el quirófano, hasta la zona sucia, también existe una diferenciación dentro de cada área sobre los riesgos a los que se expone el trabajador.

Entre los riesgos más potenciales a los que se exponen los profesionales que ejecutan su trabajo tanto dentro de quirófano así como en otras unidades del bloque quirúrgico son:

- Físicos: Entre este tipo de lesiones pueden incluirse los cortes accidentales con bisturís, que pueden ocurrir por ejemplo al recoger el instrumental quirúrgico o cerrar cubos de residuos punzantes. Choques eléctricos, que pueden ocurrir utilizando equipos y materiales durante la preparación del quirófano o en la zona de lavadoras o autoclaves. Quemaduras, que serían más frecuentes al estar manipulando algún producto esterilizante, uso de autoclaves, o secadora de instrumental. Y por último como lesiones comunes son las caídas o tropiezos con cables, agua que pueda derramarse en la superficie en la que estamos trabajando, o cualquier material que haya podido quedar mal colocado y que pueda provocar lesiones físicas. Así mismo no podemos olvidar que se trabaja a pie de camilla y que el traslado de pacientes de entre camas, y su movilización puede provocar lesiones físicas a largo plazo sobre todo en la espalda.

Entre los agentes físicos peligrosos también se encuentran las radiaciones ionizantes que como todos sabemos, suponen un riesgo durante el tiempo de embarazo y también de la dosis absorbida. Según los estudios el mayor riesgo de absorción ocurre durante las primeras etapas del embarazo. Para establecer una estimación de la dosis que la trabajadora puede absorber, se podría colocar un dosímetro abdominal. En principio se podría trabajar siempre y cuando se utilicen adecuadamente las barreras protectoras pero bajo ningún concepto debe

trabajar sin ellas.

- **Biológico:** Es frecuente este tipo de lesiones en cuanto a que es un lugar de trabajo que genera contacto con residuos corporales como sangre u otros fluidos. Esto provoca una alta exposición a enfermedades como por ejemplo la Hepatitis o el VIH. La mitad de las cirugías te exponen a estos residuos orgánicos en la mayor parte del tiempo que dura una intervención, y además durante la manipulación del instrumental en zona de lavadoras. Los accidentes con este riesgo ocurren por cortes, pinchazos, y salpicaduras con un material que ha sido utilizado en el cuerpo de un paciente infectado.
- **Químicos:** Estos accidentes pueden deberse sobre todo a las fugas que pueda generar un aparato como por ejemplo el de anestesia, y que permita que el gas salga hacia el exterior, poniendo en riesgo de daño motor, a todos los trabajadores que se encuentren en el quirófano en ese momento. Así mismo para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería existe un riesgo potencial importante al trabajar expuestos continuamente a los vapores de productos desinfectantes o esterilizantes que van desde la zona de lavado de instrumental (tanto en cubetas de inmersión de material, como el de los jabones de las lavadoras), hasta la zona de esterilización (con el óxido de etileno).
- **Salud Mental:** Un riesgo que no se debe dejar de lado nunca es la cantidad de estrés a la que un profesional de la sanidad y especialmente en bloque quirúrgico está sometido diariamente. El buen funcionamiento de todo el aparataje y material de la cirugía, la puesta a punto del quirófano, el riesgo de salud del paciente en general y el control de todo el instrumental pueden acarrear a la larga problemas como ansiedad, hartazgo o incluso mermar la salud mental del trabajador hasta la depresión.

Todos estos factores descritos ponen en riesgo al profesional en cualquier circunstancia, y haciendo especial hincapié, cuando se trata de un embarazo las protecciones individuales deben acrecentarse. Dentro de estos puestos laborales se deben considerar todas las variables, no solo las que puedan ocurrir in situ, sino también las que puedan aparecer en el tiempo. Por ello es vital que la empresa considere muy bien todos los riesgos y proporcione a los trabajadores todo cuanto necesiten.

2 Objetivos

El objetivo del estudio debe ir primeramente enfocado a indagar en los agentes peligrosos a los que pueda estar expuesta el trabajador, así como cualquier accidente que pueda ocurrir dentro de su su puesto.

3 Metodología

Se han desarrollado diversas búsquedas en páginas webs, y artículos de investigación para la mejora de prevención de riesgos laborales. Así mismo se ha indagado en otras fuentes como google y se han examinado varias páginas de centros sanitarios que ofrecen un protocolo de actuación. De la misma forma se ha inspeccionado algún artículo periodísticos que ofrecen formas de prevención de accidentes laborales o en su caso tipos de accidentes laborales que han surgido en los últimos años en España en diversos centros de trabajo y que aunque de forma diferente puedan aparecer en un centro hospitalario también.

Para cerciorarse de la facilidad de disponer de equipos de protección individual se ha examinado diversas páginas web que venden este tipo de productos y se ha comprobado la variedad de protecciones existentes en este momento en el mercado así como los costes que podría suponer a la empresa el acceso a este tipo de materiales.

4 Resultados

Las tasas de accidentes y bajas laborales han variado muy poco en los últimos años. Se han comprobado tasas de accidentes y bajas médicas entre el 2008 y principios de 2019.

Los resultados que se han publicado por el Ministerio de Trabajo, Migración y Seguridad Social en 2018 alcanzan unas cifras de un 1,86% de trabajadores fallecidos por cada 100.000, es decir 201 trabajadores. Esta tasa ha ascendido comparado con el año 2017 cuya cifra estaba en 184 trabajadores. Esto pone aproximadamente un número de 2 personas fallecidas en accidente laboral por cada 100.000 trabajadores, muy cerca de la Tasa de Inevitabilidad.

En 2018 hubo 600.000 accidentes con Baja médica y 700.000 sin Baja Médica. Unos 3.000 fueron accidentes calificados como graves y 500 fueron mortales.

Las cifras de bajas por accidente han descendido aproximadamente unos 200.000 partes desde el 2004, y 386 fallecimientos. Sanidad ha tenido 6.000 bajas y 7 fueron accidentes mortales. La evolución desde el año 2008 hasta día de hoy ha sido de unos 2.500-3.000 trabajadores por cada 100.000 que han presentado partes de baja laboral.

Respecto a las cifras de accidentes In Itinere, fueron unas 80.000 y se reparten 500 en accidente con baja y 150 con muerte. Si separamos las cifras en calidad de género las bajas médicas acaecidas en esa franja de tiempo para los hombres se situaría en unas 300.000 frente a unas 150.000 en mujeres. De las cuales han sido unas 500 mortales en hombres y 30 en mujeres.

Las duraciones por accidente laboral se sitúan aproximadamente en un 30% para las bajas de una semana de duración, 25% para las bajas médicas de quince días y 30% para las bajas que han pasado un mes o más. Descendiendo las mismas como pudo comprobarse a partir de los 50 años de edad.

El sector privado de la sanidad registra un 30% de accidentes laborales sin incluir los accidentes in itinere (que ascienden a un 40% bajas de más de un mes de duración), un 20% el sector de sanidad público y un 14% para autónomos dedicados a la sanidad que han cogido la baja menos de un mes de duración.

La mayoría de estos accidentes se registran como traumatológicos, casi la mitad se registran como heridas superficiales, daños internos o caídas, y la mitad como psicológicos.

Las cifras recogidas en las Comunidades Autónomas colocan a Cataluña, Andalucía y Madrid como los más afectados por bajas médicas en los últimos años, casi 100.000 afectados y, Asturias, Navarra, Cantabria y La Rioja como las zonas con menos bajas registradas, aproximadamente entre 5.000 bajas.

Estos riesgos son aplicados de forma generalizada para todos los trabajadores pero cobrarán especial importancia durante el embarazo por lo que se desglosará detenidamente aquellos riesgos que puedan existir y que tendrán un cuidado más exhaustivo.

1) Trabajo dentro del quirófano: si en este caso el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería se encuentra circulando dentro de quirófano los riesgos a los que se expondrá son varios entre los que se encuentra;

- Cortes: Sería de especial conveniencia que la persona que está manejando los objetos punzantes que en este caso será el médico o la enfermera sea quien se

encargue de gestionar su retirada al contenedor de residuos punzantes .

- Contaminación por fluidos: Durante la intervención quirúrgica existe un riesgo elevado de manejar fluidos orgánicos como la sangre u otros. Es de vital importancia en este caso el uso de guantes en todo momento para protegernos de cualquier contacto, uso de gafas protectoras además de la mascarilla, y uso de bata si existiera algún riesgo de contaminar alguna herida que podamos tener, en este caso se deben tapar con apósitos impermeables.

- Caídas: El riesgo de caídas es alto debido a la la cantidad de aparatajes que se utilizan, no solamente por los tropiezos que pueda ocasionar sino por la cantidad de cables o tubos que están por el suelo, por ello es importante detenerse a reconducir los mismos hacia zonas que no son de paso o bien asegurarlos en el suelo con adhesivos evitando que podamos tropezar con ellos y caer.

Así mismo cualquier zona de la superficie que pueda hallarse con agua se debe tapar y absorber inmediatamente para evitar deslizamientos.

- Cortes electricos: Es importante tener cuidado en el manejo de aparaje electrico, debido a que no solamente puede existir un fallo en el aparato en sí mismo sino también del contacto que pueda éste tener en una superficie húmeda. Por ello es recomendable que se vigile bien el correcto funcionamiento de los mismos y asegurar muy bien que ninguna parte que pueda poner en riesgo a una persona esté en contacto con humedad o agua.

- Gases Tóxicos: En este caso el aparato de anestesia es el encargado de exponer al trabajador a este riesgo por ello debe ser bien revisado por la persona responsable en ese momento y es importante etiquetar los cilindros que contienen agentes anestésicos. Las medidas que se deben tomar en estos casos sería la realización de mediciones periodicas del gas en las zonas de exposición, control de absorción a través de un aparato de protección individual y control y registro del estado de salud hepática y renal del trabajador desde el primer día que está expuesto.

- Radiaciones: El uso de RX es frecuente en quirófanos por ello durante la fase de embarazo se debe tener especial cuidado. Para este tipo de riesgo laboral existe multitud de EPI's, desde un aparato de control de absorción, mandiles, protectores de tiroides, gafas plomadas, etc. El uso de todos esos equipos de protección individual debe ser siempre utilizado sin excepción y bajo ningún concepto se debe entrar sin dicha protección en una intervención. Además de esto, la persona embarazada y siempre que le sea posible deberá además de utilizar los equipos, salir del quirófano y avisar en voz alta antes de disparar la maquina de rayos para evitar la máxima exposición.

- Bipedestación y Fatiga Visual: Es importante para la fatiga visual el mantenimiento de las luminarias, y saber que ha de estar comprendido entre 200-500lux.

La bipedestación como otro factor a tener en cuenta requiere de un cambio postural regular para evitar la tensión muscular.

- Manejo de cargas: dentro de quirófano se pueden manejar cargas de aparatajes, movilización de pacientes, contenedores de instrumental etc. Por ello es importante tomar las medidas técnicas necesarias, seguir los principios de la mecánica corporal y pedir ayuda si fuera preciso para no superar los 15-25kg máximos que se deben coger.

2) Zona Sucia: dentro de la zona sucia el trabajador se encuentra expuesto a varios riesgos que deben ser muy bien prevenidos y se debe atender especialmente y cuidadosamente durante el embarazo para evitar riesgos mayores.

- Cortes: En este caso existe un alto riesgo de cortes al manejar material e instrumental que viene del quirófano y que hasta ese momento sólo ha sido manipulado por la enfermera y el médico que ha intervenido al paciente. Existen materiales punzantes como por ejemplo agujas de redón, separadores de herinas, backaus, etc que atañen un riesgo y que por tanto se debe manejar con especial cuidado. El primer punto que se debe tocar es el uso de guantes de forma obligatoria para todo el tiempo que se esté trabajando dentro de este área. Todo el material que llega en las cestas o contenedores bajo ningún concepto debe ser manipulado por el trabajador, y se debe meter directamente en la lavadora. Si en algún momento se debe lavar algo a mano se pondrá especial cuidado en su limpieza, evitando tocar zonas cortantes o protegiéndolas previamente antes de su manipulación.

- Fluidos: La zona sucia es muy expuesta a sustancias como sangre, saliva y otros, para evitar que esos fluidos puedan saltar y entrar en contacto con zonas de piel o mucosas del trabajador, se deberá aplicar estrictamente el uso de gafas, mascarilla, gorro bata y mandil impermeable además de los guantes anteriormente dichos. Se debe vigilar así mismo que se disponga de un sistema de lavado ocular y otros productos antisépticos por si hubiese que hacer un lavado urgente. NO podemos olvidar en este apartado vigilar el estado de salud general del trabajador y asegurar su vacunación.

- Gases: Los detergentes de las lavadoras y productos de desinfección por inmersión contienen gases tóxicos de los que debemos extremar los cuidados. Por ello el uso de mascarillas autofiltrantes es de vital importancia.

- Choques electricos: Las lavadoras pueden sufrir averías que derramen agua en la superficie en la que estamos trabajando, poniendo el riesgo al trabajador si este agua toma contacto con algun sistema electrico del aparataje que se encuentra en la sala. Para evitar este tipo de accidentes se debe tomar medidas inmediatas, proteger la superficie para evitar que siga saliendo agua, señalizar y no manipular hasta que llegue la persona encargada de reparar ese tipo de averías, en

caso de tener que manipular algún cable o aislar alguna parte del aparato utilizar siempre guantes de goma, zapatos con suelas de goma y utilizar herramientas homologadas con puño de plástico.

- Quemaduras: Es fácil encontrarse con este tipo de accidentes en la zona de lavado de instrumental, las lavadoras quirúrgicas alcanzan una temperatura de aproximadamente 90°C y 110°C en el secado. Por ello es de vital importancia que una vez el ciclo de lavado ha terminado no se toque el instrumental quirúrgico sin la protección adecuada, se deben usar guantes especiales para extraer el instrumental de las rejillas de lavado.

Otra de las quemaduras que pueden ocurrir durante el proceso son las químicas, estas pueden ocurrir por el uso de detergentes con agentes irritantes por que su manipulación debe hacerse con guantes especiales, mascarilla, gafas, y bata.

- Caídas: Las caídas son otro de los accidentes más frecuentes y en la zona sucia de un quirófano pueden ocurrir con facilidad al manejar lavadoras, grifos y carros. Se debe cuidar que no quede agua en la superficie que pueda provocar una caída y tampoco tener materiales u objetos con los que se pueda tropezar.

3) Zona estéril: la zona estéril tiene algunos riesgos en potencia al manejo de máquinas con agentes contaminantes y que alcanzan altas temperaturas. Es muy importante tener en cuenta que tipo de protección individual se debe tener en estos casos.

- Pinchazos: Como básico a tener en cuenta en la zona estéril pueden ocurrir este tipo de accidentes al manejar cestas con instrumental que puedan contener material punzante o cortante. En esta zona el material ya viene debidamente desinfectado pero aún así se deben cuidar las formas de manipulación y utilizar guantes adecuados, en caso de pinchazos avisar al superior encargado y tomar las medidas oportunas.

- Salud física: En la zona de esterilización se puede manejar material en contenedores muy pesados, el traspaso de estos puede provocar a largo plazo o en el momento si la carga es muy pesada problemas físicos musculares. Se debe cuidar la forma en que manejamos este tipo de cargas pesadas y seguir el protocolo establecido.

- Caídas: Cuidaremos en todo momento que la sala se encuentre lo más despejada posible y no exista ningún material que pueda provocar una caída, si fuera así se retirará inmediatamente y se colocará en un lugar adecuado.

- Quemaduras: El manejo de autoclaves que alcanzan temperaturas de 120° puede provocar quemaduras graves. Para la manipulación de los mismos se debe proteger con guantes especiales y nunca tocar la carga de material que haya terminado su ciclo sin la debida protección. Bajo ningún concepto entraremos a cuerpo o

con los brazos a buscar o mover ningún paquete o contenedor que tengamos dentro si el autoclave está encendido, en ese caso se apagará por completo la maquina antes de acceder a su manipulación.

Una quemadura importante en este área es la de las máquinas de Peróxido de Hidrógeno, este tipo de autoclaves de plasma sin la protección adecuada pueden provocar quemaduras químicas importantes, para evitar que algunr esto de peróxido de hidrógeno pueda salpicarnos o caernos en la superficie de la piel sacaremos y manipularemos este instrumental con bata, mascarilla, guantes, gafas y nos aseguraremos primeramente de no introducir ningún material que pueda absorber los restos como por ejemplo gasas, espumas etc.

Otras de las precauciones a tener en cuenta en el trabajo de forma generalizada son:

- Uso de zuecos que cumplan la normativa vigente RD 1407/1992 y los requisitos generales de la norma EN 344-1, EN 347/1 que lo certifica como calzado profesional. En el caso de que ocurra cualquiera de estos accidentes se seguira el protocolo establecido, que de forma general para todos los centros de trabajo consta de los siguientes pasos:

1) Comunicación del accidente: El trabajador que en ese momento haya sufrido el accidente debe comunicarlo de forma inmediata al superior que se encuentre en ese momento en el área, o en su defecto a un miembro del equipo directivo del centro.

2) Asistencia sanitaria inmediata: El trabajador debe acudir a cualquier centro de Salud u Hospital cercano para recibir la asistencia, en este caso tratandose de un trabajador dentro de un centro hospitalario acudirá inmediatamente a urgencias para recibir la atención necesaria.

3) Cumplimentación del accidente: una vez que se haya comunicado el accidente se rellenará el parte de accidente laboral y se entregará éste al trabajador afectado, si éste no se encontrase en disposición de recogerlo se enviará a su domicilio en la mayor brevedad posible. Todo aviso de accidente laboral que precise o no baja médica será comunicada al centro como máximo en 48 horas y presentar el informe médico correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Las cifras recogidas son preocupantes, desde la Asociación de Empresas de Equipos de Protección Individual se insiste en la necesidad de los EPI's para evitar accidentes, tras estudiar los casos registrados hasta el año 2018. «Los EPI son imprescindibles para evitar un gran número de accidentes laborales, pero no to-

das las empresas y profesionales autónomos conocen a fondo los Epi's existentes, sus funciones y la obligatoriedad de su uso» explica Luis Gil el secretario general de Asepal.

Así mismo explica Luis Gil que se han llevado a cabo algunos avances para reforzar la legislación vigente. Uno de los más relevantes es la aplicación del nuevo Reglamento Europeo 2016/425. Tras más de 25 años en vigor la directiva 89/686/CEE ha sido sustituida por un nuevo reglamento que clasifica los equipos de protección según diferentes categorías, en función del nivel de riesgos frente a los que protegen.

Se debe insistir en la conciencia sobre el papel de los equipos de protección individual para una prevención efectiva de accidentes, y es por eso hay que extremar la vigilancia en el cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y de toda su normativa de desarrollo.

La mayoría de empresas no proporciona a los trabajadores los Epi's correspondientes y muchos de ellos desconocen la normativa es por ello que se debe realizar formaciones tanto para empresas como para los trabajadores.

El objetivo de adquirir una indumentaria adecuada para el trabajo en este caso en el bloque quirúrgico reside en proporcionar barreras eficaces que impidan que los microorganismos lleguen al paciente y así del mismo modo proteger también al profesional de los fluidos corporales o secreciones que pueda expulsar el paciente, del mismo modo estas barreras protegen la herida quirúrgica y el campo estéril de un contacto.

Dentro del área existen zonas restringidas o semirrestringidas y cuya higiene personal e indumentaria debe ser tenida en cuenta en todo momento por la dirección del centro para todos los trabajadores que accedan al bloque. Y todas las zonas deben estar perfectamente delimitadas. Para el acceso al área de quirófanos el personal debe tener a disposición ropa limpia, calzas, mascarilla, gorro y guantes. Y todas las barreras de protección deben ser desechadas si se va a salir del bloque quirúrgico hacia otras áreas hospitalarias.

Entre las múltiples normativas dentro del área de quirófanos está el no utilizar bisutería, no pintarse las uñas, no acudir al puesto si se está enfermo, etc que deben ser también tenidas en cuenta para evitar riesgos en contagios tanto para el paciente como el propio trabajador.

A continuación se desglosarán los equipos básicos de protección individual:

1) Delantal: Se pondrá sobre el pijama quirúrgico a fin de evitar y proteger contra los fluidos además de la limpieza del instrumental. Pueden ponerse bajo batas estériles o sobre el pijama y deben proporcionar una barrera completa en toda la parte frontal del trabajador.

2) Gafas: Se debe utilizar siempre para evitar salpicaduras de fluidos orgánicos y también de cualquier líquido esterilizante que se pueda estar utilizando en ese momento en el proceso de lavado de material. Existen también en su caso mascarillas con pantalla que deben estar también a disposición de todos los trabajadores.

3) Guantes: Se utilizarán guantes para manipular cualquier objeto y deben cambiarse en contacto con cada paciente o tarea que se esté realizando para no llevar fuera de la sala de operaciones o contaminar otros materiales de microorganismos y a fin de evitar un riesgo de contagio se deberán lavar las manos entre una puesta de guantes y otra. Los guantes no solamente deben estar a disposición en látex o vinilo, en la zona estéril deben proporcionarse guantes para acceder al material que salga de los autoclaves y evitar así quemaduras.

4) Bata: No solamente deben usarse en campo estéril, en las zonas de lavado de instrumental se debería tener acceso a las mismas para evitar contactos con cualquier parte del brazo al manipular material contaminado.

Otra parte importante del trabajo quirúrgico sea cual sea la tarea a realizar, es de vital importancia realizar un buen lavado de manos para evitar el contacto de microorganismos del paciente al trabajador y del trabajador al paciente, de esta forma se minimizarán los riesgos de contagio. Es importante realizar el procedimiento antes de cada intervención, en cada cambio de guantes y al finalizar. En el caso de estar en otras zonas del bloque quirúrgico es conveniente que se mantenga un buen lavado de manos en todo momento antes de comenzar la tarea y ponerse los guantes y al finalizar, y no tocar nunca el material estéril sin guantes.

El lavado quirúrgico para entrar a la intervención tiene una duración de 2-5 minutos aproximadamente con un jabón antiséptico. Pero para un lavado de manos básico la duración será de entre 30 y 60 segundos aproximadamente, éste debe ser obligatorio para todos los trabajadores.

Según la OMS, el lavado de manos debe seguir el siguiente procedimiento:

- Humedecerse bien las manos.
- Aplicar una cantidad de jabón que vaya a cubrir bien todas las superficies de la mano.
- Frotarse las palmas de las manos entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entre-

lazando los dedos entre sí, y viceversa.

- Entrelazando los dedos entre sí frotamos la parte interna de los mismos.
 - Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta entrelazándolos entre sí.
 - Lavar el pulgar con un movimiento de rotación con cada mano.
 - Las puntas de los dedos se frotarán en círculos contra la palma de la mano contraria.
 - Limpiar la zona de las muñecas y 5 cm por debajo en un movimiento de rotación con la mano con cada mano.
 - Enjuagarse bien las manos siempre desde la punta de los dedos hacia los codos.
 - Secarse con una toalla desechable (utilizándola después para cerrar el grifo)
- Muchas empresas no recalcan la importancia y cumplen la obligatoriedad de estas barreras de protección básicas en su totalidad, y en otras ocasiones entregan un dossier de prevención de riesgos laborales a los empleados que no suele ser revisado por los mismos, por eso la formación adquiere gran importancia aquí. Además incluso conociendo la función que tienen los EPI's muchos trabajadores optan por no utilizarlos con la intención de hacer más rápido y efectivo su trabajo lo que conlleva a padecer un accidente laboral y puesta en riesgo de la salud constantemente. Es conveniente que las empresas no solamente se obliguen a proporcionar todo tipo de Epis que requiera el puesto de trabajo sino el control y obligatoriedad hacia el trabajador de utilizarlos.

A día de hoy existen muchas opciones para el control de los equipos de protección individual, que además cabe decir que deben ser de uso único y entregados a cada trabajador individualmente siempre que sea reutilizables. La empresa Setemcat (Servicios Técnicos Empresariales) o Gesmatik (Gestión y control automatizado) por ejemplo, optan por un software que gestiona y controla la utilización y trazabilidad de los equipos de protección individual, controlando incluso el stock mínimo preestablecido.

Las sanciones por la falta de entrega de los Epis correspondientes o la falta de uso por parte del trabajador puede incurrir en sanciones.

El artículo 19.2 del Estatuto de los Trabajadores determina que el trabajador está obligado a observar en su trabajo las medidas legales y reglamentarias de seguridad e higiene. Y en el artículo 29 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales recoge las obligaciones de los trabajadores en materia preventiva, estableciendo que cada trabajador debe velar por su propia seguridad y salud en el trabajo y por aquellas personas a las que pueda afectar su actividad profesional a causa de sus actos y omisiones en el trabajo, de conformidad con su formación y

las instrucciones del empresario. Estas obligaciones incluyen; el uso adecuado de material y sustancias peligrosas, la correcta utilización de EPI's facilitados por el empresario y de acuerdo a sus instrucciones, informar de inmediato al servicio de Prevención sobre cualquier riesgo, contribuir al cumplimiento de dichas normativas, cooperar para que el empresario garantice buenas condiciones de trabajo y seguridad en el mismo. También se indica en el artículo 10 del Real Decreto 773/1997 sobre EPIs, que deben utilizar y cuidar correctamente dichos equipos con arreglo a su formación y siguiendo las instrucciones del empresario. Por ello es que se regula el incumplimiento y este puede dar lugar a sanciones y medidas disciplinarias por parte de la empresa y que ésta desencadene las medidas oportunas al respecto.

Del mismo modo, la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 17.2 establece la obligación del empresario de proporcionar a sus trabajadores equipos de protección adecuados para el desempeño de sus funciones y de velar por el uso efectivo de los mismo cuando por la naturaleza de los trabajos realizados, sean necesarios.

Las obligaciones del empresario en relación a los Epi's son; identificar y evaluar riesgos existentes en cada puesto de trabajo y que equipo de protección puede ofrecer garantías, dicha elección de equipos de protección debe cumplir unos requisitos y ser revisado si se modifica. La empresa debe velar por la utilización de los equipos de protección y asegurar que se realiza mantenimiento de los mismos, no solamente en su reparación sino en la forma que se almacena y desinfecta siempre de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

Deberá permitir que el trabajador colabore y pueda consultar y participar en la mejora de la prevención de riesgos, además debe darle una buena formación y advertir de los riesgos a los que está expuesto.

De no cumplir el empresario esta normativa el trabajador podrá tomar medidas legales y esto puede dar lugar a responsabilidades administrativas, penales y civiles por los daños y perjuicios que se puedan derivar del incumplimiento.

6 Bibliografía

- Revista Madrileña Volumen2, N°10. Febrero de 2014. Artículo Riesgo Laboral durante el embarazo, Victoria Velasco Sánchez, Médico de Familia y responsable de Salud Laboral de AMYTS. <http://www.aicad.es/elearning-shop/cursos->

superiores/educacion/riesgos-laborales-en-quiروفano

- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) DHHS (NIOSH) publicación N°2007-151 de Septiembre de 2007 y revisada el 21/01/2015
- Protocolo de actuación en caso de accidente en acto de servicio, accidente de trabajo y enfermedad profesional. Conserjería de educación y juventud de Madrid. 2013. Página web: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM016136.pdf>
- Instituto Nacional de la Seguridad social NIPO: 271-18-045
- Universidad Miguel Hernandez de Elche, Escuela Profesional de Medicina del Trabajo, Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales. Raquel M.^a Fernandez Tamayo y director del centro José M.^a Roel Valdés. 201523.045.323-J52
- Neobis Asociación, PRL Recursos Humanos, Septiembre 2016, de Robert Richard Naf Cortés, técnico especialista del Área de Prevención de Riesgos de Fremap.
- Fraternidad Muprepa Murcia 2017 sentencia contra un trabajador por incumplimiento del uso de equipos de protección individual. Enrique Moreno Sanchez, comentario de la sentencia del Tribunal Superior de Justicia n°res.837/2017

Capítulo 434

SITUACIÓN DE ACOSO LABORAL

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

1 Introducción

En la actualidad la situación de acoso laboral está comenzando a salir a flote, tanto en otras empresas como en el ámbito de la sanidad. Se está empezando a dar a conocer sus indicios y también a detectar los problemas físicos que provoca el malestar al que te expone esa situación. Para comenzar a explicar el significado de mobbing, vamos a empezar por su etiología. EL término mobbing procede de “mod” que significa molestar, acosar, etc. Es el acto de increpar, y de rodear a alguien para amedrentar. Este hostigamiento recibido por el trabajador puede darse de forma continua y además, deliberada. Normalmente ocurre con un solo acosador, pero otras, se da la situación de un acoso en grupo.

Cuando el acosador realiza este acto está buscando que ocurra una quiebra psicológica, con el fin de que le provoque tal atosigamiento, que incite a la víctima a abandonar su puesto de trabajo de forma inminente. En estas situaciones la víctima cae sin darse cuenta en una enfermedad. Y aunque en realidad no se puede calificar como una enfermedad, si puede ponerte en situación de enfermedad, causando estrés, ansiedad, insomnio, etc.

Para que se de una situación de acoso laboral se debe ver con claridad que ha sido premeditada, que el acosador ha buscado intencionadamente crear esa situación. La duración que debe tener como mínimo esta situación para que sea considerada como un acoso laboral es de una vez a la semana, aunque se observa que en muchos casos el enfrentamiento puede ser esporádico, y con el tiempo acaba convirtiéndose en acoso diario. Hay que tener en cuenta que poner esta situación al descubierto, es ciertamente difícil debido a que el acto de acosar es complejo y puede ocurrir de muchas formas diferentes. Es muy necesario que primeramente ocurra de forma constante al menos durante seis meses o más, antes de valorar una situación de derrota mental por parte de la víctima.

En la situación de la sanidad privada la víctima abandonaría el puesto de trabajo con más facilidad que en el caso de la sanidad pública, dado que en estos casos abandonar el puesto de trabajo es más complicado y lleva a la víctima a una situación de bajas laborales continuadas. Los protocolos contra el acoso y los estudios de la situación en la sanidad pública son más difíciles de concretar ya que los trabajadores de una bolsa de trabajo rotan de puesto eventualmente y estas situaciones quedan en el olvido. Pero para los trabajadores con plaza estable el protocolo debe considerarse un eje aunque las dimensiones del centro hospitalario sean grandes, se debe tener en cuenta igualmente su buen funcionamiento y la puesta a punto de la normativa.

El mobbing puede dividirse en tres fases. La primera es la que sitúa a la persona agredida en la situación y ésta debe poder defender dichos ataques y por tanto seguir con su labor dentro del puesto laboral sin que éste le provoque un estado de ansiedad o angustia. Pero no podemos olvidar que muchas personas son incapaces de enfrentarse directamente con su agresor y este descuido puede producir una indisposición.

En la siguiente fase, el acoso es difícil de rehuir y un enfrentamiento ya se hace complicado por parte de la víctima para su defensa, por lo que finalmente ocurre la última fase, que es la situación de enfermedad psicológica para el trabajador o abandono directo del puesto de trabajo que está desarrollando.

Normalmente el acoso no solo afecta al trabajador dentro del mismo puesto, que en esta situación provoca mal clima laboral y bajos rendimientos, es que a consecuencia de este abuso constante, la víctima arrastra esta situación a su círculo más cercano de familia y amigos lo que genera un deterioro en las relaciones personales.

Las consecuencias psicológicas a las que se expone esta realidad, combina una serie de desordenes mentales que incapacitan a la persona que los está sufriendo. La clínica más habitual es: ansiedad, agotamiento, depresión, insomnio, pero incluso puede llegar a producir trastornos de alimentación.

Físicamente también se ve un deterioro ya que situaciones diarias de desgana, bajo ánimo, irritabilidad, baja autoestima, agresividad, alteración de la memoria, falta de concentración etc producen una somatización que deriva en enfermedades físicas, como por ejemplo: cefaleas, problemas intestinales, tensiones musculares, falta de apetito, y poniéndose en el peor de los casos, delirios durante el sueño.

Socialmente esta situación afecta a una persona en toda su vida de ocio, aislándose de la sociedad y generando una situación de soledad difícil de sostener en el tiempo, e incluso en ocasiones se vuelven agresivos con todo el que intenta tomar contacto.

En estas situaciones el miedo juega un papel importante, debido a que la víctima intentará evitar a toda costa delatar al agresor ya que si en un momento dado ésta consigue sacar la fortaleza y lo denuncia e inculpa, la situación se puede agravar aún más y poner en jaque al trabajador. El acoso puede tomar otro camino aún peor y los asaltos que recibe pueden agravarse hasta el agotamiento absoluto.

2 Objetivos

- Identificar desencadenantes de acoso laboral en el ámbito sanitario y la legislación actual sobre el tema.
- Identificar un buen protocolo para solventar aquellas situaciones de acoso laboral

3 Metodología

El estudio se ha realizado a través de diversas búsquedas en bases de datos, tesis y artículos de investigación que otros autores han aportado desde hace años desde que las situaciones de acoso laboral han salido a la luz. También se ha buscado a través de fuentes web artículos y post relacionados con la psicología que hablan sobre la problemática del acoso laboral. Se ha utilizado también la información que se ha aportado en otros congresos de investigación de la salud y que hablan sobre la situación de mobbing actual y su resolución por parte de las empresas,

de esta forma se corrobora los datos aportados en este capítulo. Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en bases de datos: Scielo, y google académico. Se emplearon como descriptores: mobbing, acoso laboral, sanitario, hostil, legislación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En el caso de indagar en los motivos que el acosador sostiene para realizar este tipo de conductas y hostigamiento psicológico a su compañero o subordinado, se debe estudiar el perfil de la persona acosadora así como sus hábitos, para concluir si padece algún tipo de conflicto interno que no le permita relacionarse de la forma más correcta, o si en su caso padece una situación de preocupación a nivel social (hogar, familia) que le impida mantener una cordialidad y autenticidad personal con el resto de sus compañeros o de un compañero/a en concreto.

Los agentes ambientales que puedan inducir este tipo de conductas y que tienen que ver con el ámbito laboral en sí mismo, acaban por mermar su carácter y pagan sus conflictos con otros compañeros. En el caso de los trabajadores del ámbito sanitario esta exposición ambiental se puede dar con más frecuencia que por motivos personales, los agentes estresores a lo que los trabajadores de ciertos puestos como por ejemplo puede ser: urgencias, quirófano, UCIN etc. son altos, la falta de salud de los pacientes que reclaman atención continua, las situaciones de emergencia, y otros factores que pueden darse en estas áreas, puede mermar con el tiempo su capacidad de mantener relaciones estables con sus compañeros al verse sometidos a cargas emocionales y físicas altas y exigentes. Además, la turnicidad puede ser una situación que cause incapacidad para sostener una conducta agradable, los turnos largos, las noches, la falta de descansos pueden ser un factor que provoque malestar en el grupo de trabajo. Así mismo la rotación constante del personal eventual por el centro hospitalario.

El servicio sanitario debe contar con un protocolo ante estas situaciones y deben actuar una vez que les ha sido comunicado el problema. Primeramente es importante informar a todos los trabajadores de la prohibición de estas conductas y de las consecuencias que pueden sufrir en caso de que lleguen a este extremo. Partiendo de ahí, el centro de trabajo debe responsabilizarse de que el ambiente laboral sea óptimo y no solamente para evitar que se produzca mobbing, sino porque esa situación puede causar extragos en el ámbito laboral, y repercutir en los pacientes. Por ejemplo, el uso de reuniones periódicas, formación para el bi-

enestar y test de satisfacción con el puesto en general pueden ser de gran ayuda en estos casos y abrir una puerta a la resolución breve o inmediata.

Se ha comprobado que al menos entre un 10% y un 15% de los trabajadores sufre acoso laboral en la empresa. Por tanto, el cómputo total en todo el país asciende a más de un millón de personas las que son conocedoras que una vez que se incorporen a su puesto de trabajo van a acaecer en esta situación. Uno de los mayores expertos en moobing de este país y que ha realizado diversas investigaciones de estos casos, habla de que existe una oleada de silencio por parte de las víctimas, las cuales no establecen un perfil determinado, sin embargo, sí puede establecerse un perfil psicológico para la persona que esta realizando el acoso.

Ese porcentaje anteriormente citado y que ha sido registrado en 2017 de casos de acoso psicológico en el puesto laboral, determina que se acrecente el riesgo de padecer una enfermedad y por tanto la empresa debe contar con un protocolo. Debe contar con unas condiciones de trabajo que garanticen el bienestar del trabajador y que evite tanto el acoso psicológico como el acoso por razón de género y el acoso de naturaleza sexual (Ley Orgánica 3/2007), cualquiera que sea, físico o verbal que atente contra la dignidad del trabajador.

Las medidas que la empresa, ya sea en un ámbito sanitario o no, debe tomar con todos los trabajadores deben incluir un código de conducta y ética, así como la difusión de la información necesaria para que todo empleado sea conocedor del asunto. También deben poder acceder periódicamente a una formación que garantice un ambiente laboral óptimo y correcto.

Igualmente, se puede realizar test de satisfacción a todos los trabajadores de forma anónima para que si se diera el caso de acoso se protejan los datos del trabajador, tal como indica la Ley de Protección de Datos 3/2018 de 5 de diciembre. Las campañas informativas y los protocolos deben ser tomados en serio por la empresa y negociados con los sindicatos. Muchas empresas no son conocedoras de las situaciones que sufre el trabajador y otras muchas aún siéndolo, no toman parte en el asunto ni lo solucionan al carecer de una normativa de conducta. Si esta fuese realizada de forma firme y contundente disuadiría a muchos acosadores de cualquier comportamiento ilícito.

Junto a este organismo, esta también el Juzgado y los Tribunales de lo Social que valorarán el hecho de que las empresas tengan instaurado un reglamento anti acoso, y que siempre que ésta situación se de dentro de la empresa, éste será activado. Del mismo modo se comprobará que funcionan correctamente y que la

empresa toma las medidas oportunas para solucionarlo, atenuando de esta forma la gravedad de la sanción.

A continuación se expone el registro de absentismo laboral con respecto a las situaciones de acoso y que fue elaborado por Gimeno, M.A en 2010 en un estudio de Conductas Violentas en el Trabajo VII ENCT-INSHT.

Entre los casos generales registrados se encuentran:

- Amenaza de violencia física: 50%
- Violencia física cometida: 10%
- Pretensión sexual no deseada: 20%
- Agresión Verbal o rumores: 80%
- Discriminación por edad: 15%
- Discriminación por nacionalidad: 18%

Entre los casos declarados se encuentran:

- Acoso Grave: 10%
- Acoso Leve Verbal: 20%
- Daño material por aislamiento: 30%
- Mal clima laboral: 60%
- Liderazgo autoritario y falta de comunicación: 90%

Así mismo se expone el registro de absentismo laboral en % y el numero de días de baja debido a problemas relacionados con el trabajo.

- HASTA 5 DIAS DE BAJA: se registra un 20% de violencia física, un 45% de acoso y un 25% de amenazas de violencia.
- HASTA 15 DIAS DE BAJA: se registra un 55% de violencia física, un 100% de acoso y un 65% de amenazas de violencia. También se registró un 80% de las cuales provenían de violencia física por parte del personal usuario.
- HASTA UN MES DE BAJA: se registran datos de un 30% por violencia física, un 20% por amenazas de violencia y un 35% por acoso laboral.
- HASTA DOS MESES DE BAJA: se registra un total de 20% de violencia física, un 15% de amenazas de violencia y un 15% de acoso laboral.
- BAJAS DE MÁS DE 60 DIAS: son recogidas en un 20% de violencia física o amenazas de violencia y un 25% de acoso laboral.

Se recomienda que el protocolo siga unos pasos los cuales pueden ser una buena solución primeramente para ambos trabajadores de forma que antes de ejercer una sanción, se pueda solucionar de forma pacífica.

1) La primera puede realizarse estableciendo una reunión por separado con ambos trabajadores y de esta forma poder aclarar y contrastar debidamente el problema. Esto facilitará llegar antes a la solución, y si el trabajador tiene pruebas del acoso, es buen momento para presentarlas.

2) Una vez desarrollado el interrogatorio se decidirá la gravedad del asunto en base al tiempo y las circunstancias en que se está dando, y respecto a las pruebas que se hayan presentado.

2.1) Si la solución puede ser realizar una conversación entre ambos trabajadores mediada por un responsable del protocolo anti-acoso, se intentará solucionar de esta forma y eliminar la raíz del problema.

2.2) Si tras esta oportunidad, y siendo observada durante un breve tiempo se comprueba que el conflicto tras la reunión persiste, se aplicará la sanción correspondiente al acosador tal y como esta estipulado en la empresa, y ésta puede ir desde una sanción por escrito, a una suspensión de empleo y sueldo temporal.

3) Tras esta circunstancia lo mejor para evitar que el problema trascienda más allá de la empresa, es ofrecer a ambos trabajadores la oportunidad de cambiar de puesto laboral. De esta forma ambos trabajadores podrán acudir al trabajo sin interferencias de ningún tipo. Esta solución es la más fácil y más conveniente.

4) En ultima instancia, si el problema no cesa, se consumará un despido procedente al trabajador que está realizando el acoso. Esto evitará que la víctima se vea obligada a recurrir a una denuncia más allá de la empresa y que conlleva largas esperas, perdidas económicas u otros inconvenientes.

5 Discusión-Conclusión

En este estudio se pretende hacer ver la importancia que estas situaciones tienen para el funcionamiento de la empresa, y más si es un ámbito sanitario, y para el bienestar del propio trabajador, sin olvidar el resto de compañeros y pacientes que pueden verse afectados por estas disputas y ambiente hostil. Dichos trabajadores que son víctimas en silencio, acaban causando baja laboral voluntariamente al no poder sostener esta situación y finalmente acaba por quedarse silenciada y sin solución alguna.

Se insiste por tanto en formar un grupo especializado que controle, vigile y gestione este tipo de situaciones de mobbing, y que se tome parte en ello en cuanto surja la problemática. La directiva del centro debe involucrarse en proteger los

derechos del trabajador de poder realizar su labor con todo el bienestar posible y debe tomar las medidas oportunas al respecto contra la persona que esta realizando el acoso.

El protocolo que hemos visto anteriormente, si se aplica una vez que se da la situación de acoso, es fácil de resolver cuando el mobbing se está realizando de un trabajador hacia un compañero, pero cuando el acoso trasciende a los altos cargos de la empresa hacia un trabajador, salvo que jerárquicamente éste tenga otro cargo por encima de quien poder solicitar auxilio, la solución es buscar directamente ayuda jurídica y ampararse en la ley. Esto no debe dar a la empresa o ámbito sanitario derechos a postergar o desatender la situación y debe responder con la misma prontitud, ofreciendo al trabajador la misma tranquilidad para solucionar el problema, sin inducir miedo a las represalias, pues es lo que beneficiará al entorno laboral, tanto al personal sanitario en su conjunto, como a los pacientes que se encuentran en dicho recinto.

6 Bibliografía

- Silvia Palacios, Socia-abogada de Ejaso ETL Global (2004). Razones por las que tu empresa debe contar con un protocolo contra el acoso sexua. El Economista.es
- Ana Mejías García, Abogada UGT, La negociación en la empresa de un acuerdo de solución autónoma de conflictos de violencia laboral, Inspirado en las NTP 891 y 892 .
- Maria Claudia Peralta, psicóloga El acoso laboral - Mobbing- perspectiva psicológica: Revista de Estudios Sociales 2004
- Julissa Morales. Tesis Doctoral del Acoso Psicológico Laboral (Mobbing) y su Impacto en el Desempeño Laboral. Puerto Rico
- Alfredo Rodríguez-Muñoz. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. España. Acoso psicológico en el trabajo: revisión de la literatura y nuevas líneas de investigación.
- Manuel Escudero. Psicólogo especialista en el tratamiento del acoso laboral. Madrid.
- A.Prieto-Orzanco. Hostigamiento laboral (mobbing) y sus consecuencias para la salud Vol. 35. Núm. 4
- Piñuel, Iñaki (2009). ISBN 978-84-835-6101-0. Wikipedia. Acoso laboral.
- Jonathan García-Allen. Psicólogo. Los 6 tipos de mobbing o acoso laboral. Web psicología y mente.
- Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente CCOO Canarias GC561-2018 Riesgos Psicosociales, Intervención frente al acoso.

- Marc Bassets, París, 2019 Suicidios de Franc Telecom llegan a los tribunales juicio al sistema de acoso moral.
- Víctor Adrián Harasemiuc. Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid, Evidencia científica de la relación entre acoso laboral y depresión. vol.59no.232 Madrid jul./sep. 2013

Capítulo 435

CÁNCER INFANTIL. LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y RELACIÓN CON EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

1 Introducción

El cáncer infantil a diferencia con el cáncer en los adultos, se origina en la etapa de formación de los órganos y tejidos, es decir, en el proceso de desarrollo del ser humano. Este tampoco se puede prevenir como puede ser en el cáncer de los adultos, por lo tanto ha de ser tratado también de una manera diferente. Las unidades de oncología infantil requieren de una atención más personalizada, un equipo multidisciplinar muy preparado y coordinado que integre una ayuda psicosocial que abarca tanto al paciente como a su familia.

Existen diferencias tanto clínicas como psicológicas según el grupo de edad que se está tratando, ya que tanto los diagnósticos como las respuestas al tratamiento y las complicaciones son distintas, si se trata de un niño adolescente o adulto.

En la adolescencia la repercusión de la enfermedad es más devastadora.

El equipo multidisciplinar ha de estar integrado por médicos, enfermeras, auxiliares, maestros, trabajadores sociales, psicólogos y hasta voluntarios.

2 Objetivos

Identificar cómo facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad, el tratamiento, vuelta a la normalidad una vez restablecido, o incluso una buena despedida. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado la búsqueda en MEDES, SCIELO, WIKIPEDIA y GOOGLE, recogiendo la información lo más actualizada posible para el estudio de la temática propuesta.

4 Resultados

El objetivo principal es que tanto el menos afectado por la enfermedad, como sus padres encuentren la menor cantidad de dificultades posibles ante este diagnóstico.

Han de existir unos espacios adecuados para que no sean hospitalizados junto adultos. Una buena atención psicológica tanto para pacientes como para familiares. Unas garantías de cuidados en este caso paliativos en el domicilio igual que en el hospital. Realizar unas buenas campañas en Atención Primaria, destinadas a la detección temprana del cáncer.

Los tumores son células que han perdido sus mecanismos de control normales, creciendo descontroladamente, se vuelven anormales y se reproducen sin control, aumentando su tejido de tamaño e inflamándose.

Dentro de los varios efectos secundarios que provocan el tratamiento oncológico pediátrico, se encuentra la dificultad respiratoria y es una de las causas más frecuentes de ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátrica.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes motivos para pensar que no es una sola causa la motivante del desarrollo del cáncer infantil, pudieran ser unos factores ambientales como la radiaciones, sobre todo ultravioletas, contaminación de alimentos, vía placentaria, factores genéticos.

Como conclusión, una vez cubierto profesionalmente tanto la valoración, el diagnóstico y el tratamiento tanto curativo, como psicológico referente al paciente, como a la familia, el TCAE, como personal más cercano al paciente y a parte de sus tareas diarias profesionales es el que mejor percibe que una serie de planteamientos pueden mejorar la salud psicológica del paciente, para que estos perciban a este personal como personas cercanas y amigables. También la implantación de uniformes alegres, actividades lúdicas, espacios al aire libre, etc. dentro de lo posible.

6 Bibliografía

1. Lorenzo González R, Madero López L. (El cáncer en el mundo adolescente) Revista Española de Pediatría. 2015; 71 (1): 31-38.
2. (FEPNC) Federación Española de padres con niños con cáncer (1990) <http://cancerinfantil.org>.
3. G. Leverger, D. Sommelet. Emergency in pediatric hematologic oncology. French Group for the Study of Cancers and Leukemias of the Child. (CFECLE). Arch Pediatr, 6 (1999), pp.459-460.
4. R. Ben-Abraham, A. A. Weinbroum, A. Augerten, A. Toren, R. Harel, A. Vardi, et al. Acute respiratory distress syndrome in children with malignancy-can we predict outcome. J Crit Care, 16 (2001), pp. 54-58.
5. Discapmet, El portal de la discapacidad Fundación ONCE-Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Cáncer Infantil. Archivado el 13 de Febrero de 2009 en la Wayback Machine.

Capítulo 436

FRACTURA TRIMALEOLAR, A PROPÓSITO DE CASO CLÍNICO

ELIZABETH TUYA CABEZA

1 Introducción

Una fractura trimaleolar es una fractura triple en los huesos inferiores de la pierna que forman el tobillo. Estas fracturas están en el hueso que produce el abultamiento de la parte exterior del tobillo (peroné) y en el hueso que produce el abultamiento de la parte interior del tobillo (tibia). Estas fracturas están desplazadas. Esto significa que los huesos no están en su posición normal y el resultado no será bueno si se curan en esa posición. Es por eso que necesitan cirugía. Aún con los mejores cuidados y con perfectos resultados, este tobillo puede ser propenso a contraer artritis posterior.

2 Objetivos

Analizar cómo detectar la fractura en el tobillo mediante un caso clínico.

3 Caso clínico

Mujer de 83 años que acude traída en ambulancia tras caída en la calle al tropezar con el carro de la compra. Posteriormente dolor en el tobillo derecho e impotencia funcional. Puesta en la ambulancia medio fentanilo. Trae colocada un férula de sam. A su llega sin dolor.

A la exploración destaca: Deformidad y crepitación en tobillo derecho. Lacera-
cion en región pretibial distal de unos 4 cm. Neurovascular distal conservado.

Exploraciones complementarias: Radiografía de tobillo 2 Proyecciones: fractura
trimaleolar.

Con los estudios preoperatorios en orden es intervenida el día 5/12/2019 mediante
placa acumed y 5 tornillos canulados.

Tratamiento (recomendaciones) al alta hospitalaria:

- Descarga completa del miembro afectado hasta revisión. Puede apoyar el pie en el suelo en descarga.
- Miembro elevado y movilidad activa de los dedos
- Curas cada 48 horas en su centro de salud
- Tratamiento (fármacos)
- Enoxaprina 40 1vil/sc 24 horas hasta la revisión
- Ibuprofeno 600 1cp con las comidas si dolor
- Omeprazol 20 1cp al desayuno si toma el ibuprofeno 600 continuar con sus tratamientos previos bajo supervisión de su médico de atención primaria
- Otras recomendaciones: Si fiebre o empeoramiento de su estado general acudir a urgencias. Revisión en consultas externas traumatología en 4 semanas

4 Resultados

5 Discusión-Conclusión

Es importante identificar distintas patologías en pruebas de imagen, como la radiografía, que tiene bajo coste, es rápida y poco agresiva para el paciente.

6 Bibliografía

Fractura trimaleolar del tobillo desplazada en el adulto [Internet]. Texas: BaylorScott and White Health; 2013 [citado 23 Feb 2014]. Disponible en: [http://www.sw.org/HealthLibrary?page=Spanish/Trimalleolar Fracture, Ankle, Adult, Displaced \(ORIF\)](http://www.sw.org/HealthLibrary?page=Spanish/Trimalleolar%20Fracture,%20Ankle,%20Adult,%20Displaced%20(ORIF))

Capítulo 437

LA COLOSTOMÍA Y SU CUIDADO. CÓMO HA DE ACTUAR EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA MISMA.

JAVIER DEL RIEGO APARICIO

1 Introducción

Una ostomía es el término con que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal para abocar al exterior los productos de desecho del organismo.

La ostomía se puede realizar para corregir un defecto anatómico, para aliviar una obstrucción o para permitir el tratamiento de una infección o lesión grave del tracto urinario o intestinal.

Cuando la ostomía está localizada en el colon se denomina colostomía.

El paciente colostomizado se encuentra ante una nueva situación que le conlleva alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida del control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen y la autoestima), y sociales (dificultad de integración y reinserción).

El técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tiene como objetivos básicos en su actuación con estos pacientes la prevención y el tratamiento de los tejidos periestomales y el fomento del autocuidado de los mismos una vez que hayan abandonado el hospital.

2 Objetivos

- Objetivos generales: Definir qué es la colostomía y las posibles complicaciones que puedan darse en las mismas.
- Objetivos específicos : Definir cómo ha de ser el correcto cuidado de las ostomías y el papel del TCAE en los mismos tanto en un primer momento tras la intervención como en la instrucción al paciente colostomizado para que pueda llevar a cabo el mismo la limpieza de su ostomía una vez esté en su domicilio favoreciendo así su autonomía y su integración social.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología basada en la revisión sistemática y búsqueda de información en libros referidos a la intervención en pacientes ostomizados. También se han revisado bases de datos científicos tales como revistas especializadas y distintas bases de datos: Dialnet, Medline y Scielo. Se emplearon como descriptores: colostomía, enfermería, técnico, cuidados. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

La colostomía consiste en una abertura en el abdomen, denominada estoma, generalmente hacia la pared abdominal anterolateral y menos frecuentemente en el periné para el drenaje de la materia fecal (heces) proveniente del intestino grueso (colon).

Este procedimiento se realiza como consecuencia de una resección intestinal o una lesión que puede ser temporal o permanente.

Existen varios tipos de colostomías dependiendo de su temporalidad o su localización, pero todas ellas requieren unos escrupulosos cuidados para prevenir posibles complicaciones. Entre las complicaciones que pueden surgir tras una colostomía pueden darse las siguientes:

- Menores: dermatitis periestomales , reacciones de tipo alérgico, reacciones de tipo infeccioso,
- Mayores: necrosis del asa, hemorragia, obstrucción intestinal, peritonitis, retracción, estenosis, herniación y prolapso o la aparición de granulomas en la mucosa del estoma.

El TCAE, desempeña un papel fundamental en la primera atención a estos pacientes, tanto en la limpieza de la misma como en la educación del paciente para que el mismo pueda llegar a hacerlo de forma autónoma.

Es preciso que el auxiliar de enfermería sea capaz de determinar el tipo de ostomía realizado y su localización en el abdomen, el tipo y el tamaño de la bolsa a usar así como las sustancias de barrera para la piel. Ha de observar si en el paciente se da alergia al adhesivo y si es posible ha de realizar una prueba de la misma antes de aplicarlo. Ha de valorar el color del estoma, que ha de ser rosado similar al de la mucosa bucal, ya que un color oscuro o azulado podrían indicar una mala circulación. Ha de observar si se da sangrado en el estoma y si hay enrojecimientos en la piel.

Así mismo ha de realizar un seguimiento y anotación de la cantidad y el tipo de heces evacuadas e inspeccionar la presencia de elementos anormales en las mismas como pus o sangre. Ha de cuidar así mismo el estado emocional del paciente, favoreciendo siempre y asegurando la integridad y la dignidad del mismo.

Cada vez que el TCAE realice el cambio del dispositivo de ostomía ha de valorar el estado de la piel ya que el material fecal puede irritar la piel periestomal. La aparición de cualquier tipo de irritación o rotura debe ser tratada inmediatamente. Para mantener la integridad de la piel lo más importante es lavarla de forma que se eliminen los residuos y secarla en profundidad, ya que es importante que la piel esté bien seca en el momento de la colocación de las bolsas de ostomía para evitar la aparición de fugas.

Es muy importante sobre todo para la autoestima del paciente el control del mal olor sobre el cual puede influir el tipo de bolsa utilizada, la dieta, etc... Algunas precauciones que el TCAE debe tener en cuenta para mantener la integridad cutánea y del estoma son:

- Evitar el empleo de soluciones con alcohol o agua oxigenada y utilizar jabón neutro y agua
- No frotar la piel cuando se realiza la higiene de esta.
- Vigilar la aparición de úlceras, laceraciones o hemorragias
- Evitar la aparición de estenosis en el anillo del estoma.
- Realizar sólo los cambios de bolsa necesarios ya que demasiados pueden irritar la piel.
- La bolsa ha de ser drenada cuando el drenado llegue a una cantidad suficiente, es necesario vaciarlas cuando están llenas hasta un tercio de su volumen total.
- Evitar las horas próximas a las comidas o al horario de visitas.

- Preparar al paciente explicándole el procedimiento y transmitiéndole una sensación de apoyo y favoreciendo su intimidad.
- Retirar la bolsa suavemente limpiando y secando la piel periestomal.
- Preparar y colocar la bolsa limpia.
- Informar y anotar todo tipo de cambios intervenciones o valoraciones pertinentes.

El TCAE informará y educará al paciente dándole las instrucciones necesarias para el autocuidado una vez deje el hospital, habrá de animarle y ayudarle a entender los pasos a seguir una vez en casa.

El paciente ostomizado habrá de seguir los siguientes consejos:

- Higiene Corporal. Se puede duchar o bañar, con o sin bolsa según preferencias personales. Es importante que el agua sea tibia para evitar quemaduras. La práctica le indicará que horario es el más adecuado para la higiene sin bolsa.
- La Ropa. Puede utilizar su ropa habitual debe evitar que los cinturones ejerzan una presión directa sobre el estoma, y evitar fajas que compriman en exceso el abdomen.
- Actividad Física. En general puede practicar cualquier tipo de deportes. Ante cualquier duda ha de consultar con su médico. Si practica la natación, no ha de sacar la bolsa. En los primeros meses después de la intervención debe procurar evitar cargar pesos para evitar la aparición de una hernia.
- Alimentación. La dieta ha de ser variada, equilibrada y saludable. Debe restringirse la ingesta de alimentos flatulentos, (col, brócoli, coliflor..), bebidas con gas y un exceso de ingesta de fibra. Debe comer cinco veces al día y beber como mínimo 1,5 a 2 litros de líquidos.

5 Discusión-Conclusión

Debido a lo anteriormente expuesto es fundamental que el TCAE esté dotado de los conocimientos necesarios para realizar el cuidado del paciente ostomizado, evitando así complicaciones, la higiene de la ostomía debe ser concienzuda, cuidadosa y rigurosa, es importante que el TCAE establezca una relación de confianza con el paciente que favorecerá el respeto a su intimidad y le hará la situación menos incómoda, así mismo el TCAE procurará en la medida de lo posible el cuidado de la autoestima del paciente y favorecerá su autonomía para que su integración social sea más fácil y rápida.

6 Bibliografía

- Enfermería médico-quirúrgica; Piriz Campos R, de la Fuente Ramos M,; Ed DAE 2001.
- Medicina Interna;P.Farreras, C.Rozman. Volumen II 12 Edición. Ed Doyma.
- Técnicas en enfermería clínica.\$º Ed. Vol II Ed. Mcgraw-Hill, Interamerican.
- Medline Plus.
- <https://www.discapnet.es>.
- <https://www.cancer.org>.
- www.revista-portalesmedicos.com.
- <https://dialnet>.
- <https://www.meditip.lat/salud-de-la-a-z/ostomias/ostomia/>

Capítulo 438

RESIDUOS SANITARIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

En las diferentes unidades de los centros sanitarios son numerosos los residuos que diariamente se generan, especialmente en las unidades de quirófano. Continuamente surgen instrumentos novedosos empleados en las técnicas quirúrgicas que los comerciales nos explican como emplearlos pero no como ni donde desecharlos. De ahí la necesidad de saber donde han de ir estos residuos tras su utilización y ser así debidamente empleados desde el primer momento hasta el último.

2 Objetivos

Determinar el tratamiento adecuado de los residuos sanitarios para reducir el gasto de los distintos departamentos hospitalarios derivado del tratamiento de los residuos sanitarios.

3 Metodología

Estudio retrospectivo - comparativo del gasto sanitario en el tratamiento de los residuos sanitarios desde enero hasta junio 2019 , tras charla informativa sobre cómo deben de ser desechados los instrumentos quirúrgicos de único uso. La muestra escogida son los profesionales sanitarios del centro, fue dada la charla

el mismo día a todos los sanitarios, por lo que una limitación del estudio ha sido la posible ausencia de alguno de ellos.

4 Resultados

El gasto sanitario que el quirófano programado ha generado en el tratamiento de los residuos durante 6 meses destaca la reducción que se ha producido en la incineración, ya que se ha reducido en un 50% y en un 30% en residuos punzantes. Son los datos más destacados del estudio.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión decir que es necesaria tanta la información previa a la utilización de los instrumentos de un único uso como la información posterior de donde y como deben ser eliminados. Ya que esta información y correcta eliminación de estos supone un ahorro de recursos muy importantes. Y así se realizará una mejora en la gestión de los residuos y del gasto sanitario.

6 Bibliografía

Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas (1981). Le traitement des déchets municipaux olides. Guide à l'usage des reponsables locaux. (Luxemburgo.)

Información destinada a los responsables locales sobre los diferentes métodos de tratamiento y sobre los criterios a considerar antes de decidirse por uno en particular.

Capítulo 439

LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LA INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA MISMA

JAVIER DEL RIEGO APARICIO

1 Introducción

Se considera enfermedad terminal aquella enfermedad avanzada , progresiva e incurable con una esperanza de vida inferior a seis meses, que va acompañada de problemas o síntomas intensos y múltiples , que pueden darse a varios niveles, respiratorios, digestivos, neurológicos, sistémicos y psicológicos.

El proceso desde que se detecta una enfermedad hasta que se convierte en terminal tiene un gran impacto en pacientes y familiares y está caracterizado por provocar, en general, un alto grado de sufrimiento físico, psicológico y familiar.

La enfermedad terminal produce una gran demanda de atención y unos cuidados específicos y terapéuticos a los que se debe de atender de forma adecuada. En el tratamiento de los enfermos terminales y debido a la especial circunstancia de su patología el papel del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se convierte en clave y tiene como objetivo procurar el máximo bienestar y la máxima comodidad al enfermo, así como a su entorno afectivo más próximo.

La actitud del personal sanitario debe aceptar, adaptarse e interpretar al enfermo y mantener una actitud sincera sirviendo de apoyo al enfermo y procurándole los

cuidados paliativos necesarios, a los que la OMS define como “el cuidado activo y total de los enfermos que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físicos, psíquicos, las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

2 Objetivos

- Objetivos generales: definir las características más relevantes del enfermo terminal y sus necesidades.
- Objetivos específicos: Abordar las medidas necesarias que el TCAE debe aplicar en estos pacientes para favorecer su bienestar y la mayor comodidad para que tanto él como sus familiares atraviesen dicha situación de la mejor manera posible.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología basada en la revisión sistemática y búsqueda de información en libros referidos al paciente terminal y cuidados paliativos .

También se han revisado bases de datos científicos tales como revistas especializadas y bases de datos como: Scielo, Dialnet y Medline. Se emplearon como descriptores: paciente terminal, auxiliar de enfermería, necesidades, bienestar. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

El paciente terminal puede haber llegado a esta situación debido a diversas patologías, tras haber pasado por el proceso de tratar de curar o estabilizar la enfermedad, el paciente se enfrenta al último estadio de su evolución que le llevará a la muerte.

La enfermedad terminal puede aparecer a cualquier edad, aunque es con mayor frecuencia en la etapa geriátrica cuando aparece, ya que la esperanza de vida media ha aumentado y esta premisa ha dado lugar a la prolongación de la vida en personas con enfermedad que hace años no habría sido posible.

La atención de estos pacientes ha constituido la razón de ser de los cuidados paliativos , que son programas de tratamiento dirigidos a aliviar los síntomas molestos y a mejorar la comodidad del paciente y de su entorno. Este proceso conlleva secuelas físicas y psíquicas que deberán observarse y controlarse en todo momento por el personal sanitario. El principal objetivo ante el enfermo terminal es por tanto buscar el confort, procurar la atención integral e individualizada tanto del propio enfermo como de la familia , favorecer la autonomía y la dignidad del paciente y crear una atmósfera de respeto , confort, soporte y comunicación .

Con el fin de satisfacer estos objetivos el personal sanitario debe saber reconocer , evaluar y tratar adecuadamente los síntomas que aparecen y no descuidar el apoyo emocional al enfermo y su entorno afectivo. El paciente terminal a lo largo de su enfermedad atraviesa diferentes etapas y es importante reconocerlas y entenderlas para saber ayudarle y comprenderle. Son las siguientes:

- Negación.
- Ira
- Negociación.
- Depresión
- Aceptación.

Ante estas cinco fases el personal sanitario debe aceptar adaptarse e interpretar al enfermo , mantener una actitud sincera y servir de apoyo y ayuda al mismo. El auxiliar de enfermería TCAE, debe tener una actitud favorecedora de la comunicación , ya que la empatía y el respeto son fundamentales en el desempeño de su actividad .

Entre los aspectos a cuidar en la atención del TCAE y en su plan de actuación a estos pacientes están especialmente señalados los siguientes:

HIGIENE Y ASEO

- Muchos pacientes terminales se resisten al aseo ya que les supone un elevado gasto de energía y esfuerzo y se suelen mostrar negativos a la misma, por ello el auxiliar de enfermería debe insistir y cuidar este aspecto.
- El aseo de estos pacientes debe ser diario, cuidando especialmente el secado de los pliegues corporales. Si es posible se ha de levantar al paciente de la cama al sillón y si su patología no lo permite se ha de mantener elevada la cama realizando cambios posturales frecuentes .

Es de especial importancia mantener una higiene bucal adecuada y cuidar que los labios permanezcan hidratados aplicándoles una fina capa de vaselina.

- La limpieza ocular también ha de cuidarse manteniéndolos limpios de secreciones y evitando la sequedad de la córnea mediante la aplicación de una solución salina.

ALIMENTACIÓN

- En estos pacientes terminales es frecuente la aparición de disfagia o anorexia y otros problemas relacionados con la alimentación, por ello el TCAE debe reconocer los deseos del paciente y procurar que el acto de comer no suponga ningún problema añadido a su difícil situación.

Es aconsejable adaptar la cantidad y el tipo de comida al enfermo, sin presionarle ni obligarle. Ha de cuidarse la presentación de la dieta y es aconsejable fraccionarla en 6-7 tomas. La alimentación ha de ser variada.

ESTREÑIMIENTO

- Aparece con frecuencia en estos pacientes debido a la medicación o a la falta de movilidad.

Para favorecer la eliminación y prevenir el estreñimiento se ofrecerán al paciente líquidos con frecuencia y si es necesario se le proporcionarán al mismo laxantes o enemas.

NAUSEAS Y VÓMITOS

- Aparecen también con frecuencia y para disminuirlos se recomienda evitar los olores desagradables y mantener el ambiente limpio.
- Se aconseja enseñar a los pacientes a respirar profundamente para evitar el reflejo nauseoso.

En el caso de que ya se haya producido el vómito se ha de limpiar y asear lo antes posible al paciente y evitar la aspiración del contenido gástrico colocando al paciente en posición decúbito lateral siempre y cuando no esté contraindicado en su situación.

SUEÑO Y DESCANSO

- Para evitar el insomnio se ha de fomentar un ambiente tranquilo y agradable que favorezca el descanso.
- Así mismo se ha de evitar molestar al paciente cuando esté dormido y respetar el descanso diurno sin excederlo para no perjudicar el nocturno.

NECESIDAD DE RELACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Es fundamental mantener con el enfermo tanto una buena comunicación verbal como no verbal para aliviarle y ayudarle.

- Tampoco se debe descuidar a la familia y se procurará que permanezca cómoda y se sienta apoyada durante los últimos momentos de la vida del paciente.

NECESIDAD DE PROTECCIÓN, SEGURIDAD Y FIRMEZA

- Se ha de cuidar la integridad cutánea del paciente para evitar la aparición de las úlceras por presión (UPP), y para ello se ha de mantener la ropa de la cama limpia y estirada y realizar cambios posturales cada 1 o 2 horas .
- También es importante mantener al paciente bien hidratado.

EVITAR EL DOLOR

- Además de evitar o aliviar el dolor al paciente administrándole los fármacos prescritos por el facultativo se ha de observar si el dolor está relacionado con la postura o la inmovilización tratando de mantener siempre al mismo en una posición correcta y cómoda.

5 Discusión-Conclusión

Debido a todo lo expuesto anteriormente y debido a las características propias de los pacientes terminales es obvio que el auxiliar de enfermería tiene en el cuidado de estos pacientes un papel fundamental y comparte con el resto del personal sanitario un objetivo común que es ofrecer una atención integral a los mismos.

Será el TCAE quien dedique más tiempo a la atención de estos enfermos. Debido a la peculiaridad de los mismos éste deberá de poseer capacidades personales y profesionales para que los cuidados sean lo más positivos posibles procurándole al enfermo una mejor calidad de vida en este trance.

Debe ser capaz de interpretar los signos cambiantes de su salud y tener capacidad para asegurar la dignidad del enfermo y poner en práctica principios de salud y seguridad incluidos el manejo y control del paciente tanto a nivel físico como afectivo. Así mismo debe mantener una buena comunicación con los pacientes y los familiares y registrar cualquier dato que sea significativo para la aplicación de los cuidados.

En definitiva debe adaptarse como persona y profesional a la necesidad de cada uno de los pacientes para responder adecuadamente a las necesidades surgidas cuidando y favoreciendo la integridad y dignidad del paciente y acompañándole a él y a su familia en todo este difícil proceso.

6 Bibliografía

- Domínguez Simón , M.J .Gamella Pizarro, C. Sánchez Martos , J. Cuidados paliativos: elementos para una atención de calidad. Rev. Enfermería Científica nº216.
- Proceso asistencial integrado. Cuidados Paliativos . Conserjería de salud de Andalucía 2002.
- Velasco, Álvarez, M,L Estado de la formación pregraduada en cuidados paliativos en España. Metas de Enfermería nº 48.
- <https://www.seapaonline.org>
- <https://revistamedica.com/impacto-psicologico-enfermedad-terminal-cuidados-paliativos/>
- <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>

Capítulo 440

NEUMONIA EN LÓBULO SUPERIOR DERECHO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ELIZABETH TUYA CABEZA

1 Introducción

La neumonía es una infección que inflama los sacos aéreos de uno o ambos pulmones. Los sacos aéreos se pueden llenar de líquido o pus (material purulento), lo que provoca tos con flema o pus, fiebre, escalofríos y dificultad para respirar. Diversos microorganismos, como bacterias, virus y hongos, pueden provocar neumonía.

La neumonía puede variar en gravedad desde suave a potencialmente mortal. Es más grave en bebés y niños pequeños, personas mayores a 65 años, y personas con problemas de salud o sistemas inmunitarios debilitados.

Síntomas. Los signos y síntomas de la neumonía pueden incluir lo siguiente:

- Dolor en el pecho al respirar o toser
- Desorientación o cambios de percepción mental (en adultos de 65 años o más)
- Tos que puede producir flema
- Fatiga
- Fiebre, transpiración y escalofríos con temblor
- Temperatura corporal más baja de lo normal (en adultos mayores de 65 años y personas con un sistema inmunitario débil)
- Náuseas, vómitos o diarrea
- Dificultad para respirar

Causas. Son varios los gérmenes que pueden causar neumonía. Los más frecuentes son las bacterias y los virus que se encuentran en el aire que respiramos.

La neumonía se clasifica de acuerdo con el tipo de germen que la causa y el lugar donde tienes la infección.

Factores de riesgo. La neumonía puede afectar a cualquiera. Pero los dos grupos de edades que presentan el mayor riesgo de padecerla son los siguientes:

- Niños de 2 años de edad o menores
- Personas de 65 años de edad o mayores

Otros factores de riesgo incluyen los siguientes:

- Estar hospitalizado.
- Enfermedad crónica.
- Fumar.
- Sistema inmunitario debilitado o suprimido.

2 Objetivos

Realizar el diagnóstico de neumonia.

3 Caso clínico

Paciente de 56 años en diálisis, que ingresa por cuadro febril de hasta 38°C, con algo de tiritona en domicilio, tras las últimas sesiones de hemodialisis. Refiere además moderada sensación de disnea y secreciones que moviliza regular expectoración escasa. Acudió a su centro de salud, que pautó paracetamol y nolutil, con mejoría (antecedente de haber puesto vacuna antigripal la semana anterior, con pico febril tras la vacunación).

Exploración física: PA 105/70 mmHg, SatO₂ 94%, afebril, FC 74 rpm. Coloración e hidratación de mucosas: normohidratada, normocoloreada. Auscultación cardiaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: hipoventilación bibasal con semiología de derrame izquierdo y ruido de secreciones a nivel de campos medios. Abdomen: anodino. Miembros inferiores: sin edemas.

Ingresa en Nefrología por neumonía en lóbulo superior derecho (LSD), con insuficiencia respiratoria secundaria y bacteremia de probable foco respiratorio, con

HC positivos para E. coli multisensible (+ rama venosa CVCT y via periferica, negativo en arterial), sin que se haya podido descartar otra focalidad (pendiente del resultado de cultivo de heces en el momento del alta). Valorada por Neumologia, se inicio tratamiento con Tazocel + Azitromicina durante 2 días y posteriormente se escalo a Meropenem + Azitromicina hasta completar 7 dias de tratamiento IV, con buena respuesta clínica y mejoría de los reactantes de fase aguda.

Diagnóstico: Neumonía en LSD.

Al alta se mantiene tratamiento con amoxicilina-clavulanico y azitromicina otros 8 dias según recomendaciones de Neumologia, y se citara en su consulta para valoración, con nuevo control radiológico dentro de 4 semanas.

4 Resultados

Recomendaciones

- Dieta pobre en fósforo y potasio
- Ingesta hidrica no superior a 750cc al día
- Evitar AINEs. Si dolor puede tomar paracetamol 1g cada 8 horas
- Farmacos: Augmentine 500/125 mg: 1 sobre cada 24 horas durante 8 dias mas y suspender; Azitromicina 500 mg: 1 comprimido cada 24 horas durante 8 dias mas y suspender
- Será avisada para acudir a revisión en consultas de Neumologia y para realizar Radiografía de tórax en 4 semanas

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer el procedimiento diagnóstico de las infecciones respiratorias, así como saber cuáles de ellas precisan ingreso hospitalario; ya sea por la gravedad de la patología o por las comorbilidades del paciente. Hay distintas escalas que nos ayudan a ello, como FINE SCORE, CURB-65.

6 Bibliografía

- Pneumonia (Neumonía). Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (National Heart, Lung, and Blood Institute).

- AskMayoExpert. Community-acquired pneumonia (adult) (Neumonía adquirida en la comunidad [adultos]). Rochester, Minn.: Fundación Mayo para la Educación e Investigación Médica; 2014.
- Goldman L, et al., eds. Overview of pneumonia (Descripción general de la neumonía). En: Goldman-Cecil Medicine (Medicina de Cecil-Goldman). 25.^a ed. Filadelfia, Pa.: Saunders Elsevier; 2016.
- Schauner S, et al. Community-acquired pneumonia in children: A look at the IDSA guidelines (Neumonía adquirida en la comunidad en los niños: una mirada a las guías IDSA). *Journal of Family Practice (Revista de medicina familiar)*. 2013;62:9.
- Attridge RT, et al. Health care-associated pneumonia: An evidence-based review (Neumonía asociada con el cuidado de la salud: una revisión basada en la evidencia). *American Journal of Medicine (Revista estadounidense de medicina)*. 2011;124:689.
- Hunter JD. Ventilator associated pneumonia (Neumonía asociada con el respirador). *BMJ*. 2012;344:e3325.
- Dockrell DH, et al. Pneumococcal pneumonia: Mechanisms of infection and resolution (Neumonía neumocócica: mecanismos de infección y resolución). *Chest (Tórax)*. 2012;142:482.
- Reynolds RH, et al. Pneumonia in the immunocompetent patient (Neumonía en el paciente inmunocompetente). *British Journal of Radiology (Revista británica de radiología)*. 2010;83:998.

Capítulo 441

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS

CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Los cambios posturales son cambios de posición para evitar daños mayores en el estado de la salud general del paciente, derivados de su inmovilidad. La colocación apropiada en la cama, los cambios posturales y los ejercicios de movilización son medidas que tienen como objetivo alterar las áreas de presión, para así evitar con ello la aparición de contracturas, deformidades, lesiones en la piel y tejidos subyacentes, y favorecer la comodidad y el bienestar del paciente.

2 Objetivos

Analizar toda la información sobre realizar cambios de posición al enfermo que no lo puede hacer por sí solo para prevenir úlceras por presión y evitar pérdida de tono muscular.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: posturales, cambios, cuidados, auxiliar, úlceras. Se emplearon como

criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado, que forman parte de la enfermería preventiva. La selección y realización de la planificación de los cuidados debe estar en función de las necesidades del paciente y tiene que respetar las indicaciones médicas y del personal de enfermería.

Los cambios posturales se realizan cada 2-3 horas y previamente se informa al paciente de los que se le va a realizar. Deben ser rotatorios y son tres los principales cambios: decúbito Supino (boca arriba), colocaremos una almohada bajo las piernas liberando los talones del contacto con la cama. Decúbito Lateral (de lado derecho e izquierdo alternando), dejaremos libre de presión la zona sacra ayudándonos de una almohada. Según la patología del enfermo se puede colocar al paciente en: Decúbito Prono (boca abajo). Durante el día se puede colocar al paciente si su patología lo permite: en sedestación (levantar al sillón), movilizándolo las nalgas cada 15-30 minutos.

Realizar todos los cambios posturales ayudándonos de almohadas convenientemente colocadas para la correcta alineación corporal del paciente, y así evitar las zonas con más peligro de fricción y presión, y así prevenir la aparición de úlceras que conllevan un empeoramiento en el estado general del paciente y un mayor número de cuidados de enfermería. Los cambios posturales son un cuidado básico de enfermería y en especial del TCAE

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener especial cuidado con la colocación de sondas colectoras y drenajes para que no queden tirantes ni acodadas. Una manera de mejorar es la utilización de las recomendaciones publicadas en las Guías de Práctica Clínica que recopila la evolución de los conocimientos y la aparición de nuevas tecnologías basadas en evidencia científica, facilitan el acceso a la información más relevante en el abordaje integral de las úlceras por presión.

6 Bibliografía

- Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Manual de procedimientos
- <http://www.gneaupp.es/>.
- <http://www.astursalud.es>

Capítulo 442

LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA

EMMA MARIA ANTON GARCÍA

GENEROSA GARCÍA SUÁREZ

JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ

1 Introducción

La disfagia es la dificultad o imposibilidad de tragar los alimentos, tanto sólidos como líquidos. Las causas de la disfagia varían y su tratamiento depende de la causa. Puede ocurrir a cualquier edad pero es más frecuente en ancianos. Si es transitoria no debe preocuparnos pero si es persistente se debe tratar para evitar otros problemas como desnutrición, deshidratación, estreñimiento, etc. Se distinguen dos tipos, la disfagia orofaríngea y la disfagia esofágica.

La disfagia orofaríngea, presenta la dificultad de pasar el bolo alimenticio de la boca al esófago. Hay un riesgo de que el paciente se atragante y los alimentos pasen hacia la tráquea. Sus causas son variadas, desde enfermedades neurológicas (Parkinson, esclerosis múltiple, ACV, etc.) , tumores en la zona de la faringe, divertículo faríngeo, etc. hasta amigdalitis, faringitis o candidiasis.

La disfagia esofágica, impide que el bolo pase a través del esófago hasta el estómago. Puede haber vómito del alimento ingerido. Sus causas son también muy variadas desde trastornos motores esofágicos, anomalías cardiovasculares, tumores, esofagitis, etc.

2 Objetivos

Analizar la información sobre los problemas de la deglución y determinar cómo actuar en la alimentación de pacientes que presentan disfagia para evitar complicaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se emplearon como descriptores: disfagia, deglución, cuidados, auxiliares, trastorno. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Cada paciente con disfagia tiene unas necesidades nutricionales particulares siendo necesario conocer cómo es la deglución en cada paciente para poder diseñar cómo debe ser su alimentación.

En el caso de disfagia grave o completa será necesario nutrición enteral por sonda. Se puede realizar a través de diferentes métodos, sondas nasales o nasointersticiales (SNG,SNE) u ostomías (gastrostomía endoscópica percutánea o PEG). La SNG se usará cuando se prevea que no será necesaria más allá de las cuatro o seis semanas de duración. La PEG se pone cuando la necesidad de nutrición enteral se prolonga. La nutrición enteral se puede administrar de manera continua usando bomba o mediante bolos. Si es posible la alimentación por vía oral deberán llevarse a cabo algunas recomendaciones y adaptaciones dependiendo de la severidad de cada caso.

Una de las medidas más importantes a adoptar es la modificación de la consistencia de los alimentos, si aumentamos su viscosidad disminuimos la incidencia de la aspiración y mejoramos la eficacia de la deglución. Se modificará la textura de los alimentos sólidos y líquidos para adaptarlos al nivel de deglución del paciente. Se prepararán los alimentos de manera que sean homogéneos, melosos y fáciles de masticar evitando los grumos y las espinas. La dieta para la disfagia

más severa es la "dieta turmix disfagia", los alimentos van triturados. En caso de disfagia moderada sería la "basal disfagia".

Los líquidos también se deben espesar, usando gelatinas o aguas gelificadas conseguimos que las personas con disfagia ingieran el líquido suficiente. Las pautas recomendadas a la hora de alimentar a un paciente con disfagia son:

- Crear un ambiente tranquilo y sin prisas, tomar el tiempo necesario y evitar que se distraiga.
- Colocar al paciente en la posición adecuada, sentado en ángulo entre 60 y 90 grados, y con la cabeza un poco inclinada hacia delante.
- Después de comer mantener al paciente en posición sentado durante una hora más para reducir el riesgo de aspiración.
- Tanto el paciente como el cuidador deben implicarse para que el resultado sea satisfactorio.

Algunas complicaciones que tienen los pacientes con disfagia son:

- Desnutrición, adelgazamiento y deshidratación, la disfagia impide la llegada de nutrientes al aparato digestivo.
- Neumonía por aspiración. Las bacterias pueden ingresar a los pulmones con el alimento.
- Atragantamiento. Cuando el alimento obstruye totalmente las vías respiratorias puede llevar a la muerte.

5 Discusión-Conclusión

La dificultad para tragar los alimentos es un trastorno asociado a varias enfermedades. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería como miembro del equipo de enfermería es el encargado de ayudar en la alimentación a este tipo de pacientes. El TCAE debe conocer que nivel de afectación presenta la capacidad de deglutir del paciente y adoptar las medidas necesarias para que la alimentación sea correcta y el paciente no llegue a presentar complicaciones a raíz de su disfagia.

6 Bibliografía

- Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutrición Hospitalaria. (Internet). 2009; 2(2) : 66-78.

- Casado Caballero F.J., Delgado Maroto A., Iñigo Chaves A., Disfagia esofágica y trastornos motores del esófago. RAPD online. 2017. Vol 40. N° 1
- Cápura, Horacio, Falcuti, Alejandra. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Revista americana de Medicina Respiratoria (Internet). 2012; 12(3) : 98-107.
- IMSERSO. Guía de nutrición para personas con disfagia.

Capítulo 443

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON HELICOBACTER PYLORI

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

1 Introducción

El *Helicobacter Pylori* es una bacteria con forma espiral. Esta bacteria vive únicamente en el estómago humano y puede subsistir en un medio ácido. La infección por la bacteria, ocurre comúnmente en la infancia. Puede estar presente en más de la mitad de la población mundial. La bacteria ha sido el principal causante de las úlceras pépticas.

Una úlcera péptica es una llaga en la mucosa que recubre el estómago o duodeno es la primera parte del intestino delgado. Se producen porque la bacteria genera una serie de sustancias para protegerse de los ácidos del estómago que producen el daño en este.

Las úlceras pueden causar una sensación de ardor o dolor prolongado en el estómago que puede ir y venir, a menudo aparece una pocas horas después de comer, así como durante la noche y luego baja cuando come o ingiere agua.

Síntomas. Aunque su presencia en algunos pacientes es asintomática, en otros suele causar :

- Dolor o ardor en el abdomen
- Dolor abdominal más agudo con el estómago vacío
- Náuseas
- Pérdida de apetito
- Eructos
- Hinchazón
- Adelgazamiento involuntario
- Dificultad para tragar
- Heces con sangre o de color negro alquitranosas
- Vómitos con sangre o de color negro, o vómitos con la apariencia de granos de café

Factores de riesgo

- Si vives en una casa con muchas otras personas, tienes más riesgo de una infección por *H. pylori*.
- Tener un suministro confiable de agua limpia y potable contribuye a reducir el riesgo. Las personas que viven en países en vías de desarrollo, donde el hacinamiento y las condiciones de vida insalubres pueden ser más frecuentes, tienen más riesgo de infección.
- Si vives con una persona que tiene *H. pylori*, es más probable que también tengas *H. pylori*.

Formas en que se realiza el examen, hay varios métodos para analizar la infección por *H. pylori*:

- Prueba de aliento (Prueba del aliento con urea [PAU] marcada con un isótopo de carbono)

Durante el examen, usted traga una sustancia especial que contiene urea. La urea es un producto de desecho que el cuerpo produce a medida que descompone la proteína. La urea utilizada en este examen ha sido convertida en radiactiva, pero es inocua.

Si la *H. pylori* está presente, las bacterias convierten la urea en dióxido de carbono, el cual se detecta y se registra en su respiración exhalada después de 10 minutos.

Esta prueba se puede emplear para confirmar que la infección haya sido tratada por completo.

- Examen coprológico. Un examen coprológico puede detectar rastros genéticos de la *H. pylori* en las heces.
- Exámenes de sangre. Se usan para medir los anticuerpos contra *H. pylori*. Sólo, se puede decir si el cuerpo tiene anticuerpos con esta bacteria. No pueden determinar si usted tiene una infección actual o por cuánto tiempo la ha tenido.
- Biopsia. Una muestra de tejido, llamado biopsia, se toma del revestimiento del estómago. Esta es la manera más exacta. Para extraer la muestra se realiza mediante una endoscopia. Mediante la endoscopia se puede diagnosticar la úlcera, tratar cualquier sangrado y cerciorarse de que no haya cáncer.

Tratamiento. Para tratar la infección por esta bacteria, suelen emplearse antibióticos combinados (amoxicilina, claritromicina, metronidazol) con un inhibidor de bomba de protones, como el omeprazol, por un periodo de 10 ó 14 días. Es esencial documentar la erradicación de la infección repitiendo las mismas pruebas diagnósticas un mes después de finalizado el tratamiento.

2 Objetivos

Identificar los principales cuidados a tener en cuenta en personas con úlcera péptica.

3 Metodología

Se ha basado la información del *Helicobacter Pylori*, comprobando diferentes bases de datos como Medline, Scielo, Google Académico, y estudios y publicaciones de varias universidades. Se han empleado como descriptores: *Helicobacter pylori*, úlceras pépticas, antibióticos combinados, prueba de Urea. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los principales recomendaciones que hay que tener en cuenta en las personas que padecen de úlcera péptica con:

- Es recomendable comer a menudo y en pequeñas cantidades frente a comer pocas veces y mucha cantidad.
- Se debe comer despacio y masticar bien las comidas.
- Comer de 5 a 6 veces al día.
- Mejorar las condiciones psicológicas del entorno con el fin de reducir el estrés.
- Evitar: salsas ácidas, frutas y zumos ácidos, café, incluso descafeinado, té, alcohol, chocolate, fritos, mantequillas y margarinas

Existen factores del paciente que pueden influir o incluso predecir de alguna manera el fallo de una pauta terapéutica, como es el caso del tabaquismo, pacientes tratados previamente con antagonistas de los receptores de histamina tipo 2, pacientes no cumplidores o en aquellos en los que la densidad bacteriana es muy alta.

En nuestro estudio referente a cepas aisladas en la actualidad, se ha encontrado que la resistencia de *H.pylori* a claritromicina es alta, cercana al 30%. En España y otros países de Europa, incluido Francia, Portugal, Polonia, Turquía y Bulgaria se ha observado un incremento de la resistencia a claritromicina en los últimos años. Por el contrario en el Norte de Europa no se ha obtenido este incremento. Esta diferencia probablemente depende de macrólidos en los diferentes países.

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir infecciones por *H. Pylori*, el paciente debe:

- Lavarse las manos después de usar el baño y antes de comer
- Comer alimentos preparados adecuadamente
- Beber agua de fuentes limpia y seguras

6 Bibliografía

- <https://www.saludigestivo.es/mes-saludigestivo/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007501.htm>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/h-pylori/>
- <https://kidshealth.org/es/parents/test-pylori-antigen-esp.html>
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Capítulo 444

CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE ICTUS Y CÓMO AYUDAR A ESTOS PACIENTES

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como accidente cerebrovascular (ACV) embolia o trombosis. Un ictus ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula.

Ocho síntomas para identificar un Ictus:

- Debilidad muscular. Se siente debilidad y falta de fuerza en un brazo o pierna, etc.
- Pérdida de visión repentina.
- Problemas de oídos, olfato, gusto.
- De pronto falta la memoria.

- Dificultad para hablar.
- Problemas de coordinación.
- Pérdida de conciencia temporal.
- Dolor súbito de cabeza.
- Visión doble.
- Mareos, vértigos o vómitos.

Factores de riesgo. Edad avanzada, sexo, herencia familiar y raza, haber sufrido más Ictus. Tener presión sanguínea alta, fumar, padecer diabetes mellitus, sufrir enfermedad carótida, presentar enfermedad cardíaca, sufrir ataques isquémicos transitorios, recuento de glóbulos rojos altos, la estación del año y el clima, consumir alcohol y drogas.

2 Objetivos

Identificar las funciones de la rehabilitación en pacientes que hayan sufrido un accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado entre los años 2010 a 2019 incluidas en bases de datos Medes, revistas médicas, etc, teniendo en cuenta para ello los siguientes parámetros:

- Descriptores y palabras clave: enfermedad cerebro-vascular, unidad de ictus, trombosis.
- Criterios de inclusión: artículos con texto completo en español e inglés.
- Criterios de exclusión: artículos anteriores al 2010.
- Operadores booleanos: AND y OR.

4 Resultados

El objetivo principal de la rehabilitación es disminuir el impacto que las posibles secuelas puedan causar en el paciente. Aliviar el dolor, eliminar la rigidez en las articulaciones y evitar enfermedades mentales como la depresión. Para conseguir el mejor resultado es mejor contar con un equipo multidisciplinar especializado en daño cerebral.

El programa de rehabilitación comienza muy pronto. Habitualmente durante la fase aguda de la enfermedad (primeras 24/48 horas) mientras el paciente aún está hospitalizado. En todo caso es necesario que el paciente este hemodinámicamente y clínicamente estable y tenga suficiente resistencia física y capacidad de compresión para iniciar tratamiento. Cuando el paciente vaya a su casa el trabajo de rehabilitación no solo se limita a el que se haya llevado a cabo en el hospital. Es importante que tanto pacientes como familiares y cuidadores cumplan con las indicaciones médicas y sigan realizando las sesiones de rehabilitación.

Tipos de ictus:

- Ictus hemorrágico: Es aquel en el que se produce una rotura de uno o varios vasos sanguíneos, anegando la sangre el tejido cerebral y provocando su asfixia. Y a este daño hay que añadirle la presión que la acumulación de sangre dentro del cráneo puede provocar. No solo puede ocurrir en el cerebro sino también a nivel de meninges y dentro de los ventrículos cerebrales.

- Hay varios tipos de ictus hemorrágicos:

- Ictus por traumatismo craneoencefálicos.

- Ictus por aneurisma (ensanchamientos localizados de los vasos sanguíneos que se generan debido a la debilidad de los vasos sanguíneos y tienen gran facilidad para romperse.

- Ictus debido por MAV y otras malformaciones: son síndromes de origen genético que presenta gran fragilidad con lo que puede resultar sencillo que se rompan.

- Ictus isquémico

También llamado infarto cerebral, se produce cuando una de las arterias del cerebro es obstruida, con lo que interrumpe el flujo de sangre a parte del cerebro. Ello genera que el tejido cerebral no tenga oxígeno y nutrientes necesarios para sobrevivir muriendo en poco tiempo. Hay varios tipos:

- Ictus por embolia cerebral: En la embolia, el elemento que hace que la arteria sea destruida proviene del exterior del sistema nervioso, viajando por la sangre hasta llegar a dicho sistema y provocar la isquemia si es de mayor tamaño que el vaso sanguíneos por el que pasa.

- Ictus por trombosis cerebral o aterotrombótico: Se produce dentro de los vasos sanguíneos del propio cerebro.

- Ictus lacunar o de pequeño vaso: Subtipo de Ictus isquémico en el que el vaso sanguíneo obstruido es una arteriola.

- Accidente isquémico transitorio: Ictus isquémico se produce cuando el taponamiento de uno de los vasos sanguíneos que irrigan una parte de cerebro pero el propio cuerpo es capaz de vencerlo.

- Ictus Hemodinámico en este se produce una disminución del nivel de presión sanguínea que hace que la sangre no llegue con la suficiente fuerza como para irrigar correctamente la totalidad del cerebro.

5 Discusión-Conclusión

Todo paciente que padezca un ictus debería ser atendido y beneficiarse de los cuidados en una unidad de rehabilitación , estas unidades son modelos organizativos que mejoran la atención al paciente en su fase aguda, lo que redunda en menor mortalidad y discapacidad de estos pacientes.

Lo que determina el resultado es lo que se hace con los pacientes, el que se realice por personal capacitado para hacerlo bien y en el tiempo indicado. No todos los Ictus son ingresados en la planta de neurología, dejando a los neurólogos de guardia la decisión de ingreso y excluyendo a aquellos en los que esperan un desenlace fatal. Refieren que la morbimortalidad se la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en fase aguda es mayor que la isquémica. Siendo la terapia fibrinolítica un tratamiento útil en el Ictus isquémico.

6 Bibliografía

- <https://cuidateplus.marca.com/>
- <https://www.quironsalud.es/ictus-madrid>
- <https://www.elsevier.com>
- <https://psicologiymente.com/clinica/tipos-de-ictus>

Capítulo 445

ASEO DEL PACIENTE INTUBADO

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

1 Introducción

Los cuidados que se dispensan al paciente intubado deben estar orientados a proporcionarle el mayor grado de bienestar y confort, además de brindarle unos cuidados de alta calidad asistencial. Todo ello con el fin de alcanzar la mejoría deseada. La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) es la complicación más frecuente para este tipo de pacientes y más frecuentes en las unidades de cuidados intensivos, tiene una tasa de mortalidad de entre el 25% y el 70% y se ha reconocido que el 60% de todas las muertes por infecciones nosocomiales son causadas por esta infección.

La colonización bacteriana de la flora de la mucosa orofaríngea es la fuente más notable de infección del tracto respiratorio y sucede rápidamente tras la intubación endotraqueal. Por eso se crea la necesidad de realizar unos buenos cuidados bucales completos para la reducción de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM).

La higiene corporal del paciente intubado se llevará a cabo siguiendo las mismas pautas de actuación que en el paciente consciente. El aseo se realiza en equipo. La

enfermera se coloca a la cabecera del paciente, el auxiliar de enfermería realiza la higiene y el celador lo moviliza, todo ello bajo la supervisión de enfermería. La monitorización se deberá mantener en todo momento, valorando la tolerancia a la movilización. La higiene del enfermo se llevara a cabo diariamente y siempre que sea necesario.

La realización de cambios posturales puede incrementar considerablemente el intercambio gaseoso, la oxigenación y la ventilación. Además, estas movilizaciones son imprescindibles para mantener la integridad cutánea y prevenir las úlceras por presión.

2 Objetivos

Identificar cómo realizar el aseo en pacientes intubados.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda minuciosa de artículos y guías relacionados con procedimientos a seguir en pacientes intubados. Para ello se han utilizado bases de datos utilizando el buscador 'Google Académico!', y las bases de datos de Medline, Cuiden y Dialnet.

Se han encontrado numerosos artículos y revisiones bibliográficas en varios idiomas extranjeros descartando estos y seleccionando textos en español. En cuanto a las fechas se han utilizado los últimos artículos y guías más recientes. Palabras clave: paciente intubado, aseo, UCI, ventilación mecánica.

4 Resultados

El primer paso es realizar la higiene corporal y a continuación se procederá a la higiene bucal y aspiración de secreciones. Comenzaremos con la higiene corporal.

Higiene corporal: Para la higiene deben estar 2 enfermeros mínimo para un paciente intubado.

Materiales:

- Guantes desechables
- Sábanas para cambio de cama.

- Pañal
- Empapadores.
- Toallas de baño.
- Esponjas.
- Palangana.
- Chata.
- Jarra con agua tibia.
- Artículos de higiene (loción, talco, crema afeitar...).
- Peine o cepillo.
- Camisón.

Técnica:

- Colocarse los guantes.
- Valorar la piel durante el baño cuidadosamente y avisar al enfermero/a si percibimos alguna lesión en la piel.
- Ubicar al paciente en posición adecuada.
- Pedir la colaboración de otro enfermero (2 enfermeros mínimo para un paciente intubado).
- Retirar las ropas de cama, dejar solo la sábana de arriba.
- Quitar el camisón. Y siempre cubrir con sabana al paciente. NUNCA dejarlo desnudo.
- Preparar la cama para evitar que se moje lo más posible, colocar empapadores debajo del paciente.
- Cambiar la bolsa de diuresis al lado contrario de donde estaba.
- Humedecer con agua tibia la esponja o gasa.
- Comenzar con el lavado de cara, colocando la toalla de baño sobre el tórax.
- Situar torundas de algodón en los oídos para que no ingrese agua.
- Lavar los ojos solo con agua y secar, (desde el interior hacia fuera).
- Lavar el resto de la cara con jabón.
- Si es hombre, aprovechar este momento para afeitarlo.
- Si se lavara el cabello; realizarlo ahora.
- Continuar por el cuello y orejas para pasar a otra parte del cuerpo.
- Enjuagar.
- Lavar los brazos y manos. No olvidar pasar la gasa entre los dedos.
- Poner la toalla a lo largo del brazo, lavar, enjuagar y secar, comenzando por la parte distal.

- Las manos se pueden introducir en una palangana y lavarlas por inmersión, secar correctamente los espacios interdigitales, cuidar la limpieza de las uñas.
- Lavar bien las axilas y proceder igual con el otro brazo.
- Continuar con el tórax y el abdomen.
- Llevar la sábana hasta la zona pubiana.
- Hacer la higiene igual al resto prestando atención en la zona de pliegues.
- Seguir con las piernas y pies. Siempre cubrir con sábana la zona de mamas y genitales.
- Cubrir el resto del cuerpo, dejando mínima exposición corporal.
- Para las piernas realizar los mismos pasos anteriores: Lavar, enjuagar y secar, comenzando por la parte distal.
- Lavar los pies sumergiéndolos en una palangana con agua.
- Secar con cuidado, especialmente los espacios interdigitales.
- Continuar con la espalda, para eso, rotar al paciente, dejándolo lateralizado y del lado donde este el respirador.
- Proceder igual que el resto (lavar, enjuagar, secar), con la toalla de baño en la parte inferior a lo largo de la espalda y glúteo.
- Colocar chata y comenzar con la higiene perianal.
- Higienizar la zona del perineo y genitales. Secar bien.
- Preparar sábanas nuevas y colocarlas.
- Poner el camisón y pañal.
- Cortar las uñas de las manos y pies, tener especial cuidado si es un paciente con diabetes.
- Observar la integridad de la piel.
- Si hay alguna zona enrojecida, seguir la técnica de lateralizar y colocar almohadas especiales en zonas de apoyo para evitar úlceras.
- Poner crema hidratante, perfume, loción.
- Peinar.
- Registrar todo el procedimiento y anomalía que se visualice.
- Ordenar todo el material y la unidad del paciente.

Higiene bucal:

Nuestro objetivo es proporcionar y fomentar una higiene bucal adecuada, favoreciendo el bienestar del paciente además de prevenir infecciones, para lo cual valoraremos las condiciones higiénicas de la boca y el estado de la mucosa.

Materiales:

- Suero fisiológico.
- Gasas no estériles.

- Depresor lingual.
- Vaselina.
- Pinzas de Kocher.
- Vendas y jeringas.
- Aspirador.
- Sondas de aspiración.

Técnica:

- Lavarse las manos y ponerse guantes (no estériles).
- Comprobar la presión del neumotaponamiento.
- Lavarse las manos y ponerse guantes estériles.
- Aspirar secreciones endotraqueales y bucofaríngeas.
- Irrigar la cavidad bucal introduciendo 10-15 ml de antiséptico, a la vez que aspiramos con una sonda atraumática. Repetir este procedimiento las veces necesarias.
- Frotar la cavidad bucal y dientes con torunda impregnada en solución antiséptica, cambiándola cuantas veces sea necesario.
- Irrigar de nuevo y aspirar.
- Retirar la sujeción del tubo endotraqueal.
- Secar los labios y zona circundante.
- Valorar el estado de comisuras labiales y mucosas.
- Cambiar de posición el tubo endotraqueal, sujetándolo con una fijación limpia.
- Aplicar vaselina en los labios.
- Realizar este procedimiento cada vez que lo precise.

El cuidado y la higiene oral de los pacientes son fundamentales en la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica. Conocer la técnica y aplicarla correctamente será esencial para aportar calidad a nuestros cuidados.

La actualización de conocimientos en las últimas recomendaciones y la formación se convierten por ello en un factor clave de la actividad enfermera.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados orales en pacientes de UCI que se encuentran conectados a un Ventilador Mecánico, son efectivos para la prevención de la Neumonía junto con el uso de antisépticos y deben estar incluidos en el cuidado general del paciente con ventilación mecánica desde su ingreso para evitar la colonización de bacterias causantes de neumonías.

6 Bibliografía

- <https://anestesiari.org>
- <https://enfermeriabuenosaires.com>
- <https://elenfermerodependiente.files.wordpress.com>
- <http://repositorio.uwiener.edu.pe>

Capítulo 446

INFECCIONES NOSOCOMIALES. QUÉ SON Y CÓMO COMBATIRLAS DESDE UN PUNTO DE VISTA MULTIDISCIPLINAR

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

1 Introducción

Según la OMS una infección nosocomial se define como la enfermedad contraída en el hospital o cualquier otro establecimiento de atención a la salud en un paciente ingresado por otra causa, una infección que no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación.

Diferentes estudios realizados en todo el mundo demuestran que la infección nosocomial como una causa importante de morbilidad y mortalidad. Una frecuencia aumentada de este tipo de infección denota una calidad deficiente en la atención a la salud y ocasiona costes evitables.

En nuestro país estas infecciones constituyen un problema relevante de salud pública. Las muertes producidas por esta infección se estima en unas 3200, esta cifra triplica a las ocasionadas a las muertes en accidentes de tráfico.

La erradicación como la reducción permanente a cero de estas infecciones es una utopía ya que es inevitable tener un riesgo a la hora de cualquier procedimiento invasivo realizado durante la hospitalización. Los pacientes más frágiles son los más propensos a padecer estas infecciones.

A continuación vamos a describir algunos tipos de infecciones hospitalarias más comunes

- Klebsiella pneumoniae
- Escherichia coli
- Pseudomonas aeruginosas
- Staphylococcus aureus
- Cándida albicans
- Aspergillus spp
- Virus sinticial respiratorio
- Rotavirus2

2 Objetivos

Identificar cómo disminuir las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado entre los años 2010 a 2018 incluidas en las bases de datos MEDES, Revistas médicas, etc, teniendo en cuenta para ello los siguientes parámetros:

Descriptores y palabras clave: INFECCIÓN NOSOCOMIAL, CUIDADOS INTENSIVOS, PATOGENOS, PACIENTE CRITICO.

Criterios de inclusión: Artículos con texto completo en español e inglés.

Criterios de exclusión: Artículos anteriores al 2007.

Operadores booleanos: AND y OR

4 Resultados

La idea de que muchas infecciones son inevitables y algunas pueden ser prevenidas ha cambiado por todas las infecciones son potencialmente evitables mientras no se demuestren lo contrario. Para evitar este tipo de infecciones habría que eliminar o disminuir la carga de microorganismos de la piel o de los tejidos mediante:

- Limpieza de la piel
- Uso de soluciones antisépticas tales como Alcohol etílico, clorexidina, povidona yodada, triclosán, etc
- Lavado de manos rutinario o higiénico, o antiséptico o asistencial, o quirúrgico, el que corresponda según el momento
- Prevenir infecciones asociadas a los fómites
- Prevenir infecciones urinarias asociadas a catéter vesical
- Prevenir infecciones debido a una intervención quirúrgica
- Prevenir infecciones asociada a la inserción de catéter intravasculares
- Prevenir infecciones a los pacientes que están sometidos a respiración asistida
- Tomar medidas con en los pacientes que están en aislamiento
- Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, del personal hospitalario, otros pacientes del hospital o del equipo diagnóstico y tratamiento.

Más de 3.000 personas en España fallecen al año como consecuencia de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, afectando a 1 de cada 15 personas hospitalizadas y alcanzando hasta el 30% de los pacientes ingresados.

Según el último estudio EPINE su prevalencia es del 7'61%.

A continuación ponemos un gráfico que este estudio EPINE ha hecho

5 Discusión-Conclusión

- Las infecciones nosocomiales son un problema de primer orden en la actualidad. Se estima que del total de los pacientes que acuden a un centro sanitario o necesitan ser ingresados en un hospital, el 7% tendrá una infección relacionada con la asistencia sanitaria.
- Todas ellas suelen estar relacionadas con procesos invasivos por parte de los profesionales. La más frecuente es la neumonía asociada a la ventilación mecánica, seguida de las bacteriemias relacionadas con los catéteres, las infecciones de heridas quirúrgicas y las infecciones urinarias asociadas al catéter vesical.

- Existen numerosas medidas de prevención que el profesional sanitario debe cumplir para una mayor protección y seguridad al paciente, ya que muchas veces el mal cumplimiento de estas puede originar esta complicación.
- Para intentar disminuir la incidencia de las infecciones nosocomiales, se crearon los Proyectos “ZERO”, ofreciendo formación a los profesionales sobre la prevención de las neumonías relacionadas con la ventilación mecánica, las bacteriemias relacionadas con los catéteres intravasculares y el uso adecuado de los antibióticos. Los profesionales de enfermería son quienes más tiempo pasan con los pacientes. Es su labor ofrecerles un entorno y unos cuidados de calidad para intentar asegurar su confort. Es por eso que tienen que ser estrictos con las medidas preventivas y sobre todo, con la higiene de manos. Esta simple acción protege a los pacientes y puede prevenir numerosas infecciones si se realiza adecuadamente.

6 Bibliografía

- WWW.ELSEVIER.ES/EMC
- [HTTPS://WWW.ELMUNDO.ES/ELMUNDOSALUD/2007/03/05/MEDICINA/1173117866.HTML](https://WWW.ELMUNDO.ES/ELMUNDOSALUD/2007/03/05/MEDICINA/1173117866.HTML)
- [HTTP://UVADOC.UVA.ES/HANDLE/10324/28041](http://UVADOC.UVA.ES/HANDLE/10324/28041)
- [FILE:///C:/USERS/ELISA/DESKTOP/EPINE-2018-2019.PDF](file:///C:/USERS/ELISA/DESKTOP/EPINE-2018-2019.PDF)

Capítulo 447

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A UN ENFERMO TERMINAL

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

1 Introducción

Según la Servivio Español de Cuidados paliativos la enfermedad terminal quedo definida por las siguientes características: enfermedad avanzada, progresiva, incurable y sin posibilidad razonable de respuesta a un tratamiento específico.

Presencia de numerosos problemas de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes. Esto produce un impacto emocional con la presencia o no explícita de la muerte con un pronóstico de vida corto no superior a los seis meses. Este tipo de deterioro y la rapidez con la que evoluciona depende de la patología, siendo la fase final muy similar en todos los pacientes. Esta situación compleja produce una gran demanda de atención y soporte a los que debemos responder por una parte mediante instrumentos básicos:

- . La Implementación de recursos específicos y Formación de los profesionales.
- . La mejora de la Atención de los recursos ya Existentes. (Atención primaria, H Gral y Centros de baja estancia).
- . Cambios en la Organización que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos
- . Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP): equipo interdisciplinar, ya que es muy difícil plantear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo que dispone de los espacios y tiempos específicos para ellos. Con formación específica y apoyo adicional.
- . Estos son Equipos integrados de “Alta Resolutividad” y se desenvuelven en el ámbito domiciliario (ESAD) y hospitalario (ESAH).

La base terapéutica en pacientes terminales engloba:

- Control de síntomas: es necesario reconocer, evaluar y tratarlos de la forma más adecuada, dando así una asistencia activa y continuada al paciente proporcionando unos cuidados de confort y bienestar. Mientras que algunos se pueden controlar (dolor, disnea, etc.) en otros será preciso proporcionar la adaptación del enfermo a los mismos (debilidad, anorexia, etc.)
- Estos cuidados procuran que los pacientes dispongan de los días que les resten tener los síntomas bajo control y pueden disminuir con dignidad.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo y la familia. La familia es el núcleo fundamental del apoyo del enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria.
- Cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares incluyendo el proceso de duelo.

El TCAE debe indentificar los síntomas, evaluarlos y tratarlos, deviendo evaluar la intensidad, el impacto físico y emocional y factores que provoquen o aumenten cada síntoma. Explicar las causas de los síntomas en términos que el paciente pueda comprender. Explicar la etiología de los síntomas y la estrategia terapéutica a la familia.

La estrategia terapéutica siempre será mixta, específica y comprende medidas farmacológicas y no farmacológicas, monitorizando los síntomas mediante el uso de instrumentos estandarizados (escalas de puntuación o escalas analógicas). De esta manera clarificaremos objetivos sistemizar el seguimiento y mejorar el trabajo comparando nuestros resultados. Por último, dará atención a los detalles para optimizar grado de control y minimizar los efectos secundarios.

2 Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar las necesidades del paciente y familia.
- Establecer medidas para satisfacer las necesidades del paciente y su entorno familiar.
- Mejorar la atención y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares en situación de enfermedad terminal.
- Garantizar el respeto y la autonomía individual de una manera integrada.
- Establecer los cuidados postmortem.

3 Metodología

Efectuando búsqueda bibliográfica de material publicado en las Guías de Cuidados Paliativos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Basado en Artículo Médico. Publicaciones de Cuidados y Protocolos del TCAE en cuidados Paliativos e Informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), teniendo en cuenta los siguientes parámetros: cuidados paliativos, enfermedad terminal, paciente crítico, dolor y calidad de vida.

Criterio inclusión: Artículo con texto completo en español e inglés, los pacientes incluidos son: pacientes oncológicos terminales, pacientes terminales con enfermedades crónicas no oncológica: como pacientes con SIDA, pacientes con enfermedades respiratorias, cardiocirculatorias hepáticas y renales de cualquier etología y p acientes con enfermedades del Sistema nervioso central de cualquier etología (degenerativas, demencias, enfermedad del Parkinson, accidente cerebrovascular agudo, etc.)

Palabras clave: paciente terminal, cuidados paliativos, cuidados post-mortem.

4 Resultados

Cuando nos encontramos ante un paciente que recibe este tipo de tratamientos, el TCAE tiene que procurar que el enfermo se encuentre lo más cómodo posible, prestarle ayuda y atención en todo momento y mantener su dignidad. Los pacientes terminales están expuestos ante diversas enfermedades, que en muchos casos se producen de forma simultánea, y los auxiliares de enfermería deben ser capaces de proporcionarles un cuidado que cubra todas sus necesidades (físicas,

emocionales y espirituales), al mismo tiempo que muestren su apoyo al paciente y sus familiares.

Cubrir las necesidades del paciente:

- Necesidades físicas: mantener una buena imagen del paciente, monitorización del paciente, el control de su temperatura y la realización de diversos informes de control significativos para la enfermera y su estado, además de que los cambios posturales se realizarán con frecuencia.

El paciente padece una debilidad muscular que le imposibilitará moverse y con este cuidado estará más cómodo, arropar adecuadamente al paciente, evitando el frío que pueda padecer y ser víctima de posibles temblores, extremar los cuidados en la higiene individual. Valoración de la piel y mucosas (boca, fosas nasales y genitales) para la detección y prevención de UPP (úlceras por presión) y proporcionar un ambiente agradable (habitación ordenada, ventilador, luz adecuada).

Cambiar la ropa de cama tantas veces sea necesario. El enfermo terminal suele tener incontinencia y sudor en abundancia, administrar elementos con cuidado y paciencia, el enfermo puede presentar dificultades para tragar debido a disfunción anatómica, dolor, fatiga, alteraciones bucales y efectos secundarios del tratamiento.

Por último, una vez nos encontremos en la fase final, el enfermo agonizante, es conveniente posicionarlo en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

- Necesidades emocionales: la comunicación es una herramienta terapéutica fundamental que da acceso al principio de autonomía, la confianza mutua, la seguridad y la facilitación al paciente de la información que necesita para ayudarse a sí mismo, y a su vez, ser ayudado. El TCAE debe permanecer con el enfermo todo el tiempo que este necesite. La actitud de escucha adecuada es sentada al lado de la cama, nunca de pie o con los brazos cruzados. Es necesario que el paciente comprenda y sienta libertad de expresión, para ello se debe adoptar una actitud de escucha activa, empática, evitando el paternalismo, proporcionar falsas, mantenerse siempre sereno. Debemos ser comprensivos, en el caso en el que no sepamos que decir, es preferible mantenerse en silencio.

Si el enfermo o sus familiares nos preguntan sobre el curso de su enfermedad hemos de recordar que no entra dentro de nuestras funciones, y con respeto les contestaremos: “Es mejor que estos temas los hable usted con el médico, desconozco este tipo de información”. El lenguaje no verbal corresponde al 93% de la comunicación con el enfermo, es esencial no subestimar la importancia que para el enfermo tiene sujetar su mano, tocar su hombro, la colocación de su almohada

o secar su frente, mostrar interés en todo momento por el grado de bienestar del enfermo con preguntas, como “¿le duele algo?”, “¿se siente cómodo?”, etc. El sentido del tacto es de los últimos que se pierde, así que cuando nos dirijamos a él procuraremos tocarle siempre, sobretodo cuando esté inconsciente. Por último, antes de realizar algún procedimiento debemos hablar con el paciente y explicarle el tratamiento, por ejemplo, “para aliviarle el dolor vamos a...”, “para que se encuentre más cómodo vamos a...”, etc.

- Necesidades espirituales: se proporcionarán facilitando al enfermo según sus creencias religiosas el apoyo que corresponda.

Atención y apoyo a la familia: la situación de la familia de un enfermo terminal se caracteriza por la presencia de un gran impacto emocional condicionado por la presencia de múltiples temores o miedos. La muerte está siempre presente, de forma poco explícita. El TCAE se debe mostrar en todo momento seguro, tranquilo, atento, dispuesto, comprensivo y accesible. El miedo al sufrimiento, la duda de si serán capaces o tendrán fuerzas para cuidarle los problemas que pueden aparecer en el momento justo antes de la muerte, o si sabrán reconocer si ha muerto, etc. La tranquilidad de la familia repercute directamente sobre el bienestar del enfermo, “el enfermo está tranquilo si ve a la familia tranquila”.

Siempre que esté permitido debemos facilitar que la familia pueda permanecer todo el tiempo que quiera con el enfermo. Debemos respetar el derecho de intimidad de la familia junto al enfermo, realizaremos nuestro trabajo incluso delante de la familia, de forma tranquila, rápida y eficiente. El familiar que se quede por las noches debe ser atendido condicionándole un lugar cómodo e interesarse por su estado cuando nos encontremos en la habitación. Es la función del TCAE apoyar a la familia mediante la presencia, comprensión, escucha y ánimo que requieran.

- Los cuidados postmortem: son aquellos que se realizan a las personas fallecidas después de que el médico haya certificado su muerte. Estos cuidados realizados por el TCAE tienen como finalidad dignificar la muerte de la persona fallecida, procurando que su última imagen de paz y tranquilidad, favorecer el duelo de los allegados, el personal de enfermería y personal funerario. La relación de cuidados que es necesario salvaguardar la intimidad del fallecido, ofrecer a la familia que colabore. Lavarse las manos y colocarse los EPI (Equipo e Protección Individual). Realizar un aseo completo, vestir, y colocar en la posición adecuada al fallecido.

Debemos proporcionar los cuidados necesarios para el difunto y apoyo para que

la familia pueda ver el cuerpo en condiciones favorables y reconocer la pérdida y realizar un duelo normal y no patológico. Identificación del fallecido. Permitir a la familia la despedida, y tras la salida del difunto de la unidad, el auxiliar de enfermería deberá proceder a la retirada y limpieza de todo el material electro médico y limpieza de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familiares de una forma física, emocional y espiritual. Estos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano de la salud. Se estima que anualmente millones de personas necesitan este tipo de cuidados. Actualmente a nivel mundial tan solo el 14% de las personas que necesitan asistencia paliativa la reciben. Se necesita una formación y concienciación sobre este tipo de cuidado, ya que la necesidad sigue aumentando como consecuencia del creciente aumento de las enfermedades no transmisibles y el proceso de envejecimiento de la población. Previenen y alivian el sentimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y tratamiento correcto del dolor y otros problemas.

Afrontar el sufrimiento supone ocuparse no solo de los síntomas físicos. Los programas de asistencia paliativa utilizan el trabajo en equipo para brindar el apoyo a los pacientes y a quienes proporcionan cuidados. El TCAE tiene una implicación muy importante en este tipo de cuidados debido a la atención directa que proporciona al paciente, por ello, es fundamental que reciba y disponga de la capacitación y formación adecuada para poder afrontar de manera competente la responsabilidad que requiere este tipo de cuidados. De este modo, mediante los cuidados paliativos que brinda el equipo multidisciplinar, el paciente pasará sus últimos días de vida de forma consciente, libre de dolor y con los síntomas bajo control, aportando un cuidado específico y ofreciendo una asistencia total activa al paciente terminal.

6 Bibliografía

- <http://www.auxiliar-enfermeria.com>; protocolos TCAE.
- Guía de Cuidados Paliativos editada por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
- Plan Integral de Cuidados Paliativos Consejería de Sanidad, Región de Murcia 2009. www.cgtsanidadlpa.org

- Atención del Auxiliar de Enfermería de enfermo terminal Confederación Gneral del trabajo y sanidad T19, 1-10.
- <https://www.who.int/es> OMS Cuidados Paliativos, 19 febrero de 2018.

Capítulo 448

EL LAVADO DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN

JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ

EMMA MARIA ANTON GARCÍA

GENEROSA GARCÍA SUÁREZ

1 Introducción

El lavado de manos representa una de las técnicas de mayor importancia en el control de procesos infecciosos. En el hospital , es la principal y primera medida que se lleva a cabo para evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. Las manos son el principal medio de contaminación exógena en las infecciones nosocomiales. Es una de las principales medidas de eficacia probadas para la prevención de infecciones nosocomiales . Es una técnica que se ha ido perfeccionando en el tiempo, consiguiendo una mayor higiene y por tanto, una disminución en la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

2 Objetivos

- Establecer los diferentes tipos de lavado de mano y su importancia, cuándo es necesario llevarlo a cabo y en qué forma.

3 Metodología

El estudio está basado en una revisión bibliográfica a través de información conseguida usando como base de datos: Scielo. Así como también manuales de diferentes servicios de salud.

4 Resultados

El lavado de manos es obligatorio para todas las personas que tengan contacto en el paciente. Dependiendo de la técnica o los cuidados que vayamos a realizar el lavado de manos se hará de distinta forma. Así se establecen distintos tipos de lavado de manos:

* Lavado de manos higiénico. Su objetivo es eliminar la suciedad de las manos disminuyendo la contaminación y evitando la propagación de microorganismos. Debe llevarse a cabo:

- Al empezar y terminar la jornada.
- Antes y después de estar en contacto con el paciente. Al prestarles cuidados como aspirar secreciones, manipular vendajes, colocar o retirar la muñeca, hacer sondajes, realizar curas, administrar medicamentos, etc.
- Después de toser, estornudar, etc.
- Siempre que se indique en los protocolos de aislamientos del hospital.

Se trata de un minucioso lavado con agua y jabón neutro, de manos y muñecas durante 30 segundos aproximadamente.

*Lavado de manos antiséptico. Su objetivo es rebajar la presencia o acabar con los microorganismos transeúntes.

Debe llevarse a cabo:

- Antes de realizar procedimientos invasivos tales como inserción de catéteres centrales, extracción de hemocultivos, sondajes urinarios, toraconcetes, punción lumbar, etc.
- En el contacto con pacientes inmunodeprimidos.
- En el contacto con pacientes infectados por microorganismos multirresistentes. Consiste en lavarse las manos y muñecas con antisépticos, insistiendo en los espacios interdigitales, los pulgares y las uñas, durante al menos 10/15 segundos.

*Lavado de manos quirúrgico. Su objetivo es rebajar la contaminación, evitar la transmisión de microorganismos y reducir la flora resistente en el caso de prestar cuidados que precisan ambiente aséptico.

Debe realizarse:

. Antes de toda intervención quirúrgica.

-Antes de prestar cuidados en ambiente aséptico.

El lavado de manos quirúrgico debe realizarse con cepillo y jabón antiséptico de manera vigorosa y exhaustiva durante la menos 5 minutos. El secado debe realizarse con toallas estériles.

*Lavado de manos por fricción con una solución alcohólica. Estas soluciones tienen propiedades antimicrobianas. Sustituye en algunos casos al lavado de manos convencional ya que es más sencillo y rápido. Se suele recomendar al personal en contacto con el paciente mantener las uñas cortas y no usar anillos, relojes ni pulseras. Los profesionales sanitarios usarán lociones para las manos con el fin de reducir la dermatitis de contacto por irritantes relacionados con el lavado de manos. El uso de guantes no sustituye la lavado de manos .

El uso de guantes no sustituye al lavado de manos. Los guantes se usarán cuando haya contacto con sangre, mucosas o piel no intacta . Después de atender al paciente se quitarán los guantes y se hará el lavado de manos habitual.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales suponen un problema para la seguridad del paciente y aumentan el coste de los tratamientos. Lavarse las manos de la manera y en el momento adecuado por parte del personal en contacto con el paciente minimiza al riesgo de contagio.

6 Bibliografía

- Plan Autonómico Higiene de Manos en el Principado de Asturias. Astursalud.
- Lavado higiénico de manos. Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero.
- Técnicas en Enfermería Clínica. Vol.1, 4ª Ed. B. Kozier, G. Erb, K. Blais, J.Y. Johnson, J.S.Temple. Editorial McGraw-Hill. Interamericana.
- Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. A.M. Fernández, E.Pérez. McGraw.Gill.
- Coelho MS, Silva Arruda C, Faria Simoes SM. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. Enfermería Global Vol. 10 n°.21 Murcia Enero 2011.
- Simón Melchor A, Simón Melchor L, Naranjo Soriano G, Gil Salvador R, Solano Castón J, Jimenez Sesma MI. Importancia de la higiene de manos en el ámbito

sanitario. RidEC 2016; g(1) 27-34

Capítulo 449

EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA, MANIPULACIÓN Y CUIDADOS

JAVIER DEL RIEGO APARICIO

1 Introducción

La unidad de neonatología es la sección del hospital que se encarga de la asistencia y cuidado del neonato o recién nacido. Incluye la asistencia en el momento del parto, la atención de los recién nacidos que están con sus madres en la maternidad y la de aquellos neonatos enfermos que necesitan cuidados médicos. Pueden ser unidades más o menos complejas dependiendo de si están dotadas de UCIN o no. En la UCIN se atenderán entre otras patologías a los neonatos nacidos de forma prematura.

En el cuidado de los neonatos intervienen diferentes profesionales sanitarios entre los que se encuentra el TCAE, por ello es necesario que dichos profesionales se encuentren preparados y manejen unas normas básicas en el cuidado de los mismos, siguiendo un protocolo de actuación que evite las manipulaciones innecesarias y contaminantes para prevenir el riesgo de contraer una infección en estos pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las principales características y necesidades del neonato tanto si es nacido a término como de forma
- Enumerar las normas básicas de actuación del auxiliar de enfermería en el cuidado y manejo de los pacientes de la unidad de Neonatología.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una metodología basada en la revisión sistemática y búsqueda de información en libros referidos al cuidado neonatal.

También se han revisado bases de datos científicos tales como revistas especializadas y páginas web como Medline Plus.

4 Resultados

Al nacer un bebé se puede clasificar como:

- Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación).
- A término (de 37 a 42 semanas de gestación).
- Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación).

Un bebé prematuro tendrá un peso más bajo al nacer que un bebé a término. Los signos comunes de prematuridad abarcan:

Patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea).

Vello corporal (lanugo).

Clítoris agrandado (en las niñas).

Menos grasa corporal.

Tono muscular más bajo y menor actividad que los bebés a término.

Problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración.

Escroto pequeño que es liso y sin pliegues y testículos sin descender (en los niños).

Cartílago del oído suave y flexible.

Piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel).

Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados. El bebé necesita cuidado especial en una sala de recién nacidos hasta que los

órganos se hayan desarrollado lo suficiente para mantener al bebé vivo sin soporte médico. Esto puede tardar de semanas a meses.

Los bebés usualmente no pueden coordinar la succión y la deglución antes de la semana 34 de gestación. Un bebé prematuro puede tener una pequeña sonda suave de alimentación puesta a través de la nariz o la boca hasta el estómago. En los bebés muy prematuros o enfermos, la alimentación se puede suministrar a través de una vena hasta que el bebé esté lo suficientemente estable como para recibir toda la nutrición en el estómago. También es posible que pueda necesitar si tienen problemas respiratorios una pequeña sonda en la nariz. En un bebé nacido a término puede ser necesario el ingreso en la unidad de neonatología por diversas causas: problemas respiratorios, trastornos sanguíneos, trastornos digestivos, infecciones congénitas, etc.

En todos los casos, el TCAE al manipular un neonato se debe seguir el protocolo de mínima manipulación. Éste trata básicamente de evitar manipulaciones innecesarias y de concentrar todas aquellas que sí lo son en un solo tiempo. De este modo se procurará que todas las actuaciones que precisa el recién nacido, tales como la administración de medicación, inicio de alimentación, aspiración de secreciones, cambio de pañal, coincidan con el momento de la toma de constantes, siendo la mayoría de las veces cada 3 ó 6 horas. Se intentará también que todo este conjunto de actuaciones los realice una sola persona.

El personal que realice el cuidado del neonato no deberá llevar anillos, pulseras o relojes, y tampoco esmalte de uñas. También se deberá llevar el pelo recogido. En la medida de lo posible se intentará que todo el personal sanitario, realice cambio de uniforme a diario. El lavado y/o desinfección de manos se realizará cada vez que esté indicado y las veces que sea necesario.

Una vez introducidas las manos dentro de la incubadora, no hay que tocar nada del exterior, en el supuesto que sea necesario, se debe solicitar ayuda a un compañero; y si no es posible se desecharán los guantes y se aplicará gel hidroalcohólico en las manos y nos colocaremos unos guantes nuevos.

Se hará uso de otros utensilios de barrera tales como mascarillas, gorros o batas si se precisan mayores medidas de aislamiento según la circunstancia.

Cada niño debe disponer de material para su uso exclusivo. Si existiera la necesidad de compartir algo entre varios neonatos, se limpiará y desinfectará de forma adecuada. Evitaremos dejar material (sobre todo el pesado) encima de la incubadora, ya que producen ruidos que alteran el confort del neonato. De la misma forma, se intentará evitar la contaminación acústica innecesaria en la unidad tales

como gritos, música alta, alarmas con sonido demasiado elevado, etc. También es importante hacer uso de mantas aislantes específicas para las incubadoras, ya que aíslan bastante del ruido y de la luz.

A continuación se explican las normas de cuidado para los aspectos de alimentación, aseo y sueño.

Alimentación:

- Lavado de manos con jabón y con una solución de gel hidroalcohólico por fricción y uso de guantes (prevención de enfermedades nosocomiales).
- Valorar el grado de succión, ya que puede estar disminuido en el RN prematuro, estimulando previamente en el caso de estar muy disminuido.
- Ofrecer la mayor cantidad posible por boca, el resto por SNG. En este caso, la toma debe terminar una hora antes de la siguiente, para estimular la sensación de hambre en la toma siguiente.
- Vigilar durante la succión posibles signos de subcianosis, desaturación, vómitos y/o distensión abdominal.
- Hacer pausa durante la toma para que el R.N. expulse el aire.
- Cumplimentar todos los datos referentes a la alimentación en la hoja de valoración de enfermería.
- Vigilar la correcta posición y fijación de la SNG.

En el caso de que la alimentación sea materna, se vigilará y asesorará a la madre, controlando que la posición al pecho sea correcta, el tiempo de la toma, valorando el nivel de succión y cuidando de que el orificio nasal quede libre.

- Aseo:

El baño se realizará de forma diaria, y se hará con jabón neutro. Se realizará en el caso de los bebés prematuros con un peso por debajo de los 1.500 gr. dentro de la incubadora.

Se pondrán a bañar fuera, los de peso superior a 1500 gr, siempre que haya un foco de calor.

El resto y mientras alguna circunstancia clínica o física (por ejemplo: vías venosas, oxígeno...) no nos lo impida, se hará en la bañera.

Siempre hay que recordar que el aseo o baño del Recién nacido debe realizarse con delicadeza, pero no ha de extenderse en el tiempo para que no pierda excesivamente la temperatura corporal.

En el momento del baño vigilaremos el estado de la piel, y habrá que tener especial cuidado con el cordón umbilical., que hay que limpiar bien y desinfectar con clorhexidina. El TCAE lavará los ojos del recién nacido con suero fisiológico y a la hora de secarle pondrá especial cuidado en los pliegues corporales.

Posteriormente deberá hidratar la piel del bebé con una loción hidratante cuidando que no esté demasiado fría. En el caso de los bebés que se alimentan a través de una sonda se limpiará la boca del recién nacido con agua destilada y se hidratarán los labios con vaselina .

El cambio de pañal se hará tantas veces sea necesario para mantener al bebé cómodo y cuidar su integridad cutánea. En el caso de los bebés que se encuentran en fototerapia no se deben aplicar cremas corporales ni vaselina. Es importante mantener la temperatura del recién nacido estable, entre 36,5 y 37,5 C°.

- Sueño:

Es muy importante para el correcto desarrollo del recién nacido que pase gran parte del tiempo durmiendo, por ello para que el descanso y sueño sea beneficioso el TCAE deberá cuidar:

- La temperatura de la cuna/ nido y la temperatura y humedad en el caso de la incubadora.
- Manipular como anteriormente se dijo únicamente lo necesario ya que la excesiva manipulación puede causar sobreestimulación y privación del sueño.
- Evitar la luz directa y en el caso de los bebés que requieran fototerapia se les deberán de proteger los ojos tapándolos.
- Evitar el exceso de ruido.
- Se colocará al recién nacido en posición correcta, y el TCAE se ayudará de barreras de contención que rodeen al niño, así favorecerá el correcto desarrollo de su sistema muscular y esquelético.

5 Discusión-Conclusión

Por la delicada situación y especial vulnerabilidad de los neonatos el TCAE más que nunca deberá mostrar profesionalidad y sensibilidad, y además de procurar al niño los cuidados físicos necesarios ha de hacerlo siguiendo unas exhaustivas normas de higiene.

6 Bibliografía

- Medline Plus
- <https://medac.es>
- <https://enfamilia.aeped.es>
- <https://dialnet.unirioja.es/>
- “Guía de actuación en neonatología para enfermería”, Servicio andaluz de Salud, Consejería de Sanidad.

- <https://pediatasetche.files.wordpress.com>.
- “Cuidados de enfermería neonatal” Hospital de pediatría S.A.M.I.C. Comité científico de enfermería neonatal.

Capítulo 450

INFECCIÓN NOSOCOMIAL Y MEDIDAS PARA DISMINUIR EL RIESGO DE SU TRANSMISIÓN.

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

Uno de los grandes problemas sanitarios es el control de las infecciones, tanto las de la comunidad como las adquiridas en el medio hospitalario.

Se entiende por infección nosocomial, (nosocomio=hospital) a aquella que se adquiere durante la estancia hospitalaria del paciente y que no motivó su ingreso. Por ejemplo: un paciente ingresa, para intervenir se de la vesícula biliar, y durante el postoperatorio adquiere una infección respiratoria. Esa infección respiratoria se dice que es nosocomial porque el paciente no la padecía antes de ingresar ni en su periodo de incubación.

El Consejo de Europa define en 1984, a la infección nosocomial como "toda enfermedad contraída en el hospital, causada por un microorganismo, clínica y/o microbiológicamente reconocible, que afecta al paciente con motivo de su estancia en el hospital o de los cuidados recibidos mientras está hospitalizado, pudiendo aparecer sus síntomas durante su estancia o después del alta". Medicina Preventiva es el servicio que se encarga de estudiar el número, frecuencia y proporción de enfermedades nosocomial y de establecer medidas encaminadas a prevenir la aparición de estas enfermedades.

2 Objetivos

- Establecer las medidas preventivas de eficacia probada y adoptarlas en la unidad de cuidados sanitarios.

3 Caso clínico

Vamos a relatar un caso muy conocido que se remonta al siglo XIX. El médico húngaro, Ignac Fulop observó que había mucha diferencia de mortalidad entre dos pabellones de parturientas, en el primero era de un 8% y en el segundo y era atendido por obstetras y estudiantes de medicina, en el segundo pabellón había un porcentaje de mortalidad de un 2% y lo atendían las parteras. Y también observo que cuando los estudiantes se iban de vacaciones disminuían las infecciones y muertes postparto. Algo estaba pasando!. Los estudiantes y médicos que trabajaban en el pabellón de autopsias transmitían estas infecciones. Se introdujo el lavado de manos con un antiséptico y se consiguió reducir la mortalidad del primer pabellón a menos de 2%.

4 Resultados

- Las medidas establecidas y adoptadas, encaminadas a disminuir el riesgo de su aparición de la infección nosocomial son según su eficacia:

Grado 1: eficacia probada.

- Esterilización.
- Lavado de manos.
- Empleo de guantes.
- Drenaje urinario cerrado.
- Cuidados de vigilancia en los catéteres intravenosos.
- No tocar las heridas con las manos .
- Vacunaciones y seguimiento de protocolos .

-Grado 2: eficacia lógica sugerida por la experiencia.

- Técnicas de aislamientos.
 - Edicación sanitaria.
 - Establecimiento de un sistema de vigilancia.
- Grado 3: eficacia dudosa o desconocida:
- Desinfección de suelo y paredes.

- Rayos ultravioleta.
 - Fumigaciones.
 - Administración de antibióticos previa a cirugía limpia.
 - Muestras ambientales.
- La aplicación de todas las medidas de prevención consiguen disminuir significativamente el contagio de enfermedades nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con una sencilla afirmación, todos debemos tener responsabilidad en aplicar estas medidas de prevención para preservar la salud de los pacientes en el medio hospitalario. Y recordar que un gesto tan cotidiano y necesario como el lavado de manos puede salvar muchas vidas.

6 Bibliografía

- Evangeline.
- Diversos textos y apuntes de academias tan reconocidas como Tamargo en Oviedo, Karba en Aviles y Covadonga en Oviedo.

Capítulo 451

AISLAMIENTO RESPIRATORIO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

El aislamiento respiratorio se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades que se diseminan por vía aérea. Aplicando el protocolo de actuación conseguiremos controlarlo y protegernos.

2 Objetivos

- Definir los patógenos en los cuáles se realiza el aislamiento respiratorio.
- Enumerar los recursos materiales necesarios en el aislamiento respiratorio.
- Detallar el protocolo de actuación por el personal sanitario.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre aislamiento respiratorio y planes de actuación en bases de datos como Pubmed y Medline.

4 Resultados

- El aislamiento respiratorio es necesario cuando la vía de transmisión de gérmenes es el aire o las gotas que se transmiten al toser o estornudar, por

lo que debe protegerse la vía aérea del personal que atiende al paciente: es decir la boca y la nariz. Lo conseguiremos aplicando los protocolos de actuación. Este tipo de aislamiento se lleva a cabo en los siguientes procesos: sarampión, rubéola, tos ferina, parotiditis, tuberculosis pulmonar activa, meningitis meningocócica...

- Los recursos materiales necesarios son los siguientes:

* Habitación individual con puerta cerrada, evitando ventilar hacia el interior, y siempre cerrada.

* Colocación de mascarillas al entrar en la habitación y desecho de ellas al salir de la misma.

* Los guantes son necesarios si se va a tener contacto con secreciones. Los pañuelos irán a recipientes o bolsas incinerables.

- Los pacientes con el mismo germen pueden compartir la misma habitación.

- Traslados del paciente siempre con mascarilla cubriendo nariz y boca.

- Y un letrero visible en la puerta de "aislamiento respiratorio".

- Protocolo de actuación.

* Personal vacunado o inmunizado.

* Lavado de manos al entrar y al salir de la habitación.

* Uso de mascarilla obligatorio, cambiarla con frecuencia y contenedor de desecho específico.

* El paciente usará mascarilla para traslados a otras dependencias.

* El instrumental de exploración o de terapia respiratoria que no sea desechable será desinfectado y esterilizado.

* Uso de pañuelos desechables y técnicas de la doble bolsa para desechos.

Aplicando estos protocolos se ha demostrado que se reducen los contagios de las enfermedades que se diseminan por vía aérea.

5 Discusión-Conclusión

Cómo conclusión podemos decir que es muy importante la formación y conocimiento del personal sanitario para una correcta manipulación y tratamiento de los pacientes que están ingresados bajo un aislamiento estricto para así evitar enfermedades nosocomiales.

6 Bibliografía

- Protocolos y notas de la academia de estudios Rivas y Mengar.

Capítulo 452

CUIDADOS BASICOS EN EL NIÑO CON CANCER

MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

Se aborá los cuidados basicos en un niño con cancer ,como pueden ser: respiratorios (puede aparecer disnea ,tos, roquera ,dolor torácico, etc.) nutricionales (aparicion de vomitos,nauseas, inflamación de la mucosa bucal, malnutrición , etc.) a nivel de la piel (picor por el roce de las sábanas, sudoración por la inflamación de los ganglios linfáticos) prevención de infecciones, evitando el contacto con personas enfermas y en aislamiento si fuera necesario.. cuidados del reservorio, si es que hubiera que implantarle uno.

2 Objetivos

Conseguir en la medida de lo posible la mayor comodidad y bienestar del niño enfermo de cáncer a través de múltiples cuidados. para un cuidado integral.

3 Caso clínico

Un niño enfermo de cancer necesita una atencion continuada en cuanto a su higiene personal, de ropa de cama, hidratación, indicarle repiraciones profundas y oxigenoteraoia si lo precisara,un dieta rica y variada junto con sus alimentos favoritos. Se debe tener siempre en cuenta las molestias gástricas que pueda tener debido a los efectos secundarios de los tratamieto y del propio tumor, sinecesitara

reservorio vigilaremos que la zona donde este implantado permanezca seca y protegida.

4 Resultados

- Medidas para sobrellevar mejor su enfermedad a través de los diversos cuidados y atenciones por parte del personal de enfermería y también, en lo que a ellos corresponda de su familia. Además facilitar la relación con sus amigos para lograr un entorno lo más amable y cariñoso posible y que se sienta querido y arropado en esos momentos duros de la enfermedad.
- Se instaurarán medidas higiénico-sanitarias estrictas para evitar infecciones por su estado de inmunosupresión, en el caso de tratamiento quimioterápico.
- Se facilitarán los medios para la asistencia a clases o musicoterapia para hacer este proceso más llevadero.
- Se adecuará un ambiente de tranquilidad y seguridad y una mejor calidad de vida, y que su enfermedad sea más llevadera e incluso una posible o leve recuperación. en cualquier caso mantener al niño en un ambiente lo más normal y natural posible.

5 Discusión-Conclusión

Todo queda resumido y como conclusión en que la meta de mejoría bienestar del niño se puede llevar a cabo a través de cuidados, tratamientos actividad del propio niño siempre y cuando su grado de enfermedad se lo permita, y conseguir que todo el personal sanitario, así como su propia familia y él mismo, en la medida de sus posibilidades, se impliquen para que pueda luchar contra su enfermedad, los efectos secundarios y obtenga una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- Hamilton, P.M., Enfermería Pediátrica Básica. Interamericana/Mc Graw-Hill, 1990. 50 Edición.
- Martínez Roche, Pina Roche, Gómez García. Manual de procedimientos de enfermería materno-infantil Univ. De Murcia, 1994.
- Anne e. Belcher, Enfermería y cáncer. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Editorial Mosby/Doyma. 10 Edición Madrid, 1995, págs 152-164.

- Barbara C. Long; Wilma J. Phipps; Virginia L. Cassmeyer, Enfermería médico-quirúrgica. Enfermería Mosby 2000. Harcourt Brace, 30 Edición. Madrid, 1997, págs, 784-789.
- Waechter; Phillips; Holaday, Enfermería Pediátrica. Intramericana. Mc Graw-Hill, 100 Edición. 1993. Págs 1336-1392.
- J. Sans-Sabrafen, Hematología Clínica. Ediciones Doyma. 20 Edición. 1993.
- Marlow; Redding, Enfermería Pediátrica. Editorial Médica Panamericana. 60 edición. 1991, págs 1415-1424.
- Lippincot, Enfermería Práctica Vol. 1. Interamericana. Mc Graw- Hill. 50 Edición. 1995, págs 1592-1609.

Capítulo 453

ENEMAS: TIPOS Y TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN.

BRENDA CABO DIAZ

1 Introducción

Un enema es el procedimiento de introducir líquidos en el colon y en el recto a través del ano. Se hace generalmente con un fin médico o de higiene. También se utiliza como parte de terapias alternativas y tradicionales. Podemos distinguir tres tipos de enemas que se desarrollarán en el siguiente capítulo.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de enemas que existen.
- Describir el procedimiento de los distintos enemas, y su aplicación dependiendo de la necesidad del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo investigaciones referentes a los tipos de enemas y su técnica de aplicación a través de búsquedas de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medine, Scielo.

Hemos seleccionado artículos que provienen de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los tipos de enemas y sus indicaciones son las siguientes:

- Microenema:

Es el tipo de enema más sencillo de utilizar. Tiene un muy bajo riesgo debido a que la cantidad a administrar es muy pequeña: Entre 5 y 10 ml.

Se puede administrar sin excesivos inconvenientes y es recomendable probar con este tipo de enema antes de pasar a uno más sofisticado.

Su función principal es la de limpiar la parte inferior del colón.

- Enemas evacuadores de limpieza:

Se administra para vaciar el recto y el colón de heces.

Estimulan el peristaltismo a través de la irritación del colón y el recto y la distensión por volumen. Es un enema de los más utilizados.

La cantidad a introducir a un adulto es de 250 cc y en un niño serían 80 cc.

- Enemas naturales caseros:

Los enemas naturales o caseros se pueden realizar en casa, no poseen elementos químicos de ningún tipo.

Hay varios tipos entre los que se encuentran los enemas de café, enemas de jabón, enemas de agua con sal, enemas de ajo, enemas de jugo de limón.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido ver los diferentes tipos de enemas que hay, así cómo su técnica de aplicación y cuál utilizar en cada caso dependiendo de las necesidades.

Es importante que el personal encargado de administrar los enemas tengan conocimiento sobre el tema para evitar complicaciones.

6 Bibliografía

- <https://www.bioguia.com/salid/que es un enema/tipos>.

- <https://enfermería.io/enema/tipos/Técnicas de aplicación de enemas>.

Capítulo 454

ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA DE LIMPIEZA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA

1 Introducción

Los enemas son soluciones que se introducen por vía rectal al intestino que pueden ser evacuantes, de retención y con fines diagnósticos. Los enemas están indicados en pacientes con estreñimiento, estando contraindicados en pacientes que presenten patologías relacionadas con el recto, como hemorroides, fisuras o intervenciones rectales recientes. Se pueden administrar para aliviar el estreñimiento, ablandar las heces, lubricar y limpiar el recto y/o colon, o para administrar medicamentos.

2 Objetivos

Conocer los cuidados del TCAE en los pacientes para administrar correctamente un enema.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la administración del enema de limpieza.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de protocolos hospitalarios de Asturias y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline,

y Cochrane, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Lo primero que se debe hacer es informar al paciente de la técnica a realizar, explicándole todo con detenimiento y claridad ya que se necesita su colaboración. El paciente debe estar relajado y tranquilo. Nos lavamos las manos y ponemos guantes. Indicaremos al paciente que se coloque en la cama sobre su lado izquierdo con la rodilla derecha flexionada. Se irá introduciendo lentamente dicha solución a través del ano por el recto con una sonda, a una temperatura de 40°C y el paciente intentará retener dicho contenido el mayor tiempo posible.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario conocer la técnica correcta así como disponer del material adecuado y de un lugar tranquilo para evitar las posibles complicaciones.

Es importante que el personal que vaya a realizar la técnica tenga conocimientos sobre el tema para ayudar al paciente a estar lo más relajado posible.

6 Bibliografía

Manual de procedimientos básicos de enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias.

Capítulo 455

COMO HIDRATAR LA PIEL DEL CUERPO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA

1 Introducción

El cuidado de la piel es uno de los principales factores para una prevención efectiva. Con una buena hidratación se mantienen los agentes externos bien protegidos frente a los agentes causantes de las úlceras, (fricción, presión, cizalla, incontinencia...).

Los ácidos grasos proporcionan una correcta hidratación y firmeza de la epidermis, manteniéndola en buenas condiciones. Son indispensables para el tratamiento preventivo, basándose en evidencias científicas fundamentadas en estudios clínicos y en sus propiedades.

2 Objetivos

Conocer las propiedades de los ácidos grasos y recomendaciones a seguir para mantener un correcto estado de la piel en los pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre los ácidos grasos.

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

4 Resultados

Son muchas las propiedades de los ácidos grasos ya que proporcionan una piel hidratada, elástica y resistente frente a agresiones externas facilitando así la renovación de las células epidérmicas. También aumentan la microcirculación sanguínea y evitan la deshidratación de la piel protegiéndola de la fricción y reduciendo su fragilidad.

Los ácidos grasos son necesarios para funciones que el organismo no puede sintetizar. Se aplicarán siempre tras un correcto lavado y secado de la piel y durante varias veces al día para aumentar así su efectividad.

5 Discusión-Conclusión

En los hospitales donde hay pacientes con riesgo de presentar deshidratación y en consecuencia úlceras por presión, es importante explicar a todos los pacientes y familiares los cuidados necesarios para mantener en buenas condiciones su piel y así ayudar a prevenir lesiones o úlceras en la misma.

El personal del ámbito sanitario, debe hidratar la piel del paciente tras el baño diario.

6 Bibliografía

<http://crearsalud.org/por-que-es-importante-mantener-hidratada-nuestra-piel>

Capítulo 456

ADMINISTRACION DE ENEMAS POR TCAE

CECILIA MARIA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Un enema es una solución acuosa que se administra por el recto y que sirve para limpiar el colon de manera efectiva.

2 Objetivos

- Describir la preparación de la técnica previa a la administración del enema.
- Analizar la pauta a seguir en la correcta administración del enema y su efectividad.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Se identifica al paciente y se le informa del procedimiento que se le va a realizar. Se prepara el material necesario y mantendremos la intimidad del paciente. Hacemos el lavado de manos y después colocamos los guantes indicando antes al paciente que se tumbe en la cama en la posición de decúbito lateral izquierdo. Colocaremos debajo del paciente un salvacamás y procederemos a calentar el enema de 37° a 40° para así tenga mayor efectividad.
- Se introduce la cánula por el recto según protocolo y aplicaremos el enema lentamente preguntando en todo momento al paciente si lo tolera bien, sin molestia ninguna. Después de administrar el enema se retira la cánula y se le dice al paciente que lo retenga el máximo tiempo posible, facilitando también el acceso al baño. Finalmente recogeremos el material utilizado y nos lavamos las manos, utilizaremos solución antiséptica. Registramos en la historia clínica del paciente la administración del enema y su efectividad si la hubiere.

5 Discusión-Conclusión

El papel del TCAE es fundamental, ya que con la aplicación del enema de limpieza se consigue una mayor limpieza del recto y del colon para una futura cirugía.

6 Bibliografía

Junquera Velasco, Carmen Rosa et al. Manual del Auxiliar de Enfermería. Editorial MAD-Eduforma. ISBN 84-665-5787-3, 9788466557870

Capítulo 457

LA COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA

1 Introducción

Una de las funciones del Técnico en Cuidados de Enfermería (TCAE) es tratar con el paciente y su entorno siendo éste contacto directo y a diario, por lo tanto hay que saber cómo actuar para establecer una buena relación de confianza-ayuda. En numerosas ocasiones, las familias se muestran nerviosas por las situaciones que acontecen debiéndolos tranquilizar y ayudar en todo lo que podamos, para que haya una comunicación efectiva.

2 Objetivos

- Establecer la finalidad de mantener una buena relación entre paciente, familia y personal sanitario.
- Analizar los problemas de la relación paciente, familia y sanitario, así como las medidas para su solución.

3 Metodología

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

existente e protocolos de Enfermería para la relación paciente-familia-personal sanitario. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Una buena relación paciente-familia con el personal sanitario permite resolver los problemas que puedan surgir de una manera satisfactoria siendo preciso tener empatía para lograr un mejor resultado.
- Debemos contrastar e identificar cualquier problema relacionado con la tranquilidad, siendo muy importante tener una buena disposición para lograr el objetivo .
- En la medida de lo posible se identificarán las posibles dudas y se contrastará cualquier mal entendido en la mayor brevedad posible para así evitar que aumente la confusión o las preocupaciones. Además se debe crear un ambiente óptimo y tranquilo.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario para los TCAE saber manejar una serie de pautas para lograr mantener un buen trato y una buena relación entre ellos, los pacientes y los familiares, algo que será muy beneficioso para el proceso de recuperación del paciente. Se concluye remarcando la importante labor de los TCAE en el buen funcionamiento de las unidades de cuidado así como en la buena relación paciente-familia-sanitarios, estableciendo las bases para una relación terapéutica satisfactoria.

6 Bibliografía

- <https://www.msdsalud.es>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 458

EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

REBECA LÓPEZ HEVIA

TAMARA LÓPEZ HEVIA

1 Introducción

El aseo del paciente encamado es la técnica de aseo para los pacientes que por su estado de salud no se pueden levantar de la cama aunque conserven su movilidad. Le proporciona bienestar al paciente, mejorando su calidad de vida.

Es uno de los procedimientos más realizados por los TCAE. Es una tarea diaria en hospitales, geriátricos o en el domicilio del encamado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los beneficios que supone el aseo para el paciente.

Objetivos secundarios:

- Determinar qué materiales son necesarios para la realización de la técnica.
- Determinar cuáles son las consideraciones previas al aseo y los pasos a seguir en el aseo.
- Determinar las precauciones y observaciones a seguir.

3 Metodología

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

encamado.

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

Se han empleado los siguientes descriptores: aseo, higiene, paciente encamado, técnica.

4 Resultados

- El aseo le proporciona al paciente los siguientes beneficios:
 - Mantener la piel en buen estado para cumplir su función de barrera.
 - Aprovechar el momento de la higiene para valorar el estado de la piel.
 - Mejorar la autoestima del paciente al evitar el mal olor y conseguir así la sensación de bienestar.
 - Favorecer la relación y comunicación del paciente con el equipo de enfermería.
 - Transmitir técnicas de autocuidado y permitir que el paciente participe en su higiene en la medida de lo posible.

- Los materiales necesarios para la realización del aseo serán los siguientes:
 - Guantes desechables.
 - Cuña o botella.
 - Dos palanganas con agua caliente.
 - Esponjas desechables.
 - Jabón neutro.
 - Suero fisiológico.
 - Gasas.
 - Tijeras de punta roma.
 - Toallas.
 - Empapadores.
 - Ropa de cama.
 - Peine.
 - Crema hidratante.
 - Pijama o camisón.
 - Bolsas y carro para la ropa sucia.
 - Bolsa para residuos.

- Consideraciones previas al aseo:

- Mantener la intimidad del paciente utilizando biombos o cortinas, mantener la puerta de la habitación cerrada y tener todo el material preparado antes de iniciar el procedimiento.
- Evitar las corrientes de aire.
- Mantener una temperatura adecuada en la habitación (entre 22 y 24 °C).
- Utilizar jabones adecuados para mantener el pH de la piel.
- Mantener una temperatura del agua adecuada (unos 37°C).
- Seguir un orden establecido, que salvo contraindicación, será de limpio a sucio y de arriba hacia abajo.
- Cuidar especialmente las sondas o sueros que pueda tener puesto el paciente para evitar su desconexión.

- Pasos a seguir en el aseo del paciente encamado:

1. Preparar el material.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. Explicar al paciente lo que se le va a realizar y pedir su colaboración si es posible.
4. Ofrecer la cuña o la botella antes de iniciar el aseo.
5. Retirar la ropa de cama del paciente.
6. Desvestir al paciente.
7. Cubrirlo con la sábana o con una toalla, dejando descubierta solamente la parte del cuerpo que se le vaya a asear.
8. Colocar al paciente en decúbito supino y proteger la cama con empapadores.
9. Comenzar el aseo siguiendo el siguiente orden:

*

- Ojos, cara, orejas y cuello. Mojar una gasa con suero fisiológico para realizar la higiene de los ojos siempre desde el ángulo interno del ojo hasta el ángulo externo y usando siempre una gasa para cada ojo. Después lavar el resto de la cara (no usar nunca jabón para asear la cara). En las orejas, limpiar solo el pabellón auditivo empleando una gasa o una toalla y evitar usar bastoncillos. Después continuar con el cuello.

- Hombros, brazos, axilas y manos. Comenzar por los hombros para continuar con los brazos y debajo de las axilas. Después proceder a la higiene de las manos insistiendo en los espacios interdigitales de los dedos.

- Tórax y abdomen. Importante asear correctamente y secar debajo de las mamas

en la mujer de forma metódica para continuar con la zona del abdomen.

- Extremidades inferiores. Asear la zona de las piernas y los pies. Las piernas asearlas siempre de arriba hacia abajo y flexionándolas para facilitar la limpieza de la parte posterior de estas. Los dedos de los pies, asearlos igual que los dedos de las manos, siempre haciendo hincapié en las zonas interdigitales.

- Espalda y nalgas. Colocar al paciente en decúbito lateral y comenzar aseando la espalda y después las nalgas. Después de realizar este paso cambiar el agua de la palangana.

- Genitales. Colocar al paciente en decúbito supino con las extremidades inferiores separadas. Colocar una cuña debajo de sus glúteos o perineo para proceder a su higiene. Realizar el aseo siempre de arriba hacia abajo tanto en la mujer como en el hombre para evitar infecciones de microorganismos procedentes de la zona anal. En el hombre es necesario retirar su prepucio para no queden secreciones.

10. Después aplicar crema hidratante al paciente con pequeños masajes en forma circular para estimular la circulación sanguínea y la relajación muscular.

11. Poner camisón o pijama al paciente.

12. Cambiar la ropa de cama del paciente.

13. Peinar al paciente y permitir el uso de sus artículos de aseo personal.

14. Comprobar el estado de las uñas de las manos y los pies, limpiándolas y cortándolas si fuera necesario.

15. Abrigar y dejar cómodo al paciente.

16. Recoger toda la ropa sucia y recoger todo el material empleado.

17. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

18. Registrar el procedimiento realizado.

Precauciones y observaciones:

- El aseo del paciente encamado se realizará diariamente y por la mañana y tantas veces como sea necesario.

- Solicitar la colaboración del paciente en el aseo personal para potenciar su autonomía.

- Cambiar el agua y la esponja tantas veces como sea necesario.

- Ofrecer al paciente la posibilidad de lavar él mismo la zona genital si puede hacerlo.

- Enjabonar con movimientos circulares, aclarar y secar a fondo, realizando toques suaves con la toalla sin arrastrar esta por la piel. Evitar enjabonar en exceso.

- Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- En pacientes con el miembro superior inmovilizado o portador de vía endovenosa, se le desvestirá comenzando por el brazo sano o libre de vía. Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado.
- Valorar el estado de la piel durante la ejecución del procedimiento. Avisar a la enfermera y dejar registro si hay cualquier tipo de alteración en la piel.
- Garantizar un aclarado y secado extremo. Poner especial cuidado en los pliegues cutáneos.
- La utilización de doble recipiente, uno para el agua jabonosa y otro para el agua de aclarado, está indicada al menos en pacientes críticos o con riesgos específicos (UCI, pacientes en aislamiento cutáneo, etc.).
- Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- La ropa sucia, colocarla directamente en la bolsa, no dejándola nunca en el suelo ni sobre el mobiliario.
- Seguir las recomendaciones específicas establecidas para situaciones especiales (aislamientos, cuidados pre-quirúrgicos, etc.).
- Evitar que el procedimiento se prolongue innecesariamente.
- En la medida de lo posible, realizar esta técnica entre dos personas.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante realizarle un correcto aseo al paciente ya que le protege frente a las agresiones mecánicas, físicas y químicas y evita el paso de microorganismos perjudiciales.

El aseo deja una gran sensación de bienestar al paciente y le ayuda a mejorar su calidad de vida, por este motivo es importante que el equipo de salud le aporte un correcto aseo al paciente durante su estancia en el hospital y enseñar a los familiares para su posterior realización en el domicilio.

6 Bibliografía

1. Técnica de aseo del paciente encamado. Y Gía Belduma - 2010. También en la página web: <https://dspace.unl.edu.ec>
2. <https://essaeformacion.com/blog/posts-enfermeria/normas-generales-de-aseo-del-paciente>
- 3 .www.infogerontologia.com

4. <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711011.pdf>
5. https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/tbe_unidad_cast.pdf
6. <http://www.csantantoni.com>

Capítulo 459

PREVENCIÓN Y CUIDADO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS.

IRIS ASUETA RODRÍGUEZ

CAROLINA CORRAL GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR

1 Introducción

En 1854 Florence Nightingale escribió: "Las enfermeras no lavaban por lo general a los enfermos, carecían de agua para el aseo completo, solo tenían para lavarse las manos y las frutas". Era una práctica común poner a un nuevo enfermo en la misma sábana usada por el anterior ocupante de la cama, los colchones eran por lo general de estopa podrida, y rara vez, si alguna estaban limpios (Nightingale, Watson, & Luévano Ford, 2008).

La piel es el órgano más amplio del cuerpo humano, nos protege del medio externo actuando de barrera frente a agresiones mecánicas, físicas o químicas, evitando el paso de microorganismos perjudiciales gracias a la queratina, la secreción de sebo y sudor que forman el manto ácido protector por lo que debemos tener un especial cuidado de ella.

La higiene y la alimentación juega un papel fundamental en recuperación de los pacientes, ya sea dentro del hospital como fuera de él. Un paciente encamado en casa debe tener los mismos cuidados que el paciente intrahospitalario, ambos

deber tener unos cuidados especiales de enfermería para evitar evitar complicaciones mayores. El equipo de enfermería se encargará de realizar un plan de cuidados, revisando a diario la piel, varias veces al día, para mantenerla limpia, seca e hidratada. Se prohíbe el uso de alcohol o colonia directamente sobre la piel. La ingesta de líquidos, en pacientes que lo permitan, deberá ser de 2l. diarios, así como una dieta variada y rica en proteínas. La ropa de cama deberá estar limpia, seca y sin arrugas, si el paciente estuviera sedado se pautarán movilizaciones horarias cada 2-3 horas llevando un orden postural, si es independiente y tiene facilidad de movimiento se le motivará para que realice esos cambios posturales cada 15 minutos. Se usarán colchones con cambio de presiones y cojines que alivien la presión, evitando dispositivos tipo flotador ya que provocan una disminución de la circulación en la zona. Se fomentará la actividad física, tanto ejercicios activos como pasivos.

El papel del equipo de enfermería es tan importante como las buenas intervenciones del médico, si fallamos en la integridad de la piel los problemas derivados de una úlcera por presión pueden complicarse poniendo en peligro la vida del paciente, por eso no se trata de una enfermedad si no de un accidente asistencial con fallo del equipo sanitario.

La úlcera por presión es un trastorno de la integridad de la piel localizándose como necrosis isquémica por el apoyo prolongado de prominencias óseas sobre colchones o zonas duras externas, pudiendo afectar a la epidermis, dermis, tejido celular subcutáneo y tejidos más profundos, puede evolucionar dando lugar a diversas complicaciones. Principalmente, por su tendencia a expandirse profundamente en el tejido. Si no se realiza un tratamiento adecuado a tiempo, el tejido afectado se necrosa. En ese caso, habrá que extirparlo quirúrgicamente. Como pueden entrar patógenos de enfermedades dentro de una úlcera abierta, existe el peligro de una infección bacteriana. Si la úlcera infectada alcanza el hueso, puede formarse una inflamación aguda de la médula ósea (osteomielitis). Además, el patógeno puede extenderse por todo el cuerpo por vía sanguínea, lo que puede provocar un absceso óseo, una infección pulmonar o incluso una grave infección en la sangre (sepsis) con el subsiguiente deterioro del órgano, lo cual puede ser una complicación muy peligrosa.

2 Objetivos

Conocer cómo se producen las úlceras por presión (UPP), cómo identificarlas, y en qué zonas suelen aparecer más frecuentemente.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de bibliografía existente de úlceras por presión en el anciano y pacientes críticos en las principales bases de datos: Scielo, Google Académico y Pubmed. Como descriptores se han utilizado: úlceras por presión, Florence Nightingale, cuidados enfermería, úlceras iatrogénicas entre otros. Se ha empleado como criterios de inclusión aquellos textos en castellano e inglés. Se excluyeron aquellos documentos publicados anteriormente a 1999.

4 Resultados

Según los estudios epidemiológicos realizados por GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión), la prevalencia varía según el contexto sanitario que se valore, las cifras que se manejan oscilan entre el 7 y el 38%, centros asistenciales de agudos o crónicos, postquirúrgicos o asistencia domiciliaria (GNEAUPP, 2003).

Existen factores extrínsecos como el cizallamiento, la fricción, la humedad y la presión que deben ser evitados con la actuación y el plan de cuidados del equipo de enfermería, también tenemos unos factores intrínsecos a tener en cuenta en el cuidado del paciente como son la edad, patologías, malnutrición, movilidad reducida, incontinencia. Existen diversas escalas para valorar los riesgos de aparición. La escala de Norton, realizada por Dooren Norton en 1962, valora cinco puntos:

1. Estado físico general: 1=Muy malo, 2=Regular,3=Mediano,4=Bueno.
2. Estado mental:1=Estuporoso comatoso,2=Confuso,3=Apático,4=Alerta.
3. Actividad: 1=Inmovil,2=Muy limitada,3=Disminuida,4=Total.
4. Movilidad: 1=Encamado,2=Sentado,3=Camina con ayuda,4=Ambulante.
5. Incontinencia(1=Urinaria y fecal,2=Urinaria o fecal,3=Ocasional,4=Ninguna

La puntuación > 16 no tiene ningún riesgo, de 13 a 16 riesgo bajo, 10 a 12 riesgo medio y de 5 a 9 tiene una puntuación de riesgo muy alto de padecer úlceras por presión (Romanos Calvo & Casanova Cartié, 2017). La escala de Braden, desarrollada en 1987 por Barbara Braden y Nancy Bergstrom, registrando seis aspectos:

1. Percepción sensorial,
2. Exposición a la humedad
3. La actividad
4. La movilidad
5. Nutrición

6. Roce y peligro de lesiones.

Se considera riesgo de desarrollar las UPP una puntuación igual o < 16 (Blümel M, Tirado G, Schiele M, Schönffeldt F, & Sarrá C, 2004). También se pueden aplicar la escala de Arnell, el riesgo de úlceras por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores a 12. Escala Nova 5, con un riesgo alto en puntuaciones a partir de 9 Escala Emina, con riesgosa altos a partir de puntuaciones de 8. La escala de Waterlow presenta una escala con seis subescalas, relación talla/peso, continencia, aspecto de la piel, movilidad, edad/sexo, apetito y cuatro categorías de otros factores de riesgo, malnutrición tisular, déficit neurológico, cirugía y medicación.

Para pacientes críticos se desarrolla la escala de Cubbin-Jackson. Consta de 10 parámetros en total que puntúan de uno a cuatro, edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámica, respiración, nutrición, incontinencia e higiene. Se trata de una escala compleja, difícil de utilizar. (Fernández, Pancorbo Hidalgo, Javier Soldevilla Ágreda, & García, 2008)

Las zonas más expuestas a padecer UPP según la posición postural:

- DECÚBITO SUPINO: occipucio, omóplato, codo, sacro, talón
- DECÚBITO LATERAL: oreja, acromion, costillas, trocánter mayor, cóndilo, maleolo.
- DECÚBITO PRONO: mejilla y oreja, acromion, senos, órganos genitales, rodillas, dedos del pie
- SEDESTACIÓN: tuberosidad femoral, coxis, omóplato, codo, región poplíteica.

Actualmente la clasificación aceptada a nivel nacional e internacional, tanto por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento sobre las Úlceras por Presión (GNEAUPP), como el European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), es la definida por la agencia norteamericana de calidad investigación en cuidados de salud (AHQR) en 1989 y que se basa en la clasificación de grados (I-IV) realizada por Shea en 1975 y modificada a estadios (0-IV) por Torrance en 1983, eliminando el estadio de preúlceras.

- Estadio I: Alteración visible en la piel íntegra, relacionada con la presión, manifestándose por un eritema cutáneo que no palidece al presionar, en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. Cambiando la temperatura de la piel a fría o caliente.

Los objetivos del tratamiento en este estadio serían la recuperación de la piel y restauración de la función capilar. Se aplicarán ácidos grasos hiperoxigenados y se evitará la fricción o el cizallamiento. La cicatrización es normal.

- Estadio II: Pérdida parcial del grosor la piel afectando a la epidermis, dermis o ambas. Clínicamente el daño aparece como una abrasión o ampolla. La piel circundante puede estar enrojecida.

Se procederá aplicando apósitos hidrocoloides, si no hay infección, para proteger, aislar e hidratar. En caso de infección hay que reducir la carga bacteriana con apósito antimicrobiano. La cicatrización ya no progresa normalmente.

Estadio III: Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente. La úlcera aparece como un cráter profundo. La herida tiende a empeorar, celulitis, linfagitis, gangrena.

Se tratará de eliminar todo el tejido muerto con desbridamiento químico o mecánico para obtener un lecho de la herida limpio para el tejido de granulación. Aplicar un apósito de cura en ambiente húmedo absorbente para cavidades, si está infectada apósito antimicrobiano.

- Estadio IV: Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo y hueso. Puede presentar cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. Puede causar sepsis y fallo multiorgánico, es potencialmente mortal.(Estevan & Alio, 1996)

Habrá que eliminar las células muertas con desbridamiento mecánico y obtener un lecho de la herida limpio para el tejido de granulación. Añadir un apósito húmedo absorbente para cavidades, en caso de infección apósito antimicrobiano.

En las unidades de cuidados intensivos se tendrá en cuenta la prevención de las UPP iatrogénicas, aquellas causadas por los dispositivos clínicos utilizados, máscara tipo venturi, mascarilla nebulizadora, máscara con reservorio, tubo traqueotomía , tubo endotraqueal ,sonda orogástrica, sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal, electrodos, tensiómetro, pulsioxímetro, cables de monitor, sonda vesical, sonda rectal, interfaces de ventilación mecánica no invasiva y sujeciones.

5 Discusión-Conclusión

La prevención, por tanto, es el método más eficaz para afrontar el problema de las úlceras por presión, y para ello la formación del personal sanitario para la movilización de los pacientes y cómo identificar las zonas más susceptibles, es imprescindible.

Capacitar a los cuidadores o familiares que tengan personas mayores o enfermas a su cargo a mejorar la calidad de vida de éstos sabiendo reconocer las lesiones

de la piel evitando la aparición de úlceras por presión es también una parte importante de nuestra labor como sanitarios.

6 Bibliografía

- Angueira Castelo Ana Escudero Quiñones Ana Ocampo Piñeiro José M Pérez Jiménez Sara M Poceiro Salgado Ma Dolores Vilas Pastoriza, C. I. (2007). Rincón científico COMUNICACIONES José A. Esperón Güimil Enfermera/o Unidad cuidados intensivos, Complejo Hospitalario de Pontevedra. In 40 GEROKOMOS.
- Blümel M, J. E., Tirado G, K., Schiele M, C., Schönffeldt F, G., & Sarrá C, S. (2004). Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. *Revista Medica de Chile*. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872004000500009>
- Estevan, B., & Alio, C. (1996). *Úlceras por presión*. Geriatrika.
- Fernández, F. P. G., Pancorbo Hidalgo, P. L., Javier Soldevilla Ágreda, J., & García, C. B. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2008000300005>
- GNEAUPP. (2003). *Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas*.
- Nightingale, F., Watson, J., & Luévano Ford, S. (2008). *El Arte del Cuidado de Enfermería de florencia nightingale a jean watson*. *El Arte Del Cuidado de Enfemeria de Florencia Nightingale a Jean Watson*.
- Romanos Calvo, B., & Casanova Cartié, N. (2017). Escala de Norton modificada por el INSALUD y sus diferencias en la práctica clínica. *Gerokomos*, 28(4), 194–199.

Capítulo 460

AMPLIADO EL CONOCIMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO

ELVIA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

Las úlceras por presión representan un importante problema de salud pública con gran repercusión con numerosos costes y sufrimiento. Surgen como consecuencia de la aplicación prolongada de presión sobre una zona determinada la cual puede sufrir isquemia y hasta la necrosis o destrucción tisular. Los factores de riesgo externos pueden ser controlados por los cuidadores, intentando minimizar el dolor y la recuperación de la integridad de la piel.

2 Objetivos

Determinar la necesidad de aplicar medidas de prevención en los pacientes dependientes. Desarrollar un plan individualizado de prevención.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Las medidas de prevención a usar para evitar las úlceras por presión en pacientes dependientes son las siguientes:

- La utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión y heridas crónicas.
- Una correcta movilización de los pacientes realizando los correspondientes cambios posturales.
- Evitar la humedad y maceración de la piel.
- Tener en cuenta el tipo de colchón intentando colocar un colchón hinchable alternante, desplazando continuamente los puntos de presión además de vigilar que no queden arrugas en la ropa de la cama.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería tiene un papel importante en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Es fundamental fomentar el autocuidado para conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente y realizar una buena valoración para elegir el tratamiento adecuado y conseguir la resolución de dicha lesión en el menor tiempo posible.

6 Bibliografía

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

Capítulo 461

SINDROME DE SJÖGREN CON PERFIL DE BAJO RIESGO

ELENA LOPEZ BUJIDOS

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

1 Introducción

Episodio de parotiditis izquierda de repetición. Vista en la infancia por otorrino, le dijeron que era por obstrucción. No requirió actitud intervencionista. Desde hace unos meses episodios recidivantes siempre izquierdos. En seguimiento con otorrino: parotiditis izquierda recidivante con absceso local que requirió finalmente drenaje. Probable parotiditis crónica recurrente. Cultivo de virus negativo. Cultivo bacteriano positivo para *Corynebacterium*.

2 Objetivos

- Describir un posible caso de síndrome de Sjögren con perfil de bajo riesgo.

3 Caso clínico

Paciente que acude con episodios recidivantes de parotiditis izquierda que está en estudio por otorrinolaringología. El paciente presenta buena coloración, nutrición e hidratación. Orofaringe normal. Eupnéica. Cabeza y cuello normales salvo palpación de reborde parotideo izquierdo doloroso sin datos inflamatorios. No adenopatías patológicas a ningún nivel. Abdomen blando y deprimible, dolor

en HD y epigastro leve sin defensa. No sinovitis ni otras lesiones cutaneas. No esclrodactilia.

Paciente con parotidomegalia/parotiditis recurrente remitida para estudio que presenta gammagrafia salival patologica con bipsia de glandulas salivares anodina y sin hallazgos a nivel ocular. Si presenta SSA positivos de forma mantenida.

Cumple por tanto criterios de probable Sindrome de Sjogren con perfil de bajo riesgo (tipo II). Dada clinica glandular recurrente que obliga a intervencionismo por parte del servicio de otorrino. Se inicia tratamiento con antipalúdicos y secretagogos, manteniéndose desde entonces asintomatica.

4 Resultados

El paciente cumple criterios de probable Sindrome de Sjogren con perfil de bajo riesgo (tipo II).

5 Discusión-Conclusión

Probable Sindrome de Sjögren con perfil de bajo riesgo. Parotiditis recidivante en dicho contenido. Granuloma pulmonar derecho.

El paciente tras su estudio se determina que cumple criterios de probable Sindrome de Sjogren con perfil de bajo riesgo (tipo II). Dada clinica glandular recurrente que obliga a la instauración de tratamiento por parte de la unidad de otorrinolaringología, iniciando administración con antipalúdicos y secretagogos, presentado buena evolución desde el punto de vista clínico y quedando asintomática.

6 Bibliografía

Informe de alta.

Capítulo 462

PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS ERGONÓMICOS DEL CUIDADOR. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los nuevos avances tecnológicos y científicos en sanidad conseguidos desde los siglos XIX y XX en los países más desarrollados son un hito de la humanidad.

La disminución de la natalidad, la baja mortandad, el aumento de la expectativa de vida y por tanto el predominio de las enfermedades crónicas y del grupo de personas mayores son las principales características actuales y futuras de nuestra sociedad, desde un punto de estudio epidemiológico y demográfico. Estos factores llevan a un aumento considerable en el número de personas dependientes que requieren cuidados de larga duración y de las necesidades de asistencia desde los sistemas formal e informal.

El núcleo familiar, en concreto la mujer, es la que tradicionalmente ha llevado la carga del cuidado de las personas dependientes en el hogar, dado el carácter social familiar de las sociedades mediterráneas (Esping – Andersen, 1999). Esta situación es indefendible en el momento actual por la fuerte discriminación de género que conlleva y porque la carga de los cuidados recae en un grupo de la población cuyos recursos es finita, dado el momento cultural y laboral hacia una igualdad de género. (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003; Gorri et al., 2003).

Otro punto muy importante es la ayuda que han de realizar los cuidadores, por

las particulares características de la dependencia, es en general duraderas y profundas, y asumida por una única persona: el cuidador principal.

En la mayoría de los casos, estos cuidados llevan al límite la propia capacidad física y mental del cuidador, transformándose en una situación estresante crónica, generador del término definido por Zarit como “carga del cuidador” (Zarit, 1998a, 2002).

Las consecuencias de este exceso de carga en torno los cuidadores informales generan problemas en su salud mental y física – depresión, ansiedad, enfermedades psicosomáticas, etc.- así como múltiples problemas económicos, laborales, familiares, relaciones sociales y tiempo de ocio. Además, la sobrecarga del cuidador tendría fuertes repercusiones sobre el enfermo dependiente en cuanto llegar a situaciones de dejadez o de abandono del cuidado, la institucionalización e incluso al maltrato y abuso hacia la persona dependiente.

Para el Estado, las repercusiones del abandono por parte del sector informal provocarían un elevado gasto, dado que la demanda se declinaría hacia las áreas institucionales públicas y privadas – hospitales o residencias para mayores y discapacitados -. Todo esto desemboca en un problema político, social y económico, teniendo en cuenta la imposibilidad actual de los sistemas de protección social (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003). Las propias dificultades físicas y mentales del cuidador informal debidas a la sobrecarga podrían transformar a ellos mismos en usuarios del sistema sanitario, aumentando así la presión sobre el sistema (Havens, 1999a; Flórez, 2004).

La atención de una persona dependiente es una aprendizaje vital y profesional que se prolongada en el tiempo y que demanda una reestructuración vital. Las experiencias resultantes derivadas de esta situación y los complejos cambios que en muchos momentos debe responsabilizarse el cuidador principal dependen fundamentalmente de dos factores:

- La patología que induce la dependencia y el grado de ayuda que requieran los individuos.
- La particularidad de la vida de los afectados (Losada, Alonso, Fernández, Márquez y Montoro, 2001).

Las secuelas en las que la realización de la labor asistencial de los pacientes o personas dependientes son derivados, principalmente, de tareas como: actividades laborables incompatibles con la familia /amigos, esfuerzos físicos excesivos, mala convivencia, y circunstancias que provocan estrés y que pueden llegar a suponer agravio muy importante para la salud de los trabajadores (Losada et al., 2001).

Las transformaciones a los que están más expuestos los cuidadores son:

- Las relacionadas con su ambiente familiar.
- Problemas emocionales.
- Alteraciones en cuanto su salud (López y Crespo, 2007).

Las principales alteraciones son las que aparecen a continuación (Herrera, 2010):

1. Cambios en las relaciones familiares

- Conflictos por desacuerdos entre cuidadores-familiares.
- Alteraciones en la salud mental de los cuidados por las relaciones tensas.
- Gasto económico incrementado.

2. Cambios sobre la salud

- Cansancio de los cuidadores.
- Sobreesfuerzo físico a causa de compaginar la vida profesional-laboral con los cuidados del dependiente.

3. Cambios emocionales

- Emociones: Positivas, sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar de una persona.

Negativas, impotencia, culpabilidad, rechazo hacia la persona dependiente, soledad, preocupación o tristeza.

Debido al aumento del envejecimiento dentro de la sociedad y las patologías crónicas que incapacitan, es cada vez más elevada la necesidad de encontrar profesionales cuidadores de personas dependientes

(Herrera, 2010). Este sector laboral, tras una creación relativamente temprana, demanda un conocimiento más íntegro acerca de los riesgos profesionales a los que están expuestos y muy especialmente, a las medidas que deben tomar para reducirlos (Valdez y Holden, 2016).

La promoción de la salud laboral es aquella que proporciona las medidas y mejoras necesarias para promover la salud de los trabajadores dentro de sus ámbitos laborales. La Ley de Prevención de Riesgos Laborables de 1995 sentó las bases necesarias para las aplicabilidades de las medidas estimadas para favorecer una optimización de las condiciones de empleabilidad de los trabajadores que ejercen sus funciones dentro de las fronteras nacionales (Ministerio de Justicia, 1995).

La Ergonomía es la rama de la Prevención de Riesgos Laborables responsable “diseño de lugares de trabajo, herramientas y tareas, de modo que coincidan con las características fisiológicas, anatómicas, psicológicas y las capacidades de los

trabajadores que se verán involucrados” (Daher, Liveira, Vidal y Kelly,2016) y se considera como esencial y básica dentro de las pautas preventivas que necesitan ser conocidas por el personal cuidador.

Por todo lo expuesto anteriormente, se busca en la presente investigación, intentar dar a conocer la repercusión que tienen los riesgos ergonómicos en el trabajo de los cuidadores de personas dependientes, como puede influir en vida personal y las pautas y medios de protección y prevención adecuadas y óptimas para asegurar unos patrones laborables de calidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar aquellas medidas ergonómicas de prevención que mejoren la calidad de vida de los cuidadores.

Objetivo específico:

- Conocer los riesgos ergonómicos más prevalentes para los individuos que asisten a las personas dependientes.

3 Metodología

La metodología usada para realizar este trabajo está basada en una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre las necesidades ergonómicas que demanda el personal cuidador y las medidas de prevención y protección más efectivas para ellos. Las bases de datos empleadas han sido SciELO y Dialnet Plus.

Las palabras claves a utilizar han sido:

- Prevención de Riesgos Laborables.
- Ergonomía.
- Cuidadores.
- Personas dependientes.
- Medidas de Prevención.

La estrategia de la búsqueda bibliográfica se realizó conforme a los siguientes atributos:

- No sistemática, dado que no se contemplan datos exhaustivos en la búsqueda.
- Tiene en cuenta un intervalo de tiempo, ya que se pretende analizar usos actuales USPSTF.

- Disponibilidad del texto completo
- Publicaciones de los últimos 20 años
- Publicaciones en inglés y español.

Tras la búsqueda se obtuvo lo siguiente:

Los resultados sin aplicar los criterios de inclusión en ambas bases de datos son de 3488 artículos. Los resultados una vez aplicadas los criterios de inclusión fueron de 131 artículos. Tras la eliminación de los duplicados se obtuvieron 64 artículos que podrían ser válidos en la revisión.

La lectura del título y del resumen evidenció la posibilidad de emplear 32.

Los números de artículos encontrados son los siguientes:

- Prevención de Riesgos Laborables AND
- Personas dependientes AND Cuidadores
- *SciELO (con criterios): 47 artículos
- *Dialnet Plus (con criterios):13 artículos

- Ergonomía AND, Cuidadores AND
- Medidas de Prevención
- *SciELO (con criterios): 62 artículos
- *Dialnet Plus (con criterios):9 artículos

4 Resultados

El objetivo esencial de la Ergonomía consiste en aumentar el bienestar y salud de los individuos, independientemente de si su rol social es de trabajador o usuario (Valdez y Holden, 2016).

Esta ciencia laboral puede ayudar a mejorarlas condiciones de trabajo de los profesionales que deben atender a personas dependientes, ya sea en sus propios domicilios como en instituciones especializadas (Daher et al., 2016).

Con una correcta aplicación de medidas se consigue conservar un buen estado de salud de los trabajadores, situación muy importante para que puedan seguir desarrollando su labor de asistencia (Xie y Carayon, 2015).

Según la bibliografía consultada, los riesgos más comunes y apreciados por los cuidadores son:

- + Posturas forzadas.

Son “aquellas posiciones corporales fijas o restringidas, que pueden provocar una sobrecarga dinámica en los músculos y articulaciones y aquellas posturas que pueden generar una sobrecarga estática en la musculatura” (Hegewald et al.; 2018).

+ Esfuerzos por manejo manual de cargas.

Se considera como manejo manual de cargas a “aquellos levantamientos y/o transporte de objetos sin ayuda mecánicas” (Valdez y Holden, 2016).

En los centros de atención a usuarios dependientes suelen existir un mayor número de elementos que ayudan a los profesionales a movilizar a los usuarios según sus propias necesidades. En cambio, en la asistencia domiciliaria no suele ser así, siendo los propios cuidadores quien llevan a cabo las diferentes movilizaciones (Daher et al.; 2016).

+ Movilización de usuarios.

Cuando se habla de movilizaciones de usuarios se debe entender como “aquellas acciones que implican levantar, bajar, sostener, estirar, empujar o desplazar aquellos individuos que no lo pueden hacer por si mismos o que se requieren ayuda para realizarlo” (Valdez y Holden, 2016).

Es fundamental que todos los trabajadores se formen sobre las movilizaciones básicas y las mejores técnicas para llevarlas a cabo (Herrera, 2010).

+ Tareas repetitivas.

Las tareas repetitivas son consideradas como “aquellas en las que una acción que se lleva a cabo numerosas veces a lo largo de la jornada laboral, y siempre de la misma manera” (Daher et al., 2016).

Este tipo de actividades son un factor de riesgo muy elevado de lesiones músculo-esqueléticas.

+ Condiciones ambientales.

Las principales condiciones ambientales que hay que tener en cuenta cuando se asiste a una persona dependiente son la iluminación, el ruido y la temperatura (Regadero, 2009).

+ Manejo de herramientas y equipos.

Para poder reducir la implicación de un mal manejo de herramientas y equipos, es necesario conocer una serie de medidas que ayudarán la prevención de situaciones patológicas.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas ergonómicas son básicas para un correcto desarrollo laboral de los profesionales sanitarios, así como generar un estado de bienestar en su trabajo como fuera de él (Regatero, 2009; Valdez y Holden, 2016).

El día a día de las movilizaciones de personas llevan a acciones de levantar, bajar, sostener, desplazar, estirar o empujar, lo que pueden derivar en lesiones, principalmente en la espalda, tales como lumbalgias, hernias discales, etc. También sobrecargas en brazos y manos que, en función de la repetitividad y las posturas, pudiendo sufrir afecciones músculo-esqueléticas de la cuidadora o cuidador (Carayon et al., 2014).

Junto con la Higiene Industrial y la Seguridad Social en el Trabajo, la Ergonomía se ha convertido en una ciencia básica para evitar los riesgos laborales, ya sean físicos o psicológicos (Herrera, 2010).

Se puede concluir que el conocimiento por parte del cuidador de los riesgos ergonómicos más comunes en su profesión, se convierte en indispensable, por un lado, para aportar una educación laboral de calidad y por otro lado, para que sean los propios trabajadores quien conozcan los peligros y puedan prevenirlos y protegerse (Losada,2001).

Las personas cuidadoras de mayores dependientes en el entorno doméstico pueden sufrir ansiedad, depresión, problemas osteo-articulares o aislamiento social, por su labor diaria. Las políticas de apoyo son muy insuficientes.

El 83,5% de los mayores dependientes están atendidas por familiares. De ellas la mayoría son mujeres, de alta dedicación a la persona dependiente, baja satisfacción por el apoyo social recibido y por la actividad cuidadora; además, sus motivos para cuidar están más próximos a la obligación moral que a la reciprocidad, según el último barómetro de UDP realizado sobre cuidadores informales.

Decálogo para cuidarse (Flores, Rivas Seguel, 2012)

1. Proteja su espalda. Utilice las técnicas correctas para movilizar a la persona que ayuda, y también para su día a día.
2. Procúrese un entorno lo más cómodo posible.
3. Infórmese de los productos de apoyo disponibles para ser usados por usted, que pueden aliviar su carga física.
4. Analice la situación y adapte sus cuidados a la evolución de la enfermedad. Siempre habrá tiempo para ayudar.

5. Infórmese de los recursos que existen en su Comunidad Autónoma para apoyarle.
6. Pida ayuda a los profesionales sanitarios y de los servicios sociales.
7. No se aíse. Procure mantener sus relaciones sociales fuera del entorno de cuidados.
8. Manténgase en forma. Camine regularmente, haga una tabla de ejercicios, estiramientos... Incluso trabaje su agilidad mental...
9. Fórmese. Le vendrá bien que alguien desde fuera le recuerde (aunque ya lo sepa), cómo tiene que hacer algunas cosas.
10. No se abandone y vigile su salud. Acuda al médico si lo necesita.

6 Bibliografía

1. Carayon, P.;Xie, A.; Kianfar, S. (2014). Human factors and ergonomics as a patient safety practise. *BMJ Quality Safety*, 74(12),54-58.
2. Daher, M.J, Liviera, M.M; Vidal, L.; Kelly, G. (2016).The importance of the use of ergonomics for health workers. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 12(10), 108-120.
3. Esping-Andersen G. (1997). *Welfare states at the end of the century: the impact of labour market, family and demographic change*. Paris: Family, market and community, OECD, Social Policy Studies nº21.
4. Eurostat (2003). *Feasibility Study-Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union*. Working Papers and Study. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
5. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería* 2012; 18: 29-41.
6. Flórez, J.A. (2004). *El estrés familiar ante la enfermedad de Alzheimer: Síndrome del cuidador*. Curso de Verano de la Universidad de Cantabria: Familia, Sociedad y enfermedad de Alzheimer: Actuación ética integral y nuevos dispositivos. Cantabria.
7. Garcés, J. (2000). *La nueva sostenibilidad social*. Barcelona: Ariel.
8. Garcés, J.; Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2003). Towards a new welfare state: the social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy*, 65, 201-215.
9. Gorri, A.; Lara, R.; Idoate, V.; Alenza, J.F. y Galilea, P. (2003). *Comunidad Foral de Navarra*. En C. Alemán, J. Garcés y A. Gutiérrez (coords): *Políticas sociales en*

la España de las Autonomías. Tomo II. Madrid: Escuela Libre Editorial, pp. 1.439-1.784.

10. Gudex, C. y Lafortune, G. (2000). An inventory of health and disability-related surveys in OECD countries -DEELSA/ELSA/WD(2000)5 -occasional papers no. 44. Labour market and social policy. Paris: OECD.

11. Havens, B. (1999a). Home-based and long-term care. Geneva: World Health Organization.

12. Hegewald, J.; Berge W.; Henrich, P; Staudte, R.; Freiberg, A.; Sharfe, J. (2018). Do Technical Aids for Patient Handling Prevent Musculoskeletal Complaints in Health Care Workers. Review of Intervention Studies, 48(12), 205-218.

13. Herrera, G. (2010). Ergonomía y el hábitat para la tercera edad. Páginas: Revista Académica e Institucional de la UCPR, 87, 29-38.

14. Ikegami, N.; Hirdes, J.P. y Carpenter, I. (2002). Évaluer la qualité des soins de longue durée en institution et à domicile. En OCDE: Être à la hauteur: mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans los pays de l' OCDE. Paris: OCDE.

15. Katz, S.; Ford, A.B.; Moskowitz, R.W.; Jackson, B.A. y Jaffe, M.A. (1963). The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. JAMA, 185, 914-919.

16. Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9, 179-186.

17. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborables. Ministerio de Justicia.

18. López, J.; Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes. Una revisión. Psicothelma, 72-80.

19. Losada, A.; Alonso, M.; Fernández, M.; Márquez, M. y Montoro, I. (2001). Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y la salud. Psychosocial Intervention, 10(1), 23-24.

20. Michel, J.P.; Kressig, R. y Gold, G. (1997). Dependency: possible risk or inevitable outcome. Schweiz. Med. Wochenschr., 127 (43), 1796-1801.

21. O'Shea (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Grupo de expertos en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes (CS-QV). Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). Council of Europe.

22. Pacolet, J.; Bouten, R.; Lanoye, H. y Versieck, K. (2000). Social Protection for Dependency in Old Age: A study of the fifteen EU Member States and Norway. Hampshire (England): Ashgate.

23. Rodríguez, P. (1998). El problema de la dependencia en las personas mayores. *Documentación Social*, 112, 33-63
24. Regatero, A. (2009). Ergonomía hospitalaria y la necesidad de la prevención. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales: Integración y Desarrollo de la Gestión de la Prevención*, 26(12), 34-46.
25. Valdéz, R. S.; Holden, R.J. (2016). HealthCare Human Factors/Ergonomics Fieldwork in Home and Community Settings, *Ergonomist Developed*, 4(9), 90-104
26. WHO (2000). *Towards an International Consensus on Policy for Long Term Care of the Aging*. Geneva: World Health Organisation.
27. WHO (2002a). *Current and future long-term care needs: An analysis based on the 1990 WHO study The Global Burden Disease and the International Classification of the Functioning, Disability and Health*. Geneva: The World Health Organization, *Collection on Long Term Care*.
28. Xie, A.; Carayon, P. (2015) A systematic review of human factors and ergonomics (HFE). *Ergonomics*, 14(28),12-37.
29. Zarit, S.H. (1998). *Dementia: caregivers and stress*. Community paper series: paper 8. Victoria, BC: Centre on Aging, University of Victoria.
30. Zarit, S.H. (1998). *The final frontier: perspectives on the oldest old*. Pennsylvania: College of Health and Human Development, Gerontology Center, Penn State University, University Park, PA.

Capítulo 463

CETOACIDOSIS DIABÉTICA

MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

Es una complicación de la diabetes ,englobada en las patologías endocrino-metabólicas. Las principales causa que la provocan son:

- El olvido o la disminución de la insulina que el paciente debe administrarse.
- Una infección recurrente o la propia enfermedad del paciente.

El desencadenante es una disminución de la insulina o la propia falta de dicha hormona. Afecta al metabolismo de los hidratos de carbono, aumentando el nivel de glucosa en el hígado y provocando una menor utilización por parte de los tejidos adyacentes, por lo que el riñón no es capaz de reabsorber toda esa glucosa que filtra y que acaba pasando a la orina. Por otra parte, la aparición de glucosa en los túbulos renales provoca una pérdida de electrolitos y agua, lo que se conoce como glucosuria y conduce a una deshidratación, apareciendo cefaleas, debilidad y sed.

También la falta o disminución de insulina afecta al metabolismo de las grasas, liberando ácidos grasos en la sangre, que a su llegada al hígado producen los llamados cuerpos cetónicos, los cuales, a su vez, provocan síntomas como anorexia, náuseas y olor a acetona en el aliento.

2 Objetivos

Corregir las anomalías que pudieran surgir, siendo cuatro, principalmente:

- Hidratación: mediante la administración de líquidos.

- Insulinoterapia: puede ser por vía intravenosa o intramuscular.
- Nivel elevado de potasio: vigilar el nivel tanto en la sangre como en el corazón (mediante un electrocardiograma).
- Nivel anómalo de bicarbonato en el organismo: administrándolo sólo si hay acidosis grave.

3 Caso clínico

Paciente diabético con la enfermedad de base y una infección repetitiva el cual, además, olvidó administrarse su dosis de insulina, entró en un cuadro de cetoacidosis diabética, deshidratación, dolor de cabeza, mucha sed y una respiración de Kussmaul (profunda y de alta frecuencia). Se le aplicó un tratamiento a base de líquidos, se restableció su dosis de insulina y se vigiló el potasio mediante una analítica y un electrocardiograma. Como no era muy grave, no se consideró necesario administrar bicarbonato.

4 Resultados

Con estas medidas, el paciente recuperó sus niveles normales de insulina y los síntomas fueron desapareciendo. Se vigilaron también su dieta y la ingesta de líquidos, con lo cual alcanzó la mejoría deseada.

5 Discusión-Conclusión

Esta complicación diabética da unos signos y síntomas característicos que no se nos deben escapar para instaurar cuanto antes el tratamiento más adecuado y llevar un buen seguimiento de la enfermedad para así evitar otras complicaciones. Añadir por último, que en la Diabetes Mellitus Tipo II no hay esta tendencia a la cetoacidosis, porque aunque esté alterada la secreción de insulina, hay suficiente para evitar la degradación de los lípidos y por lo tanto la producción de cuerpos cetónicos.

6 Bibliografía

- Jean .A. Proehl. Enfermería profesional, procedimientos en enfermería de urgencias. Volumen III y IV. Ed. Interamericana McGraw-Hill 1996.

- Julio Otero Otero, Cristina Abellaneda, David Ballester, Asumpta Bohigas, Ángel Bozay Gerard Colomar, etc. al,
- Manual cto de enfermería. Ed. CTOMedicina. 2001.
- S. de Castro del Pozo. Manual de patología general. Ed. Masson. 1993.
- Diccionario Oxford-complutense medicina. Ed. Complutense S.A. 1998.
- Susan F. Wilson y June M. Thompson. Trastornos respiratorios. Serie Mosby de enfermería clínica. Ed. Mosby. Barcelona, 1996.
- A. Esteban, C. Martín. Manual de cuidados intensivos para enfermería. Ed. Spiger-Verlag Iberica. 3ª Edición. Barcelona. 1996.
- Odel Potter R.D. Urgencias en enfermería. Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid, 1998.
- Gauntlet Beare, P. Enfermería medicoquirúrgica. Ed. Harcourt-Brace. Madrid, 1999.

Capítulo 464

ASMA BRONQUIAL

MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO

NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ

1 Introducción

Es una enfermedad inflamatoria y obstructiva de los bronquios que dificulta la respiración.

Los desencadenantes, pueden ser los ácaros del polvo, el polen, pelos de animales, humo del tabaco, infecciones respiratorias....pero también la puede causar la exposición al frío o el ejercicio. Cabe decir que en los niños más pequeños, la causa principal son las infecciones por los virus, y en los mayores la alergia.

Los síntomas del asma son: opresión en el pecho, dificultad para respirar y tos.

Hay varios tipos:

- Asma extrínseco: Que son los pacientes que tienen antecedentes de alergias (rinitis, urticaria). Suelen aparecer pronto y con un componente hereditario claro. Afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Se controla con un tratamiento adecuado.
- Asma intrínseco: Se inicia en mayores de 35 años, carecen de antecedentes y las pruebas de hipersensibilidad a los alérgenos son negativas. Tiene peor pronóstico que el de carácter alérgico y tiende a cronificarse.

El asma, también se puede clasificar como leve, moderada o grave, según la frecuencia e intensidad de los síntomas, cómo repercute en la actividad cotidiana y el grado de obstrucción bronquial.

- El asma leve, se puede controlar mediante tratamiento farmacológico y no suele alterar la vida cotidiana del enfermo.
- El asma moderado, ya requiere un tratamiento más severo e interfiere en la vida diaria del paciente.

En los casos más graves del asma, si no se controla, puede ser debilitante y potencialmente mortal en los pacientes que la experimentan.

2 Objetivos

- Describir el objetivo del tratamiento del asma.
- Establecer las medidas preventivas para los ataques de asma.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el asma y su tratamiento.

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

4 Resultados

- El objetivo del tratamiento del asma, tiene que permitir al paciente realizar una vida lo más normal posible:
 - Disminuyendo los síntomas.
 - Restaurar dentro de lo posible la normalidad en la función pulmonar.
 - Reducir el riesgo de ataques graves.
 - Prevenir el deterioro de la función pulmonar.
 - Prevenir la mortalidad.
- Aunque muchas personas con asma dependan de los medicamentos para prevenir y aliviar los síntomas, existen actividades que pueden mantener la salud y

disminuir los ataques de asma.

Estas medidas son:

- Usar aire acondicionado: Ya que este aire reduce la cantidad de polen en el ambiente. Aparte, reduce la humedad en el interior del hogar.
- Reducir al mínimo el polvo del hogar, como quitando alfombras, usar cortinas lavables, etc.
- Mantener un nivel de humedad óptimo.
- Evitar las esporas del moho, limpiando las zonas húmedas del baño y cocina.
- Bañar regularmente a las mascotas.
- Taparse la nariz y la boca si hace mucho frío.

La prevención y el control a largo plazo, son las claves para detener los ataques de asma antes de que aparezcan. El tratamiento, normalmente, implica aprender a reconocer los desencadenantes, y tomar las medidas necesarias para evitarlos.

5 Discusión-Conclusión

El asma se diagnostica porque se presentan los típicos síntomas que detallamos anteriormente de manera repetida. La mayoría de las veces, es suficiente con los síntomas que cuenta el paciente, pero aparte, es conveniente realizar pruebas respiratorias para confirmar el diagnóstico. Aparte, la realización de estas pruebas, se utilizan, no solo para diagnosticar el asma, sino para conocer la gravedad de esta y su repercusión sobre la capacidad pulmonar.

A veces, también se realizan un análisis de sangre para valorar la predisposición alérgica que tenga el paciente, o para poder descartar que tenga otras enfermedades con síntomas parecidos al asma.

El asma bronquial, es una enfermedad importante, a pesar de que no suele ser mortal, se debe tomar en cuenta, ya que los factores que la pueden causar son varios, y un diagnóstico a tiempo ayudara al paciente a tener una vida lo mas normal posible.

6 Bibliografía

- Clínica Universidad de Navarra .
- Centros para el control y la Prevención de Enfermedades.
- www.mayoclinic.org - Atención al paciente e información médica.

- www.clinicasubiza.com - Centro de asma y alergia.
- www.pacientes.seicap.es
- www.personal.us.es
- www.femes.org
- www.cuidateplus.marca.com

Capítulo 465

LA DISFAGIA

MARTA GONZÁLEZ OCHOA

1 Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir. Afecta a personas de todas las edades pero especialmente a edades más avanzadas, la mayor parte de los casos no están diagnosticados y no reciben tratamiento al problema, por ello debemos hacer un diagnóstico precoz.

Es importante instruir al paciente para prevenir las consecuencias que pueden venir a largo plazo : cambiando la consistencia de las comidas, mediante ejercicios de deglución, adecuando su postura a la hora de comer, etc.

2 Objetivos

- Describir medidas de ayuda a los pacientes con problemas de deglución.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Medidas de ayuda a los pacientes con problemas de deglución:
 - . Ayudar a los pacientes mediante una buena terapia nutricional.
 - . Modificar la textura de los alimentos, para así mejorar su estado nutricional y prevenir una posible aspiración.
 - . En el caso de líquidos podremos usar espesantes para aumentar su viscosidad .
 - . Estimular el mecanismo de la deglución: utilizar algún sabor amargo, por ejemplo limón, será muy importante la cooperación y voluntad del paciente, de no ser posible por limitaciones físicas y mentales.
 - . Corregir la posición a la hora de comer, modificar las texturas de la comida y el líquido.
- Recibir consejos de un logopeda para la deglución.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es una patología cada vez más prevalente y su cuidado es fundamental para mantener el estado nutricional. Se necesitan más estudios que determinen medidas más eficaces que aporten resultados a corto y medio plazo.

6 Bibliografía

- <https://www.siicsalud.com>
- <https://www.saludigestivo.es>
- Logemann J.Evaluation and treatment of Swallowing disorders.

Capítulo 466

FUNCIONES DEL TCAE EN ÁREA QUIRÚRGICA

MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

LORENA PORTILLA GARCIA

MIRIAM DÍAZ CASTRO

ROCÍO ARAGON ÁLVAREZ

1 Introducción

El papel fundamental de la tcae en el área quirúrgica es dar apoyo principalmente a la enfermera circulante, que es con quién trabajaremos más estrechamente puesto que en una cirugía trabajan tres enfermeras, enfermera de anestesia junto con el anestesista enfermera instrumentista junto al cirujano y la enfermera circulante que unirá el trabajo dentro del quirófano.

La tcae que se encuentra en el antequirofano, asiste material desde fuera y abastece la cirugía de todo tipo de material, ya sean contenedores de material estéril o el propio material desechable de un solo uso que habrá que ir reponiendo de forma continuada.

2 Objetivos

- Describir las funciones de tcae las distantas fases de una intervención quirúrgica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las funciones de tcae en el área quirúrgica.

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

4 Resultados

Según la fase en la que se encuentre, las funciones de TCAE son:

- Preoperatorio: previo a la intervención, donde junto con la enfermera informaremos al paciente sobre posibles dudas. Nos aseguraremos de que las órdenes previas a la intervención han quedado claras sobre nutrición, higiene y movilizaciones previas a la operación y han sido entendidas correctamente y claramente por el paciente. Deben haber estado con ayuno mínimo de 6 horas de tanto sólidos como líquidos .
- Intraoperatorio: es la duración del proceso quirúrgico. El tcae estará al corriente de las intervenciones quirúrgicas previstas para el día y comprobará los apartados y materiales que se usará para cada intervención quirúrgica. Realizará los preparativos necesarios de apertura de bolsas de instrumental, ayudará a preparar campos estériles, colocación de ropa estéril dentro del quirófano y la comprobación del buen funcionamiento dentro y fuera del quirófano. Ayudará durante la intervención a etiquetar tejidos, muestras, fluidos y todo lo que necesite la enfermera circulante.
- Postoperatorio: tras la finalización de la intervención una vez despierto y en condiciones óptimas bajo la supervisión de anestesia se traslada al paciente a la URPA. Esta maniobra es de vital importancia y tendremos en cuenta sondas, drenajes, catéteres, vías y todo tipo de artilugios con el que el paciente se vaya a dirigir a esta otra unidad para su recuperación.

Una vez finalizada la cirugía la función del tcae será vaciar y cambiar drenajes de fluidos corporales, cambiar sondas de aspiración de anestesia, limpiar pantallas, cables y demás artilugios usados para la intervención. Además deberá reponer el equipo textil, batas, paños quirúrgicos, es decir, todo material desechable.

Se preparan las cajas contenedores de material para su envío a esterilización y nuevamente el material ya esterilizado se coloca y almacena en los huecos destinado para ello para tenerlo todo preparado para las siguientes intervenciones previstas.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el el objetivo principal es asistir al equipo quirúrgico tanto en el preoperatorio como en el intraoperatorio como finalmente en el post operatorio siempre bajo la supervisión de anestesia y desde un punto de vista multidisciplinar puesto que la colaboración estrecha entre profesionales en el quirófano es fundamental para que la intervención se realice con la máxima eficacia.

6 Bibliografía

Cadel Parra E. El paciente Quirúrgico Difusión Avances de Enfermería (dar) 2009.
[HTTP:// auladae.com](http://auladae.com)
[Www.auxiliar-enfermeria.com](http://www.auxiliar-enfermeria.com)

Capítulo 467

RIESGO Y PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS.

PILAR LAYOSA GONZÁLEZ

LAURA CANGA SERRANO

JULIA MÉNDEZ DEL VAL

SILVIA ARGUELLES CUETO

VERONICA ALVAREZ PALICIO

1 Introducción

Envejecer no quiere decir enfermar, pero si es cierto que con el paso de los años y al ir haciéndose mayor, se van perdiendo facultades y capacidades, que si no se les presta la debida atención, pueden terminar siendo las causantes de una caída. "Una caída accidental, se define como, un movimiento descendente, repentino no intencionado del cuerpo hacia el suelo, u otra superficie, excluyendo caídas resultantes de golpes violentos o acciones deliberadas".(1)

Sobre el miedo a caer hay muchas definiciones, pero quizá la que más se acerque a la realidad sea la de

Tinetty Richman y Powell(2), que lo definen como: "El temor a caer, es una consecuencia psicológica de caídas, especialmente, es la perdida de confianza en si

mismo, para evitar las caídas durante la realización de actividades esenciales y relativamente no peligrosas, que llevan al individuo, a evitar actividades que es capaz de realizar”.

”Dado que en el periodo de 2000 a 2050, se estima que se duplicará la población de mas de 60 años, pasando del 11% al 22% (de 605 a 200 millones)” (3), y que por tanto con el paso de los años, tendremos un gran número de pacientes hospitalizados de edad avanzada, con diversos problemas de movilidad, visión, equilibrio, orientación etc.

2 Objetivos

- Determinar las posibles causas que producen las caídas, para poder establecer unas pautas y medidas preventivas para evitarlas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre riesgo y prevención de caídas en personas mayores.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Scielo, Medline plus, Google Académico, Gerokomos y Correo Científico Médico Holguin, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las causas que producen caídas son:

- La pérdida de agudeza visual, tanto de lejos como para ver claramente objetos cercanos, conlleva que aumente el riesgo de tropezar.
- La inestabilidad, producida en muchos casos, por la disminución de los mecanismos de control y la corrección postural, aumenta la dificultad para mantener el equilibrio y por consiguiente también el riesgo de caídas.
- Problemas psicológicos como la depresión o las demencias, hacen que disminuya el interés por lo que hay alrededor y aumente la distracción.

- Según Martínez y Milvaques(4), "otra posible causa de caída son los fármacos, en especial los psicofarmacos como el Diazepán y los hipotensores, como los diuréticos, que contribuyen a la hipotensión ortostática y disminuyen el control postural, provocando caídas".

Con todo esto, podemos elaborar unas medidas preventivas, para intentar reducir el riesgo de caídas en personas mayores hospitalizadas, como por ejemplo:

- Recordar al paciente, que en la medida de lo posible, siempre lleve puestas gafas y audífonos, ya que la falta de visión y audición, pueden ser motivo de desequilibrio. También asegurarnos de si no los está usando, los tenga siempre a su alcance para evitar desplazamientos innecesarios.

- Proporcionar en casos de inestabilidad, material de apoyo como bastones, andadores, sillas, etc.

- En caso de falta de atención y distracción, se debería tener una eficaz supervisión, sobre todo a la hora del aseo evitando así que se produzca un desorden excesivo que pueda convertirse en un riesgo de caída.

- En pacientes que tomen diuréticos, sería bueno ofrecerles acompañamiento para ir al baño varias veces al día, así como recordarles la importancia del uso de la botella o la cuña en las horas nocturnas.

- El uso de ropa y calzado adecuado, sobre todo zapatillas cerradas, mantener el orden en la habitación retirando cables y mobiliario o cualquier cosa que pueda hacer tropezar.

- Comprobar que los frenos de las camas funcionen correctamente, que el timbre esté a mano y la iluminación sea la adecuada.

- Esperar unos segundos con el paciente sentado en la cama antes de incorporarlo.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas son las responsables de muchas discapacidades en personas mayores e incluso de su muerte, de ahí, que sea sumamente importante, que el personal que trabaja con personas mayores en un hospital, se esfuerce al máximo, para evitar las caídas. Por ello deberían actualizar continuamente sus conocimientos sobre este tema, ya que normalmente, una caída supone problemas psicológicos muy graves para la persona que la sufre.

En la mayoría de los casos tienen miedo de volver a caer, comienzan a aparecer inseguridad, aparece la pérdida de confianza en si mismos y la dependencia de familiares y terceras personas,dejando de realizar tareas y actividades que antes realizaban sin problema.

Todo ello, hace que incluso en muchos casos, llegue a ser necesaria la institucionalización de la persona con la correspondiente pérdida de independencia y calidad de vida.

6 Bibliografía

- (1)Efectividad de las intervenciones para la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos 2010 Vol.21 N° 3.
- (2)Tinetty M. Richman D. Powel L. Prevalencia y factores del miedo a caer asociados en adultos mayores de Castellón De La Plana. Gerokomos 2017 Vol.28 N° 4
- (3)OMS.(Internet)Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos 2018 Vol.29 N°3.
- (4)Martínez Sabater A.,Milvaques Faus L. Caída en el anciano.Correo Científico Médico Holguin 2005:9 (2).

Capítulo 468

SÍNDROME DE ASPERGER

MARÍA JOSÉ PÉREZ BORREGO

NURIA PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

SHEILA SÁNCHEZ DÍAZ

1 Introducción

El síndrome de Asperger ,es un trastorno del desarrollo que se incluye dentro del espectro autista. El cerebro de la persona con síndrome de Asperger funciona de manera diferente a la habitual, especialmente en la comunicación e interacción social y en la adaptación a las demandas diarias. La persona con este síndrome, tiene dificultades en la comunicación social y en la flexibilidad de pensamiento y comportamiento. Sin embargo, tiene un lenguaje fluido y una capacidad intelectual media e incluso superior a la media. El síntoma mas distintivo de Asperger es el interés obsesivo en un objeto o tema único hasta el punto de excluir cualquier otro. La persona con Asperger reunirá grandes cantidades de información sobre su tema favorito y hablaran incesantemente sobre esto.

Su habla puede estar marcada por la falta de ritmo o con un tono monótono . Las personas con este síndrome se acercan a otras personas , a diferencia de los autistas, pero hacen imposible la conversación normal debido a una actitud excéntrica. No sabe expresar sus emociones de una manera convencional, por lo que a veces pueden reaccionar de una manera desproporcionada. También, puede parecer que no expresa sus emociones, ni tiene en cuenta la de los demás , pero en realidad, lo que resulta muy complejos darse cuenta de cuales son los sentimientos y las emociones de los demás.

Tienen una forma de pensar rígida y concreta , pero tienen dificultades en tareas que requieren alternativas para la resolución de problemas. Es fiel a las rutinas, ya que le dan seguridad, pero limitan su comportamiento dificultando la adaptación a los cambios. Pueden ser extremadamente sensibles algunos estímulos, resultándoles molestos e incluso dolorosos (ruidos, luces, olores, sabores...etc.)

2 Objetivos

- Analizar las causas del síndrome de Asperger.
- Determinar el tratamiento de dicho síndrome.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las investigaciones señalan como causa del síndrome de Asperger a las anomalías cerebrales, estos defectos, mas probablemente están causados por la migración anormal de células embrionicas durante el desarrollo fetal que afecta a la estructura cerebral, y esto afecta a los circuitos neuronales que controlan el comportamiento y pensamiento, aunque nunca se ha identificado un gen específico para el Asperger.
- El tratamiento temprano puede ayudar a enfrentar los síntomas relacionados con el síndrome de Asperger, y prepararlo para la vida adulta. El tratamiento, generalmente incluye una combinación de terapia del habla, física, ocupacional y cognitiva conductual. En cuanto a medicación, no existe un medicamento para tratar el síndrome de Asperger, la mayoría tratan la ansiedad, la depresión o la incapacidad para concentrarse.

5 Discusión-Conclusión

Hay mucho desconocimiento sobre el síndrome de Asperger, son personas hipersensibles, con dificultades para la comunicación social, aunque razonan bien y a menudo pasan inadvertidos. Tienen que hacer un esfuerzo enorme para aprender a vivir en la sociedad, ya que les resulta muy difícil reconocer y comprender las reglas sociales “ no escritas “ por lo que a veces, puede comportarse de forma inadecuada sin darse cuenta. A parte, no se manejan bien en situaciones en las que tienen que interactuar con muchas personas a la vez, lo que puede parecer que no quiere relacionarse o integrarse.

Por lo tanto, el objetivo, es que la sociedad debería poder tener una educación para poder saber tratar a las personas con este síndrome, aprendiendo a tenerles un gran respeto y cariño, ya que una actitud negativa y falta de cariño, pueden hacer mucho daño en poco tiempo. La comprensión psicológica del síndrome de Asperger es clave para el tratamiento. Por esto, es necesario ir mas allá de la conducta y poder captar su modo de ver y sentir el mundo. Para avanzar en esta comprensión, es necesaria una investigación temprana.

Aparte, es imprescindible una formación específica de los profesionales implicados en su educación y tratamiento. También, recursos y medios a la atención de las personas con este síndrome y sus familias.

6 Bibliografía

- www.asperger.es -Confederación Asperger España.
- www.autismo.org.es -Autismo España.
- www.medlineplus.gov -Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.
- www.espanol.ninds.nih.gov -National Institute of Neurological Disorders and Stroke.
- www.mayoclinic.org
- www.familydoctor.org
- www.heraldo.es

Capítulo 469

LOS CUIDADOS TRAS UNA CIRUGIA

MARTA GONZÁLEZ OCHOA

1 Introducción

El cuidado postoperatorio comienza en el momento que el paciente es trasladado a la sala de reanimación y termina en el momento que es dado de alta. Se pueden diferenciar dos períodos:

- Inmediato ,va desde que sale del quirófano, hasta la sala de recuperación.
- Mediato o tardío, que puede ser en el área de hospitalización o el domicilio, dependiendo del tipo de cirugía.

2 Objetivos

Implantar los cuidados necesarios y una vigilancia continúa, para prevenir complicaciones postquirúrgicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

No hay un tiempo estipulado de permanencia en la sala ,una vez que el paciente recupere su actividad, respiración ,circulación y consciencia ,continuaremos con los cuidados, bien en su domicilio o su llegada a planta.

5 Discusión-Conclusión

Todos aquellos pacientes sometidos a una cirugía precisan de unos cuidados que deben conocer, y ser partícipes de ellos en la medida de lo posible, comunicando al personal sanitario cualquier síntoma para poder ofrecerle la mejor atención; ya que estos cuidados van a repercutir en el tiempo de su recuperación.

6 Bibliografía

- <https://Medlineplus.gov>
- www.clinicabeltranyobradores.com
- <https://www.medicina21.com>

Capítulo 470

EVALUACIÓN Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS

MARTA GONZÁLEZ OCHOA

1 Introducción

Las caídas pueden venir dadas por diferentes causas :

- Las propias del paciente, la edad, medicación, enfermedades etc.
- Causas externas ,una mala iluminación, calzado inapropiado, desorden, falta de medios, etc.

Es por ello que en este trabajo se va a intentar analizar los factores de riesgo y causas de estas caídas para asesorar a los pacientes y evitarlas.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo e identificar las principales causas.

3 Metodología

Se trata de una búsqueda bibliográfica en guías de práctica clínica, artículos publicados y Google académico

4 Resultados

- Hay que controlar los factores de riesgo

- . Propios del paciente: inestabilidad en la marcha, pérdida del equilibrio, déficit visual, desorientación.
 - . Externos: iluminación escasa, suelos resbaladizos, etc.
- Una vez detectados se aplicarán las medidas preventivas adecuadas ,siempre de forma individualizada.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de caídas debe ser bien evaluado, con el fin de disminuir los factores extrínsecos e intrínsecos. El personal sanitario debe estar en continua formación en medidas de contención dependiendo de cada caso, para disminuir el riesgo de caídas y sus lesiones, estas convenciones deben de usarse cuando no se encuentren otras posibles alternativas, y deben tener previo consentimiento del médico y la familia .

6 Bibliografía

- <http://Scielo.Isciii.es>
- <https://www.geriatricarea.com>
- <https://wwwmsdmanuals.com>

Capítulo 471

EL CONTACTO DEL PIEL CON PIEL MADRE-HIJO TRAS EL PARTO Y SUS BENEFICIOS.

SAMANTA QUIROGA SALGADO

1 Introducción

El contacto inmediato del recién nacido con la madre tiene grandes beneficios para ambos. El contacto piel con piel (CPP):Consiste en la colocación del recién nacido desnudo, boca abajo, en contacto con el abdomen o pecho de la madre durante al menos dos horas. Es conveniente tapar al recién nacido con una manta y cubrir la cabeza con un gorro para no pierda calor corporal tras en nacimiento. Durante el transcurso del piel con piel tiene que haber supervisión del personal sanitario para vigilar los aspectos del recién nacido, coloración de la piel, tono, y la respiración. Este contacto inmediato ayuda a establecer el vínculo y la adaptación postnatal, estableciendo un vínculo afectivo con la madre-padre.

El recién nacido el las primeras horas después del nacimiento, se encuentra en una fase de alerta tranquila, esto sucede pro la descarga de noradrenalina durante el parto, este proceso facilita que reconozca el olor materno muy temprano, estableciendo el vínculo y adaptación al periodo sensitivo.

Poco a poco el recién nacido va reptando hacia el pecho de la madre con movimientos de flexión-extensión de sus extremidades inferiores, cabeceó, pataleo, y pone en práctica los reflejos de búsqueda, alcanzando el pezón y realizando un agarre instintivo, este proceso tiene que ser espontáneo y no debe forzarse. Este proceso requiere de un largo tiempo sobre 80 minutos más o menos, por

eso la separación de ambos alteraría este proceso y afectaría en la disminución de la frecuencia de las tomas de lactancia con éxito. Esta situación en ocasiones puede ser interrumpida por la situación clínica del recién nacido o de la madre, entonces se realizará lo antes posible.

Si por otro lado fuera imposible hacerlo porque la situación no lo permite, se podría hacer con otro familiar a poder ser con el padre. El contacto piel con piel se puede realizar siempre que el parto se desarrolle de forma normal y no exista ninguna complicación.

En algunos hospitales debido a su infraestructura no disponen de espacio físico íntimo adecuado para realizar el contacto piel con piel precoz. Los profesionales sanitarios llevan la rutina de acompañar a la madre, padre y recién nacido a la sala postparto o a la planta de maternidad, privando de los beneficios inmediatos.

Este trabajo está echo en relación a la carencia que muchos hospitales tiene de este contacto. Queremos que exista un gran avance a nivel de comunidades, para que modifiquen las guías hospitalarias y protocolos, dando una formación eficaz y completa a los sanitarios para que este contacto sea precoz y eficaz. Ya que los estudios realizados hacen hincapié en el perjuicio de que no se lleve a cabo este primer contacto. Muchas veces el miedo, la falta de formación y la actitud del personal sanitario supone un obstáculo para llevar a cabo este contacto lo más rápido posible.

2 Objetivos

- Nuestro objetivo es que todos los hospitales de todas las Comunidades Autónomas dispongan de guías especializadas y protocolos de actuación específicos para poner en práctica este contacto y que sea lo más eficaz y precoz posible.
- Dar siempre la información precisa a la madre, padre-familiares informándoles de los beneficios que conlleva el CPP, ayudándoles en el proceso y tranquilizándoles en todos los pasos a seguir y mantenerlos informados sobre todo a los primerizos dado que es su primera experiencia.
- Poner en práctica un protocolo de actuación específico.
- Resaltar, e informar de todos los beneficios que conlleva este contacto tanto a la madre como al recién nacido.
- Realizar estudios que demuestren estos beneficios.
- Impartir toda la formación precisa a nuestros profesionales para que estén formados al 100% en este contacto piel con piel y así estar al día de todos los bene-

ficiados, y actualizándonos de continuo.

3 Metodología

Hemos hecho análisis en Scislo. Se hizo una revisión bibliográfica de los protocolos y procedimientos en Cuiden.Y diversas bases de datos, CUIDEN limitándose al idioma español. Hemos entrado en el instituto Nacional de la Salud.Google académico.Y recabado información en diferentes artículos sobre de este tema. Buscando información con las palabras del enunciado.

4 Resultados

Haciendo revisión de diferentes protocolos de varias comunidades, se distinguen diferentes intervenciones cuando el nacimiento es producido tras cesaría.En algunos hospitales se produce demora con el contacto piel con piel.El muchos otros carecen de este contacto. Este contacto (CPP) tiene el beneficio de que la recuperación del estrés postparto es más temprana. La estimulación por parte de la madre favorece el reconocimiento mutuo y el CPP favorece el proceso de vinculación madre recién nacido.

Hemos demostrado en los primeros días llevando acabo el CPP, que hay disminución de los días de hospitalización. Esta práctica también disminuye el tiempo de llanto del recién nacido. Favorece el agarre correcto del pecho y así el inicio precoz de la lactancia materna. El recién nacido manifiesta menos dolor y ansiedad antes cualquier técnica dolorosa, por ejemplo las punciones. Hemos comprobado que disminuye los niveles de estrés en el recién nacido que había estado realizando en CPP. Facilita la termorregulación disminuyendo el consumo energético en el recién nacido. La estabilidad del recién nacido cardiorrespiratoria mejora. Estudios demuestran gran satisfacción sobre la percepción del parto en las mujeres que realizaron el contacto. En este proceso (CPP) se libera oxitocina y con ello disminuye la ansiedad materna. En el postparto inmediato este contacto estimula la eyección del calostro, y aumenta la temperatura de las mamas.

5 Discusión-Conclusión

Muchos hospitales de varias Comunidades Autónomas no disponen hoy en día de protocolos de actuación, y así careciendo de la formación y experiencia en este proceso. La madre y el recién nacido tras él nacimiento deben permanecer

juntos, y si el estado de salud de ambos lo permite realizar en contacto piel con piel. El personal sanitario debe informar en todo momento de los beneficios que este contacto precoz tiene, así como vigilar al recién nacido y los signos de alerta, como la respiración, coloración y el tono muscular.

Se ha demostrado los grandes beneficios del contacto piel con piel tanto en la madre como en el recién nacido, ayudando en la adaptación extrauterina y favoreciendo entre ambos el vínculo afectivo. En los partos por cesárea existen protocolos en los que este contacto no puede llevarse a cabo tan precoz y con ello hacen una privación de los beneficios para ambos. Todo el personal de enfermería debe estar capacitado y formado para llevar a cabo este contacto.

Se deben revisar los protocolos y las guías hospitalarios y estar siempre actualizados ante el contacto piel con piel, para que lo practiquen todas las familias que lo deseen y se beneficien de ello, independientemente de la forma de nacimiento.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100017.
- <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/11/05/piel-con-piel>.
- <https://www.sabervivirtv.com>
- <https://mibebeyyo.elmundo.es>
- https://elpais.com/sociedad/2018/11/19/actualidad/1542615691_043105.amp.html.
- https://elpais.com/elpais/2018/04/18/mamas_papas/1524044648_558232.amp.html.
- <https://amp.redaccionmedica.com>
- <https://saludcantabria.es>.
- <http://www.index-f.com/edocente/94pdf/94-008.pdf>.
- <https://hospital.uillinois.edu>
- <https://www.riojasalud.es>
- <https://elpais.com>

Capítulo 472

GENERALIDADES DE LA UNIDAD DE MATERNIDAD PARA TCAE.

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

1 Introducción

El TCAE forma parte del equipo en la unidad de maternidad, estamos en contacto directo con las madres, ofreciendo información en cuanto a cuidados del bebé en sus primeros días, y realizando tareas fundamentales en las primeras horas de vida relacionadas con su alimentación, temperatura, y eliminación de heces y micciones. Todo ello debe ser registrado para que enfermería según esa información actúe de una manera u otra respecto al bebé y a su madre.

2 Objetivos

Establecer las funciones del TCAE en la unidad de maternidad y los primeros cuidados del bebé.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos relacionados con la unidad de maternidad y las funciones del TCAE. Se han consultado diferentes páginas como: Google académico, artículos en revistas del ámbito sanitario.

4 Resultados

- Las funciones del TCAE en esta unidad son:
- Favorecer el contacto piel con piel: todos los recién nacidos pasan a la unidad de piel con piel (C.P.C.P.) y seguirán realizándolo por lo menos durante las dos primeras horas de vida, durante ese tiempo debemos vigilar el aspecto y la correcta colocación del recién nacido.
- Comprobar la identificación del recién nacido: La pulsera del pie con los datos de la madre y la pinza del cordón umbilical con el n° de identificación materno-filial.
- Somatometría al recién nacido: que se realizará al menos pasadas 2 horas de vida. Comprobando peso, longitud y perímetro craneal. Podemos aprovechar ese momento para limpiar la cabeza del bebé si estuviera sucia, pero no bañar, ya que no se debe hacer hasta pasadas 6 horas de vida.
- Obtener la carpeta de historia clínica y pegatinas del bebé: si ya tiene n° de historia, se solicita a archivos. En ese momento el celador baja la carpeta y sube las etiquetas.
- Establecer la curva térmica: Los recién nacidos que precisen control de temperatura se tomará cada 3 horas durante las 24 primeras horas de vida.
- Inicio de alimentación del recién nacido:
 - .Con lactancia materna: a demanda desde el primer momento de vida, comprobaremos el agarre, la posición madre-hijo y el n° de tomas. Intentaremos no reforzar con biberón hasta pasadas las 24 horas de vida.
 - .Con lactancia artificial: inicio a las 3 horas de vida con 5-10 cc. Si tolera se continúa con las tomas cada 3 horas (las tomas serán el peso en kg x 10 cc., y por cada día de vida se irá aumentando 5-10 cc más por toma.
- Evaluar la 1ª micción y expulsión del meconio: estaremos atentas a que ocurra en las primeras 24 horas de vida. Posteriormente en cada turno preguntaremos a sus padres cuántas deposiciones y micciones ha tenido para su registro.
- Evaluar la tolerancia y 1ª micción de madres postparto:
 - *Si la madre tomó líquidos durante la dilatación puede continuar en el postparto de inmediato. La dieta se dará una vez realizados los controles postparto y si todo está en orden.
 - *En partos sin anestesia epidural se puede iniciar una vez hayan pasado 2 horas del parto.
 - *En partos con anestesia epidural se iniciará pasadas 4 horas postparto. Se acompañará a las madres la primera vez que se levanten por riesgo de mareo y caídas, y registraremos la 1ª micción postparto.

5 Discusión-Conclusión

Es una planta de gran actividad en cuanto a protocolos y registros, con lo que es necesario mantener una especial atención en todo lo que ocurre, tanto a madres como a bebés. Es función nuestra darles nuestro apoyo, ayudándolas en todo lo que necesiten y aconsejando en cuanto a formas de lactancia, expulsión de gases del bebé, masaje del bebé, etc. Siempre que no haya ninguna complicación y siguiendo las pautas, bajo las órdenes de enfermería, todo discurrirá de forma correcta.

6 Bibliografía

- <https://www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf>
- <https://medac.es>

Capítulo 473

ALERTA DEL TCAE ANTE UNA POSIBLE REACCIÓN ANAFILÁCTICA

M^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO

LAURA MUÑIZ MONTEIRO

CRISBEL GALLARDO PEREZ

MÓNICA MARTÍN DÍAZ

ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA

1 Introducción

La anafilaxia es una reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica, grave que amenaza la vida. Puede ocurrir en cuestión de segundos o minutos de exposición a alérgeno.

Puede ser desencadenado o no por mecanismos inmunológicos, con aparición de síntomas y signos tanto en la piel (eritema, prurito generalizado, urticaria o angioedema) como en otros órganos (gastrointestinal, respiratorio o cardiovascular).

El shock anafiláctico es la reacción de hipersensibilidad generalizada o sistémica asociada a afección cardiovascular con hipotensión, y sus criterios diagnósticos son: a) Inicio brusco de síntomas que afecten a la piel o mucosas y al menos uno de los siguientes: compromiso respiratorio, hipotensión o síntomas asociados. b) Inicio brusco de los síntomas que afecten a dos o más de los siguientes sistemas

tras entrar en contacto con un probable alérgeno para el paciente (minutos u horas):

- Afección mucocutánea.
 - Compromiso respiratorio.
 - Hipotensión y síntomas asociados.
 - Síntomas gastrointestinales persistentes. c) Hipotensión tras exposición a alérgeno conocido para el paciente (minutos u horas).
- Las lesiones mucocutáneas aisladas no indican anafilaxia.

Como causas de anafilaxia se tienen: alimentos 75%, medicamentos 15%, el resto se reparte entre: látex, picaduras de insectos, inducido por agentes físicos y otros agentes antiinfecciosos.

2 Objetivos

- Identificar los signos de alarma ante una anafilaxia.
- Establecer el cuidado y tratamiento en estos pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. A través de las diferentes guías y protocolos de actuación se afianzan las bases para una rápida identificación en caso de reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgeno y su inmediato tratamiento.

4 Resultados

- Signos de alarma ante la anafilaxia:
- Piel: picor, urticaria, enrojecimiento, hinchazón.
- Boca: picor, hinchazón de los labios o la lengua.
- Nariz: estornudos, congestión nasal, secreción nasal.
- Garganta: picor, opresión, dificultad para tragar, inflamación de la parte posterior de la garganta.

- Tórax: falta de aliento, tos, sibilancias, dolor de pecho u opresión.
- Corazón: pulso débil, palpitaciones.
- Tracto digestivo: vómitos, diarrea, calambres.
- Sistema nervioso: mareo, pérdida de consciencia.

- Tratamiento y manejo de esta patología médic:

Una vez identificado al paciente con reacción anafiláctica y riesgo de parada cardiorespiratoria, se procede a la retirada del alérgeno, tratamiento con adrenalina, tratamiento de aproximación ABCDE, y tratamiento coadyugante en el que se recomienda poner al paciente de espalda con las piernas elevadas y administrar oxígeno. Acompañado de la utilización de los corticoides que están indicados principalmente para evitar anafilaxia bifásica, los antiestamínicos orales para el manejo del prurito y la urticaria y los beta2 agonistas como tratamiento del broncoespasmo. Además, los pacientes que han sufrido una reacción anafiláctica deben permanecer al menos 6 horas en observación.

5 Discusión-Conclusión

La anafilaxia es una emergencia médica.

Es determinante identificar precozmente la emergencia para iniciar a la mayor brevedad las medidas de estabilización y administrar adrenalina intramuscular. Se debe informar al alta a los pacientes y sus familias sobre los signos y síntomas para vigilar así como la evitación del alérgeno.

6 Bibliografía

Cardona V, Cabanes N, Chivato, Guardia P, Fernandez M, Freijo C et al; Grupo de trabajo SEAIC, SEICAP, SEMES, SEUP. Guía de actuación en anafilaxia (Guía Galaxia), 2009.
 Sampson HA. Anaphylaxis an emergency treatmen. Pediatrics 2003;111;1601-8.
 Braganza SC, Acworth JP, Mckinnon DRL, Peake JE, Brown AFT. Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. Dis Child 2006;91:159-63.

Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 474

LA OXIGENOTERAPIA

BELEN GARCIA BARBA

1 Introducción

El oxígeno es un gas incoloro, inodoro, explosivo e inflamable. Se administra en situaciones de hipoxia. Se usa una mezcla de aire enriquecido con oxígeno (concentración de oxígeno superior a la normal).

La oxigenoterapia se define como el uso terapéutico del oxígeno, y consiste en su administración a concentraciones mayores de las que se encuentran en el aire ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia. La oxigenoterapia domiciliaria (OD) es un tratamiento antiguo que, sin embargo, sigue siendo una de las medidas más importantes en el manejo del paciente con hipoxemia grave, generalmente secundaria a enfermedades respiratorias avanzadas.

2 Objetivos

- Establecer la finalidad de la oxigenoterapia y su modo de administración.
- Describir los dispositivos de administración de oxigenoterapia (O₂).

3 Metodología

4 Resultados

- Cuando la respiración es dificultosa usaremos la oxigenoterapia para corregirla. Dependiendo del estado del paciente usaremos la oxigenoterapia de forma con-

tinua, si es enfermedad crónica, o durante un breve periodo de tiempo, si la enfermedad es aguda. La Oxigenoterapia es la única intervención, además de la supresión del tabaquismo, que reduce la mortalidad en pacientes con EPOC e hipoxemia grave. Además, atenúa la insuficiencia cardiaca derecha originada por el cor pulmonale, mejora la función neuropsicológica y aumenta la tolerancia al ejercicio y la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana.

- Los dispositivos de O₂:

La riqueza de oxígeno en la mezcla depende de la técnica de oxigenoterapia empleada:

- . Gafas nasales
- . Mascarilla venti mask (VWK).
- . Cámara con reservorio, etc.

Materiales:

- . Manómetro: mide la presión a la que se encuentra el oxígeno dentro del cilindro.
- . Manorreductor: mide la presión a la que se administra el oxígeno.
- . Flujómetro o caudalímetro: controla la cantidad de l/mn (flujo) que sale de la fuente de suministro.
- . Humidificador: recipiente unido al caudalímetro por el que pasa el oxígeno, el objetivo del humidificador es humeder el oxígeno antes de su llegada al paciente.

Sistemas de bajo flujo:

- . Gafas nasales: fáciles de usar, bien toleradas por el paciente. Permiten hablar, comer y expectorar sin interrumpir el aporte de oxígeno.
- . Mascarillas con reservorio: dispositivos que cubren la boca y la nariz y el mentón del paciente, interfieren para expectorar y comer. Producen incomodidad y claustrofobia.

Sistemas de alto flujo:

Mascarilla efecto Venturi: el FIO₂ administrado al paciente es constante, predecible y no influenciado por el patrón respiratorio del paciente. Interfiere para hablar, comer y expectorar. Produce incomodidad y claustrofobia al paciente. Posee un dispositivo que permite regular la concentración de oxígeno que se administra.

5 Discusión-Conclusión

En pacientes crónicos dados de alta será necesario oxigenoterapia domiciliaria. Es necesario realizar controles periódicos con carácter mensual durante el primer trimestre, cada 3 meses el resto del primer año y posteriormente cada 6 meses. En

los primeros controles se debe realizar una gasometría respirando aire ambiente a fin de confirmar o no la prescripción. Tras una agudización se deben reevaluar a los pacientes a los 30-90 días, ya que pueden retornar a niveles de oxigenación adecuados que no precisan oxigenoterapia una vez que se encuentren estables. La finalidad de estas revisiones es valorar la adecuación de la indicación, objetivar el efecto de la oxigenoterapia y determinar el grado de adaptación y cumplimiento por parte del paciente.

6 Bibliografía

- Protocolo de acogida al paciente adulto en una unidad de hospitalización. Hospital Son Llátzer. 2007. Arancha del Campo Antolín, Juana María Cano Camacho.
- Protocolo de aspiración de secreciones en pacientes traqueotomizados . Hospital Son Llátzer. 2007. Virginia Cantabrana Beato, Cristina Moreno Mulet.

Capítulo 475

TCAE EN HOSPITALIZACION

SUSANA CANTELI CORTE

1 Introducción

El sistema sanitario español presenta una características inherentes que se traducen en cuatro pilares:

- . Universalización y gratuidad de la asistencia.
- . Equidad.
- . Organización territorial e integración de los recursos.
- . Participación.

Dentro del Sistema sanitario, el TCAE tiene unas funciones definidas que ayudan al paciente y a la familia, en el tratamiento de su patología.

2 Objetivos

- Establecer las funciones de forma general, del TCAE en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Dentro del hospital encontramos las funciones de tipo: asistencial, investigador, docente y actividades dirigidas a la prevención de la salud.
- Ayudar en la administración del ingreso hospitalario. Cuando se decide la hospitalización de una persona dependiendo del hospital donde nos encontremos, las vías administrativas para tramitar el ingreso pueden variar.
- La adaptación del paciente y la familia al medio hospitalario.
- Reducción de la ansiedad del enfermo, proporcionándole la información y ambiente adecuado.
- Recogida de los datos del enfermo para sus cuidados.

5 Discusión-Conclusión

Precisión un lenguaje claro, objetividad toda descripción posible, escritura legible que facilite así su uso para los demás, confidencialidad de toda la información obtenida. Todas las características están dentro de la calidad de los cuidados ofertados por el TCAE y es por ello, que desempeña un papel importante dentro del sistema sanitario de salud.

6 Bibliografía

El Sistema Nacional de Salud parte de un marco legal que inicia su andadura con la Constitución Española en su Art.43.donde se recoge el derecho a la protección de la salud y la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios.Posteriormente, la redacción de la Ley General de Sanidad de 1986 dio respuesta y desarrolló todo lo necesario para configurar el Sistema Nacional de Salud donde quedan descritos los principios que rigen su estructura y funcionamiento.BIBLIOGRAFIA: Rocío Magdalena Moya y Ana Belén Montalbán Motos.

Capítulo 476

PLAN DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

GENEROSA GARCÍA SUÁREZ

EMMA MARIA ANTON GARCÍA

JUAN CARLOS IGLESIAS RODRIGUEZ

1 Introducción

El plan de cuidados del recién nacido es importante aun cuando el recién nacido este sano. Se entiende por recién nacido sano aquel que es producto de un embarazo de duración normal (37-42 semanas) sin enfermedad, ni complicación alguna en la madre durante el mismo, cuyo parto es de evolución normal y siendo sus características anatómicas y fisiológicas normales en el momento de nacer. Necesitará una valoración general junto con unos cuidados específicos para conseguir el bienestar y seguridad tanto del recién nacido como de la madre.

2 Objetivos

- Valorar al recién nacido (RN) según las necesidades básicas de Virginia Henderson según la NANDA., estableciendo objetivos e intervenciones según el sistema NIC/NOC.
- Establecer un plan de cuidados al RN.

3 Metodología

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

Las primeras horas del puerperio son importantes para conseguir la adaptación del RN, así como nuestra valoración e inicio de los primeros cuidados e intervenciones de enfermería. La guía está basada en el modelo NANDA que es el utilizado a nivel estatal, en asociación con los modelos NIC-NOC.

4 Resultados

- En el momento posterior al parto al recién nacido se le realizará el test Apgar, al minuto y a los cinco minutos del nacimiento con el fin de determinar su estado general (frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja, color). Con la maniobra de Credé se instalarán gotas de colirio antibiótico en los ojos para evitar infecciones. Se pesará para observar si está dentro de los límites normales (2500-4000 gramos) siendo importante que esté totalmente identificable para ello se le colocará su respectiva pulsera identificativa. Entre los 15 y 30 minutos después del parto se facilitará el contacto del recién nacido con la madre y el padre para reforzar el apego.
- Tras haber permanecido dos horas en la sala de recuperación de partos, el RN es trasladado a la Unidad de Puerperio del hospital, cuya estancia mínima será de 48 horas en partos eutócicos; 72 en partos distócicos (fórceps y ventosas) y en la cesárea 7 u 8 días. A su llegada realizaremos la identificación (observar que trae la pulsera identificativa) y registro del RN en la unidad. Se revisará la historia comprobando que en el paritorio se le haya administrado la primera dosis de la vacuna de la hepatitis B, la dosis de vitamina K y la profilaxis antibiótica de los ojos. El RN será ubicado en la habitación de la madre, excepto en los casos en los que por distintos motivos (parto con cesárea, fórceps, etc. la madre no llegue a la Unidad con el RN. En este caso el RN permanecerá en la sala de cunas de la Unidad hasta que llegue la madre. Se procederá a la entrega del impreso de la fenilcetonuria, explicando a la madre los días en que se debe realizar la prueba, así como la importancia de la misma.

Se le entregará el impreso de vacunación de hepatitis B, que certifica que se le ha puesto la primera dosis, y donde se indica el periodo en el cual se deben de poner el resto de vacunas.

- Higiene de la piel y mantener la temperatura corporal: la higiene de la piel es una necesidad básica que debe satisfacer el personal de enfermería junto con el confort del RN; para ello se le realizará el baño, la piel del RN tiene que ser fina y elástica aunque puede presentar escamas en cuyo caso habrá que hidratarla. Se procederá a la cura del cordón umbilical. Los RN pierden calor con mucha facilidad porque no tienen la funciones de regulación de su temperatura corporal desarrolladas por lo cual hay que proporcionarle abrigo para ello, se le vestirá con unachaqueta y un pañal y se le arropará en la cuna. A la hora de acostarlo se procurará poner decúbito supino o decúbito lateral. Se procederá al cambio de pañal siempre que sea necesario para mantener al RN limpio.

-Alimentación del RN: El personal de enfermería debe fomentar la lactancia materna, para ello el RN debe de ser puesto al pecho materno, para iniciar la lactancia lo más pronto posible y así estimular la producción de leche. La succión temprana proporcionará al RN el calostro, que le va a ofrecer protección contra las infecciones así como importantes nutrientes. La subida de la leche se producirá a las 48-72 horas después del parto, apartir de ese momento se irá regulando la frecuencia de las tomas, y los dos adoptarán un horario y ritmo adecuado que variará dependiendo de la demanda de cada RN. En general, el RN lactará cada 3-4 horas, descansando entre 5-8 horas por la noche. En todo caso el personal de enfermería debe de ofrecer información ante los posibles problemas que puedan surgir, como no poder ofrecer la lactancia materna por decisión de los padres o por problemas de otra índole informándoles de la lactancia artificial; técnicas para estimular pezones planos o invertidos; información sobre la posición adecuada para las tomas y para la expulsión de los gases posteriormente, etc.

- Oxigenación: debido a la inmadurez del sistema respiratorio del RN debemos observarlo, aunque normalmente no suelen presentar alteraciones, si observamos que tiene cianosis, quejido, aleteo nasal o dificultad respiratoria puede ser debido a una hipotermia. Ante esto se le pondrá bajo una fuente de calor, si los signos persisten se avisará al Neonatólogo. También puede tener secreciones en las vías respiratorias, entonces procederemos a su eliminación mediante medidas posturales, clapping o en último caso aspiración con sonda estéril.

- Eliminación: son muy importantes las excreciones del RN tanto la micción, como la deposición. En no ocurre le estimularemos hidratándolo con suero glucosado),

a partir de ese momento deberá orinar muy a menudo tendremos que controlar que esto ocurra y además observar el color de la orina (una mancha de color rojo oscuro podría indicar elevado contenido en ácido úrico). En cuanto a la primera deposición tendrá que tener lugar entre las primeras 48 horas, debemos observar que sea de color negro y espesa para constatar que expulsa Meconio, en los días siguientes se van haciendo verde-amarillentas (heces de transición), para después pasar a un color amarillo. También hablaremos de las regurgitaciones (eliminación del contenido gástrico) que pueden ser frecuentes en el RN debido a la inmadurez del cardias, para lo cual aconsejaremos a la madre que tras la toma favorezca la expulsión del aire deglutido. Hay que tener especial cuidado cuando estas regurgitaciones adquieren un color distinto al de la leche y va acompañado de otros síntomas, que nos indicarían que podrían ser vómitos.

Reflejos innatos del RN: el reflejo innato es una reacción muscular involuntaria que sucede automáticamente en respuesta a un estímulo. Ciertas sensaciones o movimientos producen respuestas musculares específicas. La presencia e intensidad de un reflejo es una señal importante de funcionamiento y desarrollo del sistema nervioso. Muchos reflejos en los RN desaparecen a medida que el niño crece, aunque algunos permanecen a lo largo de la vida adulta. Un reflejo que todavía esté presente después de la edad en la que normalmente desaparecería puede ser un signo de daño cerebral o daño del sistema nervioso.

Tales reflejos incluyen:

Reflejo Moro: la sensación de caer o un susto hace que el RN estire las piernas, los brazos y los dedos, arquee la espalda e incline la cabeza hacia atrás, seguidamente repliega los brazos sobre el pecho con los puños cerrados y emite un chillido leve.

Reflejo Babinsky: cuando se pasa la mano por la planta del pie desde el talón hasta el dedo gordo, el RN levanta los dedos y pone el pie hacia dentro.

Reflejo de succión: si colocamos algún objeto en su boca el RN empezará a succionar.

Reflejo de búsqueda: si tocamos levemente la mejilla girará la cabeza en dirección al estímulo.

Reflejo de presión: si se coloca un objeto en la palma de su mano cerrará la mano tratando de agarrarlo.

Reflejo marcha automática: hacer movimientos de marcha cuando las plantas de los pies tocan una superficie dura.

Otros reflejos de los RN comprenden: Reflejo tónico del cuello, incurvación del tronco o reflejo de Galant, reflejo de paracaídas,...

- Sueño y reposo: por lo general el RN duerme durante la mayor parte del tiempo, se despertará cuando tenga hambre o algo lo moleste. Habrá que evitar ruidos y situaciones que alteren su descanso. Según la Sociedad Española de Neonatología es aconsejable acostar al RN decúbito supino o decúbito lateral para evitar posibles atragantamientos y la muerte súbita.

El periodo durante el cual el RN permanece en la Unidad, se valorará una serie de signos y síntomas que pueden ayudar al diagnóstico de algún problema de salud: se valorarán signos y síntomas de infección haciendo extracciones de sangre siempre que el Neonatólogo lo indique. Vigilar posibles infecciones oculares. Valorar signos y síntomas de hipoglucemia ya que es uno de los problemas más usuales en el RN. Valorar la coloración de la piel y las mucosas. Valorar signos y síntomas de distensión abdominal o de retención urinaria. Valorar signos y síntomas de complicaciones o incidencias y colaborar en las pruebas diagnósticas que sean necesarias RX, electrocardiograma, ecografía, etc. Para la solución de estos síntomas se necesitará recurrir a tratamientos terapéuticos tales como: oxigenoterapia, sonda nasogástrica, lavado de estomago, sonda rectal, administración de medicamentos tanto por vía oral, parenteral como tópica, fototerapia así como una valoración del efecto satisfactorio terapéutico.

5 Discusión-Conclusión

Las primeras horas de vida son importantes para conseguir la adaptación del RN, su sistema termorregulador es aún inmaduro, en las primeras 12 horas es cuando más probabilidad de descompensaciones térmicas existen y es cuando más se debe proteger al RN. Para evitar el enfriamiento y posible hipotermia lo mejor es el contacto precoz piel con piel poniendo al RN con su madre (la temperatura normal del RN oscila entre 36,5 y 37,5) y así fomentaremos el vínculo afectivo madre-hijo. Corresponde al personal de enfermería fomentarlo a través del momento baño, lactancia, etc. En el momento del alta procederemos a la recogida de las pulseras de identificación del RN debiendo coincidir los datos con los que figuran en la historia clínica.

Revisaremos la historia para comprobar que no quedan pendientes pruebas diagnósticas, que se le hayan puesto las vacunas competentes, que el Neonatólogo haya realizado la exploración física, que este registrada la micción y la expulsión de meconio tras comprobarlo todo daremos de alta al RN entregando a la madre un informe de enfermería de alta. Se realizarán las intervenciones educativas necesarias impartidas a los padres persiguiendo capacitarlos para llevar a

cabo los cuidados del RN con seguridad en su hogar.

6 Bibliografía

- Manual de diagnósticos de Enfermería NANDA.
- Protocolos y Procedimientos de los cuidados Neonatales M. Moro y M. Vento
- Fundación INDEX

Capítulo 477

INVESTIGANDO LA ENFERMEDAD CELIACA

ADRIANA CAMPILLO CASO

PATRICIA VEGA TORRES

CARLA LLAMAZARES CAMPILLO

1 Introducción

La enfermedad celiaca, también llamada enteropatía por gluten o esprue celiaco es una enfermedad en la que existe una alteración de la mucosa intestinal, que desaparece al retirar los alimentos que contienen gluten (es una proteína que contiene la harina de la mayor parte de los cereales).

No se conoce cual es exactamente su causa pero se sabe que la lesión intestinal que produce se debe a una reacción anormal del sistema inmune frente al gluten de la dieta en personas predispuestas. Se conoce desde hace años que cuando existe un enfermo en una familia aumenta el riesgo de que algún otro miembro desarrolle la enfermedad, sobre todo en parientes de 1º grado. Por tanto, existe una predisposición hereditaria.

Con este trabajo queremos dar a conocer que es la enfermedad celiaca, su causa y sus posibles tratamientos.

2 Objetivos

- Establecer los síntomas de la enfermedad celiaca, dando así a conocer la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Algunos pacientes no tienen ningún tipo de síntomas, otros presentan manifestaciones muy leves, otros moderadas y otros presentan una alteración muy intensa de la absorción de alimentos, son posibilidad de complicaciones graves.

Los síntomas mas frecuentes son digestivos: diarrea, molestias abdominales, gases, hinchazón, etc. En otras ocasiones los síntomas son mas generales: pérdida de peso, dolor de cabeza, retraso del crecimiento en niños, dolor de huesos y músculos, fatiga, depresión, etc.

5 Discusión-Conclusión

Para su diagnostico se hacen análisis generales y análisis mas especiales, aunque para un diagnostico de seguridad se debe de realizar una biopsia intestinal a través de una gastroscopia.

Su tratamiento se basa en la eliminación total de los alimentos que contienen gluten, es decir, todos aquellos elaborados con harina de trigo y escanda, centeno, avena y cebada. Si se hace bien la dieta la recuperación suele ser muy rápida recuperando el bienestar físico. En ocasiones, inicialmente, también se requiere el aporte de vitaminas, calcio, hierro y complementos alimenticios, siempre bajo prescripción medica.

6 Bibliografía

- www.celiacos.org
- Enfermedad celiaca y sensibilidad al gluten, J.C Bai, C.Olano, C. Ciacci - Elsevier editorial
- Seccion digestivo Hospital San Agustin, Aviles

Capítulo 478

ASEO DEL PACIENTE POST-OPERADO

VERÓNICA GARCÍA DEL CAMPO

1 Introducción

El aseo es una de las partes fundamentales en la higiene personal de cada persona, gracias a tener un buen aseo e higiene adecuada evitamos muchos problemas tras la operación. El aseo de un paciente post-operado es aquel que se realiza siguiendo un protocolo de cuidados, teniendo en cuenta la situación de debilidad del paciente que le hace ser dependiente en sus autocuidados. Es por tanto, tarea del sanitario ayudarle a satisfacer esta necesidad de aseo y asesorarle para fomentar su autonomía de cuidados.

2 Objetivos

- Indicar los pasos y recomendaciones en la realización del aseo en el enfermo post-quirúrgico.
- Establecer las consecuencias de la realización del aseo en el enfermo post-quirúrgico.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Los pasos y recomendaciones en el aseo del enfermo recién operado son:
 - . Debemos tener la precaución de coger todo lo que el paciente tenga colocado, marcapasos, sonda vesical, drenajes, etc.
 - . Extremar los cuidados ante catéteres y drenajes:
 - . Si tiene telemetría puesta debemos desconectarla antes de ir a la ducha.
 - . Los drenajes se deben desconectarlos de la aspiración y llevarlos con nosotros, teniendo especial cuidado de no volcarlo.
 - . En el suelo de la ducha si el paciente lo precisa pondremos ropa seca, para evitar caídas.
 - . Se quitarán todos los apósitos que tenga el paciente para poder lavar y secar las heridas correctamente.
 - . Después de haber secado correctamente al paciente, le ponemos el camisón y las zapatillas.
 - . Acompañarle desde el baño por la habitación, y le dejamos sentado cómodamente en el sillón o acostado en la cama según precise.
 - . Una vez que lo hemos sentado o acostado, colocamos bien todos los aparatos. Dejaremos todo lo que el paciente pueda necesitar a su alcance, el timbre también, para evitar que intente levantarse él solo y así evitar caídas.
- Las consecuencias de la realización del aseo en el enfermo post-quirúrgico son:
 - . Mejorar la calidad de vida del enfermo.
 - . Estimular la circulación sanguínea.
 - . Ayudar al bienestar físico y psíquico del paciente.
 - . Conservar la integridad de la piel, previniendo de esta forma las lesiones que se pudieran producir en la piel y mucosas.
 - . Reducir la colonización bacteriana y prevenir lesiones de piel y mucosas.
 - . Fomentar la comunicación del paciente y mejorar su autoimagen.

5 Discusión-Conclusión

Se observa que la realización de una buena higiene en un paciente post-operado, no sólo es sinónimo de limpieza sino también de salud. La mejor forma de mantenerse limpio y sano es duchándose cada día con agua y jabón. Además, la higiene es una buena forma de evitar que un paciente post-operado tenga una estancia superior a la estrictamente necesaria para su pronta recuperación, dado que dicha

estancia esta totalmente relacionada con el tipo de intervención quirúrgica de cada paciente en el centro hospitalario.

6 Bibliografía

Cuaderno de Técnicas básicas de enfermería (Cuadernos de Trabajo).Mónica Martínez Grau (Autor), M^a Carmen Sanchis Martínez (Autor), Concepción Verrano Fernández de Piérola (Autor), Loida Moya Smith (Autor), Clara Sanchis Martínez (Autor). ISBN-13: 978-8497716512.

Seguridad del Paciente. Charles Vincent y René Amalberti.ISBN: 978-84-938073-8-2.

Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.).

Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2^a ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 210-222

Capítulo 479

DIAGNÓSTICO ENFERMEDAD DE CROHN

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

ELENA LOPEZ BUJIDOS

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es difícil de diagnosticar, es por ello que con el presente caso clínico real se pretende exponer tal complejidad y pruebas diagnósticas.

2 Objetivos

- Determinar la secuencia de pruebas diagnósticas de la enfermedad de Crohn, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Enfermedad de Crohn

4 Resultados

Finalmente y como conclusión, dada la batería de pruebas diagnósticas y la historia familiar de enfermedad de Crohn, se diagnosticó de tal enfermedad instaurándose tratamiento con seguimiento posterior. El paciente presentó buena evolución desde el punto de vista clínico con control de los síntomas y con adhesión al régimen terapéutico sin incidencias.

5 Discusión-Conclusión

Paciente de 22 años. Soltera. Fumadora ocasional. Alcohol muy esporádicamente. Presenta reiterados episodios de dislipemia no relacionados con enfermedad celíaca (descartada mediante análisis previos). Desde el mes de julio de 2015 presenta dolor abdominal centrado en el hipocondrio derecho, con borborigmos intensos, plenitud y desempeños diarréicos con heces líquidas o blandas, sin sangre y que alterna con otros días de evacuación normal. No se palpan bultomas ni visceromegalias en el abdomen ni tiene dolor centralizado en ningún punto. Signo del Murphy y del Blumberg negativos.

. Se realiza ecografía abdominal. Hígado de tamaño normal y de ecoestructura homogénea sin LOES, suprahepáticas y porta permeables y de calibre normal. Vesícula de pared fina con barro en su interior no viéndose cálculos. Vía biliar normal. Páncreas, bazo, riñones y aorta abdominal es normal. Se rastreo el resto de la cavidad abdominal y no se observan masas.

. Esofagogastroduodenal: Transito esofágico normal. No veo reflujo gastroesofágico durante la exploración. Estomago y duodeno normales igualmente.

. En la analítica: el hemograma da una discreta leucocitosis de 15.001 leucocitos sin desviación hacia la izquierda de la fórmula, con normalidad de serie roja y plaquetas. Igualmente el colesterol total está elevado (250) y el HDL es normal (59) y el LDL alto (153). Las pruebas de funcionalidad hepática solo se ve una discretísima elevación de la gamma GT (39 siendo normal 38), con normalidad de bilirrubina y de transaminasas. El Hierro y la TSH son normales. Glucosa, urea y creatinina, normales.

. Se realiza análisis de heces obteniendo valores elevados para la calprotectina fecal (>500 mg/Kg.) que hace sospechar de la posible enfermedad de Crohn por lo que se solicita una colonoscopia.

. Resultado de la colonoscopia: se progresa hasta ciego y últimos tramos de íleon terminal con eritema difuso parcheado, granularidad y ulceraciones puntiformes de fondo fibrinoso en los últimos 10 cm de íleon visualizados (se toma muestra para biopsia 1). Toda la mucosa de colon visible presenta dibujo vascular normal, sin pólipos ni divertículos ni evidencias de inflamación. Se toma muestra de colon ascendente (biopsia 2).

. Resultados biopsias:

Las secciones de la biopsia 1 muestran fragmentos de mucosa de intestino delgado

con las vellosidades de aspecto normal, viéndose en la submucosa hiperplasia linfoide reactiva y en la lamina propia hay aumento de células mononucleares y ocasionales eosinófilos.

Las secciones de la biopsia 2 muestran fragmentos de mucosa colónica con la arquitectura conservada, habiendo edema en la lamina propia y un ligero componente inflamatorio inespecífico constituido por células mononucleares y eosinófilos. No hay aumento de linfocitos intraepiteliales ni depósito de colágeno subepitelial que haga pensar en colitis linfocitaria o colágena.

Con antecedentes de Crohn en la familia (tío abuelo). Realizada la exploración física y las diferentes pruebas diagnosticas se formula diagnostico de enfermedad de Crohn, mas concretamente ileitis terminal que debe tratar y vigilar. Se pauta tratamiento especifico y se programan visitas periódicas para controlar evolución de la enfermedad.

6 Bibliografía

Informe médico.

Informe biopsia del servicio de anatomía patológica.

Informe de colonoscopia.

Capítulo 480

INMUNOTERAPIA APLICADA EN TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER.

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

ELENA LOPEZ BUJIDOS

1 Introducción

La inmunoterapia o terapia biológica es un tipo de tratamiento que se utiliza contra el cáncer y funciona estimulando las defensas naturales que tiene el cuerpo con el fin de combatir la enfermedad, utilizando sustancias fabricadas en un laboratorio o las que se producen en el propio cuerpo con la intención de mejorar o restaurar la función del sistema inmunitario del individuo que padece la enfermedad.

2 Objetivos

Identificar el funcionamiento de la inmunoterapia y sus efectos secundarios como tratamiento.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se em-

plearon como descriptores: inmunoterapia, cáncer, tratamiento, efectos, enfermedad. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Las células del cáncer proliferan porque en cierto modo son capaces de evadir al sistema inmunitario, con la inmunoterapia se consigue “destacar” a las células cancerosas o reforzar al sistema inmunitario y así sea más fácil la destrucción de las células tumorales. Existen varios tipos de inmunoterapia que pueden ayudar al sistema inmunitario a combatir el cáncer o estimularlo. Dentro de los que actúan directamente contra el cáncer están:

- Los inhibidores de punto de control; ayudan al sistema inmunitario a responder con más fuerza ante los tumores, interfieren con la capacidad de las células cancerosas de evitar los ataques del sistema inmunitario.
- Transferencia adoptiva celular; trata de reforzar la capacidad de las células T (glóbulo blanco) para combatir el cáncer. En este caso las células se toman del propio tumor, las más activas se aíslan y se hacen crecer en el laboratorio. Este proceso puede tomar aproximadamente un mes y medio y mientras proliferan el sujeto puede recibir tratamientos paralelos con quimioterapia o radioterapia para disminuir las células inmunitarias para después volver a introducir las células cultivadas en el laboratorio en el paciente por vena.
- Anticuerpos monoclonales; también llamados anticuerpos terapéuticos. Que son proteínas del sistema inmune desarrolladas en el laboratorio. Están diseñadas para que actúen directamente sobre un blanco específico en las células cancerosas. Algunas se adhieren a las células cancerosas para que estas sean más visibles y las destruya el sistema inmunitario. Otros anticuerpos monoclonales que se utilizan en estos tratamientos no producen una respuesta en el sistema inmunitario y se denominan terapia dirigida en lugar de inmunoterapia.
- Vacunas de tratamiento: Refuerzan el sistema inmunitario, son distintas a las que se utilizan para prevenir las enfermedades.

En las terapias que mejoran la respuesta inmunitaria frente al cáncer están:

- Citocinas; son proteínas producidas por las células del propio cuerpo. Los dos tipos principales que se utilizan son los interferones y las interleucinas.
- Bacilo de Calmette-Guérin; es una inmunoterapia dirigida a tratar el cáncer de vejiga. Es una versión debilitada de la bacteria que causa la tuberculosis. Actualmente se esta estudiando su uso en otros tipos de cáncer.

La inmunoterapia a día de hoy no se utiliza tanto como la quimioterapia, la radioterapia o la cirugía. Se utilizan para tratar a personas con varios tipos de cáncer o con el cáncer ya en situación metastásica. La inmunoterapia se administra de varias formas:

- Intravenosa.
- Oral.
- Tópica.
- Intravesical.

Como en todos los tratamientos pueden aparecer algunos efectos secundarios a los que habrá que prestar atención para valorar si es funcional la aplicación de este tratamiento. Estos síntomas son:

- Dolor.
- Hinchazón.
- Irritación.
- Enrojecimiento.
- Comezón.
- Fiebre.
- Escalofríos y mareos.
- Náuseas y vómitos.
- Cansancio y dolor de cabeza.
- Cambios en la presión arterial.

El tratamiento se administra generalmente en ambiente hospitalario y su frecuencia y duración dependerá del tipo de cáncer que padezca el paciente, de el estadio en el que se encuentre y de la reacción que presente el cuerpo a la administración del tratamiento.

Se determinaran los resultados de la inmunoterapia mediante visitas medicas al oncólogo que lleve el caso que a su vez realizara exámenes físicos y diversas pruebas diagnosticas como análisis de sangre, tomografías computarizadas en las que se medirán los cambios físicos en el tumor y exploraciones físicas.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente se pauta este tratamiento a personas que ya padecen varios tumores en los cuales la quimioterapia o la radioterapia ya no resulta efectiva o sus efectos no son suficientes. A pesar de no ser la primera opción a la hora de tratar un tumor, poco a poco se va introduciendo en el abanico de tratamientos posibles a

la hora de combatir el cáncer, puesto que no presenta toxicidad para el paciente y se basa en reforzar las propias células del paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.researchgate.net>
- <https://www.efc.com>

Capítulo 481

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: BULIMIA

CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ

SHEILA SUAREZ SANGUINO

CRISTINA VEGA GARCIA

FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ

MOUNA LHARTI LHARTI

1 Introducción

Es un trastorno alimentario y psicológico caracterizado por la adopción de conductas en las cuales los individuos se alejan de las formas de alimentación saludables, consumiendo comida en exceso en periodos muy cortos (atacón) seguido de un periodo de vómito.

2 Objetivos

- Describir los signos y síntomas de la bulimia.
- Enumerar el tratamiento a seguir en este tipo de pacientes.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Para poder identificar la bulimia hay una serie de signos y síntomas a destacar:

- Atracones o sobre ingesta de alimentos.
- Uso de laxantes.
- Baja autoestima.
- Arritmias que pueden desembocar en infartos.
- Deshidratación.
- Intestino irritable y megacolon.
- Reflujo gastroesofágico, hernia hiatal.
- Caries dentales.
- Pérdida de masa ósea.
- Perforación esofágica, roturas gástricas.
- Pancreatitis.

Las dos aproximaciones al tratamiento son la psicoterapia y los fármacos. Es mejor que la psicoterapia la realicen especialistas con experiencia en alteraciones de la conducta alimentaria. Este decidirá además si el paciente necesita seguir una terapia con antidepresivos que ayude a controlar la bulimia nerviosa.

5 Discusión-Conclusión

La bulimia es una enfermedad de la conducta alimentaria que puede llevar a la muerte. Es una enfermedad psicológica con consecuencias físicas y psíquicas. La curación se puede lograr o no depende de las circunstancias. Pero la enfermedad se puede evitar llevando una correcta educación y un control alimentario desde la infancia.

6 Bibliografía

- Tratando bulimia nerviosa (Jose I. Baile Ayensa, Maria J. Gonzalez Calderón)
- Bulimia nerviosa. (Judith Pastor ,María Paz López , Idoia Dúo)

Capítulo 482

LA DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

VERONICA ALVAREZ PALICIO

SILVIA ARGUELLES CUETO

PILAR LAYOSA GONZÁLEZ

LAURA CANGA SERRANO

JULIA MÉNDEZ DEL VAL

1 Introducción

Como indica la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) la depresión es un trastorno mental frecuente. Se calcula que afecta a 300 millones de personas en el mundo, se caracteriza por la aparición de tristeza, apatía, culpabilidad, baja autoestima, insomnio, pérdida o aumento del apetito, desconcentración y cansancio.

La depresión puede acabar siendo crónica o recurrente y complicar a la persona a desempeñar bien su trabajo o vida social y vida diaria. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio.

2 Objetivos

Conocer el protocolo a seguir cuando aparezca cualquier síntoma de la depresión en una persona hospitalizada.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos como O.M.S (Organización Mundial de la Salud), Google Académico, Medline Plus, Cuidate Plus y Pubmed. Se emplearon como descriptores: depresión, protocolo, pacientes. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Como personal sanitario, es muy importante conocer los síntomas de depresión, para informar a nuestro superior y/o a su médico responsable y poder atajar la patología cuanto antes, si no prevenir. La persona que padece una depresión necesita una actuación distinta al resto de personas, por lo que se pone de inmediato el protocolo hospitalario que garantiza un buen resultado ante estos pacientes con síntomas depresivos.

Con este protocolo, los profesionales sanitarios intentamos animar sin presionar al paciente, de la siguiente forma:

- Demostramos al paciente interés en ayudarlo, empatizando y pasando tiempo con el sin prometerle nada que no vayamos a cumplir.
- Se intenta interactuar con el sin presionarle y delicadamente para que pueda expresarse abiertamente y sugiriéndole que se ponga pequeñas metas realistas siempre de menos a más. - - Siempre se observa minuciosamente cualquier intento o pensamiento de suicidio, le animamos a que se responsabilice de su auto cuidado, pero con ayuda si fuese necesario para que se sienta y se vea mejor.
- Atenderemos siempre sus necesidades básicas de alimentación he hidratación.
- Le estimulamos a participar en actividades sencillas para él con positividad.
- Administraremos su tratamiento farmacológico observando cualquier cambio de comportamiento en el por insignificante que parezca y siempre informando de todo.

5 Discusión-Conclusión

Se demuestra que, llevando a cabo un buen protocolo de actuación, teniendo paciencia, delicadeza y con cariño se pueden llegar a conseguir muy buenos resultados. Se percibe mejoría en el paciente y que el tratamiento farmacológico está surgiendo el efecto deseado, pero siempre teniendo en cuenta que a pesar

de la mejora del paciente tendremos que estar alerta ante cualquier intento o pensamiento de suicidio y posibles recaídas.

6 Bibliografía

- <https://revistas.javerianacali.edu.co>
- <https://www.redalyc.org>

Capítulo 483

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN NIÑOS: DESCRIPCIÓN Y MATERIALES NECESARIOS DEL CARRO.

JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para desarrollar una buena práctica de la reanimación cardiopulmonar en niños debe conocerse los pasos a seguir ya que esta se puede dar en cualquier momento o lugar con el fin de velar por la salud de nuestros pacientes, además es necesario saber que materiales se necesitan en el carro de las auxiliares de enfermería si en algún momento se precisa de su uso.

2 Objetivos

Describir la reanimación cardiopulmonar en niños pediátricos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la reanimación cardiopulmonar en niños utilizando diferentes fuentes como Pubmed y Web of Science. De los cuales se han escogido una cantidad de las cuales relacionado con el tema y que cumplían los criterios planteados.

Hemos utilizado las siguientes palabras clave: cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería, reanimación cardiopulmonar, niños, carro de las auxiliares.

4 Resultados

La reanimación cardiopulmonar básica es un conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño se encuentra en parada cardiorrespiratoria y realizar una sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, sin ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado.

Dicha reanimación tiene una serie de pasos que deben realizarse de forma secuencial:

- 1) Conseguir la seguridad del reanimador y de niños.
- 2) Comprobar la inconsciencia.
- 3) Pedir ayuda y colocar a la víctima.
- 4) Abrir el área.
- 5) Comprobar la respiración.
- 6) Ventilar.
- 7) Comprobar signos de circulación y/o pulso arterial central.
- 8) Masaje cardiaco.
- 9) Activar el sistema de emergencias.
- 10) Comprobar la eficacia de la reanimación.

La parada cardiorrespiratoria se puede dar en cualquier lugar por ello, todos los centros sanitarios tanto hospitales, atención primaria y los servicios de emergencias extrahospitalarias, deben estar preparados para realizar para realizar una reanimación cardiopulmonar pediátrica y el tratamiento de otras urgencias vitales.

El carro de parada o mesa de reanimación varía dependiendo del tipo de centro sanitario y la reanimación. Debe haber por lo menos un carro en cada centro de atención primaria, unidad de cuidados intensivos pediátricos, servicio de urgencias, servicio de emergencias extrahospitalarias y planta de pediatría. El carro debe encontrarse en un lugar accesible y en el debe estar solo el material imprescindible y debe ser revisado periódicamente y todo el personal médico, de enfermería y auxiliar deberá conocer el contenido y la disposición del material y medicación del carro.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, una parada cardiopulmonar se puede dar en cualquier lugar por ello debemos conocer los pasos a seguir como auxiliares de enfermería, además de saber los materiales que contiene un carro de parada y dónde se encuentra en el centro dónde nos encontramos con el fin de desarrollo óptimo de nuestro trabajo y velar por la salud de los pacientes.

6 Bibliografía

- Macías, C. C., Cid, J. L. H., Álvarez, A. C., & Martínez, E. B. (2007, January). Material del carro de reanimación cardiopulmonar pediátrica. In *Anales de Pediatría* (Vol. 66, No. 1, pp. 51-54). Elsevier Doyma.
- Macías, C. C., Martínez, I. M., Núñez, A. R., & Cid, J. L. H. (2006, September). Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. In *Anales de Pediatría* (Vol. 65, No. 3, pp. 241-251). Elsevier Doyma.

Capítulo 484

COMO AFRONTAR EL TRAMO FINAL DE LA VIDA COMO PROFESIONALES DE LA SALUD DESDE DISTINTAS ESFERAS; OMS, LEYES NACIONALES, BOPA..

BEGOÑA COLLAR ALVES

YOLANDA QUEIPO HERÍAS

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Que la muerte es un concepto difícil de entender a todos los niveles es un hecho, desde el punto de vista etimológico proveniente de los vocablos latinos "mors, mortis" que daría lugar al verbo morir "llegar al término de la vida" (RAE,2001) para definir su significado encontramos varias acepciones desde el más literal de la palabra muerte "cesación o término de la vida" (RAE,2001), ya pasamos a enredarnos en acepciones filosóficas desde Platón que afirmaba que la filosofía era una "meditación de la muerte", Cicerón alegando el "Commentario mortis" o Santayana sentenciando que "una buena manera de probar el calibre de una filosofía es preguntar lo que piensa acerca de la muerte".

Así vemos la trascendencia desde el principio de los tiempos que existe alrededor de la muerte, avanzando un poco más en el tiempo nos encontramos con una

época más actual y para verlo desde un punto de médico “la muerte se produce al cesar las funciones fundamentales: actividad cardíaca y actividad respiratoria, éstas traen consigo el cese de las funciones cerebrales y con esto termina toda existencia” (Sueiro, V.,1995) donde se empiezan a diferenciar distintos tipos de muerte: adentrándonos en el mundo de la medicina legal diferenciando entre muerte clínica “La muerte clínica de una persona es la muerte del encéfalo” (J.L. Trueba,2007), muerte cerebral, muerte aparente no pretendemos extendernos mucho en esto ya que nuestros objetivos son otros.

Pero para presentar el capítulo debemos hacer esta pequeña introducción que nos sitúe en el contexto en el que nos encontramos y es que como profesionales de la salud, estamos ante un hecho, la muerte, que es inexorable a la vida, y que alcanza no solo aspectos médicos, éticos sino también legales, que nosotros como sanitarios debemos conocer para realizar de una buena manera nuestra labor. Ya que en muchas ocasiones conocemos la teoría, conocemos los cuidados a seguir, los planes de cuidados paliativos, pero desconocemos las leyes que como sanitarios debemos seguir a respecto, por eso nos decidimos a realizar este trabajo.

2 Objetivos

- Realizar una revisión de las normas recogidas en otros países referente a la cooperación al suicidio o la eutanasia directa o indirecta.
- Identificar y analizar las principales leyes que nos afectan a los sanitarios en el Principado de Asturias respecto al tramo final de la vida.

3 Metodología

Se trata de un método de análisis, observacional transversal, como método de búsqueda nos basamos en los descriptores Decs : ”muerte”, ”buena muerte”, ”leyes respecto final de la vida”, lo intentamos en los principales buscadores como pubmed, scielo, google académico, BOE Y BOPA ;teniendo que acotar la búsqueda tanto en tiempo :nos ceñimos a los últimos 20 años, como en idioma información solo en Español, como en situación geográfica aunque las cuestiones médicas para informarnos de la situación actual no hemos acotado tanto la búsqueda(1986/2006) nuestros resultados se han basado en el estudio principal de 3 leyes que hemos escogido de una infinidad de resultados, la ley 14/1986 general de sanidad, ley 39/2006 de Dependencia y la Ley 5/2018 Derechos y garantías de la dignidad de las personas en el último tramo de la vida, también hemos revisado

el Código Penal, y otras normas legales para poder ampliar la información de este trabajo.

4 Resultados

- En primer lugar hemos de conocer que toda persona merece, y debe en la medida de lo posible terminar el fin de los días siguiendo las pautas de la "buena muerte" se consiguió un consenso para ello ya que es una norma que hoy día sigue creando controversia con una especie de acuerdos éticos y jurídicos en las leyes 14/1986 General de Sanidad y 39/2006 de Dependencia ; incluyendo el derecho a morir dignamente como un derecho fundamental aunque esto no supuso en nuestro país la despenalización de la eutanasia, ni mucho menos como existe en otros países a saber : Países Bajos, Canadá, Bélgica, Colombia, Luxemburgo.

- Es importante saber que en España la muerte asistida , o eutanasia, o cualquier ayuda a terminar con la vida por acción u omisión NO ES LEGAL ,está penada con penas de prisión de 4 a 8 años a tenor del artículo 143 del Código Penal. Ahora viene el conflicto más allá de lo ético y lo legal entre Eutanasia y Muerte digna lo uno es ilegal y lo otro un derecho fundamental, la muerte digna consiste en otorgar aquellos medios paliativos que reducen el sufrimiento o lo hacen dentro de un marco tolerable en un entorno de apoyo médico, espiritual, emocional, psicológico a enfermos terminales,"morir bien sin acortar la vida" .

- En cuanto a nuestra Región tiene a sumar la ley 5/2018 e 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso final de la vida donde tiene varios preceptos importantes por una parte el principio básico de anteponer la dignidad de la persona independientemente del grado de conciencia y dependencia de la persona enferma, para que este siempre amparada con la máxima protección de su dignidad legalmente; y por otra parte es también ampararnos a los profesionales sanitarios para que podamos actuar con una mayor seguridad respecto a nuestros actos, que estén siempre acordes con los deseos únicamente de la persona enferma (respetando siempre la ley).

Por ejemplo si es legal dentro del Código deontológico médico aplicar cuidados paliativos especializados a evitar el sufrimiento, pero nunca a acortar su vida, supuso una gran reafirmación para el apoyo de los profesionales en esta práctica en favor de evitar dolor en sus pacientes que el la OMS apoyase públicamente en 2014 donde afirmaban que los cuidados paliativos mejoraban la calidad de vida de pacientes y su entorno a la hora de afrontar problemas de salud en cualesquiera de sus ordenes físico, psicosocial o espiritual "inherentes a una enfermedad po-

tencialmente mortal”

- Las cifras mundiales aproximadas de la OMS nos hablan de que solo un 14 % de los pacientes que necesitan cuidados paliativos la están recibiendo. Al año 40 millones de personas necesitan este tipo de tratamiento paliativo, y el 78% de esos 40 millones de personas pertenecen a países PIB medio o bajo.

Nos habla de que la necesidad de estos tratamientos ira increccendo ya que así lo hacen estas enfermedades y el envejecimiento de la población , y en cuanto a los profesionales nos da un toque de atención para ponernos al día en cuanto a utilización, formación y conocimiento de estos tratamientos, que de nada nos serviría con la reglamentación ”excesivamente restrictiva de la morfina y otros medicamentos paliativos esenciales fiscalizados priva de acceso a medios adecuados de alivio del dolor y cuidados paliativos” que a día de hoy existe en países como el nuestro.

Por eso la OMS hace hincapié en la importancia de los programas que integren los servicios de asistencia paliativa en la estructura sanitaria así como se hizo con programas de prevención , detección precoz, e insisten en la necesidad de la financiación tambien de los cuidados paliativos como otro nivel más e atención sanitaria, así como la inclusión de los cuidados paliativos en los nuevos planes de estudios de los profesionales en salud (básico) ya que sólo se da de forma especializada, disponibilidad de todos los medicamentos necesarios (analgésicos, opiáceos..). A todos los niveles igual que ocurre en todas las enfermedades que se detectan a nivel precoz, unos cuidados paliativos ” precoces” alcanzan mayor grado de eficacia, evitan ingresos innecesarios para el paciente, incluso menores gastos hospitalarios el Sistema de Salud y menores trastornos del paciente, en la medida de la gravedad del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El tema de la muerte en la salud es siempre un tema difícil ya que como sanitarios siempre prevalecen las ideas de curar y no tendemos a pensar en la muerte como un paso más del ciclo vital de una persona, pese a verlo a diario, estudiarlo, etc. Existe una gran controversia en cuanto a la delgada línea que diferencia una muerte digna de una muerte asistida, dejando muchas veces al equipo sanitario desprotegido legalmente, ante un tema tan complejo, a nuestro modo de ver debería haber una definición más clara de ambas porque son ambos conceptos difusos y deja lugar a la subjetividad en un tema tan sensible es donde suele haber

problemas.

Nos gusta la iniciativa del Principado, ya que todas aquellas normas que sirven para ampliar, para mejorar, para clarificar más aspectos tan importantes como la muerte y nos vienen bien a todos , profesionales y pacientes. Nos parece una gran conquista social poder debatir sobre este tema, poder dejar más libertad y más derechos al paciente sobre su tratamiento y sobre como quiere en la medida de lo posible terminar sus días.Por eso estas leyes no son inamovibles y deben ir cambiando a medida de las necesidades de la sociedad; como bien hemos destacado en resultados los profesionales estamos reciclandonos constantemente ,pero las medidas legales siguen siendo restrictivas a respecto de estos medicamentos paliativos, al menos de momento.

Pero que la OMS se haya posicionado de forma tan favorable , positiva y clara universalizando la integración de los cuidados paliativos a todos los planes de cuidados mundiales y sistemas de salud, que haya elaborado directrices globales dejando establecidos de forma clara reglamentos generales a todos los estados miembros con el fin de mejorar el acceso a los medicamentos para cuidados paliativos, I+D en países con recursos escasos y sobre todo para niños ,fué un gran paso en 2014 desde la OMS una gran entidad donde des la política más relevante empezó a darle importancia a la persona,y a evitar su sufrimiento individual y como mejorarlo o paliarlo.

” La muerte no existe, la gente solo sólo muere cuando la olvidan, si puedes recordarme siempre estaré contigo” Isabel Allende.

6 Bibliografía

- Real Academia Española de la Lengua (VVAA).Diccionario de la Lengua Española (2001)
- Jefatura del Estado (VVAA) Ley 39/2006 de 14 de diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia .BOE num. 299, de 15 de diciembre de 2006
- Jefatura del Estado (VVAA) Ley 14/1986 de 25 de abril, General de SANidad BOE num 102 de 29 de abril de 1986
- Principado de Asturias (VVAA) Ley 5/2018 de 22 de junio sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso del final de la Vida .BOPA num 154 del 4 de julio 2018. BOE num. 181 del 27 de julio de 2018.

- C.f. Sueiro Víctor (1995) " Más allá de la muerte" pag.75. Editorial planeta.
- Trueba, J. L.. (2007). La muerte clínica: un diagnóstico y un testimonio. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30(Supl. 3), 57-70. Recuperado en 20 de diciembre de 2019, de <http://scielo.isciii.es>
- N. Terribas I Sala, Formación Médica Continuada en Atención Primaria. "Las voluntades anticipadas y su utilización practica ante un paciente terminal" 2005 volumen 12, suplemento 5,capítulo 10, pag. 84-90
- Lama T, Alexis. (2006). Eutanasia y derecho a morir a morir. Revista médica de Chile, 134(1), 124-125. <https://dx.doi.org>
- Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management 2013;45(6):1094-106
- Seya MJ, Gelders SFAM, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A First Comparison between the Consumption of and the Need for Opioid Analgesics at Country, Regional and Global Level. J Pain & Palliative Care Pharmacother, 2011; 25:6-18.

Capítulo 485

INTERÉS SANITARIO Y MEDIOAMBIENTAL DE LA GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS PRODUCIDOS POR LA ACTIVIDAD CLÍNICA

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los hospitales y otros centros sanitarios generan gran cantidad de residuos en su actividad diaria. En las últimas décadas, la toma de conciencia de su peligro potencial para la salud pública ha ido en aumento. De forma paralela, las administraciones públicas nacionales de la Unión Europea han ido elaborando y evolucionando sus regulaciones medioambientales, lo que también se ha trasladado a las normativas y planes de gestión de residuos en las distintas regiones. Dentro de ese tipo de residuos hospitalarios adquiere especial relevancia el tipo III, aquellos compuestos de material patológico o infeccioso capaz de producir contagio o toxicidad y que han de ser sometidos a un tratamiento de eliminación específico.

2 Objetivos

Analizar la metodología actual de la gestión de residuos sanitarios en España, haciendo especial énfasis en los de tipo III.

Contrastar los protocolos con las directrices de la Ley Nacional de Gestión de Residuos, así como su transposición a las normativas y planes de gestión de residuos de las distintas Comunidades Autónomas.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: ley, ambiental, salud, social, residuos sanitarios, España. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Bibliografía

- Ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados
- Plan de Gestión de Residuos. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Edición 2007.
- Guía para la gestión de residuos sanitarios del Principado de Asturias.
- Gestión de residuos sanitarios. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Universidad de Zaragoza. Julio 2008
- Directiva UE 2018/851 del Parlamento Europeo y del Consejo que modifica la directiva 2008/98/CE sobre los residuos

Capítulo 486

TÉCNICA DE LAPAROSCOPIA

PATRICIA VEGA TORRES

CARLA LLAMAZARES CAMPILLO

ADRIANA CAMPILLO CASO

1 Introducción

La laparoscopia es una cirugía mínimamente invasiva que utiliza un tubo con una óptica que permite ver el interior de la cavidad abdominal, y de esta forma diagnosticar las patologías que conciernen al abdomen, como pueden ser del hígado, la vesícula, el bazo, el peritoneo, el intestino, el útero, las trompas y los ovarios.

2 Objetivos

Describir la técnica de la laparoscopia y la finalidad de la misma.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: laparoscopia, técnica, función, abdomen. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Actualmente se realizan muchas menos laparoscopias que hace unos años debido a que existen técnicas diagnosticas como la ecografía, el scanner etc, que aportan información con menor molestia y riesgo para pacientes; sin embargo existen aun algunas situaciones en las que esta prueba es insustituible, puesto que para ver el interior de la cavidad abdominal y tomar muestras no existe ninguna otra alternativa salvo una intervención quirúrgica. Esta última alternativa es evidentemente de mayor riesgo para el paciente.

La laparoscopia se realiza con el paciente ingresado, en un cuarto especial dedicado a la realización de la misma de tipo quirófano y dura aproximadamente una hora. En la mayoría de laparoscopias se realizan con el paciente con anestesia general, y en algunas ocasiones especiales se utiliza solamente anestesia local, para poder introducir una aguja especial (trocar) en el interior del vientre, a través de la cual se insufla aire. Después, con el vientre hinchado, se vuelve a anestesiarse en otra zona diferente, se da un pequeño corte y se introduce un trocar un poco mas grueso, a través del cual pasamos el Laparoscopio, que es el tipo de endoscopio que nos va a permitir visualizar el interior del vientre. En todo este proceso el paciente o está sedado y dormido o esta totalmente despierto y debe colaborar con el medico, relajándose o contrayendo el vientre, según se le indique.

Las complicaciones importantes son muy raras (hemorragia interna, perforación de alguna víscera, infección, embolia gaseosa...), cuando la laparoscopia se realiza sin condicionantes adicionales que la dificulten. Cuando se practican biopsias, sobre toso la biopsias hepáticas se añaden a los riesgos descritos el del pinchazo, con la ventaja de que en el caso de la laparoscopia al ver el punto exacto de donde se toma la muestra, la eficacia es mayor y el riesgo menor.

5 Discusión-Conclusión

En comparación con la cirugía tradicional abierta, la laparoscopia permite que el tiempo que una persona tiene que pasar en el hospital sea más corto, una recuperación más rápida, los pacientes sienten menos dolor y las cicatrices son más pequeñas que con la cirugía tradicional, disminuyendo también el número de infecciones en el postoperatorio.

6 Bibliografía

- <http://drbaltasar.es>
- <https://dialnet.unirioja.es>

Capítulo 487

ASEO GENERAL EN PACIENTES ENCAMADOS

LORENA GONZÁLEZ GARCÍA

1 Introducción

La higiene es un factor muy importante para la salud, en los pacientes que tienen que permanecer encamados resulta dificultosa de realizar, para que se realice de forma adecuada el personal de cuidados auxiliares de enfermería tiene un papel muy importante.

2 Objetivos

Conocer la utilidad del protocolo de cuidados que se establece en el aseo del paciente encamado.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: aseo, protocolo, encamado, paciente, cuidados. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Para realizar un correcto aseo a pacientes encamados es fundamental llevar un correcto orden además de preservar la intimidad del paciente. Un correcto aseo proporciona una correcta limpieza de la piel, un mayor confort del paciente y una mayor satisfacción del paciente y familiares.

Esta tarea suele ser realizada por los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería con la ayuda de los celadores, e incluso de los familiares o cuidadores. La higiene está vinculada con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Además promueve unos hábitos de higiene saludables y la detección precoz de cambios en la integridad de la piel muy importantes en el estado del paciente encamado.

5 Discusión-Conclusión

La higiene está vinculada con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Seguir los procedimientos adecuados siguiendo un correcto orden a la hora de la seo favorece que el paciente encamado se sienta más confortable, ayudando, a la vez, a que sea más fácil detectar cualquier cambio que se produzca en la integridad de la piel del paciente.

Seguir los procedimientos adecuados siguiendo un correcto orden a la hora de la seo favorece que el paciente encamado se sienta más confortable, ayudando, a la vez, a que sea más fácil detectar cualquier cambio que se produzca en la integridad de la piel del paciente.

6 Bibliografía

- <https://dspace.unl.edu.ec/handle/123456789/6490>
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4529907>

Capítulo 488

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: EFECTIVIDAD DE LOS CAMBIOS POSTURALES Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE UPP.

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), representan un problema sociosanitario de alta prevalencia y que suponen un gasto asistencial para el sistema sanitario, por no hablar de la merma que supone en la calidad de vida de quien lo padece y por ende un aumento de la morbimortalidad. Este tipo de herida crónica es considerado como uno de los eventos yatrogénicos que se asocia a la prestación asistencial. Para el desarrollo de una UPP es necesaria la combinación de distintos factores intrínsecos y extrínsecos; condiciones externas o problemas fisiológicos. La presión o fricción del tegumento contra un plano duro y que suele ser una prominencia ósea, da como resultado isquemia y necrosis tisular. Otra causa puede ser

el deficiente drenaje del líquido linfático provocando edema y como consecuencia la aparición de lesiones. Dicha presión como constante mantenida unido al factor tiempo provoca lesiones en la piel que de no tratarse a tiempo empeora el pronóstico del paciente (1).

Las úlceras por presión todavía son percibidas por profesionales sanitarios como un problema menor en comparación al problema principal que motivo el ingreso. En España según el Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) la prevalencia de UPP a nivel hospitalario es del 7,87% (2). Hablando de la percepción del personal sanitario, es interesante conocer el grado de conocimientos que estos profesionales tienen sobre el manejo de UPP. Para ello existen distintos instrumentos, como cuestionarios o escalas, que mide el grado de conocimiento que el personal de enfermería tiene sobre el tema. No es menos cierto que existe dificultad para garantizar que las mediciones realizadas sean válidas y fiables (3). ¿Existe un conocimiento riguroso por parte del personal de enfermería para el manejo de este tipo de lesiones crónicas? ¿Los cuestionarios o escalas de medición de estos conocimientos son efectivos?

En cuanto a las medidas de prevención que existen para evitar las úlceras por presión, encontramos distintos estudios sobre la utilidad de los cambios posturales y superficies de apoyo para el manejo de la presión y la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO). Según los estudios realizados por Landis, una presión superior a 32 mmHg aplicada en la piel, provoca una lesión isquémica. Otros autores como Koisak al investigar las causas que provocan este tipo de lesiones, demostró que distintas presiones en distintos intervalos de tiempo pueden provocar lesión isquémica. Koisak realizó los experimentos en ratas y perros de los cuales extrajo como resultados; en perros una presión mantenida de 60mmHg durante 1 hora provocó lesión. Así como el experimento realizado en ratas observo que una presión de 70mmHg durante 2 horas provocada dichas lesiones, así se estableció que los cambios posturales podrían realizarse cada 2 horas para evitar lesión. (4) Por tanto, ¿Son eficaces los cambios de postura para la prevención de heridas crónicas (UPP)? ¿Con qué frecuencia han de realizarse los cambios de postura en los pacientes?

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente en cuanto al conocimiento y manejo de heridas crónicas (UPP) por parte de los profesionales de enfermería.

- Verificar si los cambios posturales son efectivos según los artículos más recientes encontrados.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda en las distintas bases de datos, siendo especialmente de utilidad MEDES y Scielo. Por ser estas de acceso fácil y gratuito. En la búsqueda de información, como criterios de inclusión y exclusión hemos encontrado un total de 80 artículos relacionados de los cuales se han seleccionado los más recientes, estableciendo como tope una antigüedad de 5 años. Hemos descartado aquellos en idioma extranjero o aquellos que no se ajustaran exactamente al criterio de búsqueda establecido.

4 Resultados

Respecto a la secuencia en el tiempo de los cambios posturales, parece ser que seguir un patrón de cambios cada 2h, como periodo de tiempo general es el más indicado. No es menos cierto que según el grado de presión aplicado sobre las prominencias óseas, esto influirá en dicho patrón, pudiendo ser de entre 2h y 4h. Factores como superficies de apoyo, por ejemplo los colchones anti escaras, con sistema de aire alternante o de fluidos, pueden también ampliar dicho margen de tiempo. (1) En el estudio de factores que pueden evitar este tipo de heridas crónicas, se observó que la posición de decúbito lateral 90° es más lesiva que si se posiciona al paciente en un decúbito latera de 30° (sims o semiprona). (1)

En el estudio realizado por López Casanova et al. nos muestra el grado de incidencia de aparición de UPP relacionando la utilización de superficies de apoyo según el tipo de colchón y el tiempo en realizar cambios posturales. A groso modo, se registro menor incidencia en colchones viscoelásticos con una prevalencia de un 3% de lesiones, con cambios cada 4h. Si bien el estudio que muestra los datos obtenidos por otros autores consultados, discrepan en dicha incidencia, aún usando colchón viscoelástico y lateralización a 30°. (4) Podemos concluir que no existe suficiente evidencia sobre la efectividad de los cambios posturales frente a la no realización de los mismos, todos parecen indicar la utilización de guías en la práctica clínica basadas en la evidencia como las de la GNEAUPP. (1,4). Desde luego aún queda por realizar estudios y mejorar los resultados en la práctica clínica. (2)

Según el autor consultado López Casanova, en su revisión concluyó que los cambios posturales aceptados como válidos en superficies viscoelásticas, se realizaran cada 3-4 horas. En ellos, la posición de Sims 30° frente a los 90° de un decúbito lateral normal. La realización de cambios posturales en colchones estándar se realizaran cada 2 horas en pacientes con Braden o Norton de riesgo elevado.

- Conocimientos del personal de enfermería en el manejo de UPP y cambios posturales. (3)

Consultando la revisión bibliográfica de López-Franco et al., observamos que existen hasta 7 cuestionarios a nivel internacional para medir el grado de conocimiento que enfermero/as y auxiliares poseen sobre el manejo de UPP. Así, por orden de antigüedad, exponemos los siguientes:

* The Skin Integrity Knowledge Survey/1992.

* Cuestionario de conocimientos de Hayes et al./1994.

* PPUKT Piper pressure Ulcer Knowledge test/1995.

* Conocimientos y práctica de prevención y tratamiento de las úlceras por presión/2002. The 2003

* Pressure Ulcer Questionnaires (PUQ2003).

* Cuestionario de conocimientos de Källman et al.

* PUKAT Pressure Ulcer Knowledge Assessment Toll2010.

Algunos de los cuestionarios consultados no muestran pruebas de fiabilidad, por lo que la validez de algunos está entre dicho. Se requiere realizar estudios más amplios en los que en los cuestionarios figuren ítems basados en las recomendaciones actualizadas sobre prevención de UPP y con un muestrario más amplio.

5 Discusión-Conclusión

Una vez consultados los autores citados, analizando los datos obtenidos, se concluye que no existen suficientes evidencias clínicas que cercioren la mejoría en prevalencia en la aparición de UPP, utilizando superficies de apoyo especiales y cambios posturales. Si bien es cierto, que se puede considerar realizar cambios cada 2 horas de manera aceptada, se observó discrepancia en entre los autores consultados. Matizando algunos la relación del tiempo en función de la superficie de apoyo utilizada, aceptando los cambios cada 3-4 horas. Se observó también la baja prevalencia de estas heridas crónicas, cambiando el tipo de posición del paciente en la cama, aceptando la posición de Sims 30° como la más idónea y menos lesiva para el paciente.

En cuanto a al estudio sobre el grado de conocimientos del personal de enfermería, se concluyó que no existen suficientes estudios para valorar el grado de conocimientos sobre úlceras por presión, ya que los autores consultados evidenciaron la falta de datos rigurosos sobre el tema, argumentando el muestrario tan pequeño en los estudios realizados, así como la existencia mínima de esos estudios.

Parece evidente que, para la prevención de úlceras por presión, principalmente en la implementación de superficies de apoyo y cambios posturales, aún se necesitan más estudios y ensayos clínicos, que mejoren los resultados obtenidos.

6 Bibliografía

1. Martínez Mateo M, García Herrera D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo? Gerokomos. 2018 Marzo; 4(29).
2. Belén FT, NMD. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos. 2018 Marzo; 4(29).
3. López Franco MD, Pancorbo-Hidalgo PL. Instrumentos de medición de los conocimientos sobre prevención de úlceras por presión. Gerokomos. 2018 Noviembre; 2(30).
4. López-Casanova P, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Soldevilla-Agreda J. Prevención de la úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. Gerokomos. 2018 Febrero; 2(29).
5. López Franco MD, Chiquero Valenzuela S, Garrido Miranda JM. Eficacia del aceite de oliva virgen extra frente a los ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión: Revisión sistemática con metaanálisis. Gerokomos. 2016; 3(27).

Capítulo 489

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON

MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ

1 Introducción

El enfermo o paciente terminal es un término utilizado cuando una persona está afectada por una enfermedad que no puede ser curada o tratada adecuadamente. El resultado lleva a la muerte del paciente dentro de un período corto de tiempo. La expresión “terminal” es utilizado sobre todo para enfermedades degenerativas como cáncer, o enfermedades pulmonares o cardíacas avanzadas.

Podemos caracterizar a la enfermedad terminal por los siguientes elementos:

- Enfermedad en estado avanzado.
- No existe de respuesta favorable frente al tratamiento.
- Numerosos síntomas múltiples e intensos, multifactoriales y que cambian aleatoriamente.
- Pronóstico de vida corto, nunca superando los seis meses.
- La velocidad y el tipo del deterioro del enfermo depende de la enfermedad que sufra.

El TCAE tiene que procurar que el enfermo se encuentre lo más cómodo posible, prestarle ayuda y atención en todo momento Para procurar el máximo confort y calidad de vida a los enfermos terminales, podemos dividir en cuatro las

diferentes características básicas e instrumentos que garantizan esta atención y comodidad:

- Control de los síntomas. Es de gran importancia reconocerlos, evaluarlos y tratarlos de la forma más adecuada.
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo y la familia.
- Cambios en la organización que permitan el mejor desempeño del equipo de profesionales encargados del cuidado del enfermo, y que, a su vez, faciliten la adaptación a los objetivos cambiantes en la fase terminal.
- Equipo interdisciplinar. Formado por distintos profesionales, cada uno de los cuales desempeña sus funciones para las diferentes necesidades que necesite el enfermo, o bien su familia.

A continuación, describimos algunas de las características que puede presentar el enfermo terminal en su fase agónica:

- Disminución de las sensaciones y sensibilidad. Visión borrosa, alteración del sentido del gusto y del olfato, frialdad de manos y pies y palidez en la piel.
- Pérdida del tono muscular. Debilidad de la musculatura voluntaria, dificultad en la deglución, pérdida de movimiento intestinal lo que conlleva a una incontinencia fecal y urinaria.
- Cambio en los signos vitales. Aumento de la frecuencia del pulso, siendo este débil e irregular, disminución de la tensión arterial, respiración inconstante.
- Sequedad de mucosas, como por ejemplo la boca.
- Piel cianótica, sobre todo en las partes más distales de las extremidades.
- Sudoración intensa, fría y pegajosa.

Los signos que preceden a la muerte del paciente, son los denominados signos de muerte inminente. Algunos de los signos más comunes son:

- Desaparecen los reflejos.
- Cianosis intensa.
- Pupilas dilatadas.
- Disminución importante de la presión arterial.
- Respiración rápida difícil y ruidosa.
- Piel fría y pegajosa.

2 Objetivos

- Enumerar y describir las diferentes necesidades que puede presentar el enfermo terminal, y las atenciones que debe de recibir por parte del profesional TCAE para cubrirlas.

- Describir la necesidad de un Plan de Actuación personal e individualizado para el enfermo terminal y las funciones del TCAE a seguir.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que procurar que el paciente terminal se encuentre lo más cómodo posible, prestarle ayuda y atención en todo momento, manteniendo su dignidad. A continuación, exponemos las actividades que realiza el TCAE para afrontar cada una de estas necesidades del enfermo terminal. Podemos dividir las diferentes necesidades en tres grupos: necesidades físicas, emocionales y espirituales.

Necesidades físicas.

- Cambiar de postura al paciente con frecuencia. Como hay una gran debilidad muscular, el paciente no se puede mover y gracias a estos cambios posturales se consigue mas comodidad y a la vez se evita la aparición de úlceras de presión en la piel (UPP).
- Arropear convenientemente al paciente si siente frío.
- Extremar los cuidados de higiene personal y prestar más atención a boca, fosas nasales y genitales.
- Cambiar la ropa de cama con mucha frecuencia.
- Ofrecer la cuña y el orinal.
- Administrar los alimentos con cuidado y paciencia, ya que el paciente puede presentar dificultades para tragar.
- Mantener la habitación convenientemente iluminada, pues el sentido de la vista puede estar afectado.
- En la fase final, es conveniente posicionar al enfermo agonizante en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

Necesidades Emocionales.

- Permanecer con él enfermo el tiempo que necesite.
- Adoptar una permanente actitud de escucha y comprensión.
- En caso de preguntas por el curso de la enfermedad por parte del enfermo o os familiares, se indicará que hablen con el médico ya que no está entre sus funciones informar.
- Explicar y hablar con el paciente cada vez que se realice un procedimiento o intervención.

Necesidades espirituales.

- Facilitar al enfermo terminal, según sus creencias religiosas, el apoyo que corresponda.

Por último, es necesario seguir un plan de cuidados individualizado, que será adaptado para cada paciente y para cada familia en función de la situación. Estos planes de cuidados incluyen:

- Cuidados de confort, que cubren el bienestar físico y moral.
- Cuidados de higiene.
- Actividad física dentro de las posibilidades del paciente. Pueden ayudar a despejar los pensamientos negativos y disminuir el estrés de la situación.
- Medidas y recomendaciones para ayudar a realizar un reposo adecuado y a conciliar el sueño.
- Siempre que al paciente le sea posible, realizar actividades de tiempo libre que le agraden.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de los cuidados de enfermería a los pacientes con enfermedad terminal es contribuir a mantener el nivel más alto de calidad de vida posible y ayudarle a resolver sus necesidades y asistir a que mueran con dignidad. Todo esto debe llevarse a cabo con la colaboración de un equipo que ha de ser multidisciplinar para garantizar unos cuidados integrales.

El profesional de TCAE debe de estar preparado y tener una formación adecuada y muy completa para poner en práctica los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para un buen cuidado del enfermo, y asistencia a los familiares.

6 Bibliografía

- Temario Auxiliar de Enfermería 2007. Tema 19: Atención del Auxiliar de enfermería al enfermo terminal. Apoyo al cuidador principal y familia. Cuidados post mortem. Atención a enfermos de toxicomanías: alcoholismo y drogodependencias. Atención al paciente de salud mental. Atención y cuidados del anciano
- Wikipedia, enciclopedia libre. Paciente terminal.
- CUIDADOS A LA PERSONA CON ENFERMEDAD TERMINAL. Fernanda del Castillo Arévalo. Enero 2003. Enfermera. C.S.de Contrueces. Gijón.
- PaginaWebhttp://www.acservicios.com/consejos_mejora_asistencial/177/el_paciente_terminal__cuidados_paliativos_i_introduccion.html

Capítulo 490

TCAE. LACTANCIA MATERNA

LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA

MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ

FELI PUENTE FERNÁNDEZ

1 Introducción

Conceptos varios y prácticas básicas que son de gran utilidad en el ejercicio del auxiliar de enfermería, especializado en pediatría, necesarias para ser un buen profesional.

Es sobrecogedor observar los movimientos de un neonato colocado sobre el abdomen sudoroso, adolorido y sensible de una madre tan feliz como cansada por el parto. Ese niño es capaz de “reptar” literalmente sobre la superficie maternal hasta alcanzar con sus manos la glándula mamaria y ponerse a mamar sin que nadie le explique cómo tiene que hacerlo. La respuesta es sencilla, la succión, la prensión palmar y el movimiento deslizante son reflejos primarios del ser humano que aseguran la supervivencia.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Favorecer el vínculo entre la madre y el hijo.

Objetivos secundarios:

- Fomentar la interacción madre e hijo: calor, olor, contacto físico y lactancia materna.
- Detectar cualquier anomalía en el neonato como pérdida excesiva de peso, lactancia materna ineficaz.
- Los profesionales implicados en la atención del recién nacido han de unificar sus criterios y actuaciones.
- Promover la lactancia materna.

3 Metodología

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

4 Resultados

Diversas investigaciones científicas han demostrado que la puesta al pecho , inmediatamente después de nacer o en los primeros 30 minutos de vida, es muy importante para el establecimiento de una buena lactancia. En esos momentos, el recién nacido está despierto, en fase de alerta tranquila. Durante esta etapa se favorece la búsqueda y la succión necesarias para instaurar la lactancia materna. Pasados estos 30 minutos, los neonatos entran , habitualmente, en un estado de somnolencia y presentan una apatía que les dificulta la búsqueda. Por este motivo, si no ha sido posible iniciar la lactancia materna en la sala de partos, se iniciará lo antes posible en la unidad de puerperio.

La lactancia materna es el proceso de secreción y evacuación de la leche que se mantiene mientras la leche sea removida periódicamente, la progesterona disminuye paulatinamente . La prolactina dentro de las célula alveolar estimula al ARNm para la síntesis de la lacto albúmina. Las tomas del recién nacido son a demanda y nunca se deben limitar ni la duración ni la frecuencia. El lactante es capaz de regular sus necesidades alimenticias, ya que cada niño tiene unas necesidades variables. En este sentido, debemos explicar a la madre que la frecuencia de las tomas es superior durante los primeros días y comienza a disminuir entre el

tercer y séptimo día. Aun así prevalece la primera norma: es el niño quien marca sus necesidades alimenticias.

El calostro es único y cubre todas las necesidades del niño. Una lactancia frecuente y sin restricciones proporciona un aumento en la producción de la leche y un aumento en el peso del niño. Para ello el personal de enfermería debe enseñar a la madre cuáles son los pasos para realizar una lactancia materna eficaz. El niño ha de estar frente al pecho de la madre, teniendo cuidado de no flexionar el cuello. Si el niño tiene la boca cerrada, provocaremos el reflejo de búsqueda tocando los labios del neonato con el pezón de la madre. De esta manera el niño, abre la boca cogiendo el pezón y, sobre todo, la parte inferior de la aureola.

En caso de posición incorrecta o que la madre tuviera que retirar al niño del pecho, debemos indicar a la madre el método menos doloroso para ella: introducir un dedo en la comisura de la boca del lactante. Cuando se da de lactar a un niño, hay que asegurarse de que la lengua y la mandíbula están por debajo del pezón. Podremos comprobar que la técnica es correcta si existe un movimiento de la mandíbula y las orejas. En este sentido, es importante que la madre sepa que la concentración de grasa de su leche es muy superior al final de la toma, por tanto, ésta no se debe limitar.

No se debe ofrecer el segundo pecho al niño hasta que no se haya vaciado totalmente el primero. Debido a ello, en la siguiente toma, se tiene que comenzar por el último pecho ofrecido, ya que éste se habrá vaciado menos.

Posiciones adecuadas para dar el pecho. Hemos de considerar los siguientes posiciones adecuadas:

- La posición tradicional: la madre ha de estar sentada cómodamente y con la espalda apoyada. El ombligo del niño y de la madre están uno frente al otro. El niño ha de estar girado completamente y con el cuerpo alineado.
- La posición de decúbito lateral: la madre está acostada en decúbito lateral con un cojín en la cabeza. El niño está colocado a su lado, de cara a la madre, de manera que el pezón le queda a la altura de la nariz.
- La posición de rugby: esta posición está especialmente indicada en gemelos, partos por cesárea y recién nacidos que necesitan ayuda suplementaria con técnicas de succión.

El equipo de enfermería debe ir controlando la posición y la frecuencia con la que se da el pecho. Está debe ser de unas ocho veces, aproximadamente, durante el día, y tres o cuatro veces durante la noche. En los primeros días de vida, es conve-

niente que el recién nacido tome un total entre diez 7 doce veces. A pesar de que, ya hemos comentado, la puesta al pecho ha de ser ha demanda del lactante, estas pautas sirven de orientación a la madre. Esta guía es útil para la madre durante los primeros días de vida del lactante, hasta que se produzca la subida de la leche (a partir del tercer día) y se instaure correctamente la lactancia materna. En este sentido, es muy importante que a lo largo de las primeras 48 horas se insista en ofrecer reiteradamente el pecho al recién nacido. Esto se debe a que éste puede presentar un período de apatía durante el cual no demande ningún alimento. En un principio el calostro es escaso en cantidad, pero rico en nutrientes, por lo que se deberá informar a la madre de éste hecho y de que, con posterioridad, la producción de leche irá aumentando y cambiando su composición. Durante este período el equipo de enfermería podremos detectar las anomalías que se puedan presentar.

Anomalías de origen materno:

- Pezón plano o umbilicado. No es una contra indicación para dar el pecho, ya que el niño debe hacer la toma desde la aureola mamaria. Es posible que la madre necesite más apoyo y ayuda por parte del personal de enfermería. Solo en situaciones especiales y de forma transitoria se pueden usar las pezoneras.
- Pezones hipersensibles. Se trata de una situación transitoria. Explicaremos a la madre que es algo pasajero y que lo va a tolerar mejor si está tranquila.
- Grietas del pezón: la mayoría de las veces se producen por una incorrecta posición del niño al pecho o por una succión muy vigorosa. La corrección de la postura y la alternancia de la misma son fundamentales.
- Ingurgitación mamaria: puede presentarse con la subida de la leche y resultar dolorosa. La mejor manera de solucionarlo es colocando al recién nacido al pecho para que lo vacíe. También resulta útil la aplicación de compresas calientes antes de la toma y los masajes en la zona.
- Mastitis: se trata de una infección bacteriana, que produce dolor, malestar y fiebre en la madre. El bien vaciado del pecho contribuye al alivio de los síntomas. Se recomienda iniciar la lactancia por el pecho sano, siguiendo con el, que tiene la afección..

5 Discusión-Conclusión

Uno de los principales papeles del auxiliar de enfermería en pediatría consiste en apoyar la lactancia materna. La labor de enfermería no sólo consiste en cuidar del recién nacido, sino también en potenciar la lactancia, uno de los elementos

más importantes de la maternidad.

El equipo de enfermería debe seguir unas determinadas pautas. La lactancia materna se ha de iniciar lo antes posible. Las primeras veces que la madre amamante a su hijo, el personal de enfermería deberá estar a su lado para enseñarle, sugerirle y darle apoyo.

El fomento de la lactancia materna se ha de hacer educando a la madre y dándole apoyo, psicológico y técnico necesario para obtener una lactancia satisfactoria. Hay que registrar las observaciones necesarias acerca de esta primera toma de lactancia materna: habilidad de la madre, reflejo de búsqueda y succión, manera de coger el pezón del recién nacido.

6 Bibliografía

- Asociación Española de Pediatría [http:// www.aeped.es](http://www.aeped.es)
- [Http://www.enfermeria 21.com](http://www.enfermeria21.com)
- CLOHERTY, J.P. Y STARK, A. R. Manual de cuidados Neonatales. Barcelona. Ediciones Salvat. 1987.
- CABERO ROURA, L. Protocolos de medicina materno-fetal (perinatología). Cátedra de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Valle de Hebrón. Barcelona.
- DEUSTO SALUD, Programa de especialización en Auxiliar de pediatría.

Capítulo 491

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS EN ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

1 Introducción

Según la ley la atención hospitalaria ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por su especialización o características no puede resolverse a nivel de atención primaria. Algunas de las funciones del Técnico en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE) en el hospital son:

- Vestir y desvestir a los pacientes cuando lo requiera su situación, tratamiento...
- Recoger y reponer las ropas de uso de la unidad asignada.
- Todas las actividades que, sin tener un carácter estrictamente sanitario faciliten las funciones del médico y enfermera.
- El resto de funciones se recogen en los artículos del 74 al 85 del Estatuto.

2 Objetivos

Explicar las funciones del Técnico en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE) en el hospital.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- www.campus training.es/noticias/funciones-del-auxliar-enfermeria/
- curly.unet.edu.ve/ippunet/web/cli_obj_gener.php

Capítulo 492

CUIDADOS EN LA ALIMENTACIÓN ENTERAL POR JERINGA REALIZADA POR UN TCAE.

M^a CRISTINA RIERA ZAPICO

1 Introducción

Se les realiza a los pacientes que por sí mismos no puedan alimentarse por vía oral, bien por dificultades al tragar, posibles alteraciones neurológicas, etc.

Existen tres tipos de formas de administrar la nutrición enteral:

- Por gravedad.
- Por jeringa.
- Por bomba.

Existen varios tipos de alimentaciones que varía dependiendo de los componentes que contengan los preparados. Suelen presentarse en formatos de cristal o en envases de plástico. Una vez abierto tienen que conservarse bien cerrado en un lugar fresco y seco siempre alejado de olores fuertes, de la luz y del calor.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento que debe llevar a cabo TCAE en la administración de alimentos por sonda nasogástrica.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La enfermera responsable le coloca una sonda nasogástrica para posteriormente formar al paciente y a sus familiares directos del método de la alimentación nasogástrica.

La TCAE de la planta es la responsable de administrarle la alimentación durante la estancia del paciente en la planta teniendo en cuenta ciertos cuidados:

- Antes de darle al paciente la alimentación se tendrá que vigilar el estado del producto, así como la caducidad. Si estuviese en mal estado se desecharía.
- Agitar el envase antes de usarlo, una vez abierto apuntar la fecha de su apertura. Se tiene que desechar a las 24 horas de su apertura.
- El TCAE informará al paciente de la técnica.
- Colocar al paciente sentado o incorporado en un ángulo de 30-45, el paciente deberá de estar cómoda dad que se pasará al menos una hora en esta posición al acabar la toma.
- Vigilar que la fórmula esté a una temperatura ambiente.
- Preparar todo el material necesario para no dejar al paciente a medias mientras buscamos el material.
- Lavar las manos minuciosamente para evitar infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el TCAE conozca correctamente los pasos a seguir en la administración de la alimentación por la sonda nasogástrica para que el paciente se mantenga nutrido con un buen aporte de nutrientes durante su estancia hospitalaria.

6 Bibliografía

- <https://sgxx.org/docs/documentacion/guia-nutricion-sonda-nasogastrica.pdf>

- <https://www.childrensmn.org>
- <http://www2.enfermeriacantabria.com>
- <https://www.tena.com>.

Capítulo 493

MOVILIZACIONES EN PACIENTES CRITICOS: UN DESAFÍO PARA EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

SILVIA ARGUELLES CUETO

VERONICA ALVAREZ PALICIO

LAURA CANGA SERRANO

JULIA MÉNDEZ DEL VAL

PILAR LAYOSA GONZÁLEZ

1 Introducción

La Unidad de cuidados intensivos (UCI) son servicios altamente especializados que proporcionan cuidados al paciente en situación crítica.

El reposo en cama es con frecuencia parte del tratamiento para los pacientes de UCI. Es por ello, que al pasar mucho tiempo encamados, necesitan ser movidos a diferentes posturas , a esto es a lo que se le llama Cambios Posturales.

Definimos las Movilizaciones en Pacientes Críticos como una intervención encaminada a proporcionar un estímulo motor sensitivo y propioceptivo el cual genera al paciente una disminución del impacto negativo del ingreso en UCI. Con ellas se pretende que el paciente mantenga el movimiento fisiológico, recorrido articular, fuerza muscular y así disminuir la degradación de la masa ósea, además de indirectamente favorecer el drenaje de las secreciones respiratorias.

2 Objetivos

- Disminuir el riesgo de complicaciones en los pacientes en estado crítico
- Disminuir los efectos adversos del encamamiento prolongado
- Evitar la aparición de UPP
- Mejorar la función pulmonar y cardiovascular
- Mejorar el nivel de conocimiento
- Mejorar el bienestar fisiológico

3 Metodología

Términos descriptores en Ciencias de la Salud: Fisioterapia, Cuidados Intensivos, Cambios Posturales, Manipulaciones Músculo Esqueléticas. La búsqueda de información se ha realizado en bases de datos GOOGLE ACADÉMICO, PUB MED y DIALNET.

4 Resultados

Para la movilización del paciente crítico es necesario que exista suficiente personal disponible y que tenga la formación adecuada y las condiciones para realizar la tarea requerida. Debe existir personal disponible para la atención del paciente en caso de deterioro durante la movilización y el ejercicio.

Se debe informar en todo momento al paciente de lo que va a ocurrir. Una vez ingresado el paciente en UCI es importante valorar 48 horas después de este ingreso en que condiciones y con qué frecuencia podemos realizar las movilizaciones dadas las características del paciente.

De manera generalizada, lo más común, es realizar movilizaciones distales. Seguiremos con ejercicios de baja intensidad y subiremos progresivamente en repeticiones o carga.

Si nos encontramos ante un paciente totalmente pasivo se realizarán: movilización de extremidades, cambios posturales, sentarle en la cama y electroestimulación. Si es un paciente activo-asistido: pesas, cicloergómetro, transferencia de la cama al sillón y deambulación asistida. En cambio si es un paciente activo-independiente: deambulación independiente.

Debemos de tener en cuenta que estas movilizaciones también conllevan unos riesgos para el paciente tales como:

- Alteración de la comodidad y dolor
- Inestabilidad respiratoria y hemodinámica
- Desalojo de dispositivos

5 Discusión-Conclusión

Aunque se recomienda una movilización precoz en los pacientes críticos que se encuentran en las unidades de cuidados intensivos, se demora normalmente la movilización hasta superar la fase crítica.

Esto no debería ser así en la gran mayoría de los casos, ya que se pierde masa y fuerza muscular sobre todo en grupos musculares proximales, por lo que se debería poner más énfasis en éstos ya que son los que primero pierden fuerza y los que más tardan en recuperarla.

Con una adecuada preparación, actitud y recursos, la movilización temprana de pacientes críticos es segura. Estas movilizaciones tempranas disminuyen complicaciones asociadas al cuidado, estancia hospitalaria y reingresos a la UCI.

Con todo ello, sería bueno que se llevasen a cabo investigaciones metódicas que permitan sistematizar los cuidados, siempre determinados previamente de forma individualizada y adaptados a las características de cada paciente.

6 Bibliografía

- Gómez O, Salas L. Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos. 2aed. Monsa -Prayma; 2008.
- Braier LJ, Meroño AJ, Narbona A. Diccionario Enciclopédico de Fisioterapia. Barcelona: Monsa -Prayma; 2011.
- Marcos, V., Carvalho de Oliveira, L. R., Peixoto, E., Almeida A. Motor physiotherapy in intensive care adult patients. Rev Bras Ter Intensiva. 2009;21(4):446-52.
- Cristancho Gómez W. Fisioterapia en la UCI. Teoría, experiencia y evidencia. Bogotá: Manual Moderno; 2012. 668 p

Capítulo 494

EL SINDROME DEL " QUEMADO" EN EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

TATIANA PRIETO PEREZ

1 Introducción

El síndrome burnout es una nosología que se considera un trastorno mental debido a las condiciones laborales, es un agotamiento emocional, estrés laboral crónico, ansiedad, despersonalización, bajo rendimiento laboral, alteraciones, dolores de cabeza, impaciencia, y una larga lista de malestares generales que afecta tanto en la salud a nivel personal como a laboral. (Ruiz y Ríos, 2004). En cualquier hospital o residencia donde ejercen los Tcae sufren este síndrome la gran mayoría bien sea por las malas relaciones entre compañeros como por la sobre carga de trabajo. (Díaz, Bulnes, Tovar, Pisco y Huertas, 2005).

En 1974 escribió un libro Herbert Freudenberger "Burnout, The high cost of high achievement, que fue quien puso el nombre de Burnout. Pero realmente este síndrome fue descubierto en 1969 por el raro comportamiento que tenían los policías de aquellos años, pero en 1986 dos psicólogas norteamericanas lo describieron como un cansancio emocional y despersonalización tanto de la gente que quieren compartirlas el trabajo como con los clientes, todo esto derivado del estrés crónico por las repercusiones laborales, pero a pesar de seguir interesados

muchos investigadores sobre este tema es a partir de los años 1990 cuando realmente toman forma las causas y todas las consecuencias que arrastra. (Quemada, Sánchez Cubillo, y Muñoz-Céspedes, 2007). Hay varios modelos para intervenir y prevenir este síndrome, para ello se inventó un instrumento de medida Maslach que puede medir el nivel de burnout de los trabajadores de una empresa y a su vez pueden compararse con otras, también se puede padecer a cualquier edad. Es en general el desgaste de la persona. (Bruschi, Castagna, 2000).

Hay que destacar que lo puede llegar a sufrir cualquier persona, o en cualquier tipo de trabajo bien sea en la rama sanitaria, policía, bombero... etc, pero los primeros en describir estos términos fueron los deportistas cuando entrenaban duro y no conseguían ganar. Aquí hablaremos sobre los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, y Domínguez, 2004).

Lo que se pretende explicar aquí, del síndrome del burnout, en las áreas sanitarias, especialmente sobre la carga requerida hacia los Técnicos de cuidados en enfermería, y las percepciones de los profesionales sanitarios, ya que afecta más a los trabajadores que trabajan con personas. (Moreno, Bermúdez, Beltrán, Castellanos, Salinas y Pérez, 2003).

Recabando información, hay expertos en la materia que confirman que manejando el estrés dependiendo la personalidad del individuo y su estilo encaja los términos de una manera u otra. (Thomaé, Ayala, y Stortti, 2006).

2 Objetivos

Exponer en qué consiste y qué consecuencias tiene el síndrome del "quemado" en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

Para analizar toda la información para este capítulo, hemos realizado una revisión bibliográfica, recabando información descriptiva, recopilando datos de bases como (Scielo, Pubmed, Dialnet, Medline) y recurriendo a google académico.

Para adquirir todos estos conocimientos desarrollamos la revisión durante enero 2019 a diciembre 2019, buscando información desde el comienzo del Burnout. Descartando todas las páginas que no fueran en Español

4 Resultados

El objetivo principal de esta revisión es el alto nivel de afectados en este ámbito ,por este síndrome, cada día hay más gente afectada.Obtenemos información para saber como afecta tanto personal ,como laboralmente, como puede llegar a afectar a cada individuo de una forma u otra, y conocer mejor el síndrome burnout, las consecuencias que tiene para la salud.(Gómez ,2004).

Comenzamos por el bajo rendimiento laboral, que a través de Tcae también afecta a los pacientes enfermos y al equipo de compañeros.

El agotamiento emocional, y el perder la personalidad lleva a las actitudes en negativo, que afecta al Tcae, quedando así su autoestima baja.(Atance,1997).

Un Tcae depende de la zona que le toque realizar su trabajo, algunas generan más estrés que otras, como por ejemplo, urgencias, quirófano, etc, por que es donde mas trabajo ahí y menos tiempo tienen.(Frutos,2014). El estrés se extiende día a día en nuestras vidas cotidianas, pero el mayor problema lo genera cuando ese sufrimiento no pasa nunca.Son pocas los estudios que se realizan para dar con una solución realmente efectiva, los Tcae se sienten desconcertados, angustiados con su persona debido a la situación y no realizar su trabajo en optimas condiciones.

El sentimiento de fracasar en tu trabajo, las taquicardias, falta de concentración, agresividad, etc,... son síntomas comunes en el síndrome Burnout. Creemos que el objetivo principal sería cambiar actitudes, enfocar mejor la prevención del síndrome, y tener más conocimientos sobre estos tema

Este capitulo se ha basado en los resultados de nuestra profesión, siendo un sector muy afectado aunque también se incluyen médicos, enfermeras, celadores, etc...(García,2000). Sabiendo de ante mano que afecta más a mujeres que a hombres, teniendo en cuenta que la mayoría del personal es femenino.Este trabajo no se basa en tratar de curar a las personas afectadas pero si conocer más ampliamente un tema muy serio que hoy en día no tiene cura definitiva. discusión

5 Discusión-Conclusión

Después de toda la narración nos convencimos, que no se toman todas las medidas oportunas , quizás si se contratara más personal, no seria una solución, pero si seria de gran ayuda el realizar tu trabajo mas tranquilamente, y cambiando unas cuantas cosas en toda la organización de trabajo y de la sobrecarga que lleva el personal Tcae. Remarcamos que la presión ejercida genera más estrés y

ansiedad, el no tener apoyo de la administración.

6 Bibliografía

- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004).
- Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78, 505-516.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71, 293-303.
- Bruschi, M. C., Castagna, A., & Sgro, S. S. (2000). Síndrome Burn Out. D-332-Sgro_Silvana_Soledad-2000-422.
- Díaz, C. R. P., Bulnes, M. S., Tovar, J. A., Pisco, M. C. A., & Huertas, R. E. (2005). El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de investigación en psicología*, 8(2), 87-112.
- Frutos Martín, M. (2014). Relación entre los modelos de gestión de recursos humanos y los niveles de estrés laboral y burnout en los profesionales de enfermería de atención especializada.
- García Izquierdo, M. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 16(2), 215-228.
- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (90), 41-56.
- Quemada, J. I., Sánchez-Cubillo, I., & Muñoz-Céspedes, J. M. (2007). El trastorno orgánico de la personalidad: análisis conceptual y estrategias para la investigación. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(2).
- Moreno, M. P., Bermúdez, D., Beltrán, C. A., Castellanos, J. P., Salinas, E. F., & Pérez, G. A. (2003). Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. *Psicología y Salud*, 13(1), 47-52.
- Ruiz, C. O., & Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International journal of clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Thomaé, M. N. V., Ayala, E. A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 153(1), 41-43

Capítulo 495

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD DE CROHN

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es considerada una enfermedad crónica e inflamatoria, se cree que está relacionada con el sistema inmunitario puesto que se comporta de forma anormal produciendo lesiones e inflamación del aparato digestivo. Sus manifestaciones no son continuas, sino que se presentan con brotes o periodos de tiempo de inactividad.

2 Objetivos

- Ampliar conocimientos sobre la enfermedad.
- Determinar cómo afecta a los enfermos y qué medios existen para mejorar la calidad de sus vidas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Dialnet, seleccionando seleccionando 25 de ellos para realizar éste capítulo.

4 Resultados

La enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier zona del sistema digestivo, produce dolor como consecuencia del daño que sufren las paredes del intestino (grietas, engrosamiento y obstrucciones). Es frecuente la aparición de úlceras bucales, fistulas en el ano, incluso una disminución del peso si el organismo queda incapacitado para retener vitaminas o minerales, produciéndose en la persona afectada carencias nutricionales y por lo tanto cansancio.

Algunos síntomas son externos al sistema digestivo como inflamación en las articulaciones, problemas oculares o lesiones en la piel.

Es importante el aspecto psicológico ya que estas personas sufren trastornos como estrés, ansiedad y depresión.

La enfermedad de Crohn no hace diferencias entre hombres y mujeres, por lo tanto les afecta por igual y hace su aparición generalmente, en un periodo de tiempo que abarca desde la adolescencia hasta que la persona llega a la edad adulta.

Existen ciertos factores de riesgo que la propician: el consumo de tabaco, el factor ambiental, la genética (algunos estudios relacionan hasta 70 genes con la enfermedad) y cierta predisposición si se tiene un familiar enfermo de crohn.

5 Discusión-Conclusión

Partiendo de que la enfermedad no tiene cura ya que se desconocen las causas exactas que la originan, el enfermo de Crohn puede mejorar sus síntomas con una serie de fármacos como los corticoesteroides, antibióticos o recurrir a la cirugía si fuera necesario. Hay que tener en cuenta que se deben mantener unos hábitos saludables y una dieta adecuada baja en fibra, grasas y sal, manteniendo un buen aporte calórico.

6 Bibliografía

- Enfermedad inflamatoria (riojasalud.es)
- Fundación mas vida (masvida.org.ar)
- Mayoclinic.org <https://www.accuesp.com> <https://cuidateplus.marca.com>
- Saludediciones.com
- Aspectos psicológicos [accuesp.com](https://www.accuesp.com) niddk.nih.gov

Capítulo 496

LOS TCAE ADMISIÓN Y TRIAGE HOSPITALARIAS

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

TATIANA PRIETO PEREZ

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

1 Introducción

La puerta de llegada al hospital influye en el proceso que luego tendrá que seguir el paciente y, sobre todo, en la rapidez en la asistencia. La palabra triaje tiene su origen en el término francés trier, que significa clasificar o separar. Es un sistema eficaz para estructurar el trabajo asistencial, ya que da una respuesta organizada dentro de la masiva demanda. (Mamani y Aranda, 2019).

La accesibilidad y continuidad de la atención de salud es un sistema integrado de servicios de salud y niveles de atención a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales competentes, los que coordinan los servicios disponibles proporcionados al paciente dentro del hospital, desde su admisión hasta su alta.

El triaje es el proceso mediante el cual un paciente es valorado a su llegada para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso apropiado para el cuidado del problema identificado, el paciente es clasificado de acuerdo con unas prioridades. (García, 2013).

El triaje, como centro de la organización de la asistencia en el servicio, mejora el pronóstico general de los pacientes, nos ha de indicar cuándo ha de ser tratado un

paciente y que es lo que el paciente necesita, es una de las claves de la eficiencia y efectividad clínica del servicio.

En un servicio de urgencias con un sistema de “triaje” estructurado se ha de establecer una dinámica de grupo, de manera que todo el mundo crea en el proceso de clasificación, respete el criterio del profesional que la realiza y que éste cuente con el total soporte de la jerarquía del servicio.

La formación de un técnico de cuidados auxiliar de enfermería contempla aspectos teóricos y prácticos, ambos permiten desarrollar actitudes propias que refuerzan el rol del técnico en cuidados auxiliares de enfermería por ello esta preparado y capacitado para realizar este trabajo.(SANCHEZ & PILCO,2013).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la actividad realizada en el triaje.

Objetivos secundarios:

- Describir los 5 niveles de triaje.
- Detallar las actividades de TCAE en el servicio de urgencias.

3 Metodología

El método elegido en este estudio ha sido una revisión bibliográfica de documentos y artículos científicos. En la búsqueda se han utilizado diferentes bases de datos, páginas especializadas y buscadores de internet, que se enumeran a continuación.

Google Academico: donde se han buscado artículos, documentos y guías clínicas sobre las técnicas cuidados auxiliares de enfermería en urgencias y el triaje en los servicios de urgencias .Hemos realizado un estudio descriptivo de la actividad de admisión y triaje. El estudio se realizó desde enero del 2019 a diciembre del mismo año.

4 Resultados

El proceso lleva implícita la clasificación de los pacientes en diferentes niveles de urgencia o priorización de la asistencia.(Alpizar, 2014). La clasificación de los pacientes se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para que

el proceso no pierda su razón primaria de ser, que es garantizar la seguridad de los pacientes que esperan para ser atendidos por el médico. Los pacientes más urgentes serán asistidos los primeros, y el resto serán reevaluados de forma continua hasta poder ser atendidos por el equipo médico, el proceso de recepción y acogida del paciente para su posterior clasificación según su situación de salud que determinará la prioridad en la atención, evitando demoras en la atención de aquellos pacientes que presentan mayores riesgos. (Lopera, García, Madrigal & Forero, 2010).

Para ello hay que identificar rápidamente a los pacientes en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación. (Resendiz, Estrada & Quezada, 2006). Asegurar la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica del paciente. Determinar el área más adecuada para tratar a un paciente que se presenta en un servicio de urgencias. Informar a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita y el tiempo de espera probable.

Existen 5 niveles de Triage: nivel I a nivel V, de mayor a menor gravedad. (Hevia, 2011).

- Nivel I: Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo inmediato.
- Nivel II: Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo, son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso.
- Nivel III: Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales).
- Nivel IV: Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad urgente significativa. Suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica.
- Nivel V: Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. (Bellod, 2017).

La atención se realiza de forma inmediata a la llegada al servicio de urgencias, demorando la filiación que se realiza simultáneamente o posteriormente. Se realizan todas las actividades necesarias para la correcta atención y la colaboración con el resto de especialistas del centro con la menor demora posible. (Cardona, 2015). Debe estar físicamente diferenciada del resto de áreas asistenciales del hospital.

(Sánchez & Santiago, 2010).

Un buen profesional sanitario debe prever tanto lo que se va a realizar como la respuesta que dará el paciente, pero no solo para que sus cuidados surtan el efecto esperado, sino para desarrollar al máximo la eficiencia en su trabajo. El trabajo de un técnico de cuidados auxiliar de enfermería en la urgencias no es fácil. De hecho, es la unidad que se caracteriza por ser el área en un hospital en donde se trabaja bajo presión y con los mayores índices de estrés. Las funciones del técnico de cuidados auxiliar en enfermería en el triaje y admisión, revisten especial importancia para los profesionales de la medicina como para los pacientes, que se encuentran en condiciones de salud críticas y ven amenazadas sus vidas a causa de accidentes o como consecuencia de enfermedades crónicas.

La recepción la realiza el Tcae, que en función de las necesidades, decidirá y dispondrá del medio necesario para el traslado del paciente (silla, camilla o sus propios medios) y del cual también será responsable, así como de dar la información inicial al paciente con un trato correcto y personalizado. Si el estado del paciente lo permite se le acompañara al área de admisión donde se recogerán los datos necesarios para abrir la hoja de asistencia. Si no pudiera, se acompañara al paciente al área de clasificación, siendo el acompañante quien facilitara los datos a admisión. Si no hubiera acompañantes el personal de admisión recogerá los datos donde este el paciente o de la documentación que lleve. El Tcae debe evitar que el personal que ha traído un paciente con bajo nivel de conciencia abandone el hospital sin transmitir toda la información.

Las funciones de Tcae son: recibirán a los pacientes que accedan al servicio de urgencias y orientarán hacia las áreas de atención. Asegurarán el traslado de los pacientes que precisen silla de ruedas o se encuentren en camilla, con la colaboración de los celadores. Realizarán apoyo para las actividades de cuidados del paciente desde el acceso al Servicio de Urgencias hasta el alta o ingreso. Trasladarán a los pacientes a las dependencias que sean indicadas por el equipo asistencial. Colaborarán en el acomodo y movilización de pacientes. Velarán por el cumplimiento de las normas de permanencia y acceso de acompañantes. En todas estas funciones siempre apoyara al equipo multidisciplinar del que forma parte.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta clasificación evitará el perjuicio de tiempos de espera prolongados para las urgencias reales en beneficio de patologías banales permitiendo una ac-

tuación más adecuada en relación a la urgencia del paciente, teniendo en cuenta que todo este proceso se ve influenciado por los recursos humanos, materiales y organizativos del propio servicio.

Después de realizar una revisión bibliográfica exhaustiva, lo primero que llama la atención es el colapso generalizado en los servicios de urgencias hospitalarias. En esta situación intervienen varios factores y existen diversas creencias sobre cuáles son las causas de este colapso de los servicios de urgencias. La clasificación de los pacientes según motivo de consulta es prácticamente inmediata a su entrada en el servicio, lo que constituye la primera ventaja importante del sistema de “triaje”, facilitando la ordenación del trabajo y disminuyendo la ansiedad del paciente y de la familia.

El “triaje” se convierte en un instrumento valioso de ayuda a la gestión de la asistencia del servicio de urgencias, colaborando en la eficiencia del servicio y aportando un orden justo en la asistencia, basado en la urgencia/gravedad de los pacientes. Al margen de disminuir el riesgo de los pacientes el “triaje” aumenta la satisfacción de los usuarios y de los profesionales y racionaliza el consumo de recursos colaborando en la mejora de la calidad global del servicio.

Cualquier sistema de “triaje” estructurado se ha de basar en una escala de priorización útil, válida y reproducible. Se recomienda introducir medidas de valoración y control de la saturación de urgencias. Hay numerosos indicadores que identifican que la saturación de urgencias tiene consecuencias negativas sobre la calidad y la seguridad del paciente atendido. La clasificación de los pacientes según motivo de consulta es prácticamente inmediata a su entrada en el servicio, lo que constituye la primera ventaja importante del sistema de “triaje”, facilitando la ordenación del trabajo y disminuyendo la ansiedad del paciente y de la familia. El “triaje” se introdujo en los servicios de urgencias hospitalarias como un sistema eficaz de ordenación del trabajo dentro de la unidad y colaborando para la disminución del tiempo de espera, sobre todo de los pacientes potencialmente más graves para paliar el aumento de demanda asistencial en el servicio de urgencias.

6 Bibliografía

- Alpízar, C. C. (2014). Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias.
- Enfermería Actual de Costa Rica, (27).

- Bellod Guillén, J. M. (2017). Desarrollo de un sistema de triaje de urgencias escalable, reproducible y con interoperabilidad semántica.
- Cardona, C. C. (2015). Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*, 27, 332-335.
- Tejedor-Panchón, F. E. R. N. A. N. D. O., Montero-Pérez, F. J.
- T. Í. N., JIMÉNEZ-MURILLO, L. U. I. S., de la Barca, J. M. C., & GÁZQUEZ, F. B. Q. E. (2014).
- Mejora del proceso de un servicio de urgencias de hospital mediante la metodología Lean. *Emergencias*, 26(2), 84-93.
- García, M. M. (2013). Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Revista Enfermería CyL*, 5(1), 42-49.
- Hevia, B. R., & DE PEDIATRÍA, E. R. U. (2011). Triage hospitalario. Hospital San Llatzer de Palma. Lopera Betancur, M. A., García Henao, M. L., Madrigal
- Ramírez, M. C., & Forero Pulido, C. (2010). Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana.
- Hospital Obrero N° 1, gestión 2018 (Doctoral dissertation).
- Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., & Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias.
- *Medicina interna de México*, 22(4), 310-316.
- Sánchez, M., & Santiago, I. (2010). Áreas organizativas específicas y circuitos preferentes para patologías prevalentes en urgencias. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 89-96). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Sanchez sanchez, j. E., & pilco vela, j. E. N. N. Y. (2013). Conocimiento y aplicación del triaje por el personal auxiliar de enfermería y su efecto en la valoración y priorización de la atención al usuario en el servicio de emergencia del hospital provincial general docente riobamba de junio a octubre del 2009 (doctoral dissertation).

Capítulo 497

CONTACTO PIEL CON PIEL EN CESÁREAS

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El contacto piel con piel (CPP) entre madre y recién nacido sano durante las dos primeras horas de vida es una práctica muy beneficiosa para ambos. Por este motivo resulta recomendable tanto en partos vaginales como por cesárea. Tras la publicación de la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, esta práctica se ha implantado en España y el contacto piel con piel en los partos vaginales se realiza casi en todos los centros sanitarios.

El CPP proporciona numerosos beneficios tanto a la madre como al bebé. Ayuda a disminuir la ansiedad y el llanto y a iniciar la lactancia durante las dos primeras horas, como paso previo y adecuado a la fase de sueño y letargo fisiológico de recuperación del parto, que puede durar entre ocho y doce horas. Otros beneficios para la madre son el aumento de la oxitocina y las beta-endorfinas, lo que mejora la contracción uterina y la eyección de calostro. Sin embargo, cuando el parto es por cesárea el bebé y la madre son separados, lo que no solo priva a ambos de los beneficios del contacto piel con piel, sino que también ocasiona perjuicios.

Con el presente estudio pretendemos extender el protocolo del contacto piel con piel de los partos vaginales a los que precisen de cesárea, mediante la adaptación de la medida a la situación clínica de la madre y su bebé. Permitiría en casos de cesárea fomentar el vínculo materno-filiar, reducir el llanto y ansiedad del bebé, mejorar la oxigenación, regular la temperatura corporal y disminuir el gasto energético. También propiciaría la lactancia materna y la adaptación fisiológica del

bebé a la vida extrauterina. En este proceso se hace imprescindible la implicación y formación del sanitario para poder llevar a cabo el contacto piel con piel en cesáreas que transcurren sin complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios del contacto piel con piel entre madre e hijo durante las dos primeras horas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se va a realizar un estudio de los beneficios probados del contacto piel con piel entre madre e hijo durante las dos primeras horas de vida, en base no solo a las investigaciones científicas, sino también a las consideraciones de la Organización Mundial de la Salud y a la experiencia de los numerosos centros hospitalarios que ya lo aplican en España. Se analizan las circunstancias especiales clínicas de madre e hijo cuando el parto sea a través de cesárea. Se actualizan y se adaptan los protocolos del contacto piel con piel para que madre e hijo puedan realizarlo en la fase inicial post-parto. Esa fase incluiría la formación e implicación del personal sanitario.

4 Bibliografía

- Revista redaccionmedica.com
- Revista scielo.isciii.es
- Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: guía práctica. Departamento de Investigaciones y Salud reproductiva. 1996
- Método Madre Canguro. OMS. 2004
- Guía 'Contacto piel con piel en las cesáreas. Aspectos prácticos para la puesta en marcha'. Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. 2017
- FAME. Iniciativa Parto Normal. 2007

Capítulo 498

TÉCNICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE LA ANESTESIA EPIDURAL DURANTE EL PARTO

CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE

CARLA MURIAS GARCÍA

NURIA MURIAS GARCIA

NURIA GARCIA SUAREZ

ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La anestesia epidural es la introducción de anestésico local en el espacio epidural, bloqueando así las terminaciones nerviosas en su salida de la médula espinal. Por lo tanto, su distribución será metamérica, es decir, se anestesiará la zona del cuerpo que corresponde a los nervios que han sido alcanzados por el anestésico local inyectado.

Antes de continuar con este trabajo, se debe establecer las definiciones correctas a utilizar:

. Anestesia: es un acto médico controlado en el que se usan fármacos para bloquear la sensibilidad táctil y dolorosa de un paciente, sea en todo o parte de su

cuerpo y sea con o sin compromiso de conciencia.

. Anestesiólogo: médico especialista en anestesiología.

. Epidural: la epidural es una anestesia que permite disfrutar de un parto sin dolor.

. Parto: es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de la salida del bebé del útero.

. Trabajo de parto: el trabajo de parto es una serie de contracciones progresivas y continuas del útero que ayudan a que se abra (dilata) y afine (vuelva mas delgado) el cuello del útero para permitirle al feto pasar por el canal de parto. Generalmente comienza dos semanas antes o después de la fecha estimada de parto.

El objetivo de la anestesia epidural es inducir un bloqueo sensitivo; es decir, minimizar el dolor hasta hacerlo tolerable, intentando que no se produzca un bloqueo motor de las extremidades inferiores y la paciente pueda así mover las piernas durante todo el proceso. Su uso más común es para bloquear el dolor durante el parto, pero también se utiliza en intervenciones quirúrgicas tales como operaciones de la pierna, pelvis o genitales.

En el parto la anestesia epidural permite el alivio de la sensación de dolor durante el mismo y rebaja el nivel de ansiedad de la madre. También posibilita técnicas instrumentales (fórceps o ventosa) sin necesidad de aplicar otro tipo de anestesia.

Existen 2 tipos principales de anestesia:

- Anestesia epidural "ambulante": este tipo de anestesia epidural reducirá su dolor, pero usted igualmente podrá mover las piernas. La mayoría de las mujeres en realidad no pueden caminar, pero sí mover las piernas.
- Anestesia epidural/raquídea combinada: combina la anestesia raquídea con la epidural. Proporciona alivio del dolor mucho más rápido. La anestesia combinada se utiliza cuando las mujeres están en trabajo de parto muy activo y desean alivio de inmediato.

Las ventajas de la epidural: control del dolor. Algunas embarazadas reconocen que tienen miedo al parto, especialmente por el dolor que pueda acarrear y la incertidumbre de saber si serán capaces de sobrellevarlo. En estos casos, la anestesia epidural puede ser una gran ayuda para que la mujer afronte su parto más tranquila y confiada. Esta sería una de las principales ventajas de la anestesia epidural, pero hay más que pasamos a detallar:

- El alivio del dolor se produce sin bloquear ninguna de las facultades mentales de la madre, de manera que podrá vivir de manera consciente el nacimiento de su hijo.

- La anestesia epidural puede utilizarse durante todo el parto, y regular la intensidad de la medicación cuando la madre quiera.
- Evita la necesidad de aplicar otro anestésico en caso de que el parto sea instrumental o se realice una episiotomía.
- En caso de que el parto deba acabar finalmente en cesárea, no es necesario aplicar ninguna anestesia adicional por lo que la madre podrá estar consciente en todo momento.

La anestesia epidural también conlleva una serie de efectos secundarios y riesgos que la embarazada debe conocer, de cara a tomar la decisión con la que más cómoda se sienta en el momento del parto:

- Aumento del riesgo de parto instrumental (uso de otros fármacos, fórceps, ventosa, episiotomía, etc.), pues en muchas ocasiones la mujer pierde el reflejo de pujo y necesita ayuda para que el bebé salga.
- Algunas mujeres presentan una disminución de las contracciones, lo que alarga la fase de dilatación y aumenta las posibilidades del uso de oxitocina.
- Caída de la presión arterial materna.
- Dolores de cabeza intensos como consecuencia de la punción accidental de la duramadre.
- La lumbalgia post-punción es uno de los problemas más frecuentes, que afecta entre el 22% y el 45% de los pacientes
- Temblores incontrolables tras el parto.
- Picores.
- Algunas mujeres experimentan fiebre tras la administración de la anestesia, y sin que haya ninguna infección que la provoque.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Náuseas y vómitos posteriores al parto.
- Incrementa el riesgo de cesárea cuando se coloca antes de las recomendaciones de dilatación mínima.
- Puede afectar al bebé, disminuyendo su frecuencia cardíaca durante el parto y/o afectando a su estado de consciencia, lo que a su vez repercutiría en el inicio temprano de la lactancia. Hay casos más raros en los que la epidural puede tener efectos graves o muy graves, como convulsiones, parálisis, meningitis a causa de una infección en la zona de la punción, infección del pulmón o derrames cerebrales.

La anestesia epidural está contraindicada en los casos de parto en los que la dilatación está excesivamente avanzada, en los casos de tatuajes en la zona lumbar en función de su localización y en pacientes que sufren ciertas enfermedades como

obesidad o cardiopatías.

2 Objetivos

- Describir los pasos de la correcta administración de la técnica epidural así como el material necesario para ello.
- Establecer el contexto sociodemográfico de las gestantes a las que se les administra anestesia epidural durante el parto.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La anestesia epidural es un procedimiento que se realiza una vez que se ha iniciado el trabajo de parto. La duración de la técnica es de aproximadamente 30 minutos, y el alivio del dolor se alcanza aproximadamente 20 minutos después de finalizar la punción, siendo la disminución del dolor progresiva. El procedimiento se realizará en el paritorio, cuando la matrona y el ginecólogo consideran que es oportuno realizarlo. Es muy importante la colaboración de la paciente y que sigan las indicaciones del anesthesiólogo y personal de enfermería.
- La punción epidural se puede realizar en una de dos posiciones: acostada de lado, con las rodillas flexionadas al pecho o sentada en la cama, con la espalda flexionada para facilitar la visualización y palpación de las vértebras lumbares que son los puntos de referencia para ubicar el espacio epidural. Previo al procedimiento se monitorizan las constantes vitales y se canaliza una vía venosa. Una vez realizado esto el anesthesiólogo procede a la punción cuyos pasos se describen a continuación:
- Infiltración con anestesia local de la piel, tejido subcutáneo y muscular con el objetivo de evitar el dolor de los tejidos por los cuales se va a introducir la aguja epidural.

- Se introduce una aguja que va a permitir localizar el espacio epidural. Se realizan varias comprobaciones de seguridad y se introduce un catéter muy fino de plástico que se deja alojado unos centímetros dentro de este espacio. Este catéter se fijará con esparadrapo a la espalda.

- Una vez insertado y comprobada la correcta posición del catéter se administra a través de éste anestésicos locales que se distribuyen alrededor de las raíces nerviosas donde producen un bloqueo del estímulo doloroso. Por tanto con esta técnica conseguimos controlar el dolor de todas las fases del parto, incluido el periodo expulsivo.

- El efecto comienza a partir de los 20 minutos de administrarse y de forma progresiva.

Los fármacos se administran mediante una bomba de perfusión durante toda la duración del parto. Existen varias modalidades de funcionamiento de la bomba:

- De forma continua a un ritmo predeterminado.

- Anestesia Epidural Controlada por el Paciente (PCEA, por sus siglas en inglés). En esta modalidad la paciente puede administrarse bolos de anestesia programados por el anestesiólogo en la bomba de infusión activando un pulsador, siendo de esta forma más activa en el proceso del control del dolor de las contracciones uterinas.

- Con el catéter epidural el anestesiólogo puede reforzar la anestesia si lo pautado no es suficiente y para inducir una anestesia regional quirúrgica en caso de que hubiese que realizar una cesárea. En ocasiones la anestesia es insuficiente y puede haber zonas dolorosas en forma de parches en el abdomen, región pélvica o inguinal, en estos casos el anestesiólogo puede administrar dosis adicionales para solucionarlo o puede ser necesario volver a realizar la punción. Los materiales a utilizar serán:

- Una jeringa de 2 a 5 ml, para la anestesia local de la piel.

- Una jeringa de 10 ml.

- Una jeringa de 20 ml, para la inyección del analgésico local.

- Una aguja intradérmica para realizar un habón subcutáneo de anestésico local.

- Una aguja intramuscular, para anestesiar el espacio interespinal.

- Una aguja del 18G, para abrir camino a la aguja de Tuohy.

- Una aguja de Tuohy del 17-18G, en relación con el tamaño del propio catéter.

- Un catéter para infusión, preferiblemente con marcas de distancia y fiador metálico, de punta redondeada y orificios laterales.

- Un pabellón adaptable al catéter, bloqueable, con conexión luer-lock.

- Un filtro bacteriano con tapón, conexión luer-lock, y al menos 0.22m.

- Un paño fenestrado.

- Un paño normal.
- Gasas.
- Compresas.
- Suero Fisiológico.
- Antiséptico.
- Anestesia local: lidocaína al 1% para la piel.
- La mezcla anestésica-analgésica requerida para la analgesia según el protocolo a emplear. No obstante, es ventajoso tener disponible bupivacaína al 0.50% para la dosis de prueba.

- Contexto sociodemográfico de las gestantes a las que se les administró epidural durante el parto:

Desde el año 2000, en el que solo se practicaba la epidural en el 15% de los partos, se ha producido un aumento progresivo de la analgesia epidural y las mujeres que se beneficiaron en el año 2005 alcanzaron el 50%. En estos últimos años, ha seguido el incremento del número de partos con anestesia epidural, llegando a valores próximos al 70%.

Si analizamos la edad de las mujeres que se han beneficiado de este tipo de anestesia, el porcentaje de partos con epidural, es inversamente proporcional a la edad de las gestantes. Es decir, mayor número de partos con epidural en mujeres más jóvenes y esta tendencia se mantiene a lo largo de los años.

Este menor porcentaje en mujeres entre 40-49 años, puede estar en relación con factores como: mayor facilidad en la fase de dilatación y expulsiva en multíparas, aumento de factores de riesgo que impiden la aplicación de técnicas anestésicas y porcentaje mayor de cesáreas en estos tramos de edad.

5 Discusión-Conclusión

Durante el tercer trimestre del embarazo, la paciente debe ser valorada en la consulta de preanestesia para informar y resolver las dudas si las hubiese y además determinar si existe contraindicación para la realización de la técnica.

El anestesiólogo deberá evaluar alergias, antecedentes de enfermedades y cirugías previas y si ha habido alguna complicación durante el embarazo. En la consulta se valorará la analítica del 3º trimestre que incluye las pruebas de coagulación y plaquetas, valores que deben estar dentro de los límites normales para poder realizar la punción epidural.

La anestesia epidural es el método más eficaz para liberar del dolor en todas las fases del parto, e incluso puede ser útil si fuera necesario realizar una cesárea.

La mujer siempre ha tenido el parto asociado con el dolor intenso y aunque este momento es un momento único y especial es razonable que tengan ese temor hacia el dolor que produce, por ello la anestesia analgesia epidural ha marcado un antes y un después, siendo además una técnica más segura, recomendada y usada por las mujeres durante el parto.

La mujer es totalmente libre de elegir si desea que se le aplique, siendo un procedimiento totalmente voluntario. A la embarazada se le explicara el proceso y previa comprensión se le entregara un consentimiento informado el cual deberá de firmar para poder hacer uso de ella. Es un procedimiento que tiene inconvenientes pero que resulta de gran ayuda para hacer más llevadero a la mujer embarazada ese momento que produce tanta ansiedad y estrés para ellas, haciéndoles disfrutar del lado agradable del parto como es ver dar a luz a un ser humano.

6 Bibliografía

- <https://www.bebesymas.com>
- <https://www.calidadsaludandalucia.es>
- <https://medlineplus.gov>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com>

Capítulo 499

RIESGOS ERGONÓMICOS EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

MARÍA JESÚS LÓPEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Trabajo y salud son términos que conocemos desde hace siglos. Los primeros documentos donde se hace referencia a las enfermedades y trabajo son del siglo IV a.c donde Hipócrates describe por primera vez los efectos del plomo en los mineros, pero tendremos que esperar hasta el s. XVIII cuando nace la Medicina del Trabajo de mano de la figura de Bernardo Ramazzini (1633-1714), considerado fundador de la misma. “De morbis artificum diatriba”, su principal obra, compone el eminente estudio que describe las enfermedades en relación con las diferentes tareas (Gestal, 2003).

Con la llegada de la Revolución Industrial (segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX) nace la obligación de mejorar la calidad del trabajo, entendido como un derecho de los trabajadores, debido al crecimiento de los accidentes de y enfermedades profesionales provocadas por las pobres condiciones de seguridad y salud (Arias, 2012).

El término de Salud Laboral, referida como equivalente de prevención de Riesgos Laborales, se transformó con el tiempo llegando a diferenciar tres etapas: la primera etapa buscaba evitar la enfermedad; la segunda etapa la preservación de la salud y desarrollo científico dentro de la rama de la prevención laboral; y la tercera etapa la más actual busca promocionar la salud de los trabajadores (Gestal, 2003). Esta realidad toma una mayor importancia en el crecimiento integral de la naturaleza del trabajo, siendo la ergonomía la disciplina vital en dicho proceso.

A comienzos del siglo XX nace la primera legislación de carácter preventivo. La Prevención de Riesgos Laborales como doctrina determina, calcula y dirige las múltiples coyunturas que se pueden mostrar en el lugar de trabajo con el fin de proteger la salud y seguridad de los trabajadores en su campo laboral. Esta Prevención es una realidad en España con la aprobación de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), haciendo especial alusión a los Servicios de Prevención cuyo reglamento aprueba el Real Decreto 39/1997 en el cual "...la prevención se articula así en torno a la planificación de la misma a partir de la evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo, y la consiguiente adopción de las medidas adecuadas a la naturaleza de los riesgos". Los riesgos laborales se pueden clasificar en biológicos, químicos, físicos, psicosociales, de seguridad y ergonómicos, sólo trataremos en el presente capítulo estos últimos evaluando su papel en los profesionales sanitarios.

Por tanto la Ergonomía, se puede definir como la rama de carácter multidisciplinar que estudia la adaptación de los elementos del ambiente a las características y limitaciones del profesional con el fin de asegurar su bienestar, seguridad y rendimiento (International Ergonomics Association, 2016). La LPRL en su Artículo 15 1. dispone que el empresario debe adecuar el trabajo a la persona, en concreto en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo (...). Esta adaptación del trabajo a la persona es el mismo concepto que encontramos en la definición de ergonomía.

La Asociación Española de Ergonomía, en su condición de ciencia interdisciplinar subdivide en varios campos muy amplios la Ergonomía. La división sería : la ergonomía geométrica o biométrica, que trata los aspectos entre el hombre y su puesto de trabajo estudiando el confort posicional tanto estático como cinético operacional; la ergonomía ambiental, se ocupa del confort acústico, térmico y lumínico, pudiendo añadir el cromático; la ergonomía cognitiva, relacionada con la carga mental que supone el trabajo; y la ergonomía psicosocial u organizacional, abarcando áreas como el ritmo, la jornada de trabajo, la comunicación y el estilo de mando (Asociación de Ergonomía, 2016).

La VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo arroja datos donde se demuestra los factores de riesgo ergonómicos, sobre todo los trastornos musculoesqueléticos, están directamente unidos al personal sanitario, siendo este sector uno de los que más los padecen. Estos trastornos pueden llevar en la mayoría de los casos en una bajada de la calidad asistencial, de la satisfacción laboral del trabajador y provocar bajas por enfermedad e incapacidad laboral crónica, de ahí la consideración y la utilidad de su estudio (Lelis, Brazil, Taubert de Freitas, Rossi,

Palucci, Cruz, 2012).

Si hablamos de los factores ambientales, los estudios nos hablan que el ambiente afecta a la salud y el bienestar, no únicamente de pacientes sino también del personal sanitario, siendo necesario una evidencia más sólida y estudios más adaptados (Tanja-Dijkstra, Pieterse, 2011).

El cuidado es la misión de los profesionales sanitarios por tanto tendremos que tener en cuenta que se podría hacer para evitar el detrimento de la salud de los trabajadores que a su vez desempeñan el cuidado de la salud de otras personas. Para cuidar previamente tenemos que cuidarnos a nosotros (Drahota, Ward, Mackenzie, Stores, Higgins, Gal, 2012).

Según la definición de la OMS y entendiendo la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es justo que si tenemos en consideración los riesgos físicos, biológicos, químicos y/o de seguridad que pueden conducir a enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, se realice un fuerte vigilancia a los riesgos ergonómicos que tienen consecuencias en la salud y no solamente aquellos puramente demostrables y que por supuesto afectan en la satisfacción laboral y en el rendimiento.

Por tanto, este capítulo se presenta como una revisión bibliográfica donde se busca analizar y dar a conocer los factores de riesgo ergonómicos que tienen que afrontar a diario los profesionales sanitarios en sus diferentes áreas. La ergonomía en relación con el medio sanitario debe estudiarse con el objeto de aumentar las estrategias a implantar para su prevención y actuación más adecuada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los riesgos ergonómicos a los que se exponen los profesionales sanitarios a lo largo de sus tareas diarias.

Los objetivos secundarios serían:

- Examinar el momento actual de los riesgos ergonómicos y tipos, en el sector de la sanidad.
- Comprender las diferentes vías para prevenir los riesgos en los sanitarios.

3 Metodología

Revisión Bibliográfica del tema a estudio “Los riesgos ergonómicos en el personal sanitario”. Para su estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Bases de Datos de Salud y Multidisciplinares, así como en libros, manuales y páginas web especializadas. Los motores de búsqueda empleados han sido los siguientes: Scopus, Dialnet, Cuiden, CINAHL, ScienceDirect, Medline, Cochrane Library, SciELO.

Una primera búsqueda bibliográfica muy global con únicamente un filtro para recuperar artículos y documentos como máximo de 10 años de antigüedad determino resultados poco específicos. Un segunda búsqueda más específica en bases de datos utilizando palabras clave: ergonomía ambiental, hospital, fatiga, dispositivos ergonómicos, ergonomía participativa, environment, health, burnout, musculoskeletal disorders, music therapy, workload, ...Los operadores booleanos empleados fueron OR y AND. La estrategia de la búsqueda bibliográfica se realizó conforme a los siguientes atributos:

- No sistemática, dado que no se contemplan datos exhaustivos en la búsqueda.
- Tiene en cuenta un intervalo de tiempo, ya que se pretende analizar usos actuales, salvo en definiciones concretas de conceptos o referencias históricas.
- Disponibilidad del texto completo.
- Publicaciones en inglés y español.

En total se han empleado 49 referencias bibliográficas: Legislación (2), artículos de revistas (28), libros (3), páginas web consultadas (4), manuales de organismos, encuestas (9), revisiones Cochrane (3).

4 Resultados

- La Ergonomía se diferencia en varias ramas encontrándonos con diferentes clasificaciones y autores. Según Oliver (Oliver, 1996) la clasificamos según el objetivo de la intervención, podemos diferenciarlas en ergonomía preventiva y ergonomía correctiva y si lo agrupamos bajo un enfoque de la aplicación hablaremos de microergonomía o macroergonomía. En este capítulo la revisión se realizara según el ámbito de aplicación.

En la jornada laboral del personal sanitario son diversos las condiciones de riesgo ergonómico a los que están expuestos los trabajadores con independencia del servicio en el que trabajen y siendo o no conscientes de los mismos. Los factores de riesgo ergonómicos producen inquietud, malestar muscular, mucho estrés e in-

satisfacción, llegando a influir en el rendimiento como en los servicios prestados al paciente, así como elevar exponencialmente la probabilidades de otros riesgos.

La ergonomía geométrica es la rama de la ergonomía que trata de adaptar el lugar de trabajo, concretamente sus condiciones geométricas (diseño y dimensiones), a las características individuales del trabajador. Tiene en cuenta las medidas y dimensiones del puesto (si trabaja sentado, si trabaja de pie), las zonas de alcance para una óptima realización de la tarea, la carga física, los movimientos repetitivos y la manipulación manual de cargas (Muprespa, 2008). Se estudia la anatomía humana, las condiciones antropométricas, fisiológicas y biomecánicas (International Ergonomics Association, 2016).

En el personal sanitario, la mayoría de esfuerzos que se llevan a cabo son las movilizaciones de enfermos, la manipulación manual de cargas, las posturas incorrectas y los movimientos repetitivos (I.N.S.H., 2016). El Auxiliar de Enfermería es el profesional sanitario que asume el mayor riesgo ya que su tarea diaria realiza muchos de los movimientos antes citados, otros profesionales también son participes, siendo preciso tomar por su parte las técnicas adecuadas y el conocimiento sobre las mismas.

Todos estos factores están relacionados con los trastornos musculoesqueléticos (TME), que confirman ser una patología habitual en los servicios sanitarios según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. En la publicación oficial del INSHT de Riesgos de TME en la población laboral española de 2014, los TME procedentes de posturas o esfuerzos más recurrentes son los localizados en la zona lumbar (45%), cervical (34,4%) y la zona dorsal (27,1%).

El dolor es el síntoma mas importante, unido a contracturas musculares, inflamación y reducción del movimiento de la zona dolorida (CC.OO, 2016). Los TME son los acusantes de bajas por enfermedad, llevando habitualmente a la incapacidad parcial o permanente (Tanja-Dijkstra , Pieterse, 2011) . Los hospitales son el nivel de atención sanitaria que más sufre de sobre esfuerzos (I.N.S.H., 2016).

En conclusión, los TME son el riesgo ergonómico más importante en la profesión sanitaria y se debe dar una especial atención la prevención de los mismos.

- La ergonomía ambiental se define como la parte de la ergonomía que vincula al sujeto con los factores ambientales que lo rodean, buscando la armonía entre ambos (Salonen, Lahtinen, Lappalainen, Nevala, Knibbs, 2013). Los principales factores ambientales o criterios son:
- Acústico: ruido y la música ambiental.
- Térmico o climático: temperatura, humedad y circulación del aire de la atmós-

fera.

- Visual: iluminación y las características cromáticas.

Gil F. nos habla en su estudio que el confort ambiental promueve la mejora de las condiciones laborales a través de la disminución de la carga mental y la fatiga, lo que repercute en el rendimiento y la productividad del trabajador. Una amplia revisión llevada a cabo por Salonen et al. acerca de las condiciones del ambiente interior sanitario (tanto estructurales como ergonómicas) que afectan a la salud y el confort, estudia los efectos que estos factores ejercen en el personal sanitario. La información y estudios que abarcan los factores ambientales y sus consecuencias en los seres humanos está creciendo, la mayoría de los estudios divulgados hasta la fecha se focalizan en la repercusión en la salud y el bienestar de los pacientes. Siendo necesario más investigación y estudios que estimen los efectos en los sanitarios.

La ergonomía cognitiva se ocupa de la carga mental, es decir, del esfuerzo que debe hacer el trabajador para poder efectuar la tarea (Oliver, 1996). Esta carga mental puede llevar a la fatiga mental, surgiendo síntomas de cansancio, somnolencia y alteraciones en la atención que tienen consecuencias como son el aumento del número de errores, el absentismo o la disminución del rendimiento. Según el INSHT la fatiga mental se define como “la disminución transitoria de la eficiencia funcional mental y física, que depende de la intensidad, la duración y la distribución temporal de la tensión mental precedente. El restablecimiento de la fatiga mental se consigue mediante recuperación más que con un cambio de actividad”.

La fatiga entre los sanitarios que desarrollan sus tareas profesionales puede llegar al aumento de complicaciones en los pacientes, incluyendo caídas y errores de medicación; peor calidad en la toma de decisiones, el aumento de accidentes de trabajo, disminución de la productividad y la insatisfacción laboral (Steege, Dykstra, 2016). Por ejemplo en la UCI, donde las decisiones son muy complejas, se encuentra con un trabajo con una fuerte carga mental en cuanto a las tareas a realizar, el ritmo de trabajo y las consecuencias para la salud (Ceballos-Vásque, Rolo-González, Hernández-Fernaud, Díaz-Cabrera, Paravic-Klijn, Burgos-Moreno, 2016). Sin embargo, los estudios son insuficientes, siendo imprescindible estudios con rangos de muestras más amplias para afrontar los resultados.

La Ergonomía Psicosocial o de la Organización busca adaptar la organización empresarial a las cualidades y necesidades de los trabajadores que de ella for-

man parte, previniendo de este modo la insatisfacción laboral, los problemas relacionales, la desmotivación y el estrés. Los factores de la ergonomía organizacional están formados la jornada laboral, el ritmo de las tareas, la automatización, la comunicación y el estilo de mando y la participación (Oliver, 1996). Un término importante es el de Burnout, definido en 1981 por Maslach y Jackson como la respuesta inapropiada al estrés caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y detrimento de la realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con otras personas. El síndrome de burnout en los trabajadores sanitarios, se relaciona con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, la conflictividad en las relaciones interpersonales, la autopercepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes muy demandantes (Grau, Flichtentrei, Suñer, Font-Mayola, Prats, Braga, 2008).

- La revisión sistemática de la “Preventing occupational stress in healthcare workers” nos habla de las medidas a tomar para evitar el estrés laboral en trabajadores sanitarios (Ruotsalainen, Verbeek, Mariné, Serra, 2016):
- El entrenamiento cognitivo-conductual no está avalado por pruebas de suficiente calidad, con o sin técnicas de relajación, en trabajadores de la salud con el fin de reducirlos síntomas de agotamiento.
- No se encuentran diferencias significativas entre los efectos de la relajación física, el masaje, la relajación mental y la meditación consciente, siendo difícil la agrupación de los estudios para la comparación de los mismos.
- Existen pruebas positivas, pero de baja calidad, en dos estudios acerca de cómo el cambio del horario de trabajo reduce los niveles de estrés. Otras intervenciones de organización no dieron lugar a reducciones considerables del mismo.
- Se ha estudiado una amplia gama de intervenciones organizacionales, que abarcan desde la creación de grupos de apoyo a otras propuestas. No está claro si dichas intervenciones tienen por objeto evitarlos aspectos específicos del burnout o si sólo tienen como objetivo reducir el agotamiento emocional, no llegando a considerarse válidas.
- Se necesitan artículos de mayor calidad.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de Riesgo Ergonómicos los encontramos en cada jornada laboral del personal sanitario en todas sus aspectos, es cierto que los trastornos musculoesqueléticos son sin duda lo de mayor prevalencia y representación siendo los

más estudiados en cuanto a su posible prevención. Ante la planificación de la prevención de los trastornos musculoesqueléticos, hay que tener en cuenta una visión extensa donde se incorpore los factores psicosociales ya que son una causa importante en el desarrollo de este tipo de trastornos.

Los programas educativos del personal sanitario, especialmente las que sean de desarrollo de tipo práctico, son el fundamento de una estrategia de prevención (manejo de los dispositivos ergonómicos, ergonomía participativa, higiene postural y manipulación segura de pacientes), considerando las normas básicas en la prevención de Riesgos Laborales.

La Ergonomía Participativa propone una nueva estrategia que empodera a los trabajadores y los hace participantes en la propia prevención de los riesgos que a los que están sometidos. Es importante que las condiciones laborales sean evaluadas y examinadas por los mejores sabedores de las mismas, los trabajadores. Se puede concluir que a falta de estudios de mayor envergadura y de calidad metodológica que nos proporcionen una evidencia científica más fuerte es aún pronto para justificar los resultados obtenidos sobre las intervenciones ergonómicas.

6 Bibliografía

- Arias WL. Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. Revista Cubana de Salud y Trabajo.2012;13 (3):45-52.
- Asociación Española de Ergonomía [Internet]. Gijón (Asturias) [actualizado 2016; citado 19 feb2016].
- CC.OO.deCastilla y León. Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario. Valladolid; 2011.
- Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Factores psicosociales y Carga mental de trabajo: una realidad percibida por enfermeras/os en Unidades Críticas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(2):315.
- Drahota A, Ward D, Mackenzie H, Stores R, Higgins B, Gal Det al. Sensory environment on health-related outcomes of hospital patients.
- Gestal, J.J. Salud Laboral. Evolución y concepto actual. Condiciones de trabajo y salud. En: Gestal JJ. Riesgos Laborales del Personal Sanitario. 3ª Edición. Madrid: McGraw Hill; 2003. p. 3-15.
- Gil F. Tratado de Medicina del Trabajo. Introducción a la Salud Laboral. Aspectos jurídicos y técnicos. Volumen I. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2012.

- Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Font-Mayolas S, Prats M, Braga F. El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació Psicológica*. 2008; n° 91: 64-79
- International Ergonomics Association [Internet]. Zurich. [actualizado 2016; citado 19 feb 2016].
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de trabajo empleo y seguridad social. Madrid; 2011.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el sector sanitario: buenas prácticas. Madrid; 2013.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Riesgos de Trastornos Musculoesqueléticos en la población laboral española. Enero Madrid; 2014.
- Lara A. La Carga Mental del Trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). 2008.
- Lelis CM, Brazil MR, Taubert de Freitas FC, Rossi FL, Palucci MH, Cruz ML. Work-related musculoskeletal disorders in nursing professionals: an integrative literature review. *Acta Paul Enferm*. 2012;25 (3):477-82.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. 1981;2: 99-113
- Oliver C. La ergonomía como ámbito de aplicación desde la psicología. *Papeles del psicólogo*. 1996; n°65.
- Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre (Boletín Oficial del Estado, número 269, de 10-11-95).
- Reglamento de los Servicios de Prevención. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero (Boletín Oficial del Estado, núm. 27, de 31 de enero de 1997, p. 3031 a 3045).
- Salonen H, Lahtinen M, Lappalainen S, Nevala N, Knibbs L, Morawska Let al. Physical characteristics of the indoor environment that affect health and well-being in healthcare facilities: a review. *Intelligent Buildings International*. 2013; 5(1):3-25
- Schall MC, Fethke N, Chen H. Working postures and physical activity among registered nurses. *Appl Ergon*. 2016; 54:243-250
- Sociedad de Fraternidad Muprespa Prevención.
- Steege L, Dykstra J. A macroergonomic perspective on fatigue and coping in the hospital nurse work system. *Appl Ergon*. 2016; 54: 19-26
- Tanja-Dijkstra K, Pieterse M. The psychological effects of the physical healthcare environment on healthcare personnel. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011; Issue 1. Art. No.: CD006210. DOI: 10.1002/14651858.CD006210.pub3.

Capítulo 500

PROTOCOLO DE LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL ASISTENCIAL EN EL GABINETE DENTAL

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Para evitar contagios por contaminación cruzada en el gabinete dental, deben seguirse unas pautas de limpieza, desinfección y esterilización, que reduzcan al máximo las posibilidades de contraerlas. Estas infecciones se producen de persona a persona o de fómites a personas. Los protocolos de desinfección y esterilización están legislados por Real Decreto 1591/2009, del 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. Según la ley los procesos de limpieza, desinfección y esterilización forman parte de una cadena que conlleva una responsabilidad legal que compromete a su correcta ejecución.

Las técnicas de limpieza y su correcta realización, evitará riesgos de contaminación cruzada y las infecciones que conlleva siendo importante para nuestra salud y la del paciente.

Antes del desarrollo de este capítulo, se analizarán y definirá correctamente cada uno de los términos de este campo de estudio para sentar las bases del

conocimiento de las técnicas de limpieza:

- Limpieza: proceso de eliminación de restos orgánicos e inorgánicos de una superficie.

- Desinfección: se destruyen microorganismos patógenos (virus, bacterias y protozoos) de una superficie inanimada, excepto esporas.

. Categorías de desinfección:

I. Nivel alto- Este procedimiento químico elimina microorganismos vegetativos, microbacterias, virus lipídicos o de mediano tamaño, virus no lipídicos o pequeños, hongos y algunas esporas resistentes (20-45 minutos.aprox.). Para esto se usa Glutaraldehído 2%.

II. Nivel intermedio- Elimina la mayoría de virus, hongos y todas las formas bacterianas vegetativas (*Mycobacterium tuberculosis*) pero no esporas resistentes.

III. Nivel bajo- Algunos tipos de bacterias y hongos en sus formas vegetativas. Se utiliza alcohol de 70, hipoclorito al 10% o compuestos fenólicos. Se usa con material no crítico.

- Esterilización: mediante este proceso se destruyen radicalmente todos los microorganismos, incluidas las esporas.

- Microorganismos patógenos: microorganismos con capacidad de producir enfermedades.

- Reutilización de productos sanitarios de un solo uso: los productos sanitarios de un solo uso son aquellos destinados a ser utilizados una sola vez en un único paciente. La reutilización de productos destinados a este fin supone una infracción grave en España.

Clasificación de los materiales:

. Materiales críticos: aquellos que entran en contacto con el sistema vascular o con tejido estéril. Siempre requieren esterilización.

. Materiales semicríticos: están en contacto con mucosa, membranas o piel no intacta. Requieren una desinfección de alto nivel.

. Materiales no críticos: son los que entran en contacto con piel intacta y no con mucosas. Precisan una desinfección de medio/bajo nivel.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización del material dental para resolver esta tarea de forma eficaz.

3 Metodología

Análisis sistémico de guías de limpieza, desinfección y esterilización, protocolos seguidos por clínicas dentales, revista del sector odontológico y médico, bases de datos como SciELO. Palabras clave: limpieza, desinfección, esterilización, material asistencial, contaminación cruzada.

4 Resultados

- Limpieza y desinfección: antes de comenzar cualquier tarea, debemos tener en cuenta la importancia del lavado de manos para evitar la diseminación de cualquier infección. Se procurará no portar pulseras, anillos, ni llevar uñas largas o pintadas. El lavado higiénico se realiza con agua y jabón o con solución alcohólica. Siempre debe efectuarse antes y después del procedimiento, a pesar de haber llevado guantes. Por supuesto, la limpieza y desinfección se aplica a material no desechable, ya que este último es de un solo uso y se tira en contenedores de bioriesgo, tras su utilización con cada uno de los pacientes. Posteriormente, nos colocaremos unos guantes de goma, gafas, mascarilla y gorro para protegernos de posibles salpicaduras. Esto se realiza en zonas habilitadas para ello.
- Limpieza y desinfección de instrumental: en esta etapa se eliminan restos biológicos como sangre, saliva y demás restos orgánicos e inorgánicos del instrumental, ya que estos dificultan la desinfección y esterilización. La limpieza puede realizarse de forma manual o lavado automático en cubeta de ultrasonidos (método más seguro). Para evitar salpicaduras y evitar contacto con instrumentos contaminados, se debe llevar guantes de goma, pantalla o gafas, mascarillas y vestimenta adecuada.
 - . Se realiza un prelavado del instrumental, en el mismo gabinete, mediante enjuague con agua y arrastre de materia para la carga bacteriana. Sumergir en una solución con detergente enzimático o tensioactivo con pH neutro para degradar la materia orgánica, durante 2-5 minutos. Transcurrido este tiempo se lleva a la unidad de lavado, desinfección y esterilización.
 - . Efectuar un lavado manual con cepillo de mango largo haciendo hincapié en ranuras, estrías, articulaciones. Siempre sumergido para evitar salpicaduras.
 - . Desinfección por inmersión en un recipiente con una solución de glutaraldehído al 2%. Los instrumentos deben estar abiertos o desmontados. Hacer pasar la solución desinfectante por la luz de aquellos que lo requieran con una jeringa.
- Si se realiza un lavado automático por ultrasonidos, se ha de sumergir comple-

tamente en la solución, el instrumental abierto y desmontado. Efectuar un ciclo completo a temperatura de 450 para evitar que los restos solidifiquen. El producto tiene que ser reemplazado periódicamente y limpiarse la cubeta diariamente.

. Enjuagar y aclarar con agua (a ser posible estéril). Aprovechar para revisar que esté correctamente limpio.

. Se procederá al secado.

. Lubricado de aquellos que lo requieran (como pieza de mano y turbina).

Las cubetas, impresiones, registros de mordida, aparatos de ortodoncia y prótesis se lavan con agua y detergente. Posteriormente, se desinfectan según las indicaciones del fabricante.

- Esterilización de instrumental, empaquetado: una vez finalizado el proceso anterior, se seca el instrumental con papel o aire, para ser agrupado y embolsado. Se empaqueta en bolsas con la medida adecuada y con el material desmontado o abierto. Estas bolsa llevan en su interior una tira de control químico y deben especificar la fecha en que se realizó, ciclo en que se esterilizó y fecha de caducidad. Se procede al sellado hermético dando un margen de 3cm para permitir su apertura aséptica en el momento de su utilización.

. Esterilización en autoclave: la esterilización mediante calor húmedo se realiza con el autoclave. Es un método eficaz, de ciclos rápidos y que no deja residuos tóxicos en el material. Si vamos a introducir aparatos rotatorios deben ser lubricados previamente. Se establecen dos pautas dependiendo del tiempo que queramos emplear: temperatura- 1210 Presión - 1 atmósfera Tiempo- 15 minutos (aparatos rotatorios y plásticos) y temperatura- 1340 Presión - 2 atmósferas Tiempo- 3 minutos (instrumentos metálicos).

Una vez finalizado el ciclo, se retiran las bolsas para su almacenamiento. Se descartarán aquellas que no estén completamente secas y sin roturas, ya que si no, no se considerará válida la esterilización. Así como si no han virado los controles químicos externos e internos. Por ello, la importancia de mantener controles físicos, químicos y registros de fechas de los procesos de esterilización.

- Limpieza y desinfección del equipo dental: los equipos del gabinete dental, tanto sillón, equipo de RX, sistema de desagüe de escupidera, aspiración, unidad dental, amalgamador, lámpara halógena, mangueras de piezas de mano, jeringa triple, lámpara de polimerizar, son considerados material no crítico y deben ser desinfectados. La escupidera debe limpiarse con agua y detergente poniéndola a funcionar, entre paciente y paciente. Eliminar residuos de la taza y usar hipoclorito sódico al 1%. Siempre debe hacerse con la unidad encendida (funcionando agua y aire).

Los sistemas de desagüe de la escupidera y de aspiración serán desinfectados al final de la jornada con un producto específico, y enjuagados con agua posteriormente. Se hará circular Orotol, por el sistema de succión y agua al final de cada jornada. Dispensar los filtros de aspiración con una pastilla antiespumógena, diariamente.

Con desinfectante de bajo o medio nivel se limpiarán superficies como encimeras y aquellas que han tenido contacto con personal o paciente como: sillón dental, lámpara halógena, aparato de RX, amalgamador, mangueras de aparatos rotatorios, jeringa triple (la boquilla se limpia, desinfecta y esteriliza entre cada paciente) a diario. Se limpiará el interior de la lámpara con paño de microfibra y detergente, estando fría, semanalmente.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza, desinfección y esterilización del material son procesos que deben incorporarse en la rutina laboral. Tiene que utilizarse métodos seguros y eficaces, garantizando nuestra seguridad y la de nuestros pacientes. Se descartarán aquellos que sean obsoletos, de gran toxicidad o ineficaces.

6 Bibliografía

- Puesta al día en desinfección y esterilización en la clínica dental. Dra. Kenia Selva. Gaceta dental.
- Guía técnica. Limpieza, desinfección y esterilización. Atención Primaria. SESPA
- Protocolo de limpieza, desinfección y esterilización en Clínica Dental Este. Clínica Dental Este.
- Protocolo de limpieza, desinfección y/o esterilización de artículos clínicos odontológicos. Facultad de Odontología. Universidad Andrés Bello.
- Barrantes C. Universidad corporativa de Colombia,2008.”Monografía para optar al título de especialista de auditoría en salud”. Disponible en: <http://www.ucc.edu.co>.

Capítulo 501

CÁNCER ORAL Y OROFARÍNGEO: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

1 Introducción

El cáncer oral y orofaríngeo se produce por la proliferación de células anormales en la cavidad oral y garganta. Pertenecen al grupo de cánceres de cabeza y cuello siendo uno de los diez más frecuentes. La causa más común es el consumo de alcohol y/o tabaco, por lo que sería recomendable el abandono de estos hábitos para reducir factores de riesgo. Se origina en más de un 90% de los casos, a partir de las células escamosas, éstas son unas células planas y delgadas que forman parte del revestimiento aparato digestivo.

La cavidad oral está compuesta por las siguientes estructuras:

- Labios.
- Mejillas.
- Dientes y encías.
- Dos tercios anteriores de la lengua.
- Base de la boca(bajo la lengua).
- Paladar duro.

- Trígono retromolar (área posterior de los cordales).

La orofaringe se compone de:

- Tercio posterior de la lengua.
- Amígdalas.
- Paredes posteriores y laterales de la garganta.

2 Objetivos

- Identificar las causas y factores de riesgo que propician la aparición de un cáncer oral y orofaríngeo.
- Describir las señales de alarma ante lesiones bucales.
- Conocer el tipo de terapias existentes para tratar este tipo de patologías.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado un análisis sistémico de publicaciones médicas y odontológicas, estudios de la American Cancer Society, artículos académicos publicados en revistas indexadas en base de datos de Sci-ELO.

4 Resultados

La incidencia de cáncer oral y orofaríngeo es más del doble en varones que en mujeres. La edad media de ser diagnosticada gira entorno a los 62 años, sin embargo una cuarta parte de los casos se produce en menores de 55 años.

Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de padecer un cáncer, esto no supone que, uno de ellos, o incluso la combinación de varios asegure el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, puede manifestarse en personas que no tienen factores de riesgo aparentes. De todas formas, el conocimiento de éstos puede ayudarnos a reducir riesgos. Los más conocidos serían los siguientes:

- Tabaco: Supone el 85% de los casos de cáncer de cabeza y cuello. Entre las diferentes variedades de tabaco se puede señalar al tabaco de pipa como principal responsable del cáncer de labio por el contacto de la boquilla en la mucosa labial. No sólo la combustión sería perjudicial ya que el tabaco de mascar o el rapé aumenta el riesgo de padecer la enfermedad en aquellas superficies en contacto con este (mejillas, encías, cara interna de los labios). Su uso en grandes cantidades o

prolongado en el tiempo multiplica las probabilidades. Aquellas personas que han sido tratadas por un cáncer deben de abandonar este hábito, aún después de haber superado la enfermedad, ya que aumenta el riesgo de padecer otro.

- Alcohol: Junto con el tabaco es uno de los factores de riesgo más elevado. Un 70% de los pacientes con cáncer bucal bebía en grandes cantidades. Los consumidores de alcohol y tabaco a la vez, tienen un riesgo mayor que sólo consume uno de los dos. Pueden multiplicar por cien el riesgo con respecto a una persona que no bebe ni es fumadora.
 - Exposición a la luz ultravioleta (UV): El cáncer de labios es el más habitual en aquellos que se exponen excesivamente al sol o a fuentes de rayos UVA sin la debida protección.
 - Infección por virus del papiloma humano (VPH): El VPH es un factor de riesgo para padecer cáncer, concretamente el tipo VPH16, está asociado al cáncer orofaríngeo. La infección por este virus puede cursar asintomático en la cavidad oral y orofaríngeo, derivando en cáncer un porcentaje muy pequeño. El número de casos entre jóvenes que no consumían excesivamente alcohol ni tabaco, ha aumentado en los últimos años. Se asocia a un aumento en la práctica del sexo oral, encontrándose ADN de VPH en dos de cada tres cánceres orofaríngeos.
 - Mala alimentación: Una dieta pobre en frutas, verduras y vitamina A incrementa el riesgo de desarrollar estos tipos de cáncer. Mascar nueces de betel, algo habitual en Asia, también ayuda a su aparición.
 - Higiene bucal deficiente: La higiene bucal insuficiente, sobre todo en bebedores y fumadores, o las prótesis que puedan provocar irritaciones en la boca, son otros factores de riesgo. Son recomendables las visitas al odontólogo periódicamente.
 - Sistema inmunológico debilitado: Las personas inmunodeprimidas tienen mayor riesgo de padecer cáncer oral y orofaríngeo.
 - Consumo de marihuana: Según los últimos estudios, los consumidores de marihuana tendrían más riesgo que otra persona.
- Existen otros factores de riesgo que no serían modificables como los anteriores, tales como:
- * Raza: La piel blanca tiene mayor riesgo de contraer cáncer de labio.
 - * Sexo: Hay mayor porcentaje de varones que de mujeres.
 - * Edad: Aunque este tipo de cáncer puede aparecer a cualquier edad, la propensión es mayor a partir de los 45 años.

Su prevención no hace evitable sufrir esta enfermedad al 100%, iría enfocada a reducir factores de riesgo, adoptando medidas como:

- Dejar de fumar y limitar el consumo de alcohol: Es sabido que son dos de las causas más importantes para padecer cáncer, la limitación del consumo de estas

sustancias disminuiría riesgos sustanciosamente.

- Prevenir infecciones por VPH: Esta circunstancia se agrava en fumadores debido al daño que causa en la cavidad oral y el sistema inmunitario. Limitar el número de parejas sexuales o determinadas prácticas podría ayudar. Así mismo, el uso de vacunas contra VPH son también efectivas.
- Protegerse de las radiaciones UV: Evitando la exposición al sol en las horas centrales del día y procurando la utilización de un protector solar adecuado.
- Dieta saludable: Incluyendo productos como fruta, verdura, pescados, carne blanca, evitando productos procesados, refinados y limitando las carnes rojas.
- Vigilar y tratar lesiones precancerosas: Mantenerse vigilante ante la aparición de leucoplasias o eritroplasias en la boca. Estas lesiones pueden acabar desarrollando un cáncer y su extirpación no exime de una nueva aparición en otro lugar de la cavidad, probablemente, por haber estado expuesta al mismo agente irritativo.
- Dentaduras postizas bien adaptadas: la persistencia de una herida o llaga, por la irritación constante de una prótesis mal ajustada, puede dar lugar a una malignización de ésta. Es muy importante acudir al dentista ante esta situación.

En la cavidad oral o en la faringe pueden aparecer distintos cambio de tejido, normalmente producidos por un agente irritativo que suelen resolverse cuando cesa la causa que la agrede. En otras ocasiones, en cambio, pueden llegar a transformarse en una lesión precancerosa (displasia) que, de no ser tratada, puede malignizar y convertirse en cáncer. Suelen presentarse de coloraciones diferentes:

- Leucoplasia: superficie gris o blanca.
- Eritroplasia: superficie plana o poco elevada y que suele sangran a la frotación.
- Leucoeritroplasia: superficie con áreas blancas y rojas.

Identificar y conocer las displasias nos puede dar datos sobre la evolución de la lesión, la probabilidad de que evolucione a un cáncer o si desaparecerá después de su tratamiento. Por eso son clasificadas de leves a graves. Estos datos nos los revelará tras ser biopsiadas.

La presencia de determinados signos y síntomas nos puede alertar sobre la posibilidad de encontrarnos ante una lesión cancerosa. No necesariamente tiene que suceder así y a menudo se trata de otro tipo de patologías, pero debemos acudir a un profesional si aparecen:

- Llagas en la boca que persisten y no cicatrizan.
- Nódulos en cavidad oral, garganta, cuello, mejillas engrosadas.
- Manchas rojas o blancas en el revestimiento bucal, lengua, encías, amígdalas.
- Ronquera.

- Dolor de garganta con sensación de tener algo atravesado.
- Dolor o sangrado de boca o lengua.
- Dificultad para mover la boca, mandíbula o lengua. Así como para la masticación o deglución.
- Halitosis.
- Fatiga o pérdida de peso sin causa aparente.
- Si es portador de prótesis que no encajan.
- Dolor o pérdida de dientes.
- Pérdida de apetito (esto sucede en estados más avanzada)

Para realizar el diagnóstico, el médico realizará una serie de pruebas con el fin de determinar si se trata de un cáncer y su alcance, teniendo en cuenta que podría haberse extendido a otras partes del cuerpo (metástasis). La realización de una biopsia del tejido es la más común para determinar la naturaleza de la lesión. No obstante, a la hora de elegir los métodos pertinentes se tendrá en cuenta signos y síntomas, clase de cáncer del que se cree que se trata, resultados de pruebas previas, estado de salud y edad del paciente. Se podrán efectuar las siguientes pruebas:

- Antecedentes médicos: Se realiza una anamnesis donde se le pregunta al paciente sobre síntomas, hábitos de riesgo, posibles patologías, etc...
- Exploración física: Examen físico de cabeza y cuello mediante palpación para localizar posibles nódulos. Detrás de nariz, laringe y ganglio linfáticos.
- Endoscopia: Para observar parte posterior de la boca y garganta. A menudo, se efectúa a la vez una biopsia si se encuentra tejido sospechoso.
- Biopsia: Es la única forma de saber si una eritroplasia o leucoplasia contiene células cancerosas o precancerosas (displasia). Dependiendo del caso se pueden realizar diferentes tipos de biopsia (biopsia por incisión, por aspiración...).
- Citología exfoliativa: Se raspa el área para recoger una muestra y ser analizada en el microscopio.
- Detección del VPH: Se efectúan pruebas para su detección. Si se localizan células con el virus nos dará una idea de su pronóstico (suelen tener mejor evolución que las de otros no asociados al virus).
- Estudios por la imagen: Utilizando radiografías, tomografía computerizada (TAC) y/o resonancias, magnéticas, para saber localización, extensión y pronóstico de la enfermedad.

Los criterios utilizados para la clasificación van en función del tamaño de la lesión, la proximidad o no de adenopatías en la zona y si existe metástasis. Dependiendo de esto se establecen unos estadios clínicos que van numerados de grado

0 a grado IV. Este conocimiento nos permite planificar un tratamiento adecuado.

Los principales tratamientos para el cáncer bucal y orofaríngeo son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. También puede combinarse la inmunoterapia (medicamentos que ayudan a reforzar el sistema inmunitario para luchar contra la enfermedad) y terapia hormonal. La resolución exitosa de la enfermedad depende de la precocidad del diagnóstico y tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Aumenta con la edad (más casos en mayores de 50 años). Es de etiología multifactorial: tabaco, alcohol, lesiones premalignas, haber tenido VPH. Un porcentaje superior al 90% se origina en células escamosas siendo más frecuente su localización en la zona de la lengua (lateral y ventral). Suprimir determinados hábitos nos ayudará a reducir considerablemente factores de riesgo que favorecen su aparición. El diagnóstico precoz ante cualquier lesión bucal persistente, por el odontólogo o médico de atención primaria es primordial. Con esto evitaremos consecuencias fatales como la metástasis.

6 Bibliografía

- American Cancer Society
- Cáncer oral y orofaríngeo: Síntomas y signos/ Cáncer.net
- Perspectiva y expectativas de la odontología frente al cáncer oral. CA Reyes – Vivanco. Mediagraphic
- Guía práctica de cáncer orofaríngeo- Fistera
- Cáncer oral:MedlinePlus

Capítulo 502

LA ANQUILOGLOSIA Y SU TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

1 Introducción

El frenillo lingual es un pliegue vertical de mucosa situado en la línea media de la zona ventral de la lengua, uniendo la parte libre de ésta con el suelo de la boca. El desarrollo de un frenillo anómalamente corto o engrosado (anquiloglosia) restringe el movimiento de éste para la deglución y la fonación. En niños puede ser variable el grado de engrosamiento encontrándose, por lo general, muy cerca de la punta de la lengua, lo que limita mucho su movilidad.

Afecta casi por igual a ambos sexos, siendo ligeramente más frecuente en los varones y no se descarta una etiología genética.

2 Objetivos

- Definir lo qué es la anquiloglosia, consecuencias y alteraciones.
- Conocer cuándo y cómo debe de diagnosticarse y tratarse.
- Valorar un tratamiento consensuado dependiendo de la evolución del problema, sus complicaciones y cuidados.

3 Metodología

Análisis sistémico de artículos académicos, revistas médicas pediátricas y odontológicas, artículos en base de datos como SciELO. Palabras clave: frenillo lingual, anquiloglosia, frenectomía, lenguaje, alimentación, niños.

4 Resultados

- Diagnóstico y prevención de alteraciones producidas por la anquiloglosia: hace años se diagnosticaba y trataba en el nacimiento pero, en la actualidad, su tratamiento se produce más tardíamente (salvo en aquellos casos en los que dificulte la lactancia). Esto ocurre porque el problema más común es la dificultad para una correcta pronunciación. Se actúa de forma multidisciplinar bajo consenso de foniatras, dentistas, cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos y pediatras. El diagnóstico temprano irá encaminado a prevenir los posibles trastornos del habla con lo cual la edad idónea será entre los 2-3 años. En estas edades, aún no se ha completado el desarrollo del lenguaje, por lo que se evitarían dislalias en el futuro. El diagnóstico será clínico, basándose en la exploración física, mecánica y funcional de la lengua.

El diagnóstico será clínico, basándose en la exploración física, mecánica y funcional de la lengua. En el niño puede apreciarse dificultad para proyectar la lengua fuera de la cavidad oral y es incapaz de dirigirla hacia arriba si se le pide alcanzar con ella el paladar duro. Por otro lado, pueden existir alteraciones en el habla, deglución y lactancia. Independientemente los síntomas característicos son:

- Problemas para sacar la lengua elevándola hasta los dientes superiores y moverla de lado a lado.
- Dificultad para proyectarla por delante de los incisivos inferiores.
- Cuando se saca la lengua, ésta presenta una hendidura central lobulándose en dos, a modo de lengua bífida.

- Alteraciones en la anquiloglosia:

El frenillo lingual corto produce alteraciones como son:

. Dificultad en la alimentación: la posición de la lengua del lactante juega un papel importante a la hora de la succión, por lo que un frenillo corto puede causar problemas en el momento de amamantar. Esto afectaría a su alimentación y crecimiento. Aunque, sucede de forma menos frecuente, porque esta situación

suele verse compensada dependiendo de la longitud y flexibilidad de la porción de lengua que quede libre.

. Trastornos en el habla: el lenguaje forma parte del desarrollo evolutivo del niño y esencial para su integración. La anquiloglosia interfiere en la correcta pronunciación de determinados fonemas. Sobre todo aquellos sonidos que requieren mayor movilidad de la lengua para ser emitidos como las letras “d”, “l”, “t”, “z”, “s” y “r”.

. Traumatismos en el frenillo lingual: debido al choque de éste con los incisivos inferiores pueden provocarse úlceras o desgarros.

. Higiene bucal deficiente: producida por la posición de la lengua anclada que interrumpe en el momento de realizar el lavado de dientes y encías. Por tanto, aumenta la susceptibilidad a tener caries o gingivitis.

. Practicar algunas actividades orales: aquellas en las que la lengua intervenga como para lamer, tocar instrumentos de viento, besar...

. Originar un diastema entre los incisivos centrales inferiores.

. En adultos, pueden causar problemas con prótesis removibles o completas inferiores.

. Mala oclusión y desarrollo anormal de la estructura maxilofacial: provocada por la falta de movilidad de la lengua originando un estrechamiento del paladar. La mandíbula inferior también puede estar más retrasada de lo normal con respecto a la superior (retrognatia).

- El tratamiento el frenillo corto persigue el correcto desarrollo psicomotor del niño, mediante la corrección fonética y adecuada articulación de las palabras, lo que facilitaría la integración en su medio social. En lactantes se busca evitar problemas nutricionales derivados del inconveniente que encuentran para mamar. Según los expertos, la anquiloglosia se trataría en estos casos:

. Cuando puede haber trastornos del habla con problemas para articular palabras, valorados anteriormente por foniatras.

. En aquellos niños que puedan presentar problemas en el crecimiento resultantes de una dificultad para alimentarse.

Entre los diferentes profesionales existen opiniones encontradas sobre el tratamiento, pudiendo optarse por dos alternativas:

. Alternativa conservadora: En los casos con menos limitaciones y bajo la instrucción de un logopeda, se trataría de compensar las dificultades halladas de forma temprana. Esto evitaría una futura cirugía.

. Alternativa quirúrgica: La cirugía empleada para la extirpación del frenillo se denomina frenectomía. Esta opción suele ser considerada en los casos más severos,

cuando las imitaciones mecánicas son importantes.

En niños menores de seis años es recomendable el uso de anestesia general debido a la falta de cooperación del paciente. Sin embargo, los que ya hayan cumplido esta edad, podrán someterse a la operación bajo anestesia local con bloqueo de los nervios linguales. Es un procedimiento que, de no requerir anestesia general se realiza de forma ambulatoria sin necesidad ingreso. De ser así, la hospitalización sólo duraría el periodo mínimo necesario para recuperarse de las consecuencias de la anestesia general.

-Complicaciones debidas a la cirugía: a pesar de no ser un acto quirúrgico complicado y ser infrecuentes los inconvenientes derivados de éste, debe prestarse cuidado de no dañar el conducto de Wharton ni las venas sublinguales adyacentes dando lugar a hemorragias o infecciones. Así mismo, la formación de cicatrices podría dar lugar a la una nueva unión del frenillo a la base lingual.

- Los cuidados postoperatorios y medicación: se puede prescribir analgésicos y antiinflamatorios para el dolor y la inflamación tras la intervención quirúrgica. El uso de antibióticos está reservado como pauta profiláctica en pacientes con situación de riesgo.

Deberá seguir una dieta líquida durante las 24 horas posteriores y se aconseja dieta blanda (preferiblemente fría) durante los dos o tres días siguientes. Realizar enjuagues bucales con antisépticos y agua con sal que favorece la cicatrización. Podrá, entonces, comenzar a realizar una vida normal.

- Los resultados de la intervención: entre los quince o treinta días posteriores a la intervención quirúrgica se realiza una revisión para valorar los resultados. Se observará la reabsorción de los puntos de sutura y el éxito del procedimiento. De ser así, la lengua no encontrará obstáculo para poder proyectarse fuera de la cavidad oral, alcanzar con ella el paladar duro y labios superior e inferior. También, se apreciará la correcta articulación de la palabra. Por supuesto, la colaboración del logopeda es fundamental para lograr estos objetivos. De no contemplarse estos logros, la exéresis del frenillo habrá sido incompleta o inadecuada.

5 Discusión-Conclusión

La anquiloglosia debe ser valorada en niños con dificultad para el amamantamiento y el habla. El tratamiento terapéutico genera controversia entre los especialistas optando, unos por la resolución espontánea ya que, en ocasiones,

el frenillo gana elasticidad y longitud con el paso del tiempo. Otros, sin embargo, prefieren un tratamiento quirúrgico que daría solución a los casos más severos donde la funcionalidad de la lengua se ve más comprometida. No obstante, debe ser una decisión consensuada entre profesionales de distintas especialidades, lo que les haga tomar una decisión conservadora o quirúrgica.

6 Bibliografía

- Frenillo corto (anquiloglosia) -Diagnóstico y tratamiento- Mayo Clinic
- Protocolo-ANQUILOGLOSIA- SP-HGUA- 2018
- Frenillo lingual corto o anquiloglosia- Alba – Lactancia materna
- Anquiloglosia: MedlinePlus enciclopedia médica
- Protocolo manejo anquiloglosia www.serviciopediatria.com
- Anquiloglosia en niños de 5 a 11 años de edad: Diagnóstico y tratamiento. Dra. Norailys Pérez Navarro y Lic. Margarita López-2002
- Impacto de la anquiloglosia y la frenotomía lingual en la alimentación neonatal. Manuel Salvador Robles Andrade, Cecilia Guerrero-Sierra. Medigraphic-2013
- ¿Qué es la frenectomía y cuándo está indicada?- Estudi Dental Barcelona. 2018

Capítulo 503

CUIDADOS DE COLOSTOMÍA

MONTSERRAT SUERO

1 Introducción

La colostomía consiste en la derivación de una parte del intestino a la parte exterior del abdomen para facilitar la eliminación de las heces y los gases.

Las colostomías pueden ser temporales, mientras cicatrizan los extremos del intestino unidos después de extirpar un tumor, o bien permanentes, si se ha extirpado un tumor del recto. En ambos casos, las personas que llevan una ostomía no pueden controlar voluntariamente las deposiciones y necesitan una bolsa de recogida de heces.

2 Objetivos

Exponer el adecuado cuidado de una colostomía. Cuidados y precauciones para un correcto manejo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El objetivo es conseguir el bienestar y tranquilidad de las personas, así como potenciar la confianza en ellas mismas y en su nueva situación en la que deben saber cómo cuidar de su colostomía. Ayudarles a aprender tres ideas fundamentales que permitirán incorporarse a la rutina del día a día, que son:

- Mantener una buena higiene del estoma.
- Elegir el dispositivo adecuado a sus necesidades.
- Estar muy pendiente de cualquier signo de fuga o escape del dispositivo.

El agujero por el cual se eliminan las heces se llama estoma, y es importante que la mucosa y la piel de su alrededor tengan un color rosado. Es fundamental que la bolsa de recogida se ajuste perfectamente a las medidas del estoma y que la banda protectora adhesiva de la bolsa esté bien enganchada a la piel circundante, para evitar que se irrite la piel de alrededor. En caso de irritación, las molestias pueden ir desde un simple escozor hasta un dolor importante si llegamos a tener una piel ulcerada. Debe ponerse en contacto con una enfermera especialista ante la mínima aparición de irritación.

Limpeza y cambio de bolsa: al menos una vez al día se debe realizar una buena higiene de la colostomía y cambiar la bolsa. Suele ser antes de la comidas que es cuando disminuyen las deposiciones. Limpiar bien el estoma y la piel de alrededor con agua tibia y jabón neutro. No utilizar cremas que dificulten la adhesión de la bolsa.

Antes de enganchar la bolsa comprobar que la piel está bien seca, preparar la nueva bolsa de ostomía y colocar las manos encima de la bolsa durante un par de minutos para calentarla y facilitar su adhesión.

5 Discusión-Conclusión

Se puede tener una vida diaria y de calidad, disfrutando de manera sana y equilibrada. Lo más importante es una buena higiene corporal, utilizar ropa que no ajuste ni ejerza presión directa sobre el estoma. Se puede realizar actividad física. Todo ello, llevando una alimentación sana y equilibrada, hace que las personas que tengan colostomía sean independientes en su cuidado y que su vida no se sienta alterada en ninguno de sus aspectos.

6 Bibliografía

- Equipo médico del instituto quirúrgico Lacy.

Capítulo 504

EL ESTADO CONFUSIONAL AGUDO: PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN EL PACIENTE ANCIANO HOSPITALIZADO.

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

EVA MARÍA GALENDE SANDÍN

ELISA BLANCO GONZALEZ

LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los pacientes que manifiestan delirium o lo que es lo mismo, síndrome confusional agudo, requieren mayor atención y cuidado del personal sanitario y generalmente tienen una estancia hospitalaria más prolongada. Aunque es un trastorno muy común, todavía se desconocen los mecanismos fisiopatológicos neuronales implicados. Hay factores tanto extrínsecos como intrínsecos que pueden predisponer al delirium. Con frecuencia las personas mayores tienen más riesgo de desarrollar este trastorno tras su ingreso hospitalario. El diagnóstico precoz es muy importante, porque para recuperarse satisfactoriamente se requiere un tratamiento adecuado.

El delirium es una enfermedad tratable, pero lo más importante es que es prevenible. En este artículo, nos centraremos en la prevención no farmacológica del estado confusional como medida primaria de tratamiento, para evitar llegar a medidas de otro tipo, como pudieran ser las farmacológicas. Para manejar los síntomas, la mayoría de las veces las medidas no farmacológicas son suficientes. Estas medidas de prevención van dirigidas al personal médico, enfermería, tcaes y cuidadores.

2 Objetivos

- Describir lo que es el síndrome confusional agudo y cuáles son los signos y los síntomas más comunes.
- Detallar las medidas no farmacológicas que pueden disminuir o eliminar los factores de riesgo.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos en bases de datos científicas como EMBASE, ScienceDirect, PubMed, Medline, SciELO, Cuiden.

Palabras clave: Síndrome confusional, delirium, anciano, prevención.

Criterios de inclusión:

- Artículos escritos en español.
- Documentos publicados en los últimos 17 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos publicados en idiomas distintos al español.

4 Resultados

En el paciente hospitalizado, el síndrome confusional agudo, al que también se le llama delirium, se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas que se originan por diversas causas y se superponen unos a otros. Se ven alteradas las funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje y la atención).

El delirium tiene un inicio súbito, aparece bruscamente durante periodos de tiempo no muy largos, empeora por la noche y los síntomas van fluctuando. Cuando se manifiesta, dependiendo de la causa que lo desencadena, generalmente es reversible.

Los pacientes geriátricos hospitalizados son más vulnerables que las personas jóvenes debido a que el envejecimiento conlleva cambios estructurales y metabólicos del cerebro. Los principales síntomas de pacientes con delirium son: disminución o aumento de la actividad motora, alteraciones en el lenguaje y trastornos de memoria.

Algunos signos y síntomas del delirium:

- Al paciente se le hace difícil responder preguntas o mantener una conversación.
- Se distrae con facilidad y no es capaz de concentrarse en un tema.
- No es capaz de recordar sucesos recientes.
- Presenta dificultad en el habla, divaga o habla sin sentido.
- Se desorienta, no sabe dónde está.
- Ve alucinaciones.
- Irritabilidad, agresividad.
- Esta agitado, grita.
- Tiene alterados los hábitos del sueño.
- Apatía y letargo.

Cuando el delirium brota, la labor que el personal sanitario realiza al paciente, se hace más difícil. También se genera un estado de ansiedad en los familiares, debido a que este cursa, entre otros, con gritos, insultos, frases incoherentes, alucinaciones, agitación excesiva, agresividad, intentos de quitarse sondas o vías, desorientación, alteraciones del sueño, no pueden mantener una conversación, no responden a las órdenes. Es importante identificar las causas que pueden producir el trastorno confusional agudo.

Sabemos que existen una serie de factores de riesgo intrínsecos, para la aparición del problema, como pueden ser: la edad, deterioros visuales y auditivos, inmovilidad, desnutrición y deshidratación, deterioro cognitivo, demencia previa, intervención quirúrgica reciente. Influyen también factores extrínsecos, que lo pueden desencadenar, como puede ser: estar hospitalizado, los fármacos, la inmovilización, los catéteres, el dolor, factores ambientales etc.

Aunque es cierto que el delirium es una patología potencialmente tratable, lo que nos importa es que es prevenible, por lo que se hacen necesarios una serie de protocolos, que todo el personal sanitario y los cuidadores del paciente deberían conocer. Con estas medidas puestas en práctica podríamos evitar, entre otras cosas, el riesgo de caídas y las estancias hospitalarias prolongadas. Se debe abordar de la manera correcta este trastorno para que, el mismo, no sea negativo para el pronóstico y evolución del paciente. Ante esta problemática, se hace

necesario, que el personal sanitario, adopte una serie de medidas de prevención para evitar que se produzca el delirium. La prevención se basa en mantener, en el paciente, un equilibrio homeostático del cerebro y controlar que el medio que le rodea tenga los menos agentes estresantes posibles.

Vamos a centrarnos en enumerar algunas de las medidas de prevención no farmacológicas, que todo el personal sanitario que trata al paciente con riesgo de padecer el síndrome confusional agudo y también los acompañantes y familiares pueden poner en práctica para conseguir evitar que brote el delirium.

Medidas de prevención no farmacológicas:

- Sería aconsejable que el paciente estuviera acompañado el mayor tiempo posible.
- Identificarnos con el paciente, dirigirnos a él por su nombre.
- En el momento de comunicarnos con el paciente, utilizar un tono adecuado, con un lenguaje sencillo para que nos pueda entender, manteniendo en todo momento el contacto visual, llamémosle por su nombre.
- Cuando tengamos que aplicarle una técnica, debemos comunicarle en todo momento lo que se le va a hacer y escucharle siempre con atención.
- Propiciaremos un ambiente tranquilo, con pocos ruidos y pocos estímulos luminosos. Manteniendo la iluminación adecuada en cada momento, luz natural durante el día y oscuridad durante la noche.
- Procurar no interrumpir innecesariamente el sueño nocturno. Sera preferible que el paciente no duerma durante el día para favorecer el descanso por la noche.
- Procuraremos un ambiente tranquilo, donde se intentará conseguir el mayor silencio posible en los pasillos durante la noche y entradas innecesarias en la habitación.
- Que pueda tener a mano un reloj y recordarle frecuentemente la fecha para que se pueda orientar.
- Si usa gafas o audífono procurar que los pueda utilizar.
- Que pueda estar rodeado de objetos personales que pueda identificar como suyos.
- Que este informado de la causa del ingreso hospitalario y de cuál es su estado.
- Forzar la ingesta hídrica para que no se deshidrate.
- Permitir que recobre la autonomía lo antes posible y procurar que las restricciones físicas sean mínimas, limitándolas a cuando esté en peligro su integridad física (para evitar autolesión o caídas), la de sus familiares y la del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome confusional agudo cada vez se observa con mayor frecuencia en los ancianos hospitalizados. Es un trastorno muy común que se presenta en algún momento de su estancia en el hospital. Se produce por múltiples causas orgánicas y también los cambios propios del envejecimiento. Todo esto hace que la persona sea más vulnerable a desarrollar un delirium.

El delirium es una patología que se puede tratar, por lo que es importante que identifiquemos las causas que lo pueden producir, cuales son los factores que lo pueden precipitar y desencadenar. Lo más importante es trabajar en la prevención, porque las medidas preventivas son la terapia más eficaz. Aunque existen unos criterios de actuación para prevenir este trastorno, será importante que individualicemos los cuidados, en cada paciente, para que su evolución sea la deseada.

6 Bibliografía

- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. In: López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, editors. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona: Masson; 2005.
- Formiga F, Marcos E, Solé A, Valencia E, Lora-Tamayo J, Pujo IR. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev Clin Esp.* 2005;205:484-8.
- González M, De Pablo J, Valdés M. Delirium: la confusión de los clínicos. *Rev Méd Chile.* 2003; 131:1051-60.
- Gayoso Orol MJ, Sanz Casalengua AM. Cuadros confusinales agudos. In: Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R, editores. Síndromes y cuidados en pacientes geriátricos. Protocolos de actuación. 2a ed., Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p.547-6.
- Gaspar Alonso-Vega G, Lázaro Marí MP. Tratamiento del síndrome confusional agudo. *JANO.*2002; 62(1431):33-37.
- Álvarez-Fernández B, Gómez-Huelgas R. Síndrome confusional agudo en el paciente hospitalizado. En: López Soto A, Formiga Pérez F, Ruiz Hidalgo D, Duaso Magaña E, editores. Clínicas en geriatría hospitalaria. Barcelona; 2006. p. 29-42.

Capítulo 505

LA DIÁLISIS VISTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA

TATIANA PRIETO PEREZ

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

1 Introducción

Se define así básicamente por separar todas las sustancias que están agrupadas. Tienen que empezar la diálisis después de decidir unos cuadros clínicos y analíticas que el nefrólogo decide, teniendo en cuenta los signos y síntomas, que bien pueden ser: digestivos, locomotores, cardiovasculares, cutáneos, hematológicos, sistemas nerviosos, desnutrición. Cuentan también con factores como las complicaciones de la urea, potasio, fósforo, etc.(Huarte-Loza, Barril-Cuadrado,Cebollada-Muro,Cerezo-Morales, Coronel-Díaz, Doñate-Cubells y Llopis,2006).

Lo normal es empezar cuando la función renal del enfermo está entre 8-12%. Es la técnica que sustituye la función del riñón, por eso debe depurar y normalizar la función de la sangre y el líquido. Los tipos que hay son: peritoneales, continuada, autopatizada y hemodiálisis: fistulas arterio-venosa anterior y exterior, catéter subclavia.(Montenegro, Correa-Rotter y Riella,2009).En ella contamos que se ha aumentado la vida de los enfermos de diálisis un 20% más hoy en día debido a los tratamientos que hay.(Ortega, Jesus, y Eulogio, 2018).

Sus síntomas son muy comunes entre ellos, por la aparición de sangre en la orina, o por tener cristales en ella. Belding Scribner inventaron un aparato hace 50 años formado con tubos de plástico, a raíz de eso fueron progresando hasta que crearon las fistulas, los trasplantes y un largo etc.(Macía- Heras,2013).

2 Objetivos

Describir cómo el TCAE debe realizar sus funciones en el procedimiento de diálisis.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en Pubmed,Embase,Cinahl,google academico descartando paginas que no fueran solo en español,etc...Durante los dos últimos trimestres del 2019.

4 Resultados

La revisión bibliográfica que explicamos aquí va dirigida de cuando se debe poner la diálisis y la funciones que debe realizar el Tcae en este ámbito,hay que añadir que las complicaciones que conlleva llegar a poner la diálisis son variadas por que tambien tiene efectos contrarios, como vómitos, hipertensión, calambres, cefaleas.

Los Tcae nos ocuparemos de sus cuidados básicos durante todo el proceso,protegiendo alenfermo de todo lo que necesite en ese momento,le transmitiremos paz t tranquilidad,empatizaremos con el debido a las largas horas que pasan en el hospital para que no se encuentre solo,ya que esto es importante para su evolución.(Tapia,2011).

Prepararemos el material de diálisis dependiendo del enfermo(jeringuillas, gasas, fistulas,)etc. Si el paciente no esta listo notificaremos a la enfermera o al médico y lo registraremos.Se comprueban las constantes, pesaremos al enfermo antes y después de la diálisis, para estar seguros de que el enfermo pueda hacer la sesión antes de conectarlo realizamos el test por si hay presencia de ácido peracético, estar pendientes cada media hora para medir la presión arterial y lo anotamos.(Vilar, Requeijo, Rivela, Martínez, Castro, Soutullo).

Tomaremos nota de la diuresis y la ingesta durante toda la sesión.

Formamos parte del equipo multidisciplinar y como tal colaboramos con la enfermera para el proceso de conexión y desconexión de la fistula aportando todo lo que necesite de material teniéndolo preparado antes.(Bello ,León, García,Rey , Castro, y Soutullo, 2013). Una vez acabado el proceso seguiremos con la desinfección y desmontar los monitores, recoger todo el material, lo empaquetaremos en cajas para llevarlo a esterilización, una vez recogido todo se añaden las fechas, las horas y el nombre. Una terminado todo lo volveremos a montar para el siguiente enfermo de diálisis.

Los Técnicos en cuidados de enfermería, junto con la enfermera estarán presentes para el enfermo constantemente es por eso que trabajan mano a mano,y a que el enfermo se sentirá más arropado. Es complicado trabajar en diálisis cuando no se tiene suficiente formación ya que los aparatajes siempre los arma y desarmala Tcae. La desinfección y limpieza de las maquinas e incluso de los pacientes es otra tarea a realizar por el Tcae. Los equipos y el material debe estar siempre en buen estado de no ser así se comunica a los superiores.

En todo esto hay que remarcar a los familiares de los pacientes, que pasan largas horas, lo que menos 4 en el hospital, y necesitan que empatizemos con ellos ya que al igual que el enfermo ellos necesitan mucho apoyo.(Ramos Sanes, Gil y Bazán,2016).

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo comprabamos la importancia de tener suficiente información y conocimientos para trabajar en el área de Dialis ,aprendimos la gran importancia y responsabilidad que tiene el Tcae,empatizando no solo con el enfermo si no ademas con la familia ya que tambien necesita un punto de apoyo y ser escuchados ,ya que la familia al igual que el paciente pasa largas horas en el hospital.

6 Bibliografía

- Bello Vilar, M., León Requeijo, D., García Rivela, L., Rey Martínez, M. A., Castro Castro, M., & Novas Soutullo, M. D. P. (2013). Previniendo riesgos para la seguridad del enfermo renal en hemodiálisis hospitalizado: elaboración de una guía de cuidados. *Enfermería Nefrológica*, 16, 211-212.

- Córdova Riofrío, K. A. (2012). Manejo de enfermería en el acceso vascular que garantice el tratamiento en pacientes hemodializados (Bachelor's thesis).
- Huarte-Loza, E., Barril-Cuadrado, G., Cebollada-Muro, J., Cerezo-Morales, S., Coronel-Díaz, F.,
- Doñate-Cubells, T., ... & Llopis-López, A. (2006). Nutrición en pacientes en diálisis. ConsensoSEDYT. *Diálisis y Trasplante*, 27(4), 138-161.
- Macía-Heras, M. (2013). Más allá de la supervivencia en diálisis, necesitamos cambiar el paradigma. *Nefrología (Madrid)*, 33(5), 623-628.
- Montenegro, J., Correa-Rotter, R., & Riella, M. C. (2009). *Tratado de diálisis peritoneal*. Barcelona: Elsevier.
- Ortega Porta, K. L., Jesus, N., & Eulogio, M. (2018). Intervención de enfermería en el manejo del catéter venoso central en pacientes de hemodiálisis, Hospital Regional Hermilio Valdizán. Medrano, Huánuco-2017.
- Ramos Sanes, S. C., & Gil Bazán, C. M. (2016). Apoyo familiar y capacidad de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal de un Hospital de ESSALUD Lima.
- Seguí Gomà, A., Amador Peris, P., & Ramos Alcario, A. B. (2010). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería nefrológica*, 13(3), 155-160.
- Vilar, M. B., Requeijo, D. L., Rivela, L. G., Martínez, M. A. R., Castro, M. C., & Soutullo, M. D. P. N. Previniendo riesgos para la seguridad del enfermo renal en hemodiálisis hospitalizado: elaboración de una guía de cuidados.

Capítulo 506

PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE Y ASEO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

EVA MARÍA GALENDE SANDÍN

1 Introducción

Debido a la complejidad de atención que demandan los pacientes ingresados los profesionales sanitarios deben utilizar sus capacidades y formación para dar una atención individualizada. El equipo de enfermería planifica, realiza y evalúa los cuidados de higiene y limpieza que deben recibir los pacientes, en cuya consecución ejerce un papel muy importante el auxiliar de enfermería. Así pues, el personal sanitario, además de realizar los procedimientos correctamente, debe cuidar la relación con el paciente durante su intervención para aumentar el bienestar, comodidad y satisfacción y también realizar un procedimiento de alta calidad asistencial. La higiene del enfermo es fundamental para evitar y prevenir la aparición de enfermedades además durante su realización estaremos contribuyendo a mejorar el bienestar tanto físico como psíquico del paciente.

2 Objetivos

La higiene y el aseo se realiza para satisfacer las necesidades del paciente durante su hospitalización, por eso vamos a analizar la importancia de seguir unas normas de actuación. Las llevaremos a cabo con los siguientes objetivos:

- Observar cualquier signo orientativo de problema de salud, así como el estado de la piel y recoger los datos.
- Conservar la integridad de la piel
- Evitar la acumulación de secreciones que favorezca la aparición de infecciones
- Eliminar la suciedad y evitar el mal olor
- Reducir la temperatura corporal en caso de fiebre
- Estimular la circulación sanguínea
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima y el bienestar del paciente

Como personal sanitario nuestro objetivo o finalidad será mantener la salud y prevenir la enfermedad.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica exhaustiva en las principales bases de datos de sanidad: SciELO, Medline, PubMed, Google Académico, Dialnet, así como en revistas de enfermería y médicas.

Criterios de inclusión: documentos escritos en español. La búsqueda la limitamos a documentos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión: documentos en idioma distinto del español.

Palabras clave: Higiene, personal sanitario, intimidad, técnicas, piel.

4 Resultados

La higiene es el conjunto de actividades que se realizan para mantener limpios la piel, los dientes, el cabello, etc. Para realizar un procedimiento de alta calidad asistencial debemos tener en cuenta unas normas generales de actuación:

- Mantener temperatura ambiente adecuada (22 y 24°C) y evitar las corrientes de aire
- La temperatura del agua comprobarla (38 y 40°C)

- Preparar todo el equipo que se vaya a utilizar antes de comenzar y aislar al paciente del entorno, quizás con un biombo o estores, para respetar su intimidad
- Usar jabones neutros, que no irriten la piel. Secar cuidadosamente la piel y aplicar crema hidratante realizando un suave masaje. Siguiendo un orden: enjabonado, enjuagado, aclarado y secado
- Estimular la colaboración del paciente para favorecer su independencia y si esta encamado evitar tenerle totalmente desnudo, cubrirle con una toalla tratando de favorecer su seguridad y movilización

En función del grado de dependencia del paciente pueden realizarse en:

1. Paciente autónomo: en la ducha y/o la bañera
2. Paciente dependiente: en la cama

- Paciente autónomo:

En estos casos el paciente no necesita ayuda o esta será mínima, de esa manera contribuimos a mantener y estimular la independencia del paciente. Como norma general la ducha tiene un efecto estimulante mientras que el baño es más relajante. La ducha tiene una duración menor y se realiza una limpieza por arrastre. En estos casos debemos cuidar las medidas o sistemas de seguridad para evitar accidentes en los baños.

- Paciente dependiente:

Se realiza en aquellos pacientes que deben estar encamados, tengan o no movilidad. Es conveniente que lo realicen dos personas así disminuirá el tiempo empleado y se aumentará la seguridad del paciente. Se debe realizar siempre que sea necesario, pero como mínimo una vez al día, por la mañana. Siguiendo unos consejos:

- Solo dejar expuesta la zona que se esté lavando
- Emplearemos jabón en todas las zonas, excepto los ojos y la cara
- La secuencia del lavado será enjabonar una zona, aclarar y secar muy bien, insistiendo en los pliegues cutáneos.
- Como pauta general se lava siempre desde lo más limpio a lo más sucio, se hará en el orden siguiente:

Ante ciertas circunstancias será necesario realizar aseos parciales, en zonas concretas del cuerpo como puede ser:

- Limpieza de la boca y dientes: el objetivo de la limpieza dental es el arrastre mecánico de la placa bacteriana por medio de cepillo dental y de otros accesorios.

Debemos estimular al paciente para que lo haga por sí mismo y dependiendo de su grado de dependencia existen distintos tipos de intervención: paciente consciente, si se vale por sí mismo él se cepillará los dientes y se los enjuagará, si esto no es posible, debe hacerlo el personal sanitario, en este caso el auxiliar de enfermería. Paciente inconsciente, colocaremos al paciente con la cabeza ladeada y con una torunda con una gasa impregnada en antiséptico limpiaremos toda la boca, repitiendo el proceso con varias torundas, secaremos bien los labios y para que no se resequen pondremos hidratante.

- Limpieza del cabello: se realiza en pacientes encamados, con cuidado colocaremos al paciente sobre la superficie de la cama hasta que su cabeza quede al borde de esta y así se facilite el lavado.

- Lavado genital o pequeño aseo: esta técnica se usa generalmente en el paciente encamado cuando sea necesario. Si es posible la propia persona lo realizara y le facilitaremos el material necesario. Si no es posible realizaremos nosotros la higiene siempre en la dirección de genitales a región anal y nunca al revés, de esa forma evitaremos el arrastre de gérmenes del ano hacia los genitales, especialmente en el caso de las mujeres.

- Cuidado de los pies: el objetivo es evitar las complicaciones que surgen de la estancia prolongada en la cama, mantener la comodidad y limpieza y favorecer la circulación. En general esta técnica se usa para pacientes encamados mediante introducir los pies en una palangana, después se secarán muy bien, insistiendo en los espacios interdigitales. Después del lavado las uñas se recortarán siempre en línea recta y en caso de que tiendan a encarnarse, el cuidado lo debe realizar un podólogo.

Después de terminar la higiene del paciente se puede aprovechar para dar un masaje con la finalidad principal de mejorar el estado de la piel. Se realizará cuando no existan contraindicaciones y se observamos erosiones, eritema u otras lesiones se comunicará y anotará en la hoja de evolución del paciente. Los efectos del masaje influyen a nivel físico, psíquico y emocional. En general los masajes estimulan la circulación sanguínea y producen relajación, lo que hace que el paciente disminuya su ansiedad y aumente el bienestar.

Una vez terminado todo el procedimiento, recogeremos todo lo utilizado y se anotara en el registro de observaciones, haciendo hincapié en el tipo de baño realizado, los cuidados administrados y las anomalías o incidencias que observamos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene y el mantenimiento de la integridad cutánea son esenciales, es la suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades e infecciones. El control de estas actuaciones debe ser mantenido por el auxiliar en función del estado del paciente. Como profesionales sanitarios debemos realizar un procedimiento de alta calidad asistencial, resaltando como objetivo de la higiene la realización correcta de los procedimientos, para así mejorar la necesidad de seguridad, bienestar y autoestima del paciente durante su hospitalización.

6 Bibliografía

- La higiene en pacientes hospitalizados por parte de Enfermería. <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- Protocolo de higiene personal del paciente. <https://www.hospitaldejove.com>
- Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. <http://scielo.isciii.es>
- Procedimiento del aseo del paciente. <http://www.hca.es>
- Higiene del paciente en cama. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>
- Protocolo de higiene del paciente. <http://www.csantantoni.com>

Capítulo 507

DIFERENTES GRADOS DE QUEMADURAS

JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ

NEREA PEÑA VALDIVIA

1 Introducción

Una quemadura es una lesión en los tejidos del cuerpo ocasionada por contacto directo o indirecto con calor, sustancias químicas, electricidad, sol, radiación. Pueden causar ampollas, cicatrices, hinchazón y en ocasiones infecciones e incluso la muerte.

Hay diferentes tipos de grados de quemaduras:

- Las de primer grado: afectan solo a la capa externa de la piel, llamada epidermis. Produce dolor, enrojecimiento e hinchazón.
- Las de segundo grado: afectan a la capa externa de la piel epidermis, se encuentra por debajo de la dermis, y además de las mencionadas dolencias forman también ampollas.
- Las de tercer grado: destruyen además de afectar la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran por debajo de ella (hipodermis). Al contacto no duele, la piel está con manchas blancas de color café o negras, edemas, necrosis y se pueden producir infecciones.

2 Objetivos

- Identificar las recomendaciones del cuidado de la quemadura según el grado y la extensión.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre las quemaduras en revistas de enfermería indexadas en bases de datos como Medline.

4 Resultados

Para poder llevar a cabo un protocolo correcto se debe realizar una valoración de la quemadura, teniendo en cuenta la extensión, el grado, la dimensión y la localización de la quemadura.

Ante una quemadura de primer grado, se deben llevar a cabo las siguientes recomendaciones: con suero fisiológico o agua, limpiar la piel y secar sin frotar, seguidamente hidratar la zona muy bien.

Ante quemaduras de segundo grado y tercer grado: lavar con agua a temperatura ambiente, suero salino y usar clorhexidina como antiséptico. Si no mejora, si hay dolor acudir al médico.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo un buen protocolo y una buena valoración de la zona afectada, se evitaban posteriores infecciones y complicaciones en pacientes con quemaduras de diferentes grados. También influirá mucho el tipo de paciente: paciente diabético, paciente con Síndrome, paciente con mala circulación....dificultando muy mucho la cicatrización de la quemadura, y pudiendo producirse complicaciones muy graves, incluso la amputación del miembro afectado.

6 Bibliografía

- Guía práctica clínica para cuidados de personas que sufren quemaduras (Servicio Andaluz de la Salud).
- www.guíasalud.es
- www.medline.gov

- Buscador Google Académico.

Capítulo 508

UNION DEL RECIÉN NACIDO CON SU MADRE

SANDRA GONZALEZ ARIAS

1 Introducción

Existe una creciente evidencia de que el contacto piel con piel inmediatamente después del parto es una practica beneficosa tanto para el recién nacido como para los padres contribuyendo al establecimiento del vinculo y a la adaptacion postnatal. Se aconseja realizarlo lo antes posible al nacer y sin interrupción hasta las primeras dos horas de vida, para así aprovechar al máximo todo el tiempo de alerta que tienen los recién nacidos normales tras el parto.

En principio todas las madres y recién nacidos deberán tener la oportunidad de realizar el contacto piel con piel inmediato, salvo en las situaciones en las que exista compromiso neonatal, en las que se procederá a la valoración del recién nacido y la decisión final será consensuada en el equipo de atención materno-infantil.

Se denomina contacto piel con piel al contacto directo del recién nacido desnudo con la piel de la madre. Al nacer, el bebé es colocado sobre el pecho o el abdomen de la madre. Esta práctica se ha realizado en algunas culturas desde hace siglos con el objetivo de que el niño mantuviera el calor y consiguiera alimento lo antes posible, a la vez que empezara a interactuar con su madre.

2 Objetivos

- Conocer las recomendaciones existentes acerca del contacto piel con piel durante las primeras horas de vida del bebé tanto para la madre como para su retoño.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos sobre el contacto piel con piel, publicados en las revistas indexadas en las principales bases de datos como Pubmed y Medline. Utilizándose las palabras claves, contacto, bebé, madre, beneficios.

4 Resultados

La mayoría de los estudios aconsejan realizarlo lo antes posible al nacer y sin interrupción hasta las dos primeras dos horas de vida, para así aprovechar al máximo todo el tiempo de alerta que tienen los recién nacidos normales tras el parto y favorecer el primer agarre al pecho. Los beneficios del contacto piel con piel no solo acaban en las primeras horas del posparto, se pueden seguir realizando sesiones de cuidado piel con piel en cualquier momento.

Justo tras el nacimiento, se coloca al bebé directamente encima del pecho de su madre. Tan solo con el contacto madre-hijo, un bebé sano no necesita más medidas para mantener su temperatura corporal. En caso que la madre no esté en condiciones de realizarlo como ocurre en las cesáreas será el papá el que lo realice.

Debemos mantener cierto nivel de alerta cuando estamos realizando el piel con piel con nuestro bebé, observaremos que no se produzcan cambios de color de los labios del niño, que no se quede frío y que no varía el tono de piel, vigilaremos que no se obstruyan las fosas nasales y que su respiración sea normal. No obstante, todo el proceso de contacto piel con piel será supervisado por un profesional sanitario al que consultaremos cualquier duda.

5 Discusión-Conclusión

La lactancia materna tiene una serie de beneficios para la madre como son estrecha los lazos afectivos entre madre e hijo, facilitando la conducta de crianza y el apego, previene la hemorragia posparto, estimula y favorece la lactancia materna aumentando su frecuencia y duración, reduce la ansiedad materna e incrementa el grado de satisfacción materna sobre la percepción del parto.

También tiene una serie de beneficios para el recién nacido ya que ayuda a mantener la temperatura del bebé, inhibe la producción de hormonas y estrés en el recién nacido, facilitando una mejor adaptación metabólica tras el parto, disminuye el riesgo de infección, proporciona un estado de relajación o alerta tranquila que se caracteriza por menos episodios de llanto y una frecuencia cardio-respiratoria más estable y los bebés muestran menos dolor cuando se les realiza técnicas invasivas. Pueden realizarlo los dos progenitores. En condiciones normales será la madre la que en un primer momento realice el contacto piel con piel. Si las condiciones del parto o estado de la madre no permiten que realice ella este contacto lo realizará el papá del recién nacido.

6 Bibliografía

- Pacientes de maternidad del área III del Sespa, por protección de datos no se ofrecen más referencias.
- Páginas web: Medlineplus.

Capítulo 509

TRASTORNO DEL ATRACÓN COMPULSIVO

MARIA JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

El Trastorno del Atracón Compulsivo, en inglés BED (Binge Eating Disorders) es una alteración del comportamiento alimentario caracterizada por los deseos frecuentes de comer grandes cantidades de alimentos ,mayoritariamente de alto valor calórico y elevado contenido en grasas y azúcares.

Se diferencia de la bulimia nerviosa porque no se llega al extremo de vomitar, ni al uso de diuréticos ni laxantes , ni tampoco existe la compensación de ayunos o ejercicio físico.

Posiblemente sea el desorden alimenticio más común ,a pesar de estar recientemente reconocida. La mayor parte de las personas que padecen este trastorno son obesas, el 2% son adultos y es mas común entre mujeres (3 por cada hombre).

La causa que la produce es desconocida, aunque aproximadamente en la mitad de los casos hay síntomas de depresión ,también el aburrimiento ,la tristeza ,la ansiedad y algunas emociones negativas pueden conducir a un episodio de atracón.

2 Objetivos

Explicar el trastorno de atracón compulsivo.

3 Caso clínico

El diagnóstico de estos pacientes está basado en la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV).

Son frecuentes las crisis de dos días a la semana y como mínimo durante seis meses y no tiene por qué suceder durante la anorexia o la bulimia.

Los episodios recurrentes tienen como mínimo tres indicadores, como por ejemplo: comer más de lo habitual y más rápido, comer a escondidas, sensación de culpabilidad después de una crisis, etc.

4 Resultados

Dado que hay riesgo de complicaciones como pueden ser: diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, enfermedades cardíacas o de la vesícula biliar e incluso algunos tipos de cáncer, además de problemas de índole social (pérdida de empleo o dificultades en las relaciones interpersonales), el principal objetivo es ayudar al paciente a mejorar y controlar sus hábitos alimenticios con un equipo multidisciplinar que aborde el tratamiento psicológico, nutricional, médico-farmacológico y terapia de grupo y / o familiar.

A pesar de lo complicado que es tratar este trastorno, ya que la mayoría de los pacientes se sienten avergonzados y lo ocultan, llevando un tratamiento exhaustivo y ajustado a las necesidades individuales del paciente se consigue controlar y mejorar sus hábitos nutricionales.

5 Discusión-Conclusión

Esta clase de patologías necesitan de un equipo bien integrado en cuanto a médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas y la propia familia para crear un ambiente de confianza y de seguimiento personalizado para que estas personas recuperen la confianza en sí mismas y poco a poco el autocontrol, y siempre bajo una perfecta supervisión para evitar posibles recaídas.

6 Bibliografía

- Dirección académica: Anelia Rodríguez Martín. Fco Rosés Amat. Dietética y nutrición humana. Centros de estudios superiores IUSC.

- Editora María C.Linder.Nutición,Aspectos Bioquímicos,metabólicos y clínicos.Editorial EUNSA.
- Guia para el manejo en atención primaria de los trastornos de conducta alimentaria.
- Junta de Comunidades de Castilla La Mancha .Consejería de Sanidad.
- P.Cervera, J.Clapes,R.rigolfas.Alimentación y dietoterapia.Esitorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- R.Coronas.Manual práctico de dietética y nutrición.EDITORIAL MÉDICA JIMS,SL.

Capítulo 510

EL PARTO DOMICILIARIO VERSUS HOSPITALARO

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

1 Introducción

El parto, un momento tan singular, con tantas emociones y expectativas envueltas que lo convierte en un hito en la vida de los progenitores y en el desarrollo de nuestro ciclo vital. Es un proceso natural, merecedor de esmero y atenciones en el cual hay vidas implicadas, la de la madre y la del bebe, razón de más para que se realice con las mayores garantías y el menor riesgo. Es un acontecimiento antiguo y repetido. Miles de millones de partos tiene la humanidad a sus espaldas. Los primeros nacimientos de la humanidad se desarrollaban en soledad y lugares apartados. Con el paso de los años algunas mujeres comenzaron a prestar asistencia a las parturientas. Sorano de Éfeso (98-138 d.C.) escribió acerca de las comadronas. Para el siglo XVIII los médicos se incorporaron al proceso del alumbramiento.(1)

Así que el parto sufrió una evolución no solamente en apoyo especializado sino también en el desarrollo de aparataje y técnicas que mejorasen las cifras de mortalidad. Hoy día, especialidades como la ginecología y obstetricia están bien consolidadas siendo partes fundamentales de los sistemas sanitarios. La Dra. Princess

Nothemba Simelela, Subdirectora General de la OMS para Familia, Mujer, Niño y Adolescente. Asevero «Queremos que las mujeres den a luz en un entorno seguro con asistentes al parto competentes en instalaciones bien equipadas» siendo el parto asistido un derecho ampliamente reconocido.(2)

Básicamente podemos separar los nacimientos en dos bloques: el lugar donde se producen, en centros sanitarios o fuera de ellos. En los países subdesarrollados el parto domiciliario es lo más habitual ya que en muchos casos no disponen de hospitales donde hay atención médica y cuando la hay no pueden acceder a ella en el momento del parto por encontrarse a gran distancia de su vivienda. Por el contrario, en los países desarrollados la gran mayoría de los nacimientos se desarrollan en centros hospitalarios. Aun disponiendo de todos los medios para que la mujer tenga un parto con las mayores garantías posibles para ella y su bebe, hay mujeres que en este siglo optan por dar a luz en su domicilio.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las razones del porque hoy día muchas mujeres deciden dar a luz en sus hogares.

Objetivos secundarios:

- Analizar las medidas a tener en cuenta si se opta por el parto domiciliario.
- Identificar las situaciones desaconsejables de afrontar un parto domiciliario que supondrían poner en peligro la salud y la vida de la futura mama y su bebe.

3 Metodología

En esta revisión bibliográfica de tipo narrativo se recopiló artículos referentes a temas relacionados con los beneficios y las contraindicaciones del parto domiciliario y hospitalario. Las bases de datos que se utilizaron fueron Scielo, Medes, Instituto Nacional de Estadística y buscadores como Google Académico, utilizando para su búsqueda descriptores como palabras clave tales partos, domicilio, hospitales, soportes. Los criterios de inclusión son artículos seleccionados en los idiomas en inglés y español, quedando excluidos cualquier artículo o información que no fuera estos idiomas citados. Se procuró buscar información lo más actualizada posible. Se encontraron artículos dentro de los diez últimos años.

4 Resultados

Hoy día, en los países desarrollados se pone a disposición de la mujer embarazada centros sanitarios junto con especialistas en la materia y aparataje con el objetivo de velar por la salud y el bienestar de la futura mamá y su bebé desde el momento de la concepción hasta su nacimiento. Aun así cada vez son más las mujeres que optan por el parto domiciliario. Tomemos como ejemplo España y Estados Unidos. En España el número de nacimientos en domicilios fue de un 0,32% sobre el total en el año 2017 según datos publicados por el INE. En los Estados Unidos en el año 2009 el porcentaje era de un 0,72%.(3,4)

Las mujeres que defienden el parto domiciliario alegan que es más beneficioso dar a luz en casa por ser un lugar conocido y cómodo donde tienen mayor libertad de movimiento para asearse, comer o acomodarse. Consideran que el estar más cerca de sus familiares les produce tranquilidad y sosiego. Rechazan fármacos como puede ser la oxitocina y ciertas técnicas médicas como la práctica de cesáreas que consideran agresivas y perjudiciales para ella y su bebé. Otras mujeres deciden esta opción por motivos culturales o religiosos.(5)

Al igual que cada persona tiene el derecho a escoger que tratamiento quiere recibir ante una enfermedad, la mujer tiene la misma libertad de decisión en cuanto a elegir el parto que desee. Se debe tener en cuenta que este derecho no puede ser absoluto ya que si hubiera algún tipo de riesgo, la salud y la vida del futuro recién nacido pudiera estar en grave peligro ocasionándole lesiones de por vida o incluso la muerte. Así lo pusieron de manifiesto estudios realizados por un grupo de obstetras estadounidenses quienes afirmaron que en los partos domiciliarios el porcentaje de mortalidad del recién nacido son cuatro veces mayor que los nacidos en hospitales. El Dr. Amos Grunebaum aseveró que el dar a luz en los hospitales donde se cuenta con personal facultativo, reduce la mortalidad de los bebés. De cada 10000 nacimientos en el hospital, murieron 3,1 bebés en comparación del 13,2 muertes de bebés producidas por los partos domiciliarios.(6)

Ante estas cifras, la futura mamá sigue teniendo el derecho de escoger donde quiere tener el alumbramiento, no obstante antes de tomar una decisión debe tener en cuenta algunos aspectos importantes que pudiera entrañar un riesgo mayor para ella y complicaciones para su bebé:

- La edad de la madre ya que a partir de los 35 años se considera embarazo de riesgo.
- Si la madre tiene hábitos como el fumar, beber alcohol, consumir algún tipo de drogas.
- Tiene alguna enfermedad diagnosticada, afecciones que pudiera tener o desar-

- rollar durante el embarazo tales como presión arterial, epilepsia, diabetes, etc.
- Si se le practico alguna cesárea anteriormente.
 - Si en las ecografías revelan algún tipo de problema que afecte al feto.
 - Embarazo múltiple.
 - Si el parto se produce antes de las 37 semanas o después de las 41 semanas de embarazo.
 - Si la presentación del feto no es la correcta, pudiera ser un parto podálico.

Ante esta situación es recomendable escoger el parto hospitalario donde se dispone de médicos experimentados y tecnología necesaria para afrontar cualquier situación que comprometa la vida de la madre y del futuro recién nacido(7)

Ante la decisión de un parto domiciliario, es recomendable que se elabore un plan para el parto con anterioridad: (8)

- Escoger un médico y una matrona que juntos asistan en el parto. Tener sus teléfonos a mano por si el parto se adelantara.
- Qué personas se quiere que estén presente durante el parto, el esposo, la madre, hermanas, etc.
- Materiales que se utilizaran durante el parto como la cantidad de toallas, almohadas, cojines, sábanas, mantas, gasas estériles, etc.
- El lugar de la casa donde se pretende dar a luz por su espacio y comodidad.
- Tener algún tipo de analgésico preparado prescrito por el médico o alguna otra técnica para aguantar el dolor.
- Tener preparado el transporte que se pudiera necesitar si hay que acudir al hospital, teniendo el depósito con suficiente gasolina junto con unas mantas y toallas.

5 Discusión-Conclusión

Como mencionamos al principio un parto no es un asunto menor. Hay vidas implicadas. Lo que es evidente es el deseo y la voluntad de todas las partes implicadas reduciendo al máximo los riesgos que puede tener un parto, tanto para la madre como para el futuro bebe.

En países en vías de desarrollo las muertes en el parto son de un 99%. Esto se debe a que las mujeres no pueden acudir a hospitales donde recibirían apoyo médico, técnico y humano, bien porque no lo hay en las zonas donde residen o porque están a largas distancias de su domicilio, por tanto no les queda más remedio que tener sus hijos en su hogar arriesgando su vida y la de sus bebes.

Hoy día en los países desarrollados un número de mujeres prefieren el parto domiciliario por razones religiosas, culturales o simplemente por la intimidad y comodidad que sienten en su hogar rodeadas de sus seres queridos. Es cierto que décadas pasadas era lo más habitual y que algunos estudios indican que en embarazos de bajo riesgo, no múltiples y con asistencia cualificada las perspectivas de éxito se igualan a la de los partos hospitalarios.

Estudios realizados por médicos obstetras como el doctor El Dr. Amos Grunebaum puso de manifiesto el elevado número de parturientas y bebés que murieron en partos domiciliarios, defendiendo el parto hospitalario.(6)

Ante estas cifras están los que abogan por un parto hospitalario. Las razones fundamentales son la seguridad que se proporciona a la parturienta y al bebé ante posibles complicaciones en el momento del parto y cuidados posteriores, contando con personal cualificado: médicos, matronas, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores, etc. Estos cuidarán y velarán por el bienestar de la madre y el bebé en su estancia hospitalaria, junto con los soportes necesarios que el hospital pone a su disposición ante cualquier imprevisto que se puedan presentar. La mujer tiene derecho a escoger como quiere llevar su embarazo y donde quiere dar a luz, ya sea en hospitales o en su domicilio. Aun así también la ley ampara al bebé en caso de que hubiera posibles complicaciones que pusieran en peligro su salud y su vida.

6 Bibliografía

- 1.<https://www.efesalud.com/un-paseo-por-la-historia-del-parto-de-la-soledad-del-paleolitico-a-la-medicalizacion-de-la-actualidad/>
- 2. Plenilunia.<https://plenilunia.com/salud-publica/novedades-medicas/nuevas-recomendaciones-de-la-oms-para-la-atencion-de-mujeres-embarazadas-sanas-y-reducir-intervenciones-medicas-innecesarias/50758/>
- 3.<https://www.infosalus.com>
- 4. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db84.htm>
- 5. Como dar a luz en casa. <https://es.wikihow.com/dar-a-luz-en-casa>. 30/11/2019.
- 6. Los riesgos de dar a luz en casa para el bebé <https://www.guiainfantil.com>
- 7.<http://www.mayoclinic.org/home-birth/art-200468787>.
- 8.<http://www.mayoclinic.org/home-birth/art-200468787>

Capítulo 511

EL RETO DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA UCI

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

TATIANA PRIETO PEREZ

1 Introducción

El Tcae es un profesional que recorre todas las áreas hospitalarias, entre ellas la UCI. En este capítulo, vamos a intentar poner todas o casi todas las funciones que deben realizar los Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería. El trabajo en una Unidad de Cuidados Intensivos para un Tcae, no es un trabajo fácil, es el lugar donde quizás se trabaja con mayor presión y genera más estrés, (Ochagavía, Baigorri, 2011). Es por todo esto que los Tcae puedan llegar a sentir miedo o les genere ansiedad a veces por la falta de conocimientos en los cuidados. (Díaz, 2017).

La UCI es un área especializada dentro del hospital, que proporciona soporte vital a los pacientes que están muy críticos, o tienen complicaciones que precisan una rápida intervención, necesitan supervisión continua y monitores de manera intensiva, ventilación mecánica, medicación, etc, pero aunque estén muy críticos, siempre pueden tener recuperación clínica, se realizan cuidados individualizados en función de la necesidad de cada enfermo. Los enfermos que acaban siendo ingresados en la UCI pueden ser vigilados después de una operación complicada,

y su paso por este área puede ser de menos tiempo. La UCI se define como una asistencia clínica.

Hay varios espacios entre las camas y para los monitores, para poder realizar las tareas convenientes, otros espacios son para las zonas limpias y sucias, otros espacios son para el apoyo técnico "médicos, familiares, equipo de trabajo, etc". Es también el lugar donde se lucha por superar la gravedad de la enfermedad con todos los recursos que se pueden aplicar ya que hay mucha tecnología, se aplican incluso los recursos humanos. También hay que decir que es el área más cara del hospital, en ella se encuentran toda clase de médicos expertos desde cardiólogos, neurólogos, cirujanos, internistas...etc.(Díaz).

Generalmente en la UCI hay todo tipo de pacientes con distintos problemas, desde, cardiovasculares, nerviosos, endocrinos, gastrointestinales, hematología, microbiología, metabólico, respiratorios, pero también cuenta con cabinas para el aislamiento para evitar las transmisiones de enfermedades, tanto si el paciente es el portador, se evita que se transmita como si el enfermo presenta un estado de inmunosupresión evita que se contagie. En estos últimos casos hay ropas especiales que los Tcae deben de tener para su total protección.(Martínez, Lerma, Badía, Gil,Pueyo,Tobajas, Zero, 2010).

La UCI empezó a existir gracias a Florence Nighthindale ya que ella veía que agrupando los pacientes críticos con más recursos en un mismo área estarían mejor atendidos y tendrían mayor posibilidad de curarse, estos echos tuvieron lugar en la Guerra de Crimea en 1854,1856. Aunque en España se creó la primera sobre 1966.

En este área también existe la UCI pediátrica, aquí se dificulta más la labor de los cuidados ya que cuando están en estado de gravedad, hablamos de niños en edades comprendidas de 0 meses a 14 años,(Donoso, Fuentes,2004) lo que afecta más al personal sanitario, y a la familia del menor, es sumamente importante crearles un lugar donde se sientan seguros y tranquilos para serenar los nervios y la angustia generada por la circunstancia. Aunque el equipo de esta unidad este altamente cualificado para atender cualquier caso siendo menores suele afectar más a nivel emocional.(Nespereira y Vázquez,2017).

Todas las funciones que deben realizar los Tcae vienen recogidas en la Constitución en los artículos del 74 al 84.

2 Objetivos

- Ser eficaces y eficientes a la hora de tratar con pacientes críticos.
- Avanzar en técnicas de cuidados para los Tcae en las Unidades de cuidados intensivos.
- Avanzar en mejorar la humanización tanto con los enfermos como con sus familiares.
- Remarcar que los protocolos para que sean más eficientes, y que el manejo de todo el equipamiento este en conocimiento de todo el personal. Los Técnicos de cuidados auxiliares en enfermería están muy cualificados para tratar a este tipo de pacientes, por otra parte es con ellos con los que pasa más tiempo ya que se encarga de sus necesidades y cuidados. Deben de conocer todos los tipos de procedimientos y los procesos de actuación. Lo que más se debe remarcar es el trabajo en equipo que deben formar todo el personal. (Hernández, 2019).

3 Metodología

La información de este capítulo es sacada de google académico buscando en distintos descriptores y la experiencia basada en trabajo de hospital, y muchas bases de datos científicos. (Pudmed, dialnet, medline...etc), se ha realizado en un periodo de tiempo a lo largo de este año 2019 buscando en datos de años anteriores también.

4 Resultados

Son muchas y muy variadas las labores del Tcae en la UCI, siempre trabajara con todo el equipo, bien sea para colaborar con el equipo de enfermería o por que cumpla con sus funciones asignadas. Hay que desarrollar los cuidados con mucho tacto ya que muchos de los enfermos que están ingresados están bastante graves, (López, 2011).

Todas las labores que se realizan estarán bajo la supervisión de la enfermera. Es el encargado de llevar al paciente a su lugar en la UCI, o lo traslada de la camilla a la cama, desde el momento que llega debe estar atento a los cuidados que necesite, para poder proporcionárselos. Hay que resaltar que hay muchos tipos de camillas cada una adaptada según las necesidades del enfermo.

Realiza los aseos y toda su higiene a los enfermos, así como los cambios posturales, cambios fisiológicos, o el cambio de ropa de cama, por eso hay que preparar

el material que se vaya a utilizar, por ejemplo(batea, suero, gasas, toallas, sábanas, agua, jabón, guantes, depresor lingual, cuñas,etc...).

Estar atenta por si es necesario reponer o desinfectar alguno de los materiales que usen los médicos, enfermeros, etc..asegurando siempre la asepsia, es altamente importante tener todos los carros(de paradas, de curas) ,filtros de diálisis y aparatajes siempre limpios y a mano por si se precisara usarlos.

Siempre hay que estar por delante de lo que puedan necesitar los especialistas y así adelantar la solucitud del médico y o enfermera. Hay que atender a los familiares ,mostrarles los lugares donde pueden estar o esperar, explicarles las normas del hospital. Dar de comer a los enfermos por vía oral aquel que pueda comer. Dentro del aseo forma parte también el afeitado, peinarlo, y agradar todo lo posible su forma estética para que se pueda encontrar mejor consigo mismo.

En caso de que utilice bolsa de diuresis ,cambiarla por otra si fuera necesario. Deshacerse de todo el material sucio, reponiéndolo por limpio. Entre todo esto debe de tomar las muestras que le manden bien sean de (orina, heces, esputos.etc),y llevarlas donde se deban realizan las muestras.

Observara anomalías a los pacientes ingresados en la UCI e informara y registrar cualquier cosa,(si tiene dolor o no, si esta desorientado,)etc.

Debe colaborar en administrar medicamentos, pero solo por vía oral o rectal.Así mismo tiene algunas prohibiciones que debe cumplir.

La profesión de Técnicos de cuidados auxiliares en enfermería lleva muchos años ejerciéndose empezaron en 1960 sin formación académica, en 1973 aprueban el Estatuto de personal sanitario no facultativo, en 1975 se requiere la titulación de Auxiliar de clínica, en 1984 se exige el FP1, en 1986 se crea la categoría profesional de auxiliar de enfermería, en 1990 se cambia el nombre de la titulación otra vez siendo esta Técnico de cuidados auxiliares de enfermería.(De La Plaza y Espinosa, 2011).

5 Discusión-Conclusión

Una ayuda muy grande es estar familiarizado con el entorno y con todo el aparataje ya que aquí es donde hay de todo lo que normalmente no se usa en las plantas o en otros lugares del hospital.Las Técnicos de cuidados auxiliares de enfermería son piezas fundamentales en este servicio.

Hay que remarcar que debido a la evolución de la profesión de Tcae están más que cualificados para tratar con cualquier tipo de enfermos.

6 Bibliografía

- Ochagavía, A., & Baigorri, F. (2011). Monitorización hemodinámica en el paciente crítico. *Medicina intensiva*, 35(8), 497-498. Introducción de la serie «Puesta al día»:
- Donoso, A., & Fuentes, I. (2004). Eventos adversos en UCI. *Revista chilena de pediatría*, 75(3), 233-239.
- Martínez, M. P., Lerma, F. Á., Badía, M. R., Gil, C. L., Pueyo, M. L., Tobajas, C. D., ... & Zero, B. (2010). Prevención de la bacteriemia relacionada con catéteres en UCI mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. *Medicina intensiva*, 34(9), 581-589.
- López, J. F. M. (2011). TCAE en la unidad de cuidados intensivos. Editorial Vértice.
- Díaz, B. G. P. CUIDADOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI).
- Díaz Tejedor, O. (2017). Calidad de vida profesional del personal sanitario en las unidades de Urgencias y UCI del Hospital Santa Bárbara de Soria.
- López, J. F. M. (2011). TCAE en la unidad de cuidados intensivos. Editorial Vértice.
- Nespereira-Campuzano, T., & Vázquez-Campo, M. (2017). Inteligencia emocional y manejo del estrés en profesionales de Enfermería del Servicio de Urgencias hospitalarias. *Enfermería Clínica*, 27(3), 172-178.
- Sánchez Vallejo, A. (2016). Análisis de las necesidades de la familia del enfermo crítico y la opinión de los profesionales de UCI= Analysis of needs of the critically ill relatives and critical care professional's opinion.
- De La Plaza, E. P., & Espinosa, A. M. F. (2011). Técnicas básicas de enfermería. McGraw-Hill España.
- Hernández Ramírez, S. (2019). Importancia de la comunicación enfermera-paciente como proceso terapéutico del cuidado.

Capítulo 512

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LA HIGIENE DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

SONIA RON PEREZ

1 Introducción

Se entiende por higiene al conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpios la piel, el cabello, los dientes, las uñas, etc.

2 Objetivos

Proporcionar los conocimientos necesarios para: conseguir la limpieza corporal, mantener el buen estado de la piel, proporcionar el máximo confort al paciente durante su hospitalización y fomentar hábitos higiénicos saludables al alta.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Ana María Fernández Espinosa, Evangelina Pérez De La Plaza: Técnicas Básicas de enfermería. Editorial Mc Graw Hill Interamericana de España S.L, España 2011.
- Protocolo de higiene personal del paciente. Fundación Hospital de Jove 2014.
- Maria Dolores Martin Morano: Aseo general del paciente encamado. Enfermería Práctica, disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>.

Capítulo 513

IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO

VERONICA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La correcta identificación de los recién nacidos es un derecho reconocido constituye una prioridad dentro de las políticas de mejora de la seguridad de la asistencia sanitaria.

Actualmente en España como método de identificación del recién nacido se usa la combinación del codificador neonatal (pulsera de la madre y pulsera del recién nacido y pinza de cordón con un mismo número y con un código de barras idéntico y exclusivo para cada recién nacido), junto con la recogida de una muestra de sangre materna y otra de sangre del cordón umbilical (para análisis de ADN en caso exclusivamente de duda de identidad) es actualmente el método más fiable de identificación del recién nacido.

Un triángulo perfecto a través del cual en cualquier momento se podrá realizar las analíticas necesarias para la identificación legal de recién nacido, si se diese el caso.

2 Objetivos

Conocer cual es el actual método de identificación de los recién nacidos, evitará problemas por identificaciones incorrectas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.aeped.es>
- <https://www.webconsultas.com>
- <https://www.murciasalud.es>
- <https://www.astursalud.es>

Capítulo 514

ETAPAS DEL FUNCIONAMIENTO DEL AUTOCLAVE

VERONICA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Eliminar todo organismo es importante para no poner en riesgo la salud del paciente en el que se usarán los instrumentos. De esta manera, el profesional garantiza un trabajo limpio y sano. Es la manera segura de reutilizar aquellas herramientas creadas para tal fin.

Puesta en Marcha

Se cierran las puertas herméticamente para que la cámara quede sellada.

Expulsión de Aire

En esta fase se eliminara el aire contenido en la cámara y se favorecerá a la eliminación posterior del aire dentro de los paquetes y de los contenedores. Para ello se inyecta vapor en la cámara y se activa el sistema de vacío.

Preparación

Para la extracción del aire de los productos y de la cámara, se realiza una serie de fases (hasta cuatro) de inyección de vapor (de recámara a cámara) seguidas de fases de vacío (prevacío), mediante el sistema de vacío, para eliminar completamente el aire restante.

Calentamiento

Se introduce vapor en la cámara y en el interior de los contenedores, hasta alcanzar la temperatura y presión de esterilización.

Esterilización

Se mantiene constante la temperatura y presión en la cámara durante el correspondiente tiempo de esterilización.

Desvalorización

El vapor de la cámara es eliminado por el sistema de vacío y se produce un descenso de la presión.

Secado

Se inicia un vacío final, profundo y duradero. Se mantiene el vapor en la recámara, para mantener caliente la cámara y ayudar a secar el producto a fin de evitar todo tipo de recontaminación bacteriana durante el transporte y el almacenamiento.

Igualación

Entrada de aire atmosférico a la cámara, a través de un filtro de aire estéril, para compensar la presión de la cámara (que estaba en depresión) con la atmosférica. El vapor utilizado se condensa y se convierte en agua transportándose a un depósito.

Finalización del Proceso

Se liberan las puertas para que puedan ser abiertas.

2 Objetivos

Conocer y adquirir conocimientos necesarios para el correcto uso del autoclave.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.ingesa.mscbs.gob.es>
- <https://sites.google.com>

- <https://www.ecured.cu>
- <https://www.seisamed.com>

Capítulo 515

LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO PIEL CON PIEL DEL RECIEN NACIDO

VERONICA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Durante las dos horas que siguen al nacimiento, el bebé vive el periodo que los especialistas conocen como sensitivo. Las descargas de noradrenalina que el tronco cerebral ha vertido al torrente sanguíneo durante el parto, hacen que el bebé esté en un estado de alerta tranquila. Durante este periodo es capaz de girar la cabeza o buscar el rostro y los ojos de su madre y gracias a esta hormona su olfato se agudiza y memoriza el olor de la madre, estableciendo el vínculo afectivo con ella.

Durante las 2 horas tras el parto el bebé a su madre si está en contacto piel con piel con ella.

El bebé se situará sobre el cuerpo de la madre. La parte central del tórax está más caliente en una mujer que acaba de dar a luz que en cualquier otra persona. Involuntariamente es capaz de aumentar la temperatura de esa zona hasta lograr estabilizar la temperatura corporal del bebé, impidiendo la pérdida de calor. Las cunas de calor son innecesarias si se permite a la madre el contacto directo e ininterumpido con el bebé.

Si el bebé es depositado sobre el abdomen de la madre después de un parto sin drogas el bebé será capaz de reptar hasta el pecho de la madre. Los movimientos del bebé, las patadas que da sobre el abdomen de su madre son un masaje que obliga al útero a contraerse previniendo hemorragias graves y obteniendo el bebé otros múltiples beneficios.

2 Objetivos

Conocer el porqué de las nuevas técnicas en neonatología ayudan a tener una perspectiva más global, y el TCAE ofrecer una atención de mayor calidad.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.bebesymas.com>
- <https://www.stanfordchildrens.org>
- <https://saludcantabria.es>
- <https://www.astursalud.es>

Capítulo 516

LA CONFIDENCIALIDAD: UN DEBER OLVIDADO

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

NOELIA DÍAZ GERAS

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

ALBA COITO DIAZ

1 Introducción

Como profesionales de la salud, es necesario entender la necesidad de preservar la confidencialidad de los datos de los pacientes. En nuestro ámbito cultural existe cierto relajamiento en el cumplimiento de las normas del secreto profesional ya sea por descuido, divulgación o por acceso indebido a la información; se impone la necesidad de un cambio en la cultura del manejo de datos, así como de hacer mayor énfasis sobre este tema en la formación de los futuros profesionales.

Muchas veces no se le da la importancia que merece y no se tiene conciencia de la magnitud de las consecuencias que puede tener para ambas partes. Todo aquel que llegue a conocer datos confidenciales está obligado al secreto y por muchas contraseñas o trabas que se pongan, la última barrera es la propia discreción.

La Constitución Española reconoce los derechos a la intimidad y confidencialidad como derechos fundamentales, con el fin de preservar la esfera íntima de las per-

sonas. Estos derechos, adquieren especial importancia en el ámbito de la salud, ya que los pacientes al proporcionar datos sobre su estado de salud, los profesionales sanitarios son depositarios de datos personales sensibles. La responsabilidad que conlleva vulnerar estos derechos puede ser administrativa, civil, penal y suponer sanciones administrativas, indemnizaciones civiles e incluso, penas de prisión e inhabilitación. Cuando una persona confía sus datos personales, debe ser informada, de modo preciso, de la existencia del fichero o tratamiento de los datos de carácter personal, del carácter voluntario u obligatorio, de quién es el responsable del fichero, de la finalidad y forma de utilización de sus datos, así como de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Existe también un deber moral de fidelidad para con el paciente. Se deben respetar los acuerdos a los que se llegan, y esto incluye el acuerdo acerca de la confidencialidad de la información que se maneja en la actuación sanitaria. La relación de los pacientes con los profesionales de la salud se basa necesariamente en la confianza, ya que debe revelar datos que pertenecen a la esfera de lo íntimo para que quien le atiende cuente con la información necesaria para abordar su proceso. Si esa confianza se quiebra la relación se deteriorará. Esta es la razón básica de carácter práctico que nos empuja a mantener el secreto profesional. Hay que tener en cuenta que la obligación de secreto abarca la información referente al estado de salud del paciente, y a cualquier dato sobre su vida privada que se conozca durante la atención sanitaria. Si el profesional no respeta la reserva de lo revelado por el paciente y difunde información privada del mismo, puede provocarle graves daños en diferentes esferas de su vida que serán como mínimo de tipo moral, quebrantando el principio de no maleficencia.

La historia clínica de un paciente en un centro sanitario es un elemento imprescindible para garantizar la calidad de la atención sanitaria. Es el documento que refleja el quehacer del profesional en pro de la salud del paciente. En ella queda la huella de quien la realiza y por ello es necesario tener en cuenta principios éticos y formales a la hora de su redacción. Recoger los datos justos y necesarios para la atención al paciente, desechando lo superfluo debe ser un aspecto más de la excelencia clínica.

El uso fundamental de la historia clínica es el asistencial pero también existen una serie de usos con fines distintos a este: fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación y docentes. En estos casos, debe separarse la información personal del paciente de la asistencial para garantizar su anonimato (excepto orden judicial en contra o consentimiento del paciente). Además, se re-

girán por lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos, la Ley General de Sanidad y demás normas de aplicación en cada caso (Ley de Autonomía del Paciente, art. 16).

El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente, incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso.

Decálogo elaborado por la Agencia Española de Protección de Datos para el personal sanitario y administrativo:

1. Trata los datos de los pacientes como querías que trataran los tuyos.
2. ¿Estás seguro de que tienes que acceder a esa historia clínica? Piénsalo. Sólo debes acceder si es necesario para los fines de tu trabajo.
3. Recuerda: tus accesos a la documentación clínica quedan registrados en el sistema. Se sabe en qué momento y a qué información has accedido. Los accesos son auditados posteriormente.
4. Evita informar a terceros sobre la salud de tus pacientes, salvo que éstos lo hayan consentido o tengas una justificación lícita.
5. Cuando salgas del despacho, asegúrate de cerrar la sesión abierta en tu ordenador. No facilites a nadie tu clave y contraseña; si necesitas un acceso urgente, contacta con el departamento de informática.
6. No envíes información con datos de salud por correo electrónico o por cualquier red pública o inalámbrica de comunicación electrónica; si fuera imprescindible, no olvides cifrar los datos.
7. No tires documentos con datos personales a la papelera; destrúyelos tú mismo o sigue el procedimiento implantado en tu centro.
8. Cuando termines de pasar consulta, cierra con llave los armarios o archivadores que contengan documentación clínica.
9. No dejes las historias clínicas a la vista sin supervisión.
10. No crees por tu cuenta ficheros con datos personales de pacientes; consulta siempre antes con el departamento de informática.

2 Objetivos

- Proteger la intimidad y la confidencialidad del paciente.
- Conocer qué medidas de seguridad pueden aplicarse para garantizar el derecho de confidencialidad de los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Google Académico y PubMed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre confidencialidad entre distintos profesionales del ámbito sanitario.

4 Bibliografía

- <http://www.enfermerialeon.com>
- <https://sespas.es>
- <https://www.redaccionmedica.com>

Capítulo 517

DIABETES...LAS 3 PES

YOLANDA GRANDA GONZÁLEZ

VANESA RODRIGUEZ ABELLA

SONIA IGLESIAS GARCÍA

JENNIFER MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO MASEDA MEGIDO

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad causada por el exceso de azúcar en la sangre. Existen dos tipos principales de diabetes: diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2. Además existen otros tipos, como la diabetes gestacional y las diabetes secundarias a otras enfermedades.

Se suelen tomar como referencias las 3 "P":

- Poliuria: excesivas ganas de orinar.
- Polifagia: excesivo apetito.
- Polidipsia : excesiva sed.

Una vez identificados estos síntomas , se intentarán tomar las medidas oportunas para atajar el problema de la mejor forma posible.

2 Objetivos

- Identificar la hiperglucemia en sangre.

- Conocer las consecuencias, riesgos coronarios, arteriales y renales desencadenado por la hiperglucemias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen varios tipos de diabetes.

- Diabetes tipo I: generalmente en niños.
 - Diabetes II : en edad adulta.
 - Diabetes gestacional: durante el embarazo.
- Estos 3 tipos de diabetes son las más comunes.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes tipo I, no se puede prevenir.

La diabetes tipo II, es la más frecuente, la causa más relevante es la obesidad. Es, por tanto muy importante adoptar las medidas necesarias para tratar de evitar, en lo posible, esta dolencia (evitar el sedentarismo, evitar la comida basura, los azúcares, etc).

Se sugiere adoptar medidas saludables en todos los ordenes de la vida.

La diabetes tipo gestacional se produce durante el embarazo.

Se debe de actuar de inmediato para controlar la glucosa en sangre y, así, mantener en buena salud tanto a la madre como al niño.

6 Bibliografía

- <https://www.medigraphic.com>
- <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 518

LA ESTERILIZACIÓN, EL TRABAJO DEL TCAE

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

TATIANA PRIETO PEREZ

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

1 Introducción

El proceso que convella la esterilización es el más importante en el hospital cada instrumento,aparataje etc,lleva un proceso diferente.

Dentro de un area hospitalaria es de vital importancia la desinfeccion,la limpieza y la esterilizacion,es por eso que juega un papel importante todo el proceso en si.

Se le puede definir como el proceso de liberar cada cosa de microbios,destruir gérmenes,y hacer estéril todos los instrumentos o lo que queramos esterilizar,con ello se elimina todo lo que tiene virus o esporas.

Se puede hacer de diferentes maneras bien por vía física o química, se realiza a altas temperaturas o bajas dependiendo del tipo de microorganismo que queramos eliminar.

Dentro de todas la funciones del Tcae forman parte de ellas todo el campo que abarca la esterilización del instrumental usado en la intervención quirúrgica.

Antiguamente los procesos de esterilizacion se realizan igual que ahora solo que no tenian los medios que tenemos hoy en dia , pero hervían agua y usaban el

calor ,por que en el siglo XIX debido a las bacterias la gente contraia virus y enfermedades a veces mortales ,hasta que se dieron cuenta de lo importante que era la desinfección.

Hay varios tipos de esterilización que se deben usar para cada cosa, deberemos saber cuando usar una u otra,bien sean calor seco,calor húmero,físico,químico,etc...

Generalmente la que más se usa en la autoclave que es un aparato con bandejas que esta cerrado, puede funcionar con gas o con electricidad,el que más se usa es un modelo de autoclave que se llama Chamberland.

Llevan una revisión muy severa ya que hay que prevenir que todo el proceso salga bien por el bien del paciente,por eso hay que cumplir una normas y protocolos que estan marcados para todos los trabajadores.

Hay que remarcar las tecnologias avanzadas,tambien se comienza a usar mucho material reutilizable,ya que es mas economico.

La esterilizacion se suelen usar muchos productos entre ellos esta el vapor,óxido de etileno,perióxido de hidrogeno,etc,esta unidad esta siendo cada vez mas especializada para tener un optima calidad.

El principal objetivo de todo este proceso es que este todo libre de bacterias. Desde que llega todo el material a la unidad de esterilizacion,no se para hasta que finaliza todo el proceso que conlleva el almacenamiento y su distribucion. Cada Tcae tendra un servicio,con sus funciones,pero en toda la unidad lo primordial sera la seguridad del paciente.

Diferenciamos los distintos paquetes que llegan y los distribuiremos,segun el tipo de esterilizacion que debe llevar y se separar el material y instrumental.

Se utiliza el lavado mecanico en clave para casi todo el material ya que es lo mejor para los Tcae y para el intrumental,se empaqueta los instrumentos segun vaya a llevar un proceso u otro, debemos tener suficiente formación para poder realizar las técnicas que sean mejores y saber por ejemplo que la altas temperaturas seran con vapor,la baja temperatura será con peróxido de hidrógeno que tambien puede ser vaporizado,o de óxido etileno,una vez acabado todo este proceso se realizara su validación a través de soporte informatico despues de añadir los codigos de barras.

Narramos aqui algunas cosas que pueden esterilizar los Tcae con cada sistema. Autoclave: tipos de agujas tunelización o redón, drenajes goma virgen, pezzet,

guantes quirurgicos anticorte, palancanas, vendas, cánulas, sondas, tubos de aspiración, etc...

Calor seco: vidrio, polvos.

Óxido de etileno: cables de marcapasos o de bisturí, camara de presión, agujas de cateter.

Tiene varias zonas: sucia, de empaquetado, esterilización,esteril y de ropas.

2 Objetivos

Analizar y conocer todos los aspectos relacionados con la esterilización.

3 Metodología

Repasamos revisiones bibliograficas dirigidas a las funciones de los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, de bases de datos como Pubmed, embase, google academico durante principio de 2019 hasta finales de 2019 abarcando todo el campo en general.

4 Resultados

Debido a los complicados procesos de esterilizacion y la mala practica a veces sin saber andar con todo el aparataje pueden causar infecciones leves o graves a los enfermos que van a realizar la siguiente operación quirurgica, hay que contar tambien que los instrumentos pueden ser despues de estar procesados otra vez contaminados si no se toman las medidas oportunas. Pero por la experiencia y eficacia del personal Tcae se hace todo con el mayor profesionalismo que nos compete.

5 Discusión-Conclusión

Debe realizarse bien el trabajo tanto por el personal sanitario como por los instrumentos que afectan al paciente, por ello a de seguirse el protocolo que ello con lleva, trabajar con todo el equipo es fundamental, ya que depende de nosotros que quede todo bien esterilizado.

Lo que nos quedo claro realizando este trabajo es de la importancia que tiene realizar bien esta labor.

6 Bibliografía

- Acosta-Gnass, S. I. (2008). Manual de esterilización para centros de salud. Pan American Health Org.
- Aguiar, B. C., Soares, E., & da Silva, A. C. (2009). Evolución de las centrales de material y esterilización: historia, actualidad y perspectivas de la enfermería. *Enfermería Global*, 8(1), 1-6.
- Criado-Álvarez, J. J., & Ceballos, I. M. (2006). Normativa y calidad en la central de esterilización. *Revista de Calidad Asistencial*, 21(2), 110-115.
- Frenkel, R. (2007). La sostenibilidad de la política de esterilización. Centro de Economía y Finanzas para el Desarrollo de la Argentina (cefidar), Documento de Trabajo, (17), 1-18.
- Lozares, C., Verd, J. M., Barranco, O., Massó, M., & Moreno, S. (2013). La complejidad y opacidad de las tareas auxiliares en los procesos de trabajo: un análisis etnográfico comparado en dos servicios hospitalarios. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 221-242.
- Márquez, F. C. (2007). TCAE en el servicio de esterilización. Editorial Vértice.
- Pazmiño Maldonado, A. N. (2001). Sistemas de control y monitoreo de un autoclave para la industria farmacéutica (Bachelor's thesis, Quito: EPN, 2001.).
- Sanjuana, G. O. M., Iris, C. H., & Federico, M. Q. J. (2006). Análisis de costos en tres métodos de esterilización. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 14(3), 131-135.
- Shigla, Y., Cecilia, A., & Castillo Rosado, J. L. (2016). Limpieza, desinfección y esterilización de materiales, equipos e instrumental quirúrgico en la central de esterilización del Hospital Militar General II de Libertad, de octubre 2015 a marzo 2016 en la ciudad de Guayaquil.
- Vignoli, R. A. F. A. E. L. (2006). Esterilización y desinfección. Temas de Bacteriología y Virología para CEFA. Departamento de Bacteriología y Virología. Facultad de Medicina. Instituto de Higiene.
- Vignoli, R. (2008). Esterilización, desinfección y antisepsia. Extraído el, 5.

Capítulo 519

ESTUDIO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA AL PACIENTE VISTO POR TCAE

TATIANA PRIETO PEREZ

DESIRE MARIA FERNANDEZ ABELLA

CRISTINA ISABEL MOUTA CARBALLO

1 Introducción

La Salud Mental esta definida como la prevención y el estudio del diagnóstico, de la mente, que abarca la conducta humana, de todos los procesos mentales, llamada también Ciencia Social. Puede ser debido a el campo Neurológico o genético del paciente. (Ruiloba y Pascual, 1991).

Con esta narración vamos a comprender los diferentes tipos a lo largo del tiempo de procesos psiquiátricos y los trabajos realizados por los tcae para la ayuda de su mejoría. (Kaplan, Sadock y Grebb, 1999). Narraremos la evolución de los avances en la Salud Mental. (Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormand-Rifà y Casas, 2007).

En la segunda mitad de siglo XIX, se crearon los manicomios, ya que los enfermos eran expuestos a burlas, o a ser olvidados todas aquellas personas que sufrieran algún tipo de trastorno. (Valenzuela, 2014).

Revisamos las funciones de los Tcae en la planta de psiquiatría en un hospital. Destacamos la influencia de la enfermera de la época Florence Nigthingale por asistir a dichos pacientes mentales, y no dejarles solos a su mala suerte, ya que ella

los ayudo, dándoles los cuidados necesarios.(Ojeda,2013). Hoy en pleno siglo XXI podemos destacar que tenemos varias ramas de psiquiatria,desde la del adulto hasta de niños pasando por geriátrica, forense o relacionados con trastornos de la alimentación.(Moyano,Domínguez, y Casal, 2006).

Debemos de tener claro que los problemas mentales, pueden generar enfermedades, ya que los síntomas que se padecen los sufre el cuerpo.Por eso, cuando un enfermo ingresa en la unidad de Psiquiatría el principal apoyo desde el principio es el Tcae, que este a su vez seria el enlace entre el paciente y el equipo multidisciplinar.

2 Objetivos

Los objetivos a determinar en esta revisión bibliográfica, son las funciones de ayuda y el gran trabajo del Tcae, teniendo en cuenta que conviven con el enfermo muchas horas al día,y debe proporcionarle el mayor bienestar.

3 Metodología

Revisiones bibliográfica recopilando información de páginas de psiquiatría de bases de datos de google academico, Dialnet, Cochrane, Pubmed, Cinahl, recabando todas ellas información, descartando la que no estuviera en Español.

4 Resultados

El Tcae debe ayudar a realizar el aseo, orientándole a que coopere en la realización de las tareas de su vida cotidiada. Se le debe de dar la ropa que debe de llevar, explicar las normas tanto al paciente aunque sus capacidades no lo permitan y a sus familiares, despues lo registraremos todo.

Que realice la función de vestirse, aunque requiera de ayuda, contribuir a sus necesidades de alimentación, hacerle comprender que puede confiar en el Tcae por si necesitara hablar, para ello nos ganaríamos su confianza.(Climent y Arango, 1983).

Saber orientarlos debido a su inconstancia, abriendo y cerrando grifos, la ducha, etc... y que descansen las horas necesarias.

El Tcae debe de estar mano a mano con el equipo ya que debe estar pendiente de las sondas o vendajes que emplean, dando notificación al equipo de enfermería en caso de ser necesario, ser cuidadoso en la parte de medicación, ya que entre todos juntos debemos hacer la labor del bienestar del paciente, aunque es cierto que el que busca consuelo y apoyo es la familia que busca asesoramiento mostrando preocupación.

Cuanto uno mejor se ve, más le sube el autoestima, ayudaría que le transmitieras paz y tranquilidad. La principal ayuda que se les puede aportar ,es comprender los procesos mentales, según actúen o de su ambiente y entorno con otras personas, ya que muchas veces es derivado por un colectivo inadecuado para el.

Las Administraciones de Sanidad deberán formar recursos para asistir, tanto en domicilio como en el ambulatorio, siendo el hospital el último recurso para el bienestar del paciente, debido a eso se trabajara para su reinserción social. Lo importante es que el enfermo por cualquier tipo de trastorno pueda recuperar sus facultades, siempre se trabajara pensando en eso, por eso hay que empatizar con ellos y poder tener lugares comunes en el área del hospital, que puedan interactuar con los Tcae e incluso con los demás internos, así poder entre todo el equipo multidisciplinar trabajar juntos para su mejoría terapéutica.(Fernández ,2018).

Hay que tener en cuenta el estrés que genera también a los Tcae este área de trabajo, no siempre se consiguen los objetivos establecidos.(Jiménez y García,2016). Es el Técnico en cuidados auxiliares en enfermería el que acompaña a los enfermos en todo momento.

Recabando todo tipo de información sobre la Psiquiatría sugerimos que participe más la asistencia ambulatoria para poder saber los principios de los trastornos y de que pueden ser derivados. Ya que a veces la presencia de estos puede verse en la conducta de la persona, la forma de hablar o de la manera que se expresa (habla alto, bajo, o su expresión en si), puede aportar información si tiene algún tipo de depresión o manías. Con la información que trasmitimos en este capitulo no estamos valorando a los pacientes ya que eso lo debe hacer el especialista de Psiquiatría, nosotros solo observamos debido a nuestra profesión Tcae.

5 Discusión-Conclusión

Según la revisión bibliográfica que hemos realizado sacamos como conclusión que este campo de trabajo puede ser en muchos momentos muy estresante, debido a diferentes variables que emergen del trabajo en sí.

Como consecuencia de ello aparece en muchos trabajadores el estrés y agobio que produce no poder tenerlo todo bajo control, la falta de tiempo necesario para tratar a los pacientes y por la carga de trabajo, que tienen que realizar, es frustrante la baja autoestima que produce al equipo disciplinar.

A parte de todo esto, parece ser que no hay demasiada formación, para el personal referido en este campo, en nuestra opinión si el personal estuviera mucho más formado podría valorar de forma diferente al paciente con mucha más objetividad.

6 Bibliografía

- Climent, C. E., & de Arango, M. V. (1983). Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. OPS.
- Fernández Manzano, E. (2018). Contención mecánica de pacientes agitados en urgencias: protocolo e intervención formativa enfermera.
- Jiménez Maldonado, Á., & García Millán, S. (2016). Valoración de ansiedad y burnout en los profesionales de enfermería de un servicio de Nefrología. *Enfermería Nefrológica*, 19(2), 118-124.
- Kaplan, H., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1999). Sinopsis de psiquiatría. Medica.
- Moyano, M., Domínguez, C. J. D., & Casal, G. B. (2006). Análisis de la productividad científica de la Psiquiatría española a través de las tesis doctorales en la base de datos TESEO (1993-2002). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 111-120.
- Ojeda, H. (2013). La salud mental desde los textos de Florencia Nightingale. *Enfoque. Revista Científica de Enfermería.*, 13(8), 19-26.
- Ramos-Quiroga, J. A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B., & Casas, M. (2007).
- Ruiloba, J. V., & Pascual, C. B. (1991). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Ed. Científicas y Técnicas.
- Valenzuela Ferreira, I. V. (2014). Estudio del personal auxiliar de enfermería y de psicología del Hospital Psiquiátrico Julio Endara en el trabajo con pacientes psicóticos, entre febrero y marzo de 2014 (Bachelor's thesis).

Capítulo 520

CONCEPTOS DEL TECNICO EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA EN DESINFECCION Y ESTERILIZACION

NATALIA NORIEGA LOREDO

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

ESMERALDA MEANA PIÑERA

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

1 Introducción

El primer médico que quiso poner freno a las infecciones nosocomiales fue el Doctor Semmelweis, quien, hace ya casi 140 años, insistió en que la causa de la expansión de la fiebre puerperal (un tipo de fiebre que afectaba a las parturientas debido a infecciones contraídas durante el parto y que era mortal) que invadía su hospital de Viena, se debía a la falta de higiene de los médicos. Al parecer estos no se lavaban las manos entre cada práctica médica, como eran las autopsias y los partos.

El doctor Semmelweis implanta el lavado de manos en los estudiantes de medicina que atendían a parturientas disminuyendo a un 1% la mortalidad de las mismas. Fue, precisamente, en el año de su muerte, 1865, cuando sus teorías fueron

aprobadas y desde entonces la profesión sanitaria ha adoptado como medida higiénica y preventiva el lavado de manos.

En el siglo XIX Pasteur demuestra la existencia de microorganismos. A partir de ese momento se descubre que la causa de numerosas enfermedades son bacterias que se transmiten desde los enfermos hasta las personas sanas a través de distintos mecanismos. En los hospitales las condiciones de limpieza eran precarias, hasta que a partir de los trabajos de Lister, se comprobó que las heridas se infectaban en las operaciones quirúrgicas por la existencia de bacterias presentes en el aire, en los instrumentos quirúrgicos, y en la piel del operador. Se introdujo así la necesidad de utilizar sustancias que eliminaran las mismas durante la cura de heridas, en la limpieza de material quirúrgico y de los quirófanos. La primera sustancia utilizada con este fin, fue el fenol.

En 1890 Halsted introduce los guantes de goma previamente hervidos en las intervenciones quirúrgicas. Como técnicos en cuidados de enfermería tenemos que tener conceptos básicos como:

-LIMPIEZA: remoción de todos los materiales extraños (sangre, proteínas, detritus...) que se adhieren a los diferentes objetos. Se realiza con aguas detergentes y productos enzimáticos. Si el instrumental no está limpio los procesos de desinfección y esterilización no serán totalmente eficaces, ya que la suciedad no permitirá el contacto de la gente con la superficie y actuará protegiendo las bacterias.

-ESTERILIZACIÓN: proceso físico o químico que destruye toda forma de vida microbiana incluidas las esporas.

-DESINFECCION: tiene el objetivo de destruir los microorganismos mediante agentes de naturaleza química (desinfectantes), con el fin de disminuir el número de formas vegetativas a unos niveles mínimos.

-DESINFECTANTE: sustancia química que inhibe o destruye microorganismos al aplicarla sobre material inerte sin que se altere significativamente.

-ASEPSIA: se denomina los procedimientos utilizados para prevenir que los microorganismos proliferen en un medio determinado (quirófano, laboratorio...)

-ANTISEPTICOS: agentes desinfectantes que se utilizan sobre superficies corporales con el fin de reducir la cantidad de flora normal y de contaminantes microbianos de carácter patógeno. Tienen un grado menor de toxicidad que los desinfectantes y generalmente menor grado de actividad. Determinados preparados pueden utilizarse como antisépticos o como desinfectantes indistintamente pero con diferentes concentraciones en cada caso.

-ANTIMICROBIANOS: sustancias químicas producidas por microorganismos o sintetizadas químicamente que a bajas concentraciones son capaces de inhibir e

incluso de destruir microorganismos sin producir efectos tóxicos en el huésped.

2 Objetivos

El objetivo específico de una campaña de desinfección es destruir todo tipo de gérmenes patógenos, realizándose ello de una forma preventiva antes de que se produzcan infecciones generalizadas de los mismos. Este carácter destructor de los gérmenes diferencia esta técnica de la esterilización la cual además de los gérmenes patógenos, también destruye cualquier forma elemental de vida saprófita, e incluso formas de resistencia como esporas, bacterias u hongos.

Y el objetivo de la esterilización es destruir, inactivar o retener gérmenes en general y patógenos en particular.

3 Metodología

4 Resultados

Procedimientos de limpieza que realiza el técnico en cuidados de enfermería

La limpieza siempre hay que realizarla con procedimientos húmedos empleando materiales de limpieza como mopas o bayetas mojadas en soluciones limpiadoras. En proceso puede ser manual o mecánico:

- Manual elimina una gran cantidad de patógenos sobre la superficie de los materiales mediante los procesos de prelavado, enjuague y secado.
- Mecánica se hace con distintos equipos mecánicos, como maquinaria de limpieza a presiones es decir lavadoras con productos químicos, limpieza con vapor, limpieza criogénica... y con ultrasonidos, con este tipo de método limpieza por vibración hace que la materia orgánica de los instrumentos se desprenda sin dañar la estructura.

Procedimientos de desinfección que realiza el TCAE

Dependiendo de los productos que se utilicen y de su concentración hay varios tipos:

- Alto nivel: que se realiza cuando el producto utilizado es activo frente a virus lipídicos de tamaño medio, virus no lipídicos pequeños, bacterias en su forma vegetativa, bacilos de Koch, esporas) en determinadas circunstancias) y hongos.
- Nivel intermedio: igual que el de alto nivel pero no es activo frente a las esporas.

- Bajo nivel: activo frente a virus lipídicos de grado medio, bacterias en forma vegetativa y hongos.
- Desinfección de estancias cerradas o recintos:

Procedimientos de esterilización que realiza el TCAE

Tenemos dos aspectos importantes en este campo la limpieza previa antes de esterilizar y respetar las fechas de caducidad de la esterilización.

- Métodos físicos por calor seco: incineración, horno Pasteur y estufa Poupinel
- Métodos físicos por calor húmedo: autoclave y tindalización.
- Métodos físicos por radiaciones ionizantes: rayos gamma y rayos beta
- Métodos físicos por radiaciones no ionizantes: rayos infrarrojos y rayos ultravioletas.
- Métodos químicos por líquidos: glutaraldehído y el formaldehído
- Métodos químicos por gas: óxido de etileno, peróxido de hidrógeno, ácido peracético, formol y ozono

Normas generales ante limpieza, desinfección y esterilización:

- Se pondrán guantes
- Lavado de manos antiséptico antes de manipular material estéril
- Se enjuagará con agua fría para no adhesión de restos orgánicos
- Se lavará con jabón y agua caliente
- Se secará el material correctamente
- Se separará el material de uso séptico y aséptico
- No se mezclará el material de cristal con el metálico
- Usar desinfectantes que no dañen los metales
- Comprobación de fechas de caducidad
- Comprobar integridad de los envoltorios
- Guardar el material estéril en un almacén libre de polvo y residuos con puertas y ventanas cerradas
- Nunca almacenar material en el suelo siempre en mesas o estantes
- El espacio donde se utilizan debe de estar bien ventilado (una manipulación incorrecta puede generar alergias, dermatitis...)
- Conocer los protocolos específicos de cada método y cada centro de trabajo, porque cada autoclave, estufa... puede variar de uno a otro.
- Todo el material se enviará a la central de esterilización limpio y seco.

Para obtener resultados seguros y reproducibles es necesario validar los procesos de limpieza, desinfección empaque y esterilización y enmarcarlos dentro de un

sistema de gestión de calidad con procedimientos documentados y sus respectivos registros de las distintas etapas del proceso.

Un componente esencial de los sistemas de gestión de calidad es la mejora continua. Esto no es posible de lograr si no existen los fundamentos y conocimientos técnicos que permiten tomar decisiones e implementar cambios que tengan consecuencias efectivas en función de la mejora. Los conocimientos técnicos del proceso son los pilares de una estructura sólida, en la que se sustenta un sistema de gestión de calidad asociado al reprocesamiento de dispositivos médicos.

5 Discusión-Conclusión

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria. De ahí la importancia del lavado de manos sobre todo en estos cinco momentos decisivos:

- Antes de tocar un paciente
- Antes de realizar un procedimiento limpio-aséptico
- Tras la exposición a líquidos corporales
- Después de tocar un paciente
- Después de tocar el entorno de un paciente

La esterilización es un proceso de gran importancia para el cuidado de la salud de los pacientes, hecho que todo el hospital debe de tener en cuenta siguiendo las normas dictadas por el Ministerio de Salud, los cuales consta de etapas que si no se cumplen con exactitud se verán reflejadas en el resultado final, por las infecciones que traerán consigo y sus posibles consecuencias, ya que estas pueden provocar la muerte del paciente.

Importante estar siempre sintonizados nosotros como profesionales en un plan de mejora continua. La salud de los pacientes y del personal en cualquier servicio médico dependerá en gran parte de la medida en que todos los integrantes del grupo de salud trabajen siempre con el criterio de ASEPSIA.

6 Bibliografía

- <https://m.monografias.com>
- <https://hisasur.com> educacióncontinua.uc.cl apaillan.blogspot.com

Capítulo 521

CÁNCER DE MAMA...EXAMINATE

ROCÍO MASEDA MEGIDO

YOLANDA GRANDA GONZÁLEZ

VANESA RODRIGUEZ ABELLA

SONIA IGLESIAS GARCÍA

JENNIFER MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El cáncer de mama es el resultado de la transformación maligna de las células epiteliales que forman la glándula mamaria.

2 Objetivos

Identificar el cáncer de mama y valorar los tratamientos más eficaces para hacer frente a esta enfermedad.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Se estudiarán los síntomas y, según estos, se realizarán los estudios oportunos como: radiológicos (mamografías y ecografías) o quirúrgicos (biopsia).

Síntomas que pueden identificar un cáncer de mama:

- Aumento y dolor de la mama
- Nódulo o bulto en mama o axila
- Secreción (sangre)
- Hundimiento del pezón...entre otros.

Una vez que hemos identificado estos factores se propondrán los tratamientos y pruebas necesarias dependiendo de la particularidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente debemos tomar conciencia e intentar prevenir, en mayor o menor medida. Para ello seguiríamos una serie de pasos:

- Autoexploración
- Ecografía y mamografía
- Chequeos periódicos
- Ejercicio físico
- Dieta saludable, etc.

6 Bibliografía

- Libros de texto de auxiliar de enfermería.
- Artículos relacionados en prevención y tratamiento del cáncer de mama.
- Revistas médicas e internet.
- Folletos informativos sobre cómo detectar el cáncer de mama.

Capítulo 522

CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE ENCAMADO

OLGA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los cambios posturales no quirúrgicos son necesarios para evitar complicaciones en el paciente encamado. El tiempo máximo aconsejado para que el paciente esté en una misma posición es de dos o tres horas. A partir de entonces aumenta el riesgo de que el paciente sufra úlceras por presión, deformidades, trastornos circulatorios, etc.

Estos cambios solo se llevan a cabo en situaciones en las que el paciente vaya a pasar un tiempo de encame considerable. Así por ejemplo, no es necesario realizarlos en la sala de triaje del servicio de urgencias ya que el paciente va a permanecer inmovilizado poco tiempo.

Los dos objetivos principales de estas maniobras son la colocación del paciente que no pueda moverse por sí mismo en una posición en la que se encuentre cómodo o sea más fácil realizarle una exploración y la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilidad corporal. Cada paciente recibe un plan de cuidados especializado dependiendo de sus características y de la patología que presente.

2 Objetivos

Establecer el proceso de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería para la movilización de pacientes encamados y las medidas de protección que debe realizar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se realizarán cambios posturales cada 2 horas: decúbito lateral derecho e izquierdo, decúbito supino y decúbito prono. A los pacientes en estado de coma o con problemas respiratorios hay que tenerlos vigilados ya que hay determinadas posturas que son contraproducentes para su recuperación.

Deben evitarse posturas incorrectas como las siguientes: flexión y extensión excesiva de cabeza, extensión de las rodillas, rotación externa de cadera, flexión plantar del pie y brazos pegados al cuerpo. La colocación del paciente en una postura incorrecta puede ocasionar contracturas, escaras, deformidades y/o acortamientos.

Durante el proceso de movilización es necesario solicitar la colaboración del paciente para que sea él quien realice el esfuerzo y estimular así su autonomía. Cuando el paciente esté incapacitado, el auxiliar podrá valerse de sistemas para moverlo y minimizar así el esfuerzo que realiza. Se podrán utilizar sábanas, grúas y tablas. También es importante que participen varios auxiliares en la movilización, sobre todo en casos de pacientes con obesidad o transferencias difíciles como por ejemplo del suelo a la cama.

Es importante que el técnico auxiliar realice el mínimo esfuerzo posible para evitar la aparición de contracturas, hernias discales, esguinces, etc. En numerosas ocasiones se trabaja contrarreloj y se tiende a no utilizar los sistemas de ayuda o a no esperar a los compañeros. En estos casos es importante solicitar la ayuda al paciente y enseñarle a usar las ayudas técnicas que tiene a mano.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería conozcan las distintas posiciones en las que debe de colocar el paciente, así como las técnicas para movilizarlo. Esto reduce riesgos para el paciente y facilita su

recuperación. También es de vital importancia que sepan utilizar la medidas auxiliares para evitar lesiones propias durante el proceso.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4529907>
- <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/1732>

Capítulo 523

LACTANCIA MATERNA Y SUS BENEFICIOS

ELENA LOPEZ BUJIDOS

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

1 Introducción

La lactancia materna es el proceso por el que la madre alimenta a su hijo recién nacido a través de sus senos, que segregan leche inmediatamente después del parto, que debería ser el principal alimento del bebé al menos hasta los dos años.

De cero a seis meses la leche materna debe ser el único alimento del bebé, excepto si necesita algún tipo de suplemento vitamínico.

A partir de los seis meses, el niño comenzará a necesitar más alimento que el proporcionado por la leche materna.

Existen 5 tipos de lactancia materna:

- Lactancia materna exclusiva. El lactante recibe solamente leche del seno materno o leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua. Se recomienda desde el nacimiento hasta los 3 o 5 meses.
- Lactancia materna predominante. Es lactancia materna, incluyendo leche extraída como fuente principal de alimento. Además de que permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, jugos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).

De los 3 meses hasta los 6 meses:

-Lactancia materna completa. Es la etapa en la que los bebés ingieren de manera predominante la leche materna, acompañado de algunos alimentos. Aproximadamente va desde los 6 a 9 meses.

-Alimentación complementaria. Inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales de los pequeños, así que se apoya con otros alimentos y líquidos. Comienza alrededor de los 6 a los 23 meses de edad y se sugiere que la lactancia materna permanezca hasta más allá de los dos años.

-Lactancia parcial. Los niños reciben leche materna y otros alimentos, incluyendo otros tipos de leche.

El objetivo principal de los médicos es la lactancia materna exclusiva existen beneficios tanto para el bebe como para la madre.

Beneficios para la madre:

-Menor hemorragia post-parto y mayor rapidez de contracción uterina.

-Prevención de la anemia.

-Recuperación más rápida de peso y silueta.

-Periodo más largo de amenorrea.

-Menor riesgo de osteoporosis, fracturas de caderas y columna espinal.

-Menor riesgo de cáncer de mama.

-Menor riesgo de cáncer de ovario.

-El ahorro económico.

-Los beneficios emocionales. Otro aspecto importante son las ventajas psicológicas. Se supone que la lactancia materna es agradable, el efecto de la oxitocina disminuirá el estrés y por tanto, hay menor riesgo de depresión postparto. Aumenta la autoestima materna y mejora o intensifica el vínculo madre-hijo: La madre, si da leche, tranquiliza o consuela al niño y se siente protectora.

Beneficios para el bebe.

-Favorece el vínculo afectivo y emocional del recién nacido desarrollando la parte psicoafectiva, la parte emocional y la parte cognitiva. Además en los niños que salen muy irritados del parto, el contacto con la piel de la madre les calma y hace disminuir el llanto. Y en los niños que nacen más adormecidos, que les cuesta más adaptarse al medio externo, notamos que en el momento en el que se les pone en contacto con la piel de la madre empiezan a estar más reactivos a empezar a colaborar en el inicio de la lactancia.

-El ajuste de la parte metabólica y de las constantes vitales del recién nacido está comprobado que se realiza de una forma más rápida si existe contacto con

la madre: Se estabiliza el patrón respiratorio de forma adecuada, aumenta la glucemia, disminuye la acidosis metabólica y se regula la temperatura corporal de la primera hora, produciéndose todo esto de forma rápida. El mayor problema en el momento del nacimiento es que los recién nacidos tienden, con el enfriamiento, a producir hipoglucemias. Está comprobado que en el niño que nace con la madre, no desarrolla hipoglucemia porque se regula la glucemia a niveles normales e incluso puede aumentar.

-Se normalizan los niveles de noradrenalina y cortisol, que son las hormonas que se han producido por el estrés que ha sufrido el recién nacido en el parto..

-Se estimula el nervio vago que es el que va a preparar para recibir y dirigir la lactancia materna.

-En el momento en que entra en contacto con la madre se va a empezar a favorecer la lactancia materna precoz: El niño está alerta, empieza a buscar alrededor de la piel de la madre hasta el momento que encuentra el pezón y puede engancharse. Todo esto al recién nacido le proporciona la seguridad de estar con su madre. Hay distintos estudios que han comprobado que al colocar en contacto al recién nacido con la madre, éste, instintivamente, buscará y encontrará el pezón comenzando a mamar en aproximadamente una hora.

2 Objetivos

Determinar los beneficios de la lactancia materna.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo la realización de este trabajo, se hizo una búsqueda bibliográfica en varias páginas de internet, durante el mes de diciembre de 2019, mediante utilización de descriptores como lactancia materna, recién nacido, bebé.

4 Bibliografía

- <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html>
- <https://toycantando.com/tipos-lactancia-segun-la-oms/>
- http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_hijo

Capítulo 524

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: ESA GRAN DESCONOCIDA

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

PABLO SANCHEZ GARCIA

JULIA SANCHEZ REQUEJO

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

1 Introducción

El acto de morir provoca angustia en la persona, ya sea por la pérdida de la vida, y con ello de los seres próximos, como por el desconocimiento de lo que ocurrirá después de la muerte. Los cuidados paliativos abordan esa parte de la vida, mediante una actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal, teniendo en cuenta los sentimientos, emociones y necesidades del paciente en el final de la vida, el de su familia, el equipo sanitario y las actitudes emergentes en todos ellos, contemplando esa finitud tanto desde el cuidado hospitalario como desde la atención domiciliaria.

Existe evidencia a nivel nacional e internacional de la utilidad y eficiencia de los programas integrales de cuidados paliativos en términos de calidad de vida, muerte digna y satisfacción de los pacientes y familiares.

Debe garantizarse el acceso a programas de cuidados paliativos de calidad a todos los pacientes durante las fases avanzadas y terminales de su enfermedad in-

dependientemente de sus características sociodemográficas y lugar de residencia, en cualquier nivel asistencial incluyendo la intervención de equipos específicos ante situaciones de mayor complejidad.

2 Objetivos

Los cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes que sufren una enfermedad avanzada o se encuentran en fase terminal. Esto supone necesariamente que las administraciones sanitarias asuman el reto de prestar una atención integral. Para ello, se deben tener en cuenta tanto los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, como el lugar donde se prestan. Por supuesto, con especial énfasis en el periodo agónico, y teniendo en cuenta a los familiares en el proceso de duelo cuando sea necesario.

3 Metodología

Para la realización de este artículo, se ha hecho una investigación en base de datos de páginas web y artículos de revistas médicas, así como también mi experiencia propia del trabajo en una unidad de cuidados paliativos.

4 Resultados

¿QUÉ SON Y PARA QUÉ SIRVEN LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

El término paliativo deriva del latín "pallium", que significa capa o manto, usado en la antigua Roma para cubrir a los enfermos cuando la medicina ya no podía ayudar.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como aquel «enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y del alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana, la evaluación cuidadosa y el tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales».

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.

- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

¿CUÁNDO SON NECESARIOS LOS CUIDADOS PALIATIVOS?

La estrategia de cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud está dirigida a personas de cualquier edad que, debido al cáncer o a una enfermedad crónica evolutiva, se encuentra en una fase avanzada o en fase terminal.

Los cuidados paliativos deben comenzar en las fases tempranas del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, simultáneamente con los tratamientos curativos. De la misma forma, incluso en las fases finales de la enfermedad, en las que el tratamiento es predominantemente paliativo, puede existir un espacio para el intento destinado a las medidas curativas. Por otro lado, el duelo puede requerir atención durante una fase prolongada.

Así, la transición de los cuidados curativos a paliativos es a menudo gradual. Debe basarse en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada más que en un plazo concreto de supervivencia esperada.

Por otro lado, el duelo puede requerir atención a las familias durante un periodo prolongado.

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: ¿CÓMO SE ACCEDE?

El acceso a los cuidados paliativos puede realizarse de diferentes formas:

1. A través de una derivación indicada por los especialistas del hospital de referencia.
2. Por indicación de los profesionales de atención primaria (médico de familia). En cualquier caso, dependiendo de las necesidades personales, familiares y del entorno en que se encuentren, se pueden recomendar varias opciones diferentes para el mejor apoyo al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Cuando familia y enfermo trabajan conjuntamente el proceso de morir, el miedo, la desesperanza y la tristeza por la pérdida, dan paso a la seguridad, tranquilidad, satisfacción, incluso alegría, por la liberación que supone cuidar el enfermo hasta el último minuto según su voluntad, hasta morir en paz y con dignidad, sea cual sea el lugar .

Los cuidados paliativos son una especialidad multidisciplinaria dedicada a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades graves y apoyar a sus familiares. Su modelo de atención está dirigido a reducir la carga sintomática y a atender las necesidades psicosociales, trabajando con los pacientes, sus familias y sus médicos para alcanzar una coincidencia en los objetivos de la atención del paciente.

Más que simplemente asistir al fin de la vida, los equipos de cuidados paliativos están disponibles para ayudar a los médicos de los pacientes de cualquier edad y en etapa de una enfermedad grave y a sus familias, incluyendo aquellos que están activamente sometidos a terapias dirigidas a su enfermedad. En particular, los cuidados paliativos parecen producir un mayor beneficio para los pacientes y sus familias cuando se aplican precozmente en el curso de la enfermedad. Esto conduce a una atención más eficaz y eficiente asociada al ahorro de costos sin desmedro de la atención.

6 Bibliografía

- 1- www.aecc.com
- 2- OMS Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Cuidados Paliativos. Edición digital [www.who.int/es/] [Internet] [Pag. actualizada 2012] Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>

3-<https://www.secpal.com/Medicina-Paliativa-Lo-mejor-esta-siempre-por-llegar-948?idvr=>

Capítulo 525

CUIDADOS ESPECIALES HOSPITALARIOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO ENCAMADO

MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO

VANESA SANCHEZ RIESGO

MARÍA TERESA ALONSO CORDERO

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARIA HUELAMO GUADAMURO

1 Introducción

Nos referiremos a paciente encamado, a toda persona independientemente de su edad; ingresada o no que debe permanecer en cama, bien sea como medida terapéutica o debido a un proceso patológico y que por ello verá alterada su capacidad de movilidad y desplazamiento. Por tal motivo, aumentara su dependencia y verá mermada la posibilidad de llevar a cabo por si mismo muchas de sus necesidades básicas. Entenderemos por paciente encamado prolongado: aquel que permanezca en cama más de 72 horas continuas, con déficit de movilidad.

La actuación del TCAE, ante estos pacientes será integral, adaptando el plan de cuidados estándar de manera individual, teniendo en cuenta los problemas y enfermedades que cada paciente presente.

El siguiente trabajo se centrará en dos puntos fundamentales: el aseo y la prevención de aparición de las Ulceras por presión (UPP)

ASEO.

Uno de los cuidados más importantes que prestaremos al paciente, será todo lo relacionado con su higiene. En este momento no solo nos tendremos que centrar en llevar a cabo su higiene, sino que aprovecharemos para valorar el estado de su piel, nos interesaremos por su estado de ánimo y necesidades tanto físicas como psíquicas.

Lo primero que haremos es crear un ambiente cómodo y de confianza, deberemos de ser meticulosos con la técnica a emplear y respetuosos con la intimidad del paciente. Colocando un biombo o cortina para preservar su intimidad, si hay más pacientes en la habitación. Nos aseguraremos de evitar corrientes y solicitaremos a los acompañantes que salgan de la habitación, durante el proceso de aseo. Informaremos al paciente en todo momento de los pasos que vamos a seguir, solicitando su colaboración en todo lo posible, haciendo así que se sienta útil en el proceso.

Lo primero que haremos será informar debidamente al paciente de todos los pasos que vamos a hacer. Tras la preparación de todos los materiales necesarios: nos lavaremos las manos y pondremos los guantes. Acto seguido, le retiraremos el camisón, (si el paciente tiene gotero puesto primero se sacará el gotero por la manga del camisón, para posteriormente desnudarlo) y la ropa de la cama, cubriremos su cuerpo con la sabana encimera o en su defecto una toalla, manteniéndole desnudo el menor tiempo posible, si el paciente llevase pañal, lo retiraríamos dejándolo sobre el empapador limpio; y empezaremos el aseo siguiendo este orden: si es preciso lavarle la cabeza, será lo primero que haremos, colocando la altura de la cama correctamente y retirando el cabecero. Colocaremos al paciente en decúbito supino y en posición Roser, si no es posible utilizar esta posición, lo colocaremos diagonalmente sobre la cama y en el borde lateral. Le pondremos una toalla alrededor del cuello y taparemos sus oídos con algodones. Con la ayuda de una palangana procederemos al enjabonado y aclarado del pelo, le retiraremos los algodones y usaremos el secador de pelo para evitar la humedad. Una vez finalizado colocaremos nuevamente al paciente en decúbito supino centrado en la cama, para continuar con el resto del aseo. Lo primero en

lavar serán los ojos sin ningún tipo de jabón desde el ángulo interno hacia el externo, bien con agua o suero empapado en una gasa, muy importante, deberemos utilizar una gasa para cada ojo. Continuaremos con la cara sin emplear jabón y secaremos. Enjabonaremos posteriormente el cuello, orejas y axilas, aclaramos y secamos. Si es posible acercaremos la palangana al paciente para que el mismo se lave las manos y se las seque.

Continuaremos con el aseo del tórax y abdomen, siempre el aseo será de adentro hacia afuera, haciendo especial hincapié en todas las zonas con pliegues y zona submamaria, sobre todo en el secado. Miembros inferiores: muslos, piernas, tobillos, con movimientos circulares, así estimularemos la circulación sanguínea. Acabaremos por los pies. Haciendo hincapié en el secado de los pliegues interdigitales. Ahora cambiaremos al paciente a decúbito lateral para lavar y secar correctamente su espalda desde la nuca hacia las nalgas y talones, donde le daremos un masaje con abundante crema hidratante, evitando rozaduras.

Volvemos a colocar al paciente en decúbito supino, cambiamos el agua y reponemos esponjas nuevas. Colocamos bien sea una cuña o un empapador y, continuaremos el aseo de la zona genital, que se realizara lo último. Siempre lo haremos desde arriba hacia abajo y de delante hacia atrás, evitando así el arrastre de gérmenes del ano. Si en algún caso el paciente presentase sonda vesical, el lavado genital se realizara con mucho más cuidado. Por último vestiremos al paciente con un nuevo camisón o pijama, le haremos la cama y le dejaremos cómodamente. En cuanto al aseo bucal, si el paciente colabora le facilitaremos: cepillo suave, pasta dental, vaso para enjuague, batea o palangana y colutorio.

El aseo del paciente, siempre se realizara entre dos personas siguiendo el orden lógico enjabonado- aclarado -secado, este último paso será por toques nunca por fricción. Hidrataremos su cuerpo, realizando un suave masaje. Mantendremos una buena temperatura ambiental, nunca lo dejaremos desnudo, iremos destapando y tapando las zonas a lavar, ayudarse de las barras laterales, darán seguridad en los giros al paciente.

Si el paciente tuviese vías, bolsa colectora, deberemos tener mucho cuidado que no se desconecten y vigilar siempre su correcto funcionamiento tras finalizar el aseo.

PREVENCIÓN Y CUIDADO DE UPP

“La UPP es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o

fricción entre dos planos duros”. (M^a J. Almendáriz , 1.99.). El motivo por el cual se considera esta una de las mejores definiciones de las UPP, es debido a que se centra tanto en la localización de la lesión como en el origen.

Por ello se considera que un paciente encamado de larga duración, será más propenso ante la aparición de las UPP, afectándole tanto en su nivel de salud, calidad de vida, sin olvidarnos el gran dolor que le supondrá. Una deficiente higiene , también influirá en su aparición, por ello la importancia de llevarla a cabo de una manera eficiente. Así mismo en el ámbito hospitalario repercute tanto a nivel económico debido al incremento que supondrá su tratamiento, como a nivel profesional, ya que supone una mayor carga de trabajo al personal sanitario y pone de manifiesto los fallos llevados a cabo por el equipo que cuida al paciente.

En nuestra labor de TCAE, recaerá el trabajo de observar en todo momento cualquier indicio que nos haga pensar en su aparición, para evitarlas es de suma importancia seguir los siguientes pasos: hacer hincapié en el cuidado de la piel, un correcto secado del cuerpo, siempre por pequeños toques, aplicación de crema hidratante, aplicación de ácidos grasos hiperoxigenados, quitar el apoyo del paciente sobre la zona afectada, mantener la ropa de la cama bien estirada, dotar al paciente de colchones anti escaras y por supuesto la realización de los cambios posturales cada 2-3 horas, anotando siempre las posiciones a las cuales vamos cambiando al paciente. Colocar una almohada o cojín en las zonas más propensas, tales como talones, entre las rodillas en posiciones laterales; así mismo animaremos al enfermo del beneficio de una dieta equilibrada, realizar pequeños movimientos en la medida de sus posibilidades. Haremos una observación diaria de la piel del paciente, en el momento en el que notemos zonas enrojecidas, rozaduras o ampollas, avisaremos a la enfermera para que valore el procedimiento a seguir. Una vez la úlcera ha aparecido, prestaremos nuestra ayuda en todo lo necesario en cuanto a las curas pertinentes al personal de enfermería, notificándoles en cualquier momento los cambios que observemos en el paciente.

2 Objetivos

El objetivo con el que se realiza este trabajo será el poder crear unas pautas, que nos ayudaran a dar al paciente el mayor confort posible durante su convalecencia. Poder conocer cuáles son las causas que pueden acarrear al paciente una deficiente higiene.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo, se ha llevado a cabo una revisión de artículos tanto de revistas médicas y libros; así mismo, se han visionado manuales y guías realizados sobre la higiene y prevención de UPP de diversos centros hospitalarios. También se han utilizado distintos términos para realizar la búsqueda de información relacionada con el tema a tratar; tales como “cuidado a paciente encamado”, “aseo a encamados”, “aparición de UPP”, “cuidados ante las UPP”, “cambios posturales”. Tomando como referencia para revisar todo ello, artículos y estudios realizados a partir del año 2014.

4 Resultados

Enfocaremos estas pautas desde nuestra labor como técnicos auxiliares de enfermería ofreciendo al paciente un ambiente relajado y de confianza con nosotros, de manera que con ello logremos hacer del momento del aseo un tiempo en el cual además de ocuparnos de su higiene, podremos detectar cualquier signo que nos indique un empeoramiento tanto en su estado de ánimo como de su salud.

En números estudios se hace hincapié en la relación que existe entre una higiene incorrecta y la posible aparición de las temidas UPP. Además de los ya mencionados factores intrínsecos y extrínsecos.

De suma importancia es el llevar a cabo un trabajo conjunto por parte de todo personal sanitario, para la prevención y curación de las UPP.

5 Discusión-Conclusión

Será de suma importancia que sepamos identificar desde el primer momento las necesidades que pueda sentir un paciente encamado, para poder prestarle toda nuestra ayuda, y conseguir con ello que se muestre dispuesto a prestarnos también toda su colaboración.

No debemos olvidar que en los dos puntos que hemos centrado nuestro trabajo, es necesario contar con la ayuda y sobre todo la confianza del paciente, ya que en estas circunstancias de encamado, vera disminuida su autosuficiencia y son ella también su autoestima.

También deberemos definir el protocolo y pasos a seguir para prevenir y tratar

la aparición de las UPP, adecuando estas medidas en cada caso concreto. Con todo ello pretendemos dar al paciente la mejor asistencia posible durante su estancia hospitalaria, hacerle sentir bien, ayudándola en todo momento, para que recupere en la medida de lo posible, su rutina diaria en unas óptimas condiciones.

6 Bibliografía

- Web Monografias.com
- Escala de capacidad funcional de la OMS.
- Web Enfermería práctica, cuidado de las personas.
- Técnicas básicas de enfermería. Editex.
- Zubeldia Etxebarria, J. (2014). Estudio comparativo de dos técnicas de aseo en el paciente encamado.
- Cuidados básicos al paciente encamado www.huca.es
- Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización, Ortega, M . J. T. (2010). Las úlceras por presión como efecto adverso de la hospitalización. Enfermería dermatológica, 4(9), 35-41.
- GNAUPP, grupo nacional para el estudio y asesoramiento en Úlceras por presión y heridas crónicas.
- <https://www.elrincondelcuidador.es> › proteger la piel de un paciente encamado.
- <https://dialnet.unirioja.es>
- www.juntadeandalucia.es

Capítulo 526

HIGIENE DE LA BOCA; FUNCION DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERIA

ESMERALDA MEANA PIÑERA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

NATALIA NORIEGA LOREDO

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

1 Introducción

La higiene es la ciencia que trata de hábitos, reglas y costumbres que influyen al buen estado de salud del individuo. Son procesos que nos permiten defendernos contra las enfermedades.

La boca está ubicada en la cara y formada por partes blandas y partes duras como son: paladar, labios, lengua, dientes...

En los adultos la dentadura está formada por 32 dientes, que son 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares incluyendo las 4 muelas del juicio, en el caso de los niños suelen ser 20 dientes primarios.

La boca tiene funciones imprescindibles como son por ejemplo; masticar, salivar, sentido del gusto, hablar, deglución...

La higiene de la boca se debe principalmente a cuatro hábitos: el cepillado, limpieza con hilo dental, enjuague, visita al dentista. Y el control de alimentos

que lleven muchos azúcares, glúcidos, sacarosa y esto va unido también a hábitos como puede ser el tabaco.

Los problemas más frecuentes por una mala higiene bucal son:

- El sarro: es la placa bacteriana que se endurece sobre los dientes o en el borde de las encías.
- La halitosis: es el mal aliento por la acumulación de bacterias en la boca
- Las caries: es la desmineralización del esmalte de los dientes producidos por ácidos de la placa bacteriana.
- La gingivitis: es la irritación, inflamación e inflamación de las encías.
- La periodontitis: es una infección grave de las encías que destruye el hueso que soporta el diente.

2 Objetivos

- Evitar infecciones.
- Evitar lesiones bucales.
- Mantener una limpieza adecuada sin restos de comida en boca y dientes.
- Evitar caries.
- Arrastre de placa bacteriana.
- Mantener labios y mucosas limpias y húmedas.
- Aliviar mal sabor de boca.

3 Metodología

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

4 Resultados

Material: cepillo de dientes, pasta de dientes, batea, vaso, torundas, antiséptico bucal, vaselina, seda dental, toalla, gasas, pinza kocher.

Paciente consciente:

- 1.-El técnico en cuidados de enfermería debe de lavarse las manos

- 2.- Ponerse los guantes.
- 3.- Explicar al paciente que se le va a hacer.
- 4.- Si el paciente estuviera encamado sentarlo en la cama salvo contraindicación médica que lo haremos en decúbito lateral.
- 5.-Colocar toalla en el tórax del paciente.
- 6.-Si el paciente lleva prótesis no fija se deben de retirar con una gasa, si pudiera él solo o en caso contrario con ayuda del técnico en cuidados de enfermería y meterlas en un vaso con solución desinfectante.
- 7.-Si el paciente puede realizar la limpieza por sí solo, siempre debemos de motivarlo en caso contrario lo realizará el técnico en cuidados de enfermería, acercándole el cepillo con la pasta y un vaso de agua, para el cepillado de dientes desde las encías a la corona, limpiando todas las caras de los dientes, muelas y lengua.
- 8.- Con una batea se recogerá el aclarado de la boca con agua y por último con antiséptico.
- 9.- Secar alrededor de la boca.
- 10.-Poner vaselina en los labios.
- 11.-El técnico en cuidados de enfermería recogerá y limpiará el material usado.
- 12.- El técnico en cuidados de enfermería se quitará los guantes y lavará las manos.

Paciente inconsciente:

- 1.-El técnico en cuidados de enfermería debe de lavarse las manos
- 2.- Ponerse los guantes.
- 3.- Explicar al paciente que se le va a hacer.
- 4.-Paciente siempre en decúbito lateral o con la cabeza girada hacia un lado y sin almohada.
- 5.-Poner toalla y batea debajo de la cara.
- 6.-Con una pinza Kocher prepara torundas se mojarán en antiséptico bucal y se limpiará toda la boca, dientes y lengua. Usando una torunda para cada zona de la boca. Y haciéndolo en sentido transversal para evitar nauseas.
- 7.-Secar alrededor de la boca
- 8.-Poner vaselina en los labios.
- 9.-El técnico en cuidados de enfermería recogerá y limpiará el material usado.
- 10.- El técnico en cuidados de enfermería se quitará los guantes y lavará las manos.

Paciente con dentaduras postizas:

- 1.-El técnico en cuidados de enfermería debe de lavarse las manos
- 2.- Ponerse los guantes.

- 3.- Explicar al paciente que se le va a hacer.
- 4.-Retirar dentadura con una gasa y colocarla en una batea, cepillándola después y aclararla.
- 5.-Enjuagar la boca con antiséptico o torunda en el caso de pacientes inconscientes.
- 6.-Volver a colocar la dentadura en la boca o dejarla en un vaso con antiséptico hasta su próximo uso.
- 7.-Secar alrededor de la boca
- 8.-Poner vaselina en los labios.
- 9.-El técnico en cuidados de enfermería recogerá y limpiará el material usado.
- 10.- El técnico en cuidados de enfermería se quitará los guantes y lavará las manos.

Pacientes bebes y niños

- 1.- En el caso de bebes debemos de comenzar a lavar la boca los primeros días después de nacer limpiando las encías con gasas húmedas.
- 2.-En el caso de niños con algún diente en ese momento que sale se deben de cepillar los dientes, cepillándolos con suavidad con un cepillo de tamaño infantil y con una cantidad de pasta pequeña no superior a un grano de arroz de pasta dental fluorada. Y deben de comenzar las visitas al dentista.

Técnica de lavado de dientes:

- 1.- Se debe de colocar el cepillo de dientes en un ángulo de 45° respecto a las encías.
- 2.-Con movimientos cortos movemos el cepillo de adelante hacia atrás por el diente.
- 3.-Hay que cepillar el diente por todos los lados, zona interior, exterior y la de masticar.
- 4.-Tras el diente debemos de cepillar también la boca

Con un hábito continuado de higiene bucal tras las comidas obtendremos una limpieza de boca y dientes proporcionando un bienestar al paciente y evitando con ello enfermedades.

El técnico en cuidados de enfermería es la persona encargada de ejecutar o ayudar en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes del día a día, entre estas funciones estaría la higiene bucal. Debemos de educar en los hábitos de higiene al paciente independiente de la edad del mismo.

Para realizar una higiene correcta se precisa de un tiempo necesario para poder

hacerla correctamente. Siempre debemos de informar al paciente de todo lo que se le va a realizar y mantener una conversación con él y solicitar que nos ayude en todo lo que pueda colaborar o hacerlo por sí mismo, para fomentar su independencia.

Se deben de tener preparados todos los utensilios que vamos a usar antes de empezar a realizar la técnica. A la hora de realizar la técnica de lavado de boca en un paciente no debemos de olvidar en ningún momento ninguna parte de la misma porque es igual de importante una zona como otra desde los dientes, hasta la lengua.

5 Discusión-Conclusión

La boca es una de las partes del cuerpo que más descuidamos y esta puede ser el origen de muchas enfermedades. La higiene bucal es fundamental para nuestra salud teniendo que ser de forma regular y diaria. El técnico en cuidados de enfermería debe de estimular al paciente siempre para que realice por sí mismo todo lo que pueda, haciéndole sentirse útil pero en caso de pacientes que no puedan realizarlo el auxiliar es el encargado de proporcionar la atención básica al paciente.

Las revisiones con el dentista son fundamentales tanto para palear un problema que ya se tenga como para hacer una prevención y revisión de la boca. El cepillo de dientes tras su uso se debe de limpiar bien y secarlo ya que puede ser una gran fuente de acumulación de bacterias.

6 Bibliografía

- www.auxiliar-enfermeria.com
- <https://kidsheath.org> <https://enferurg.com>
- <https://www.dentalcare.com>

Capítulo 527

IMPLANTE DE MARCAPASOS .

ANGELES PEREZ SANCHEZ

MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA

ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA

ANA MARÍA GRUESO CARRIO

1 Introducción

El marcapasos es un aparato electrónico generador de impulsos que excitan artificial y rítmicamente el corazón con baja energía, cuando los marcapasos naturales del corazón no pueden mantener el ritmo y la frecuencia adecuados. Además los electrodos del sistema de marcapasos no solo envían corriente al corazón sino también registran la actividad eléctrica propia del corazón, monitorizan la actividad eléctrica cardiaca espontánea, y según su programación desencadenan impulsos eléctricos o no. Hay varios tipos de marcapasos: los temporales o permanentes.

2 Objetivos

Conocer a partir de un caso clínico el funcionamiento de las revisiones de marcapasos a partir de un caso clínico.

3 Caso clínico

Varon de 78 años. Acude a visita programada por la técnico auxiliar de cuidados de enfermería (TCAE) para revisión en la consulta de Cardiología, pues lleva un implante (marcapasos) con signos de infección de la herida quirúrgica. No fiebre en domicilio, ni sensación distérmica. Desde una semana refiere picor en la región del implante sin síntomas de infección.

Situación basal: jubilado. Calderedo de profesión. Vive con su familia lleva una vida independiente.

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas . Alergia al esparadrappo hipertensión arterial (hta). No diabetes mellitus , ni dislipemia. Fumador 1 paquete diario. Pleuseria en la juventud . Epoc (2016) con esperiometria (2018): fev1 2620 (71%) ;fvc 4780 (93%) ;it 55% . Litiasis renal bilateral . Colonoscopia (2013) normal.

Antecedentes cardiobiológicos: cardiopatía valvular : estenosis aórtica severa. Fibrilación auricular paroxística. Bloqueo auriculo-ventricular (bav) completo sintomático, y como consecuencia: implante de marcapasos bicameral.

Ecocardiograma: función sistólica preservada , disfunción diastólica tipo anomalía de la relajación sin elevación de presiones de llenado. Aurícula izquierda normal; cavidades derechas normales con electrodos de marcapasos. Prótesis aórtica mecanizada con válvula mitral con velos finos ; insuficiencia tricúspide leve.

Exploracion física : beg,consciente y orientado ,eupneico ,normocoloreado. Bor-des de herida quirúrgica eritematosos con aumento de la temperatura local. Tejido intralesional y fondo necrótico. Soplo sistólico en foco aórtico , click protésico sin ruidos. Bien perfundido e hidratado .

Resumen pruebas complementarias :

Ecg:ritmo sinusal . Brdhh con alteraciones secundarias de la repolarización.

Interrogacion de marcapasos : estimulación y detección en bipolar .No dependencia. Marcapasos normofuncionante.

Analítica sin hallazgos patológicos. Hemocultivos negativo. Cultivo punta de catéter :negativo .

Tratamiento y recomendaciones:

- Analgesia si precisa ,curas herida quirúrgica.
- No pesos , reposo relativo 3 días ,no elevar el brazo izquierdo .

- Sintrón según pauta; seguir recomendaciones para llegar al objetivo de una recuperación de la zona.
- Si observa cambios acudir a centro hospitalario de referencia.

4 Resultados

5 Discusión-Conclusión

Este paciente tenía una infección local de la bolsa de marcapasos , con explante del sistema previo de MP y reimplante por el lado derecho del mismo sin incidencias .

El principal objetivo del marcapasos es mantener la frecuencia cardíaca en pacientes que tienen alterado su sistema de regulación del ritmo cardíaco. Consta de un generador de impulsos eléctricos y un cable que conecta el generador de impulsos con el corazón. Ofrece una mejora de calidad de vida para su desarrollo diario.

6 Bibliografía

- Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en marcapasos.
- Libros y revistas sobre cardiologías múltiples.
- Charlas, cursos, programas y actividades impartidas por colegiados de la materia realizadas en el hospital de referencia.

Capítulo 528

LOS PÓLIPOS Y LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON (INTESTINO GRUESO)

CARLA LLAMAZARES CAMPILLO

ADRIANA CAMPILLO CASO

PATRICIA VEGA TORRES

1 Introducción

El cáncer colorrectal es un crecimiento incontrolado de las células del colon y/o del recto. La mayoría de los cánceres colorrectales comienzan como un crecimiento en el revestimiento interno del colon o del recto, que recibe el nombre de pólipo. Algunos tipos de pólipos pueden convertirse en cáncer con el paso del tiempo (por lo general, muchos años), pero no todos los pólipos se convierten en cáncer. Los tumores colorrectales pueden originarse en cada una de las tres capas del colon: mucosa, muscular y serosa.

Los pólipos son tumores benignos, que crecen muy lentamente a lo largo de los años (como norma general, 10 años o más de crecimiento para suponer riesgo de degeneración).

La mayoría de los pólipos nunca degeneran en cáncer, pero algunos pueden hacerlo. Habitualmente cuando alcanzan un tamaño superior a 1cm. Si estos pólipos se extirpan mediante el Colonoscopio, se puede evitar su degeneración futura en un cáncer.

Si el paciente ha tenido que someterse al procedimiento a causa de tener pólipos, habría que realizar nuevas colonoscopias de control en plazos variables, generalmente entre 3 y 5 años, puesto que existe riesgo de desarrollar nuevos pólipos.

El cáncer de colon es de los cánceres más frecuentes y además con tendencia a ir en aumento. Es también de los más fáciles de diagnosticar.

Por norma general, tienen mayor riesgo de padecer cáncer de colón los siguientes grupos:

- Personas por encima de los 50 años. El 95% se producen en personas por encima de esa edad y este riesgo es mayor cuanto más avanzada es la edad.
- Personas con familiares de 1er grado que padecen o han padecido cáncer de intestino grueso.
- Personas que hayan tenido pólipos o cáncer de intestino grueso, tienen más probabilidades de reproducir nuevos pólipos o cáncer.
- Algunas formas hereditarias de pólipos y cáncer. Fundamentalmente la poliposis adenomatosa familiar y el cáncer hereditario no polipósico.
- Personas con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, solamente en ciertos casos de larga duración y afectación amplia del intestino grueso.

2 Objetivos

Describir la enfermedad, así como sus síntomas y maneras de prevenirla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Maneras de prevención del cáncer de colon.

- Si te encuentras en alguna de las situaciones de riesgo. La colonoscopia (introducción de un tubo delgado, con un sistema óptico, que permite ver todo el

intestino grueso y a veces la parte final del intestino delgado). Análisis de sangre oculta en heces (S.O.H.) Se utiliza sobre todo en mayores de 50 años, sin otros factores de riesgo asociado para seleccionar aquellas personas a las que se realizará la colonoscopia.

-No abusar del alcohol ni del tabaco: El tabaco aumenta el riesgo de desarrollar pólipos que pueden ser precursores de la enfermedad. Respecto al alcohol, su consumo propicia que crezcan las células de la mucosa del colon. Este crecimiento da lugar a los pólipos

-Controlar el sobrepeso: Se debe evitar la obesidad y el exceso de calorías en la dieta. Realizar ejercicio físico de forma regular contribuye a que no se lleve una vida sedentaria y se favorezca la aparición de la enfermedad

-Alimentación: Los especialistas aconsejan seguir una dieta equilibrada

5 Discusión-Conclusión

Recomendado acudir a revisiones periódicas a personas que estén en situaciones de riesgo o padezcan algún síntoma, así como llevar una vida sana y equilibrada.

6 Bibliografía

- <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000262.htm>

Capítulo 529

PREVENCIÓN Y CUIDADOS EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

SARA MATÉ SAN MIGUEL

ANDREA ALVAREZ BAYÓN

ANDREA PIQUERO FERNANDEZ

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, localizadas en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancias cutáneas producida por permanecer en una misma posición durante largos periodos de tiempo o por una fricción entre dos planos duros. En el paciente encamado es de vital importancia la necesidad de una buena higiene para ayudar a mantener la piel de una manera adecuada y así intentar evitar en todo lo posible la aparición de las úlceras por presión.

2 Objetivos

Conocer los cuidados necesarios para mantener una piel hidratada y sana y así poder ayudar o evitar las úlceras por presión.

3 Metodología

Se buscan los resultados en la base de datos para la realización del estudio: Medline, scielo y google académico.

4 Resultados

Los cuidados necesarios para evitar las UPP son: no frotar ni masajear la piel, utilizar cremas de barrera, observar sistemáticamente la piel (sequedad, prominencias óseas, maceración...); una buena higiene lavando con agua tibia, jabones neutros, aclarar bien y secar a toques con especial atención a los pliegues; una buena hidratación de la piel mediante cremas hidratantes ya que esto puede ayudar a prevenirlas; otra de las cosas más importante es realizar cambios posturales para evitar una presión prolongada de una misma zona.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería es el principal encargado de prevenir las úlceras por presión en pacientes encamados. Deberá comunicar el riesgo de aparición así como la mala evolución a otros profesionales para trabajar en conjunto y evitar complicaciones. Dependiendo del tipo de úlcera se deberán ofrecer los cuidados oportunos así como observar la evolución y el tratamiento más adecuado.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- <https://es.familydoctor.org/condicion/llagas-por-presion/?adfree=true>
- <http://scielo.isciii.es>

Capítulo 530

LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE

ANDREA ALVAREZ BAYÓN

ANDREA PIQUERO FERNANDEZ

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

SARA MATÉ SAN MIGUEL

1 Introducción

El ser humano instintivamente cuando siente presión en su cuerpo, tiende a cambiar de postura para calmar esa presión ejercida. Pero hay individuos que son incapaces de movilizarse, bien porque presenten una patología que se lo impida, o por dificultades en la movilidad, por ejemplo en las extremidades inferiores y por lo tanto son frecuentes la aparición de úlceras por presión (UPP) en algunas partes de su cuerpo.

2 Objetivos

Determinar cómo efectuar los movimientos del paciente y el tiempo que deben pasar entre estos.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre el cambio postural en diferentes bases de datos como Scielo.

4 Resultados

Siempre que el enfermo colabore los cambios pueden hacerse con una persona y la ayuda de este, si no sería necesaria la presencia de dos personas.

Situaremos la cama totalmente recta, no puede estar elevada y podemos utilizar una entremetida que se colocará debajo del paciente, desde los hombros hasta los muslos. Con este procedimiento podemos colocarlo en decúbito lateral derecho, izquierdo o elevar al paciente hacia arriba. Los cambios de postura se suelen realizar cada dos horas, menos en la noche que se suelen realizar cada cuatro horas para no perturbar el descanso del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios posturales son cruciales para una mejor comodidad del paciente, para el bienestar y a la hora de reducir la aparición de UPP. Cuando se realizan los cambios posturales es de vital importancia tener en cuenta la salud de los enfermos y de los cuidadores.

6 Bibliografía

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200092
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862105711086>
- <https://www.researchgate.net>

Capítulo 531

CUIDADOS PREOPERATORIOS . LA TECNICA DEL RASURADO POR EL TÉCNICO CUIDADOS AUXILIARES ENFERMERÍA.

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

Los cuidados preoperatorios son aquellos que se prestarán al paciente ante una intervención quirúrgica. Para ello en primer lugar se hará una valoración preoperatoria, que incluirá aspectos como la valoración física y psicológica, en la que colaborará el equipo de enfermería para planificar los cuidados (cuando se trate de una cirugía de urgencia, sólo se prestarán los cuidados básicos) y reducir los posibles riesgos de la intervención, y posteriormente se hará una preparación preoperatoria, que consistirá en una preparación psicológica, se informará sobre la intervención y obtención del consentimiento escrito y una preparación física.

2 Objetivos

- Lograr por el equipo médico y de enfermería que el paciente se encuentre en condiciones óptimas físicas y psíquicas, lo que reducirá el riesgo quirúrgico y ayudará a su recuperación en el postoperatorio.

- Por el TCAE presentar la piel en un estado de higiene óptimo para evitar posibles infecciones de la herida quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

En la preparación física de distinguen dos fases:

- En la primera fase o preparación mediata, va desde el día en el que el paciente decide operarse hasta doce horas antes de la intervención.
- La segunda fase o preparación inmediata, es el día de la intervención. En esta fase una de las funciones del TCAE si está indicado, es colaborar con el rasurado de la zona según protocolo de actuación. La preparación de la piel es una de las medidas principales para la prevención de la infección de la herida quirúrgica. Para ello comenzará comprobando en la historia del paciente cuál es el área a intervenir, en general se suele preparar un área mayor de la incisión para reducir el riesgo de contaminación por manipulación o imprevistos. Explicará al paciente el procedimiento a seguir y hará un lavado de manos higiénico. A continuación se colocará un empapador en la cama con el fin de protegerla de la humedad y se descubrirá la zona que hay que rasurar. Se pondrá los guantes y procederá a humedecer la zona con una esponja jabonosa para producir espuma. El TCAE con una mano estirará la piel, para que no se formen arrugas, en dirección contraria a la que se va a afeitar. La maquinilla se inclinará 45° aproximadamente. Una vez rasurado se secará suavemente con una toalla insistiendo en los pliegues cutáneos. Si durante el proceso se hubiese producido algún corteo o irritación se comunicará y registrará. Si está indicado se aplicará un antiséptico y se dejará secar cubriendo la zona con un paño de campo estéril. Una vez terminado se recogerá el equipo y se comunicará a enfermería las observaciones realizadas para su registro.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, dado que es fácil que puedan producirse cortes o abrasiones en la piel que hace que aumenten la tasa de infecciones, se opta por cremas depilatorias, en este caso, se sustituirá el equipo de afeitarse por crema depilatoria, un aplicador, una batea con agua templada y gasas para retirar la crema. Antes de aplicarla por primera vez, se aplicará un poco de crema en una pequeña zona del brazo por su cara interna durante los minutos que se indique para comprobar que no hay reacción adversa; si así fuera se desechará este procedimiento. Si por el contrario la piel no reacciona se aplicará en la zona a intervenir, extendiéndola en dirección contraria al crecimiento del vello. Pasado el tiempo indicado, se limpiará con las gasas, se aclarará y se secará suavemente sin frotar. Finalizado este procedimiento, el TCAE procederá a hacer la cama quirúrgica y el resto de los preparativos para recibir al paciente en el postoperatorio.

6 Bibliografía

- www.revista-portalesmedicos.com.
- PM Jara Guarnizo-2009-dspace.unl.edu.ec.

Capítulo 532

COMO UTILIZAR CORRECTAMENTE LOS GUANTES EN UN MEDIO HOSPITALARIO

VANESA RODRIGUEZ ABELLA

SONIA IGLESIAS GARCÍA

JENNIFER MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

ROCÍO MASEDA MEGIDO

YOLANDA GRANDA GONZÁLEZ

1 Introducción

Una de las formas de evitar un contagio de cualquier clase de enfermedades, es saber como usar los guantes desechables en un medio hospitalario.

2 Objetivos

Explicar cómo utilizar los guantes correctamente en el medio hospitalario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Cómo saber en qué momento y en qué circunstancias se precisa un cambio de guantes y cuales son los motivos por los que se usan como protección entre el personal sanitario y el paciente.

Si se realiza de forma adecuada la actuación frente a un paciente, se podría decir que el paciente no correría ningún peligro de contagio por parte de el personal sanitario.

Siempre que se atienda a un paciente, ya sea una prueba, cualquier tipo de curas, saneamiento, etc., se debe hacer un lavado correcto de manos y usar, sin lugar a dudas guantes desechables, con la talla correcta, observando que el guante este en perfecto estado, procurando evitar llevar las uñas de las manos largas y ningún tipo de joyas para así evitar ser una fuente de contagio de microorganismos y/o gérmenes en caso de que el guante se rompa y también para evitar ser un posible motivo de alergia a en el paciente.

Se recomienda tapar todo tipo de heridas con apósitos repelentes a el agua. Como también cambiar los guantes en periodos cortos para así evitar la rotura o deterioro y si en caso de ocurriera cambiar los guantes inmediatamente. Y por ultimo no exponer o guardar los guantes cerca de una fuente de calor o exponerlos a la luz del sol.

5 Discusión-Conclusión

Ante todo lo dicho anteriormente, se llega a la lógica de que se deben cambiar:

- Entre paciente y paciente.
- Entre distinto procedimiento con un mismo paciente.
- Inmediatamente después de usar material contaminado.
- En caso de rotura, desgaste, etc.
- en un uso de periodo largo de tiempo, ya que disminuye su eficacia y protección.

6 Bibliografía

Información obtenida por redes sociales, distintas bases de datos médicos y en la experiencia profesional y personal.

Capítulo 533

CUIDADOS POSTMORTEM

ANDREA PIQUERO FERNANDEZ

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

SARA MATÉ SAN MIGUEL

ANDREA ALVAREZ BAYÓN

1 Introducción

Son un conjunto de técnicas que se realizan al paciente fallecido, guardando en todo momento dignidad y respeto al cuerpo ya sin vida.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento a seguir ante un fallecimiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre cuidados post-mortem.

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

4 Resultados

En primer lugar se deberá de confirmar el exitus por parte del personal facultativo para posteriormente comenzar con las maniobras de amortajamiento. Debemos de preparar todo el material necesario y tenerlo en un lugar accesible (guantes, bata, bolsas, esponjas, pinzas Kocher...) el siguiente paso será retirar del cadáver sondas, vías venosas etc.

Para iniciar un lavado del cuerpo con agua y jabón, se taponaran todos los orificios naturales, el cuerpo debe mantenerse alineado y los brazos estirados, se cerrera párpados y boca. Una vez ya colocado el sudario debe identificarse con los datos del paciente en un lugar visible, el traslado a la morgue se hará de la forma más discreta posible.

5 Discusión-Conclusión

La muerte es el cese total de las funciones vitales, con el fallecimiento comienzan una serie de fenómenos conocidos como cadavéricos que se siguen con la putrefacción. A la hora de diagnosticar la muerte en un paciente debe reunir una serie de factores (midriasis, cese de la respiración, parada del corazón, livideces....

El personal deberá ofrecer un servicio adecuado tanto al paciente fallecido como a sus familiares, teniendo en cuenta que es un momento muy doloroso para sus seres queridos. Los cuidados prestados por el personal de enfermería van dirigidos tanto a la familia en el proceso del duelo como al propio fallecido. La familia es muy importante en este proceso, ya que en función de cómo afronten la situación pueden desarrollar patologías a largo plazo, por eso es importante la labor del personal durante este proceso.

6 Bibliografía

- <https://www.cuidandote.net/2015/11/cuidados-postmortem-procedimiento/>
- <https://es.slideshare.net/julieisabeldiafanovilla/cuidados-postmortem>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-postmortem-caso-clinico/2/>

Capítulo 534

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN RELACIÓN CON EL PROCESO ANESTÉSICO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

1 Introducción

Definimos la anestesia general como un estado reversible de la depresión del Sistema Nervioso Central caracterizado por una pérdida de la consciencia (hipnosis y sedación), de la sensibilidad (analgesia), de la actividad refleja (protección neurovegetativa) y de la motilidad (relajación muscular).

2 Objetivos

Identificar los principales tipos de anestesia y sus funciones.

3 Metodología

Se utilizaron buscadores de ciencias de la salud como: PubMed español, Scielo. Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de Inclusión de artículos científicos:

- Temática sobre anestesia en pacientes.
- Texto completo y gratuito en idioma Español.

Criterios de exclusión:

-Texto en idioma distinto al Español.

Palabras clave: Paciente anestesiado, anestesia, técnico auxiliar de enfermería

4 Resultados

Anestesia:

Se utiliza con el fin de hacer posibles determinadas intervenciones o maniobras medicas tanto terapéuticas como diagnósticas mediante la administración de fármacos, buscando una acción tópica, local, regional o general, que provoque temporalmente la pérdida de sensibilidad dolorosa.

La persona responsable de la anestesia es el medico anestesista y en un momento dado puede colaborar el/la personal de enfermería circulante. El anestesista vigilara al paciente durante toda la intervención y lo acompañara a la sala de reanimación.

Los principales objetivos de la anestesia son:

- Suministrar hipnosis o inconsciencia.
- Unas condiciones quirúrgicas óptimas, siendo la salud y la seguridad del paciente, la primera finalidad.
- Analgesia.
- También podemos encontrar la anestesia regional que busca conseguir una anestesia que sea capaz en una zona de actuación pequeña o para insensibilizar territorios más amplios produciendo una anestesia locorregional propiamente dicha, provocando un riesgo anestésico menor para la salud del paciente.

Tipos de anestesia:

- Anestesia general:

Actúa sobre el sistema nervioso central. Produce una ausencia total de sensibilidad y dolor, con total incoscienza. Por lo tanto el paciente necesitara ayuda para respirar, será conectado al respirador artificial por medio de intubación. Su administración será por vía inhalatoria y por vía endovenosa. El paciente debe estar motorizado durante todo el proceso, por medio del cual vigildaremos sus constantes vitales.

- Anestesia regional:

Se administra el anestésico en las proximidades de una raíz nerviosa importante, como consecuencia se bloqueara la conducción de impulsos sensitivos y motores. El paciente permanece consciente aunque se le sede superficialmente para evitar que le cause dolor la intervención.

- Anestesia epidural:

Para la anestesia epidural se pincha el espacio epidural que es el que hay entre los huesos de la columna vertebral con sus ligamentos y la duramadre con el fin de anestesiar las raíces nerviosas de la zona. Con este tipo de anestesia solo se bloquean las raíces nerviosas de la zona que inyectamos y se consigue bloquear el dolor y también el movimiento, pero el paciente permanece consciente aunque dormido o sedado. Se utiliza en el parto y también en algunos procedimientos quirúrgicos, como pueden ser de pelvis y extremidades inferiores.

- Anestesia Plexal o Troncular:

Se utiliza para odontología principalmente, y también para otros procedimientos muy locales.

- Anestesia Local:

Es la utilizada para pequeña cirugía de la piel y/o mucosas. Las ventajas que nos ofrece es que actúa muy rápido y en principio no tiene efectos secundarios.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermera de anestesia se puede definir como una profesional de Enfermería que asiste al Anestesta y que comparte las tareas con él pero en ningún caso lo reemplaza.

Es imprescindible dentro del equipo y proporciona cuidados y una atención integral al paciente: pre, intra y postquirúrgico, estando puesta y ampliando sus conocimientos básicos en las áreas de: a) Farmacocinética (absorción, distribución, biotransformación y excreción de fármacos). b) Farmacodinamia (estudio de los efectos fisiológicos y bioquímicos de los fármacos y su mecanismo de acción). c) Sabiendo las intervenciones a realizar, del utillaje necesario de las mismas, medicación a preparar y de las variables a controlar durante el acto quirúrgico.

Podemos concluir diciendo que el personal de enfermería trabaja en el servicio de anestesiología y reanimación cuya labor se realiza en los quirófanos, consultas externas, salas de despertar y reanimación, consulta y clínica del dolor. El personal diplomado en enfermería tiene una serie de funciones que comparte y a veces delega en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, éstos deben estar familiarizados con cada intervención para conocer qué materiales y aparatos son los que se utilizan con más asiduidad y tenerlos a punto y disponibles para su uso.

6 Bibliografía

- Goñi Leránoz E, Pérez de Albéniz Crespo M. Autoevaluación de competencias por las enfermeras de Anestesiología.– Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2009;56(3):147-62.
 - Lemos Cassiane de Santana, Poveda Vanessa de Brito, Peniche Aparecida de Cassia Giane. Construcción y validación de un protocolo de atención de enfermería en anestesia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017
 - [cited 2018 Apr 17] ; 25: e2952. Available from: <http://www.scielo.br>
- El Auxiliar de enfermería en servicios espaciales: UCI, urgencias quirófano y diálisis. Formación continuada Logoss.

Capítulo 535

TCAE EN HOSPITALIZACIÓN SUS FUNCIONES EN REANIMACIÓN

MARIA JOSE ROKALY VILLAR SANCHEZ

1 Introducción

Conocimiento de las maniobras de soporte vital básico puede evitar que estas situaciones acaben con la vida de una persona.

Dentro de cada especialidad, de cualquier rama científica existe una serie de momentos decisivos que nos ayudan a recordar la constancia y el esfuerzo que tuvieron que realizar sus precursores, para que se iniciase el desarrollo de la misma y continuase al desarrollo de nuestros días.

Cadena de supervivencia:

- Activación precoz del sistema de emergencia.
- RCP básica.
- Desfibrilación precoz.
- Soporte vital avanzado.

1. La prevención del paro respiratorio y cardíaco.
2. La alerta a los servicios de emergencias.
3. El soporte circulatorio y respiratorio.

La evolución, tanto el conocimiento como en tecnología, a permitido al hombre poder controlar situaciones críticas, en las que antiguamente no podía. Hoy en día personas que sufren paradas respiratoria se pueden salvar.

2 Objetivos

Conocer las funciones de técnico auxiliar en la sala de reanimación.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Margalida Calefell Alemani. Deposito legal: M-29820-20132.

Capítulo 536

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PERSONAS HOSPITALIZADAS.

ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM

ALDENIRA PEREIRA SALES

JOSEFA REBON SARDINA

1 Introducción

Las úlceras por presión también llamadas “escaras” o “úlceras por decúbito” son lesiones o daños en la piel que afectan también a los tejidos circundantes, cercanos o bajo ella. Se producen cuando existe una presión, que se prolonga en el tiempo, sobre una superficie dura o protuberancia ósea, lo que provoca que los tejidos no reciban la suficiente sangre oxigenada. También un colapso circulatorio en una zona determinada que se mantiene a lo largo del tiempo, puede producir isquemia, o sea, una disminución del flujo sanguíneo en la zona afectada, provocando una necrosis. Una de las definiciones más extendidas en los medios hospitalarios y sanitarios es la siguiente: “La úlcera por presión es la lesión de origen isquémico producida por daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro”.

Causas de las úlceras por presión:

Como ya indicamos en las definiciones las úlceras por decúbito se desencadenan por una presión que limita la irrigación sanguínea adecuada a una zona determinada de la piel y los tejidos, pero hay otros factores como pueden ser la falta de

movilidad que hacen que la piel sea más propicia a padecer y desarrollar las úlceras por presión, con lo cual una persona mayor, por sus características físicas y senectud, inmobilizada puede ser un paciente abocado a desarrollarlas. Para saber cómo se desarrollan y producen las úlceras por presión vamos a describir cual es la anatomía y fisiología de la piel. La piel es un órgano que recubre todo el cuerpo, su misión principal es cubrir dando protección y separación del cuerpo con el exterior.

La piel es el órgano más grande del cuerpo. Las células de nuestro cuerpo están organizadas en tejidos que se unen para formar órganos y estos a su vez forman sistemas. Los tejidos por los que están formados nuestros órganos corporales son: tejido epitelial, conjuntivo, músculo y tejido nervioso.

El tejido epitelial recubre el cuerpo y sus cavidades. La piel tiene tres capas epidermis, dermis e hipodermis o grasa subcutánea. La epidermis está formada por células epiteliales, estas están colocadas en dos capas, una interna y otra externa, la interna la forman células vivas y en la externa células muertas con queratina. En la epidermis desarrolla la parte interna sube a la superficie y mueren. En la superficie de la epidermis están las células pigmentarias que crean gránulos que dan color a la piel. La dermis está compuesta básicamente de tejido conjuntivo y contiene vasos sanguíneos capilares que son terminaciones nerviosas sensoriales. El tejido adiposo está debajo de la dermis y es una capa de grasa que tiene una función aislante y su tejido es conjuntivo.

Localización de las úlceras por presión:

Las úlceras por presión pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo en función de la zona de la piel que esté sometida a más presión y de la postura del enfermo.

- Sedestación. Cuando el paciente está en posición de sedestación o sentado las zonas más afectadas son codos, escápula, pies antebrazos y tuberosidades isquémicas y fémur. Son recomendables los cambios posturales cada dos o tres horas.

- Decúbito supino o dorsal. Las zonas en las que más fácilmente aparecen estas lesiones son: los maléolos, el pie, las rodillas, costillas, codos, hombros, omóplatos. En esta posición la zona que más presión soporta es el sacro. Una persona encamada pasa la mayor parte del tiempo en esta posición. El enfermo está en posición horizontal con su espalda apoyando sobre la cama con brazos y piernas extendidos, esto conlleva a necesitar cambios posturales en los que nos ayudaremos de una almohada para realizarlos sobre todo en hombros y cuello para evitar hiperextensión en el cuello y en la parte inferior de la pierna para evitar el roce

del talón sobre la cama.

- Decúbito prono. En esta posición es en la que más frecuentemente se producen las úlceras por presión. Las zonas más sensibles a estas lesiones son: codos, costillas, muslos, rodilla, espinas ilíacas, dedos de los pies, esternón. Ésta no es una postura frecuente, el enfermo se encuentra tumbado boca abajo sobre el abdomen. Para evitar presión colocaremos almohadas bajo la cabeza y bajo el diafragma también bajo el tercio interior de las piernas para disminuir el rozamiento.
- Decúbito lateral derecho o izquierdo. Las zonas susceptibles de ser lesionadas son: Las orejas, maléolos, costillas, borde externo de pie, codos, lateral de las rodillas, hombros y acromion, cretas ilíacas, trocánter, estos últimos son los que soportan mayor presión. El paciente encamado estará apoyado sobre uno de los laterales del cuerpo con los brazos flexionados.

2 Objetivos

Analizar e identificar los diversos factores de riesgo de padecer úlceras por presión que existen en pacientes inmovilizados en hospitalización.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda en varias bases de datos relacionadas con ciencias de la salud como Scielo, Medline, Dialnet, y también en el buscador Google Académico. Para la búsqueda se utilizaron los términos "Úlceras por presión", "escaras", "prevención úlceras por presión", "tratamiento de las úlceras por presión", "pressure ulcers", "bedsores". Para reducir los resultados de la búsqueda se filtraron los documentos que tuvieran más relación con los riesgos de padecer úlceras por presión, que fueron publicados en los últimos 10 años y que aportaran algún estudio con soluciones para evitar la aparición de las úlceras por presión.

4 Resultados

Queremos destacar antes de empezar a analizar los resultados obtenidos, que muchas de las búsquedas en las diversas bases de datos nos llevaban a la web de GNEAUPP: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y heridas crónicas, donde existe numerosa documentación sobre este tema.

Basándonos en la documentación estudiada podemos determinar que existen unos factores que predisponen a padecer úlceras por presión y éstos los podemos dividir inicialmente en dos tipos, intrínsecos y extrínsecos. Hablamos de estos dos tipos en función del paciente, dependiendo que sean propios de los enfermos o adquiridos.

Los factores intrínsecos o internos están, por tanto, asociados al estado general del propio paciente y pueden ser:

- Deficiencias nutricionales. Estos estados imposibilitan que los procesos de defensa del organismo se vean alterados y afectan de forma directa al proceso de cicatrización.
- Obesidad. Por la presión excesiva debido a que en algunas zonas el tejido subcutáneo no recibe la suficiente irrigación sanguínea.
- Caquexia o delgadez extrema. El paciente pierde tejido adiposo y el hueso queda sin protección ante la piel, con la cual hay mayor posibilidad de que aparezcan las tan temidas escaras.
- Déficit de oxígeno. Tanto a nivel respiratorio como circulatorio.
- Movilidad del paciente que se puede ver alterada por lesiones motoras o por enfermedades que comprometan la movilidad.
- Deficiencias sensoriales como la pérdida o incapacidad para sentir dolor.
- Incontinencia urinaria e intestinal.
- Lesiones cutáneas por sequedad de la piel, edemas, etc.
- Estados de conciencia alterados.

Los factores extrínsecos o que provienen del exterior. Cuando se mantienen en el tiempo son directamente responsables de provocar úlceras por presión. Entre otros podemos enumerar como más importantes los siguientes:

- Presión, Fricción y cizallamiento, Estos tres factores inciden en la presión aumentándola disminuyendo el riego sanguíneo en una zona determinada provocando isquemia y muerte de los tejidos.
- Humedad. Se produce una maceración de la piel, con lo cual queda desprotegida ante cualquier roce. Esto puede ser causado por un mal secado en el aseo, por sudor o por problemas de incontinencia.
- Periodo prolongado en UCI.
- Administración de fármacos y corticoides.
- Ventilación mecánica.

Estos factores, tanto los intrínsecos como los extrínsecos, es habitual que se conjuguen y faciliten la aparición de úlceras por presión. El personal sanitario tiene

una acción realmente importante ya que debe elaborar un plan de intervención y prevención para paliar o evitar las nefastas consecuencias que tienen para los pacientes las úlceras por presión. Para evaluar el riesgo que tiene una persona hospitalizada de padecer úlceras de presión, se pueden utilizar alguna de las diferentes escalas de valoración que existen. Estas escalas nos indicarán si la persona tiene un riesgo de padecer UPP y si ese riesgo es bajo o elevado, todo ello teniendo en cuenta los factores indicados anteriormente. Entre las escalas para valorar el riesgo de padecer UPP, las más utilizadas la escala de Norton y la escala de Braden.

- Escala de Norton:

Esta escala mide el riesgo que tiene una persona de padecer UPP. Para ello se valoran los cinco apartados siguientes: Estado físico general, estado mental, Incontinencia, Actividad y movilidad. Esos cinco estados se valoran con una escala de gravedad de 1 a 4 de forma que al sumar los valores obtenemos una puntuación entre 5 y 20. Resultando tener mayor riesgo de padecer UPP los pacientes con menor puntuación. Así un valor por debajo de 12 se le considera riesgo alto, entre 12 y 16 riesgo medio y si es mayor de 16 se considera riesgo bajo.

- Escala de Braden:

Esta otra también mide el riesgo de sufrir UPP pero utiliza otros apartados para su evaluación, estos son: Percepción sensorial, Exposición a la humedad, Nutrición, Actividad, Movilidad.

Al igual que en la escala de Norton, cada apartado tendrá una puntuación entre 1 y 4 puntos dependiendo del estado de la persona. Y el riesgo se le considera alto si la puntuación, al igual que en la escala de Norton, es menor de 12 puntos, moderado si está en 13-14 y bajo por encima de 15 puntos.

Existen más escalas de valoración del riesgo, pero con las dos anteriores podemos darnos cuenta que en el caso de personas con dependencia que tienen problemas de movilidad, incontinencia, actividad, etc. estamos ante un grupo de pacientes con alto riesgo de padecer úlceras por presión. Cada persona será un caso diferente que se deberá evaluar de forma independiente utilizando alguna de estas escalas de valoración del riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante es trabajar en la prevención de la aparición de las úlceras por presión, evaluando el riesgo de la persona a padecer UPP y dependiendo del nivel

de riesgo, tomando algunas medidas orientadas a disminuir ese riesgo para evitar la aparición de las UPP. Para ello podemos tratar tres aspectos importantes que son los siguientes: Cuidado de la piel, cambios posturales y superficies de apoyo.

Cuidados de la piel:

El cuidado de la piel es uno de los aspectos más importantes en la prevención de las UPP, para mejorar dicho cuidado debemos tener en cuenta varios elementos como son:

- Nutrición, una buena alimentación favorece la cicatrización de las UPP y además ayuda a evitar la aparición de las mismas.
- En el caso de personas con incontinencia evitar el contacto de la piel con la orina, heces, sudor, etc. utilizando pañales y cambiándolos con frecuencia.
- Utilizar agentes hidratantes para la mejora de la piel seca.
- Utilizar agua tibia y jabones neutros para la limpieza de la piel.
- Inspeccionar el estado de la piel al menos una vez al día.

Cambios posturales:

Los cambios posturales permiten aliviar la presión sobre las partes del cuerpo que son más sensibles a padecer UPP. Por ello si el paciente tiene una movilidad reducida, se le deberán realizar cambios posturales con frecuencia para evitar la presión prolongada en el tiempo que facilita la aparición de UPP.

Superficies de apoyo para distribuir la presión: son superficies diseñadas para distribuir la presión en los pacientes con movilidad reducida. Existen de dos tipos, estáticas y dinámicas.

- Estáticas, permiten aumentar el área de contacto para que el punto de apoyo sea mayor, de esa forma se consigue disminuir la presión.
- Dinámicas. Son superficies que contienen generalmente agua o aire y van redistribuyéndola periódicamente mediante ciclos de tiempo para modificar los puntos de presión entre la persona y la superficie.

El primer objetivo en la lucha contra las úlceras por presión debe ser evitar siempre su aparición ya que el tratamiento, una vez que las úlceras han aparecido es complicado y difícil.

6 Bibliografía

- García, F.P., Soldevilla, J.J., Pancorbo, P.L., Verdú, J., López, P., Rodríguez, M., y Segovia, T. (2014). Prevención de las úlceras por presión. Logroño: GNEAUPP.

- Haesler, E. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference*. Australia: Cambridge Media.
- Pancorbo, P.L., García, F.P., Soldevilla, J.J., y Blasco, C. (2009). *Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión*. Logroño.
- Rodríguez, M., López, P., García, P., y Ibars, P. (2011). *Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. Logroño.

Capítulo 537

LAS FASES DEL PARTO

CARMEN AYUSO VALDES

NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO

ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

ELISA NATIVIDAD GARCIA BLANCO

MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ

1 Introducción

Se define parto como la expulsión de uno o varios fetos maduros y la(s) placenta(s) desde el útero hasta el exterior. Según “La Guía Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal”, se define parto normal como “el comienzo espontáneo que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El bebé nace espontáneamente en posición cefálica, entre las semanas 37 o 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el bebé se encuentran en buenas condiciones”. Los partos ocurridos antes de las 37 semanas se consideran prematuros y los que superan las 42 semanas son considerados como partos post-términos.

El parto se divide en tres fases:

- Fase de dilatación.
- Fase de expulsivo.
- Fase de alumbramiento.

Después del parto, se inicia la fase del puerperio o postparto. El parto puede ser un parto sencillo (de un solo feto), o puede ser un parto múltiple (de varios fetos). La vía del feto también puede ser de dos tipos: vaginal, cuando el feto es expulsado a través de la vagina, lo que es un parto natural, o bien puede ser un parto abdominal, es decir, cuando es por el abdomen de la madre, mediante la práctica de una cesárea. El parto vaginal, también puede ser: eutócico, es decir, un parto vaginal normal, o puede ser instrumentado, en el que el médico se vale de instrumentos, como el fórceps, la ventosa o las espátulas, para ayudar al parto.

2 Objetivos

- Describir las fases del parto.
- Analizar cómo debe ser el parto humanizado en un medio hospitalario.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo se ha realizado una revisión sistemática en numerosas bases de datos, tales como: Scielo, MD Anderson Center, La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), Medlineplus. También se ha tomado información del libro “Técnicas Básicas de Enfermería”. Se ha hecho en una búsqueda bibliográfica en Google Académico con las siguientes palabras clave: parto, fases, enfermería. Se han omitido todos los datos que no estuvieran en castellano.

4 Resultados

Fases del parto:

- Dilatación.

Esta fase corresponde al inicio de las contracciones de parto. La dilatación del cuello del útero y el descenso de la cabeza del feto por el canal de parto. Hay tres factores a tener en cuenta que se tienen que dar para decidir que la fase de dilatación o el parto está en marcha.

- Tiene que haber contracciones seguidas durante, al menos, dos cada diez minutos.
- El cuello del útero o cérvix, tiene que estar dilatado al menos tres centímetros o más.
- El cuello del útero tiene que estar acortado o borrado, al menos en un 50% de su longitud.

La fase de dilatación es la más larga del parto. Puede durar 8,12 horas o incluso más. No es relevante el tiempo de dilatación si el bebé y la madre se encuentran en perfectas condiciones. Normalmente, la fase de dilatación es más corta en los sucesivos partos. Según va avanzando esta fase, las contracciones son cada vez más frecuentes y duran más tiempo. Según se va dilatando el cuello del útero, la cabeza del feto entra en la pelvis o (se encaja) y comienza a descender hacia la vulva (descenso). La pelvis, o canal de parto, es estrecha y de pocos centímetros de largo. Por aquí pasa de forma muy justa, por lo que el descenso es lento, tardando varias horas en bajar. Aún así, el feto se va adaptando al irregular y angosto canal, aprovechando el ángulo para pasar en cada nivel de la pelvis.

- Expulsivo.

Esta fase comienza cuando la dilatación es completa, suelen ser diez centímetros, aunque puede variar este dato de una mujer a otra, y termina cuando el feto sale al exterior. Durante esta fase, la mujer siente una necesidad imperiosa de empujar, es una sensación muy parecida a la que se tiene cuando se tienen ganas de hacer de vientre. Las ganas de empujar o pujos, son una ayuda importantísima en el trabajo de parto.

La fase de expulsión suele durar entre una o dos horas normalmente, aunque si se ha administrado una anestesia epidural, puede que este proceso se alargue. Será una fase más corta si la madre no es primeriza. La última parte del expulsivo y la que más se espera, conllevando un alto grado, es la salida de la cabeza. Es un momento muy emocionante, así como delicado. Es importante que la cabeza salga lentamente, ya que, una salida brusca podría perjudicar el periné de la madre. A la salida de la cabeza, surgen en la mujer unas ganas muy fuertes de empujar, aquí es donde el profesional experimentado deberá poner su máxima atención en controlar y dosificar esa fuerza para que todo fluya de forma natural y controlada, consiguiendo que la cabeza salga lo más suave posible. Tras la salida de la cabeza saldrán los hombros, mientras se protege en todo momento el periné de la madre. Cuando la cabeza y hombros hayan salido, el resto del cuerpo saldrá sin ninguna dificultad. Una vez el bebé haya salido, se le colocará sobre el pecho de la madre para guardar el contacto piel con piel.

- Alumbramiento.

Se suele confundir o se suele usar este término para referirse al nacimiento o salida del bebé, cuando, realmente el alumbramiento hace referencia a la salida de la placenta. Hasta que no hayan salido la placenta y las membranas ovulares, el parto no ha terminado. El desprendimiento de la placenta es un proceso muy delicado ya que esta recibe mucha sangre. Por esto, tras desprenderse, la mujer

tiene una gran contracción uterina en la que el útero se cierra como un puño, evitando el sangrado que sucedería tras su desprendimiento. Puede ser esto una causa de hemorragia postparto y una de las complicaciones más frecuentes y que antiguamente sucedía y era causa de fallecimiento materno durante el parto. Actualmente la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), recomienda que se realice un alumbramiento dirigido, administrando oxitocina con la salida del feto, ya que se ha demostrado que esta práctica reduce el riesgo de hemorragia postparto.

Hay que recordar que la mujer embarazada que no presenta un embarazo de riesgo no es una paciente enferma. Lo que sí es cierto es que la mujer que llega al hospital en un avanzado estado de gestación, se encuentra ante un proceso fisiológico de alto contenido emocional, vivido en un ambiente o entorno hospitalario, donde la mujer recibirá una atención más o menos medicalizada, pudiendo, en algunas ocasiones, crear en ella unos sentimientos de vulnerabilidad y miedo ante una situación desconocida y por todo lo que la rodea. Por ello nuestro objetivo es conseguir que las mujeres que llegan al centro hospitalario reciban de parte del equipo médico y de enfermería la mejor atención, de forma individual, personalizada e integral, evitando complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto.

Los profesionales de la salud debemos:

- Debemos en todo momento respetar su intimidad y sus deseos, siempre que no comprometan su bienestar y el del bebé.
- Se respetará también el derecho a estar siempre acompañada por la persona que desee, tanto antes, durante, como después del parto.
- Favoreceremos también un clima de confianza, intimidad y seguridad, respetando en todo momento su privacidad, dignidad y confidencialidad.
- Se procurará en todo momento no molestarla y mantenerla tranquila, evitando diálogos innecesarios y ruidos, a la vez que mantendremos la sala donde esté con una luz poco intensa.
- Es importante considerar el parto como un acontecimiento único en la vida de la mujer, por lo que procuraremos que se sienta en todo momento protagonista y responsable del parto y de la toma de decisiones en éste. Esto favorecerá y facilitará que el proceso del parto no se entorpezca y favorecerá que este proceso tenga el mínimo intervencionismo, necesario para garantizar la seguridad materno y fetal, sin renunciar al control y rapidez de actuación.

El parto, como hemos visto, no es un proceso fácil ni previsible. Es una experiencia que se vive en un ambiente frío y con un alto grado de imprevisibilidad.

Puede que no cumpla las expectativas de la mujer protagonista, por lo que, ofrecer apoyo empático y continuo durante el proceso del parto es útil y se debe proporcionar a las parturientas. Por esto mismo, para favorecer esto, se debe contar y disponer de un lugar y profesional adecuado para realizar la entrevista y resolver inquietudes para, de esa manera, disminuir temores, a la llegada de la mujer embarazada.

Ya desde el primer momento de la visita se hará una evaluación del estado de la mujer y del feto: toma de signos vitales, medición antropométrica, exploración cefalocaudal, órganos y sistemas, examen físico focalizado ginecobstétrico, medición de altura uterina, efectuar las maniobras de Leopold (siempre por un especialista experimentado en este tipo de maniobras), valorar la FCF (frecuencia cardíaca fetal), corroborar junto con la madre, que hay movimientos fetales, valorar la dinámica uterina, comprobar las condiciones de las membranas ovulares e identificar el periodo de trabajo de parto. Se procurará un estado de bienestar físico y mental durante el trabajo de parto, así como una atención de forma continuada a la madre durante el parto y nacimiento, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas. Todo esto incrementará la destreza y confianza en el desarrollo de las actividades del personal de enfermería y provocará en la madre el sentimiento de control y seguridad en el momento que está viviendo.

5 Discusión-Conclusión

El parto y el nacimiento son experiencias únicas, a la vez de ser un proceso fisiológico complejo. En un momento tan trascendental en la vida de una mujer, es importante considerar que la atención prestada por los especialistas del equipo de enfermería va a tener efectos importantes en la mujer y sus hijos, efectos tanto físicos como emocionales, a corto y largo plazo.

Todas las mujeres deberían poder elegir la persona que las proporcione apoyo durante el parto. La ciencia ha demostrado que la relación entre la mujer y el profesional que la atiende, influye en gran medida en la experiencia de su parto. Está confirmado que las mujeres que reciben apoyo continuo por matronas, tienen una probabilidad mayor de tener un parto vaginal espontáneo y menos riesgo de necesitar anestesia epidural; aumentando la tasa de lactancia materna, disminuyendo las episiotomías y la instrumentalización de los partos o cesáreas. Al mismo tiempo, las mujeres que tienen este tipo de trato en su parto, disfrutan de un alto grado de control, confianza y satisfacción con la experiencia del parto.

La atención humanizada del personal de enfermería, debe fomentar actividades

que generen en la mujer confianza y disminuyan el estrés. Esta atención humana y un alto grado de empatía mediante la actitud, principios y valores permite una asistencia de calidad para con la parturienta, que permite una interacción entre los conocimientos y los sentimientos por cada mujer. Es necesario, por tanto, que se siga investigando y desarrollando estudios que analicen las necesidades y demandas de las mujeres embarazadas durante el parto, para así, poder adaptar la asistencia sanitaria a las mujeres en esta etapa de la vida tan especial.

6 Bibliografía

- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., & Escribà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria*, 26(3), 236-242. Martínez-Galiano, J. M. (2011).
- Implantación del nuevo modelo de atención al parto. Actitud de los profesiona. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 65-71.
- Bravo, P., Uribe, C., & Contreras, A. (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(3), 179-184.
- Escobar Saldarriaga, I., Castrillón Agudelo, M. C., & Pulido de Lalinde, S. (1992). Calidad de atención de enfermería en las salas de trabajo de parto.
- <https://es.slideshare.net/anta890414/actividades-de-enfermera-durante-el-trabajo-de-parto>
- Rengel-Díaz, C. (2008). Recomendaciones al parto normal de la OMS. ¿ Qué opinan las matronas de un servicio?. *Revista Enfermería Docente*, 88, 3-11.
- Herrera, B., Gálvez, A., Carreras, I., & Strivens, H. (2006). Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. *Matronas prof*, 7(1), 27-33. <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/14/119>
- <https://www.who.int>
- Biurrún Garrido, A., & Goberna Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.

Capítulo 538

ACTUACIÓN DEL TCAE ANTE EL PACIENTE TERMINAL.

EMMA GONZALEZ MUÑOZ

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

1 Introducción

Una enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que sucederá la muerte en un plazo relativamente corto, por término medio en unos seis meses. Características de la enfermedad terminal:

- Diagnóstico de enfermedad confirmado.
- No responde a tratamiento curativo.
- Presencia de síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Produce impacto emocional tanto en el paciente como en la familia y el equipo asistencial.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

2 Objetivos

Determinar las pautas de trabajo que deberá llevar a cabo el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en este tipo de pacientes.

3 Metodología

Basada en la investigación descriptiva tomando como fuentes diversas revisiones bibliográficas

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló como finalidades en los cuidados a los pacientes terminales:

- Calmar el dolor.
- Controlar los síntomas.
- Proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual.
- Mantener la vida, reafirmando su importancia, pero sin alargarla ni acortarla.
- Apoyar a la familia durante el proceso terminal y el duelo.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel importante en el cuidado de estos pacientes para conseguir su máximo bienestar, evitar su sufrimiento y preparar y lograr una muerte digna. El final de los cuidados no coincide con la muerte del paciente porque después aún quedarán el respeto y cuidado hacia el cadáver, y el duelo de sus familiares y allegados.

6 Bibliografía

- López Eulalia. Enfermería en cuidados paliativos. Panamericana.
- Evangelina Pérez de la Plaza. Ana María Fernández Espinosa. Editorial Mc Gran Hill.
- Paliativossinfronteras.org

Capítulo 539

CUIDADOS DEL TCAE EN UN PACIENTE CON MARCAPASOS

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

ELENA TIRADO GONZALEZ

ÁNGELA GÓMEZ USERO

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

1 Introducción

La estimulación cardíaca ha experimentado en los últimos años una serie de avances de gran importancia, los dispositivos de los que disponemos actualmente proporcionan una información del funcionamiento del corazón del paciente con marcapasos inimaginable hace escasos años. Todo esto se acompaña de un incremento espectacular en la seguridad de los mecanismos de funcionamiento, con un aislamiento frente a posibles interferencias con otras fuentes eléctricas nítidamente superior al de generaciones precedentes, limitándolas a situaciones específicas muy infrecuentes. Por otra parte se han consolidado en los últimos años otras indicaciones en las que la estimulación eléctrica del corazón reclama un importante protagonismo. Si bien tradicionalmente los marcapasos se conocen como un tratamiento básico para corregir trastornos del ritmo del corazón caracterizados por frecuencias cardíacas lentas mal toleradas, en la actualidad contamos con estimuladores que previenen e interrumpen arritmias rápidas (taquicardias) o que mejoran los síntomas o el pronóstico a determinados pacientes con grados avanzados de insuficiencia cardíaca.

La patología cardiovascular tiene un carácter crónico, que supone para el paciente una limitación en sus capacidades físicas y sociales durante el resto de su vida. Tanto si se trata de prevenir la enfermedad cardiovascular, como si ésta ya se ha instaurado, es necesario educar al paciente en pautas de actuación en el ámbito físico, social y psicológico, que le permitan alcanzar el mayor grado de independencia posible así como reintegrarse a una vida activa y satisfactoria tan pronto como se pueda.

Un marcapasos es un dispositivo cuyo objetivo es mantener la frecuencia cardíaca en pacientes que tienen alterado su sistema de regulación del ritmo cardíaco. Consta de un generador de impulsos eléctricos y un cable que conecta el generador de impulsos con el corazón.

Los cuidados posteriores tras el implante ayudarán a asumir positivamente la enfermedad y mejorar los cuidados tras el alta hospitalaria en la vida diaria consiguiendo sin duda un efecto beneficioso en la calidad de vida de los pacientes.

2 Objetivos

Abordar de una manera comprensible para el paciente este mundo en constante evolución de la estimulación cardíaca.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes cardíacos, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente , patología, cuidados, corazón, tratamiento cardíaco.

4 Resultados

Como en todas las enfermedades crónicas el tratamiento de la insuficiencia cardíaca precisa una atención especial en múltiples aspectos: es necesario realizar cambios favorables en los hábitos de vida, como reducir el consumo de sal, mantener actividad física regular, dejar de fumar, no consumir alcohol, reducir el stress y vigilar el peso. Nuestro médico nos recomienda también el empleo de determinados medicamentos que permiten retardar la progresión de la enfermedad, mejorar la calidad de vida, disminuir los síntomas de la insuficiencia cardíaca,...

La estimulación cardiaca se ha consagrado como un tratamiento útil para mejorar los síntomas y alargar la supervivencia de los pacientes que siguen con mucha fatiga a pesar de un tratamiento médico óptimo y en los que se demuestran determinadas alteraciones eléctricas ventriculares llamadas «asincronía». Un marcapasos que envíe estímulos simultáneos a las paredes de ambos ventrículos puede corregir la asincronía volviendo a conseguir que la contracción de los ventrículos sea simultánea. Así el corazón se resincronizaría, bombeando de forma más eficaz. Por estimular a la vez en ambos ventrículos a este sistema se le llama marcapasos biventricular.

Si aparece el dolor en el pecho, se debe, en primer lugar, interrumpir la actividad que se esté realizando. Si se está en casa, lo mejor es sentarse o tumbarse; si se está en la calle, es necesario pararse y sentarse si es posible. Es de gran importancia no perder la calma y poner una gragea de nitroglicerina (Cafinitrina®) debajo de la lengua. Si el dolor no ha cedido a los tres minutos, se pondrá una segunda píldora; si pasan otro período de tiempo similar y el dolor persiste, se recurrirá a una tercera y se acudirá al hospital o se avisará al 112. Es imprescindible que estos pacientes lleven siempre consigo pastillas de nitroglicerina. Pueden aparecer también dolor de cabeza, palpitaciones o mareos, pero suelen ceder a los pocos minutos. Si el dolor en el pecho ha cedido con la nitroglicerina, se puede continuar llevando una vida normal sin necesidad de acudir al médico hasta la próxima revisión. Si el dolor es frecuente y viene acompañado de náuseas, sudor intenso y falta de respiración, se debe acudir al médico con prontitud, aunque sea antes de la fecha prevista. Asimismo, algunas circunstancias pueden desencadenar una crisis de dolor en el pecho: las comidas copiosas, subir una cuesta, hacer ejercicio físico, los estados de tensión emocional o las relaciones sexuales.

5 Discusión-Conclusión

Su marcapasos no solo estimula el corazón cuando es necesario, también sabe reconocer las señales propias de las cámaras cardíacas para reaccionar ante ellas según esté programado. La detección de estas señales las realiza a través de los cables, que se comportan como antenas. A través de esas antenas también puede recibir señales externas al corazón, que pueden actuar como interferencias, y que pueden competir con el funcionamiento normal del marcapasos. No obstante los marcapasos y los cables actuales poseen sistemas de protección muy resistentes frente a las interferencias más comunes para evitar que el dispositivo funcione mal. Estas interferencias son producidas por campos eléctricos y/o magnéticos y

se originan fundamentalmente en el entorno hospitalario.

En el ámbito domiciliario son escasas, predecibles y se pueden evitar o controlar.

En el domicilio. Los electrodomésticos pueden producir interferencias por campos eléctricos pero se evitan siempre que los aparatos se hallen en buen estado de conservación, tengan toma a tierra y no se coloquen sobre la zona donde se halla el marcapasos. Siguiendo estas normas puede utilizar todo tipo de electrodomésticos, aspiradoras, lavadoras, secadoras, frigoríficos, batidoras, secadores de cabello, maquinillas eléctricas de afeitar, microondas, placas vitrocerámicas y de inducción, etc. No existen interferencias con los mandos a distancia de electrodomésticos ni de puertas de garajes, ni con los interruptores activados por contacto digital (ascensores, radio, TV). Los abrelatas eléctricos son los electrodomésticos que más interferencias pueden ocasionar. Si manipula lámparas, aparatos conectados a la red eléctrica, o «cambia» bombillas, desconecte la toma de corriente general (diferencial) de la casa o específicamente la correspondiente al electrodoméstico. Pueden producir interferencias transitorias los reproductores de música digital («iPods»), los «walkie-talkies» utilizados a menos de 15 centímetros y las emisoras potentes de radioaficionados. No coloque ni aproxime imanes a la zona del marcapasos. Los equipos de informática son inocuos. Los teléfonos fijos e inalámbricos son seguros. El llamado «móvil» puede recibir interferencias transitorias que se evitan colocándolo sobre el oído opuesto al lado donde esté ubicado el marcapasos y trasportándolo en la chaqueta o cinturón opuestos a la zona del marcapasos. Las antenas repetidoras de telefonía móvil no representan riesgo a distancia superiores a 2 metros. Los sistemas de monitorización domiciliaria y sin cables («wireless») no producen interferencias.

En la calle. Los sistemas antirrobo ubicados en las cajas, o en las entradas o salidas de los comercios pueden producir interferencias que se evitan pasando normalmente por ellos, pero no se apoye ni se detenga en ellos. Los arcos detectores de metales usados en los aeropuertos o en las entradas de las entidades bancarias o edificios públicos, no afectan al marcapasos, pero debe indicar al encargado que usted es portador de un marcapasos. El metro, los tranvías eléctricos, los autobuses, el tren, el «AVE» y la conducción de automóvil no producen interferencias. Nunca se ponga a manipular en los distintos elementos del motor de su coche con el «capó» levantado y el motor en marcha. Puede viajar en cualquier modo de locomoción pero no olvide que la legislación española que ya hemos comentado anteriormente. Los radares de control de velocidad de los cuerpos de seguridad del estado no producen interferencias.

Usted puede someterse a todo tipo de intervención quirúrgica, pero debe indicar a su médico cirujano y anestesista que lleva un marcapasos. El medio hospitalario es el lugar donde se pueden producir más interferencias significativas. Las radiografías normales, las ecografías y los escáneres no producen alteraciones. En principio, y salvo indicación expresa de su médico, está contraindicado someterse a diatermia (las llamadas corrientes) o tomografía de emisión de positrones (PET).

El mejor tratamiento para las enfermedades cardiovasculares es la prevención. Son fundamentales la implicación y la responsabilidad del propio paciente en el control de su enfermedad. Para ello se deben seguir las recomendaciones de tratamiento planteadas por el profesional sanitario. La terapia farmacológica representa sólo una parte del tratamiento que hay que seguir para el buen control de la enfermedad. Es necesario incorporar y adoptar estilos y hábitos de vida saludables.

En resumen, no debe de vivir preocupado o atemorizado por ser un portador de marcapasos, sino todo lo contrario.

6 Bibliografía

1. Álvarez, J. M., J. M. Maroto, y L. F. Arós. Guía del enfermo coronario. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 2006. • El mejor tratamiento para las enfermedades cardiovasculares es la prevención.
2. Campaña de concienciación sobre riesgo cardiovascular. «Hábitos de vida». http://www.corazondiaadia.cl/habitos_vida.asp. (Fecha de consulta: 28/11/08.).
3. Pablo Zarzosa, C. de. Rehabilitación cardíaca: vuelta al trabajo. Madrid: Mapfre Medicina, 1996.
4. Villar Álvarez, F., A. Maiques Galán, y J. Brotons Cuixat. Prevención cardiovascular en atención primaria. Grupo de expertos del PAPPs. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
5. UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia). «Factores de riesgo cardiovasculares». <http://www.uned.es>

Capítulo 540

ACTUACIONES DEL TCAE HACIA EL PACIENTE ONCOLÓGICO

MARÍA ELENA VEGA AGUADERO

NURIA GONZALEZ MARTINEZ

MARIA GARCÍA MARTINEZ

JULIA MARIA MANSO MATA

1 Introducción

Cuando un paciente oncológico ingresa en el hospital, se establecen relaciones de cercanía entre el mismo y el personal sanitario, siendo la relación terapéutica mucho más efectiva. Ser capaces de responder profesionalmente ante el paciente, conociendo sus tratamientos tanto farmacológicos como métodos no invasivos, para una mejor coordinación con el resto del equipo sanitario, será esencial (Delbon, Beretta, Wührer, y Conti, 2010).

Por otro lado, el hospital representa un lugar dotado de medios tecnológicos donde en múltiples ocasiones las técnicas sanitarias se priorizan frente al aspecto humano. Sin embargo, hoy en día la literatura avala que al paciente oncológico hay que procurar proporcionarle un ambiente lo más agradable y familiar posible, permitiendo objetos de índole personal y orientando a la familia en sus cuidados si esta prefiere llevarlos a cabo (Canga y Esandi, 2016). También se debe tener en cuenta que al paciente al que se le diagnostica cáncer es frecuente que sufra alteraciones físicas y psicológicas, teniendo que ser tratado con mayor sensibilidad

debido a que la palabra “cáncer” se asocia, de forma recurrente, con la muerte a pesar de que la supervivencia cada vez es mayor. El sentimiento de miedo a la muerte supone una dificultad mayor a superar, sobre todo en el aspecto psicológico, lo que hace el trabajo del personal sanitario más dificultoso (Restrepo, 2005; Canga y Esandi, 2016).

La figura del TCAE se ha incorporado con fuerza en el trato directo con el paciente, ya que es la persona que más se acerca a él en el aspecto humano pues, en la inmensa mayoría de las veces, es quien acude a su habitación para realizar tareas de la vida cotidiana: llevar su comida, útiles de aseo, o para cualquier otra atención que para el paciente es habitual. Así, el TCAE puede establecer una comunicación más próxima con él, de sus gustos, su rutina, etc (De la Torre Gálvez, 2008).

2 Objetivos

- Describir las funciones de la figura del TCAE con el paciente oncológico.
- Analizar los efectos que dichas tareas tienen a corto y largo plazo sobre el mismo.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: paciente oncológico, oncología, sanidad, TCAE, auxiliar. A través de estos tópicos, se encontraron 33 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 13 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 20 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 9. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios (Figura 1).

Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

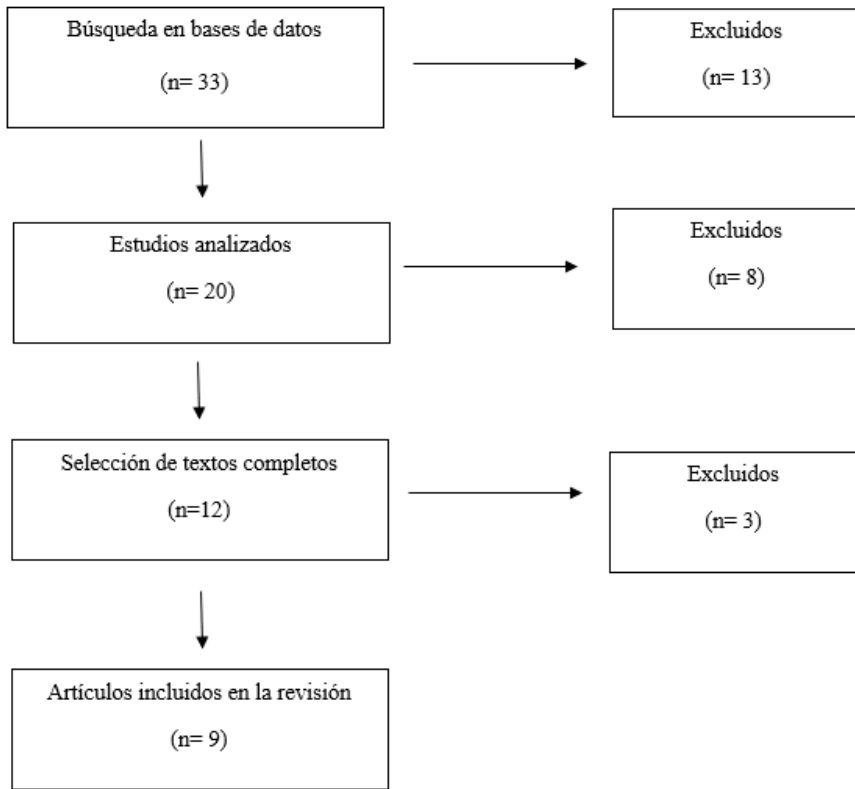


Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

4 Resultados

El TCAE desarrolla un papel importante junto con el resto de equipo multidisciplinar en la asistencia al paciente oncológico, especialmente otorgando unas pautas claras al paciente de cara a propiciar una mayor adaptabilidad a la enfermedad. Debe procurar que el paciente sea consciente de la importancia de sus cambios dietéticos y hacerle ver la importancia de la hidratación, especialmente si recibe tratamientos de quimioterapia, asegurando así una buena diuresis. Estudios realizados no dejan lugar a dudas sobre la íntima relación entre dieta y cáncer. En el paciente oncológico este es un factor determinante ya que puede ser de gran importancia para su recuperación, teniendo en muchas ocasiones que recurrir a profesionales especializados en esta área.

El paciente, en muchas ocasiones y debido al aislamiento familiar y social, debe enfrentarse a esta enfermedad en soledad, hallando incluso situaciones en las que la persona decide no expresar sus miedos y dolores por entender que está mostrando un signo de debilidad. En este sentido, es primordial intentar en todo momento que el paciente mantenga cierto grado de autonomía, que se sienta útil y que todavía controle por él mismo su intimidad.

Por otro lado, el TCAE debe dar una gran importancia a la higiene del paciente, ya que la piel constituye un lugar predilecto para el desarrollo de microorganismos e impide el normal funcionamiento de la epidermis. El lavado de las manos después de acudir al servicio, así como antes de cada comida, será esencial.

El TCAE también debe procurar evitar cortes y rasguños, ya que podría ser una puerta de entrada para una infección. Al paciente oncológico también se le recomendará la realización de ejercicio físico (dentro de sus posibilidades) como medida preventiva para el control de peso, así como para reducir el estrés y la ansiedad o mejorar su estado de ánimo. En estas tareas también intervendrá la figura del TCAE.

Así pues, el TCAE tendrá unas actividades y objetivos muy concretos y específicos cuando se trata de atender al paciente oncológico (Alvarado, 2008):

- Aumentar el confort y autonomía del paciente.
- Ayudar en el alivio del dolor.
- Mejorar la imagen corporal.
- Identificar factores que lo predispongan a infección y hemorragias: inspeccionando piel, zona perianal, vías urinarias, vías respiratorias...
- Comunicar alteraciones del estado de ánimo, ya sea físico o psíquico.
- Identificar lesiones o úlceras cutáneas derivadas del tumor.
- Identificar dificultades en la deglución masticación, así como presencia de náuseas, vómitos y diarrea.
- Comunicar la existencia de dolor, así como la percepción que de él tiene el enfermo (miedo, fatiga, aislamiento social...).
- Evitar movimientos innecesarios.
- Facilitar posiciones cómodas.
- Proporcionar al paciente un ambiente lo más agradable posible: luz, temperatura, olores, colores...
- Procurar que el paciente dirija su atención a sensaciones agradables.
- Establecer una comunicación con el paciente, lo más adecuada posible, según su estado de ánimo.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que cada individuo tiene una forma de ser, una determinada manera de reaccionar frente a los problemas y, por tanto, cada uno afrontará de una determinada manera la enfermedad. El paciente al que le diagnostican un cáncer pasará por diferentes etapas: de shock o fase de crisis, donde se encontrará vulnerable, frágil, confuso, inseguro, perdido. En esta etapa tendrá la sensación de que su existencia está en peligro. En una segunda fase pasará a negar su situación, a pensar que es posible que se hayan equivocado al realizar el diagnóstico: tenderá a la tristeza, depresión, llanto, miedo, llegando finalmente a una fase de aceptación, que suele coincidir con el tratamiento y con la sensación de que está haciendo algo por solucionar el problema.

En este sentido, el aspecto psicológico de esta enfermedad es fundamental, ya que la noticia para el enfermo es devastadora. No sólo supone un cambio radical en su vida, sino en la de toda su familia. Las reacciones en el seno familiar, así como el modo de sobrellevar la enfermedad, puede variar mucho de unos miembros a otros, necesitando no sólo ayuda psicológica especializada al enfermo, sino la unidad familiar al completo.

6 Bibliografía

- Alvarado, M. G. (2008). Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico. *Revista CONAMED*, 13(1), 27-30.
- Canga, A., & Esandi, N. (2016). La familia como objeto de cuidado: hacia un enfoque integrador en la atención de enfermería. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 39, No. 2, pp. 319-322). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Cibanal Juan, L., Sánchez, A., & Balsa, C. (2003). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (No. 616-083). Elsevier.
- Crego, M. D. L. C. R., Pérez, D. F., Fernández, C. V., & Sánchez, A. Z. (2016). Estrategias para la mejora del cuidado del paciente oncológico: Resultados del proyecto SHARE (Sesiones interHospitalarias de Análisis y Revisión en Enfermería). *Enfermería Clínica*, 26(5), 312-320. de Jesús Almanza-Muñoz, J., & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *RevInst-NalCancerol (Mex)*, 46(3).
- De la Torre Gálvez, I. (2008). *Cuidados enfermeros al paciente oncológico*. Editorial Vértice.

- Delbon, P., Beretta, G., Wührer, C., & Conti, A. (2010). Comunicación, información y relación entre paciente oncológico, personal sanitario y familiares.
- Marcela, D. F. E., Sylvia, G. N. E., Carlos, L. C. E. J., & Aracely, T. M. E. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 694-704.
- Merchán, P., Eugenia, M., & Tobón Correa, O. (2005). Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. *Index de Enfermería*, 14(51), 19-23.
- Restrepo, M. H. (2005). Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer. *Persona y Bioética*, 9(2).
- Torres-Contreras, C., & Buitrago-Vera, M. (2011). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista cuidarte*, 2(1), 138-148.
- Triviño, Z. G., & Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31.
- Zarate Grajales, R. A. (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería*, 13(44-45), 42-46.

Capítulo 541

CUIDADOS DEL TCAE EN EL CONTROL PRENATAL

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

ÁNGELA GÓMEZ USERO

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

ELENA TIRADO GONZALEZ

1 Introducción

El control prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El cuidado prenatal es más que solamente los cuidados de la salud durante el embarazo. Este incluye las consultas con su proveedor de atención de salud y las pruebas prenatales. El cuidado prenatal puede ayudar a su bebé y a usted a mantenerse sanos. También permite al doctor prevenir y descubrir posibles problemas de salud antes, cuando el tratamiento es más efectivo. El tratamiento temprano puede curar muchos problemas y prevenir otros.

2 Objetivos

Prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo (como por ejemplo: Infección urinaria sin síntomas, infecciones genitales asociadas al aborto o infección del recién nacido).

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados prenatales, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, natalidad, cuidados, embarazo, lactancia.

4 Resultados

Los profesionales de enfermería deben proporcionar asesoría en cuidado prenatal, generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de lograr niveles altos de satisfacción de la gestante y que ellas consideren que la atención cubrió sus expectativas.

El control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

Características del control prenatal: a) Precoz: Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo. b) Periódico: Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. b) La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de educación para el nacimiento. También favorecerá la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materno o fetal que se hayan identificado, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento. c) Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado

general de la mujer, de la evolución del embarazo y de los controles e intervenciones requeridos según edad gestacional.

Nutrición en la embarazada.

Completa: es decir que contenga alimentos de los tres grupos:

1. cereales y tubérculos, 2. frutas y verduras; y 3. productos de origen animal y leguminosas.

Variada: deberá incluir diferentes alimentos de cada grupo para que la dieta no se vuelva monótona y se obtengan todos los nutrimentos que necesita su cuerpo para funcionar y satisfacer sus necesidades y las del feto.

Equilibrada: que los nutrimentos que le proporcionan los alimentos de los grupos antes mencionados los consuman en las proporciones que necesita su cuerpo.

Inocua: que el consumo habitual de los alimentos no implique riesgos para la salud, que sean higiénicos y que no estén descompuestos o contengan algún agente patógeno.

La Nutrición en la embarazada adecuada: acorde a sus gustos, cultura y necesidades específicas. Debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo.

Como una guía de ayuda, utiliza el “Plato del bien Comer”

- Hidratación: Se recomienda que disminuya el consumo de oxígeno y que ingiera de 1.5 a 2.0 litros de agua al día.

- Eliminación: Se pide la ingesta de dos litros de líquidos, realizar ejercicio físico, comer alimentos con alto residuo como salvado, piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante como papaya o jugo de ciruela.

Conceptos edad gestacional:

La duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio

socioeconómico precario.

Conceptos Gestación:

Es el período comprendido entre la concepción y el nacimiento de un bebé, durante el cual el feto crece y se desarrolla dentro del útero de la madre. La edad gestacional se define como el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición.

Las pruebas que una embarazada debe de hacerse son las siguientes:

- Grupo sanguíneo: Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y Coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa. Si la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.
- Urocultivo: Se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de Bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de Orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con Taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.
- V.D.R.L: Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no Treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).
- H.I.V: La detección de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.
- Hematocrito: La concentración de glóbulos rojos se modifica por la Hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.
- Glicemia: Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para Diabetes, de ahí que se recomienda efectuar a todas las embarazadas

una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: 140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.

- Albuminuria: La detección de Albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con la "Coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de Ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una Nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia.

5 Discusión-Conclusión

La embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en Metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

6 Bibliografía

1. Dirección General de Salud Pública/Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria, Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio, 2007.

2. SHR/OMS Ginebra, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto, 2002.
3. SEGO Protocolos. Diagnóstico prenatal. 2010.
4. . Velazquez MD, Rayburn WF. Antenatal evaluation of the fetus using fetal movement monitoring. Clin Obstet Gynecol. 2002;
5. Yodo y Salud Perinatal. Informe Técnico y Recomendaciones. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2008.
6. Usandizaga M. La conducción del embarazo normal: Consulta prenatal. Concepto de riesgo elevado y su detección.
7. Fabre E, Bartha JL, Gallo M, González de Agüero R, Haya FJ, Melchor JC. Nutrición en el embarazo.

Capítulo 542

CUIDADOS DEL TCAE ANTE UN FRACTURA DE CADERA

ELENA TIRADO GONZALEZ

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

ÁNGELA GÓMEZ USERO

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

1 Introducción

La fractura de cadera es la causa más común de hospitalización en los servicios de urgencia ortopédicos. Esta patología acarrea problemas que van más allá del daño ortopédico, ocasionando repercusión en áreas tales como medicina interna, rehabilitación, psiquiatría, trabajo social y en la economía de la atención sanitaria. Así como en las familias de los afectados.

Una fractura de cadera es una lesión grave, con complicaciones que pueden poner en peligro la vida. El riesgo de fractura de cadera aumenta con la edad.

Las personas mayores corren un mayor riesgo de fracturarse la cadera porque los huesos tienden a debilitarse con la edad (osteoporosis). Tomar muchos medicamentos, la mala visión y los problemas de equilibrio también hacen que las personas mayores tengan más probabilidades de tropezar y caerse, una de las causas más comunes de fractura de cadera.

Una fractura de cadera casi siempre requiere una reparación o un reemplazo quirúrgico, seguido de fisioterapia. Tomar medidas para mantener la densidad ósea y evitar caídas puede ayudar a prevenir una fractura de cadera.

La fractura de cadera en el adulto (FCA) es una patología que incrementa su incidencia a medida que la población envejece.

Las fracturas femorales proximales, generalmente denominadas "fracturas de cadera", son la pérdida de la solución de continuidad del tejido óseo del fémur a nivel de articulación proximal.

La edad y el nivel de dependencia son factores importantes a considerar en la gestión de los cuidados de enfermería durante la hospitalización. Administrar cuidados conlleva la responsabilidad de la calidad de la atención que cada paciente necesita para conseguir la adecuada recuperación. Los pacientes en Traumatología, debido a la inmovilización y al dolor tienen alta dependencia en cuidados, la mayor parte de las intervenciones del auxiliar de enfermería están dirigidas a valorar las necesidades de cuidados y ayudar, reforzar y suplirlas actividades que los pacientes no pueden hacer de forma independiente.

2 Objetivos

Analizar diagnósticos de autonomía, resultados e intervenciones del TCAE en los pacientes con diagnóstico de fractura de cadera.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con fracturas de cadera, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, patología, cuidados, cadera, traumatología, necesidades.

4 Resultados

Una fractura de cadera puede reducir tu independencia en el futuro e, incluso, disminuir tu expectativa de vida. Casi la mitad de las personas que tienen una fractura de cadera no son capaces de recuperar su capacidad de vivir de manera independiente.

Si una fractura de cadera te mantiene inmóvil por mucho tiempo, las complicaciones pueden ser las siguientes:

- Coágulos de sangre en las piernas o los pulmones.
- Escaras.

- Infección de las vías urinarias.
- Neumonía.
- Mayor pérdida de la masa muscular, lo que aumenta el riesgo de sufrir caídas y lesiones

Además, las personas que tuvieron una fractura de cadera corren un riesgo elevado de que sus huesos se debiliten y como consecuencia puedan caerse más a menudo, lo que representa un riesgo considerablemente mayor de tener otra fractura de cadera.

A los pacientes que ingresan por fractura de cadera se les realiza en las primeras horas posteriores al ingreso la valoración de enfermería por patrones funcionales de salud. El/la auxiliar de enfermería, valora al ingreso las necesidades de cuidados básicos utilizando la escala Barthel.

La Escala de Barthel:

1. Al ingreso se valora y registra, si el paciente es autónomo, dependiente o necesita ayuda para las actividades de: Alimentación, Lavado/baño ,Higiene personal Vestido Control esfínteres ,Uso WC y el Traslado Cama/sillón Deambulaci3n. El plan de cuidados estandarizado supone poner en marcha una planificaci3n de actuaciones que realizan los profesionales de enfermería con el paciente en diferentes momentos, marcando los objetivos que queremos alcanzar y las intervenciones a realizar. Se realiza todos los días que el paciente permanece ingresado.

Plan de cuidados estandarizado: fractura cadera. Valoraci3n patrones funcionales de salud. Valoraci3n riesgo UPP al ingreso. Escala Nort3n (enfermera). Valoraci3n de la dependencia para las actividades b3sicas de la vida diaria: Escala Barthel (auxiliar enfermería) Aplicaci3n plan cuidados estandarizado.

2. Objetivos al alta: piel intacta abandono del encamamiento .Principales intervenciones del auxiliar enfermería: Cuidados del paciente encamado Prevenci3n de úlceras por presi3n.

Cuidados perioperatorios pre y trans operatorios :

- Control de signos vitales • Verificar permeabilidad de catéter venoso • Profilaxis de antibiótico (si esta indicada por el medico) • Baño o aseo general del paciente, bata limpia • Retirar prótesis, cadenas, anillos, aretes, etc.
- Medidas anti embólicas (medias o vendaje de miembros pélvicos).
- Verificar hojas de autorizaci3n.
- Informar al radi3logo.

Cuidados post-operatorios y recuperación:

- Valoración y control de signos vitales.
- Comprobar y mantener miembros inferiores en abducción y el cuerpo alineado.
- Revisión de ordenes medicas.
- Valoración de escala de Eva; Ramsay. • Prevención de caídas.
- Aplicación de medicamentos (analgésicos, anticoagulantes y antibióticos)
- Colocar y verificar medias o vendas anti embólicas. • Aseo diario del paciente.
- Prevención de úlceras por decúbito.
- Cuidados de cateterismo vesical y/o Drenovac. • Curación de herida según lo indicado.
- Vigilar presencia de pulsos pedios.
- Vigilar cambios de coloración, temperatura y sensibilización cutánea.
- Asistir y verificar dieta ordenada.
- Vigilar datos de estreñimiento.
- Trabajo conjunto con terapia física, respiratoria y ortopedia para la atención del paciente. •

Educación para la salud.

Los planes de cuidados estandarizados nos permiten coordinar los cuidados, de forma real y operativa, y el registro en la historia de enfermería es la forma mejor y más segura de transmitir la información sobre los cuidados. El/la auxiliar de enfermería además de proporcionar y registrar los cuidados necesarios transmite conocimientos y habilidades a los cuidadores familiares, que son el soporte del paciente tras el alta.

Los cuidados que proporcionan las/los técnicas en cuidados auxiliares de enfermería influyen mucho en la calidad que perciben los pacientes, cada año son valorados muy positivamente en las encuestas de satisfacción. La cercanía, actitud y profesionalidad del equipo de enfermería aporta el lado más humano de la atención sanitaria

5 Discusión-Conclusión

Para prevenir las fracturas hay que realizar una valoración clínica que determine la causa de algunas caídas:

1. Evaluación del estado mental.
2. Revisión de la medicación administrada al paciente Tratamiento de la osteoporosis.
3. Evaluación visual y su corrección si es posible

4. Evaluación de la marcha y de los trastornos del equilibrio.
5. Provisión de dispositivos que apropiados para caminar más seguro.
6. Evaluación y corrección de los riesgos en el interior de la casa que propicien caídas.

La fractura de la cadera es la causa más frecuente, en los pacientes ancianos, de admisión hospitalaria en los servicios de traumatología y ortopedia.

En la atención prolongada y en el hogar, es posible que trabajes con un terapeuta ocupacional para aprender técnicas para lograr la independencia en la vida diaria, como usar el baño, bañarte, vestirse y cocinar. El terapeuta ocupacional determinará si un andador o una silla de ruedas puede ayudarte a recuperar la movilidad y la independencia.

El tratamiento es generalmente quirúrgico y su objetivo es reparar o sustituir hueso roto.

La mortalidad se encuentra entre el 5% y el 10% de es de la fractura y del 30% transcurrido 1 año.

Es de esperar alguna pérdida de capacidad funcional a nivel de la cadera en la mayoría de los pacientes. Es necesario iniciar la aplicación de un programa multidisciplinar de rehabilitación antes de que el paciente vuelva a casa.

6 Bibliografía

1. Goulet JA. Hip dislocations. In: Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA, eds. *Skeletal Trauma: Basic Science, Management, and Reconstruction*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 52.
2. Leslie MP, Baumgaertner MR. Intertrochanteric hip fractures. In: Browner BD, Jupiter JB, Krettek C, Anderson PA, eds. *Skeletal Trauma: Basic Science, Management, and Reconstruction*. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 55.
3. Schuur JD, Cooper Z. Geriatric trauma. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 184.
4. Weinlein JC. Fractures and dislocations of the hip. In: Azar FM, Beaty JH, Canale ST, eds. *Campbell's Operative Orthopaedics*. 13th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017:chap 55.
5. <http://www.gapllano.es>
6. http://es.slideshare.net/la_bonita2000/fractura-de-cadera.

Capítulo 543

CUIDADOS Y PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN POR EL TCAE

ÁNGELA GÓMEZ USERO

ELENA TIRADO GONZALEZ

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

1 Introducción

El Tcae está relacionado fundamentalmente con la cobertura de las necesidades básicas de los pacientes dependientes: aseo, ayuda en la alimentación, ayuda en la movilización, y tareas de cambios de dispositivos de incontinencia (DdI), sin quedar reflejado ni en el imaginario general, ni en los registros, ni siquiera en la propia identidad del colectivo la importancia de su labor, que no se termina de creer el papel fundamental que juega en la atención al paciente dependiente en las unidades de hospitalización.

Sin embargo, su nivel de conocimientos y competencia es cada vez mayor, y ligado a su histórico nivel de compromiso profesional ha generado que en algunas unidades los TCAE sean pieza fundamental en la toma de decisiones compartidas en el equipo de salud, con la delegación por parte del graduado/diplomado de enfermería tanto del diagnóstico, como de la prevención y tratamiento de algunas lesiones relacionadas con la dependencia.

Los TCAE son los profesionales sanitarios junto con el de enfermeras que tienen un trato más directo con el paciente, y posiblemente sean los que más tiempo

pasan junto al paciente dependiente, cubriendo sus necesidades terapéuticas, preventivas y de educación sanitaria tanto de pacientes como de cuidadores.

2 Objetivos

- Determinar las funciones de TCAE en cuanto a las úlceras por presión.
- Analizar las medidas preventivas protocolizadas ante una lesión.
- Enumerar las medidas de prevención para evitar una úlcera por presión y describir el procedimiento.
- Detallar la actuación ante una úlcera por presión.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados y prevención de pacientes con úlceras por presión. Se utilizaron como descriptores: paciente, patología, cuidados, úlceras, dolor.

4 Resultados

Los TCAE durante las tareas de aseo y cambio de dispositivos de incontinencia son los que realizan una valoración directa del estado de la piel del paciente y del riesgo que éste presenta de padecer lesiones relacionadas con la dependencia, reconociendo no sólo riesgo de lesiones por presión (UPP), sino las dermatitis asociadas a la incontinencia (DAI), lesiones por fricción (LF) por cizalla (LC) y aquellas lesiones mixtas que requieren tratamientos específicos. No sólo con el juicio clínico, sino que mediante la aplicación de escalas de valoración como Braden® , permiten la categorización del riesgo o del tipo de lesión que presenta el paciente.

El primer contacto con el paciente, hay que detectar precozmente lesiones o el riesgo de aparición de las mismas. En función del diagnóstico que se realiza, se instauran medidas preventivas protocolizadas según el tipo de lesión:

* Lesiones por presión:

- Colocación de SEMP: sobrecolchón de aire alternante para pacientes con Braden de moderado/alto riesgo).
- Uso de AGHO en prominencias óseas y puntos de apoyo c/8-12h.

- Cambios posturales protocolizados c/4h si alto riesgo y c/6h si riesgo moderado.
- Uso de espumas locales conformables en talones y codos.
- Alivio de presión con almohadones y cojines.
- * Dermatitis asociada a la incontinencia:
 - Cambios de dispositivo cada vez que haya humedad.
 - Uso de películas barrera no irritantes (PBNI) en pulverizador.
 - Uso de cremas barrera de óxido de zinc.
 - Uso de películas barrera permanentes con aplicador.
- * Lesiones por fricción o cizalla.
- * Apósitos hidrocoloides extrafino para limitar fricciones.
- * Correctas movilizaciones y cambios posturales para evitar cizalla

* Las medidas de prevención son las siguientes:

- Movilización. El objetivo para la mayoría de las personas es el mantenimiento de la actividad y de deambulación. Cuando sea posible, invitar al paciente a moverse por sí mismo a intervalos frecuentes, que permitan redistribuir el peso y la presión. Si existe potencial para mejorar la movilidad física, inicie la rehabilitación y considere la derivación a fisioterapia.
- Cambios posturales. Los cambios posturales permiten reducir la duración y la magnitud de la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo. Presiones elevadas sobre prominencias óseas durante un corto periodo de tiempo, y bajas presiones sobre prominencias óseas durante un largo periodo de tiempo, resultan igualmente dañinas. Para reducir el riesgo del individuo de desarrollar úlceras por presión, es importante reducir el tiempo y la cantidad de presión a los que está expuesto, por tanto es muy importante realizar cambios posturales.

En la población cada vez más creciente de personas en domicilio con dependencia severa o total, institucionalizados o en unidades de cuidados intensivos, los cambios posturales son tan necesarios como insuficientes, estando condicionada su efectividad entre otros aspectos por:

- La dificultad para su realización periódica.
- La utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas.
- Su realización de manera inadecuada.
- La imposibilidad de efectuarlos en muchos pacientes bien por patologías que dificultan o imposibilitan su realización (cirugía cardíaca, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados). Medidas preventivas en las UPP.

En la realización de los cambios posturales hay que tener presente 3 aspectos:

- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre manejo de pesos y cargas.

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí. Como norma general, se recomienda realizar los cambios posturales alternando entre decúbito lateral derecho, supino y lateral izquierdo, utilizando como posición decúbito supino la de semi-Fowler de 30 grados.

Es muy importante al movilizar a la persona, evitar la fricción y los movimientos de cizalla. Para ello debe considerarse:

- Utilizar una entremetida o sábana travesera de algodón suave, perfectamente estirada, sin arrugas al movilizar al paciente en la cama.
- Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el menor tiempo posible.
- Para las posiciones de decúbito lateral no sobrepase los 30° de lateralización, evitando apoyar el peso sobre los trocánteres. Los pacientes con un decúbito lateral de 90° tienen una tasa casi 4 veces superior de lesiones que los que están a 30°. Utilizar aparatos auxiliares para desplazar a los pacientes y reducir así la fricción y la cizalla. Elevar, no arrastrar, al individuo cuando se le esté movilizando.
- Si es necesario que el paciente se sienta en la cama, evitar una posición de hombros caídos y deslizamiento que provoque aumento de la presión o fricción y cizalla en el sacro y en el coxis.

En el caso de que el paciente presente úlceras por presión se deberá de actuar:

- No culpabilizando al entorno de cuidados de la aparición de nuevas lesiones. Es una complicación frecuente y en muchos casos en ese estado, probablemente inevitable.
- Planteando objetivos terapéuticos realistas de acuerdo con las posibilidades de curación, evitando en lo posible técnicas agresivas.
- Manteniendo limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección.
- Seleccionando apósitos que permitan distanciar la frecuencia de las curas para evitar el discomfort causado por estos procedimientos.
- Mejorando el bienestar del paciente, evitando el dolor e intentando controlar, de existir, el mal olor de las lesiones (mediante apósitos de carbón activado, gel de metronidazol, etc).
- En situación de agonía será necesario valorar la necesidad de realizar cambios posturales en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años existen infinidad de estudios acerca de estas medidas y de sus recomendaciones, aunque el único estudio con suficientes garantías sobre distintos tipos de frecuencia de cambios en función de la superficie utilizada es el de Defloor. Éste demuestra que posicionar 4 horas en un colchón de espuma viscoelástica, resultó estadísticamente significativo en la reducción de las UPP, en comparación con el cambio de postura cada 2 o 3 horas en un colchón estándar del hospital.

Para una correcta prevención hay que determinar previamente el grado de conocimiento que poseen los profesionales de la salud sobre las recomendaciones de prevención y tratamiento en UPP, para identificar la posible existencia de factores profesionales o de formación que puedan influir en el nivel de conocimiento y en su puesta en práctica, ya que es un problema muy común en la hospitalización de las personas mayores.

Al lado de cada persona dependiente que necesita cuidados y atenciones encontramos a un cuidador, con frecuencia no profesional, que asume un rol raramente deseado y que acostumbra a ser un familiar cercano. Los profesionales sanitarios colaboran para garantizar una buena salud tanto física como psicológica del cuidador porque con ello se garantiza una buena atención a la persona dependiente. Una fuente importante del estrés del cuidador procede del hecho de no saber hacer frente a las atenciones elementales que la persona dependiente necesita. Los cuidadores necesitan apoyo e información por parte de los profesionales sanitarios (médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales) para poder desarrollar su trabajo con el mayor éxito posible anticipándose a los problemas, a las situaciones difíciles, tanto por parte del dependiente como de el mismo.

Es función de los tcaes como profesionales de enfermería, transmitir a la persona cuidadora todos estos conceptos elementales, para garantizar su salud física y emocional, así como toda aquella ayuda que se encuentre a nuestro alcance.

6 Bibliografía

- Protocolo de cuidados en Úlceras por Presión. Hospital Universitario “Reina Sofía”. Área de Enfermería.
- Guía de Cuidados Enfermeros. Úlceras por Presión. INSALUD, 1996 y actualización 1999.

- Guía de Prevención y Cuidados de las Úlceras. Hospital Universitario “Princesa de España”.
- Cuidados de Enfermería Saunders. Luckmann 2000. Ed. McGrau-Hill Interamericana.
- Tratamiento local de las úlceras por presión. Escuela Andaluza de Salud. Boletín Terapéutico Andaluz, 2000;
- Validación de dos escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión: Gosnell y Nova-4. García FP, Bermejo J, Pérez MJ. Revista Rol de Enfermería, 1999; 22 (10).
- Mejora continua de la calidad en las lesiones por presión mediante la valoración de riesgo de aparición. Barbero FJ, Villar. Enfermería Clínica, 1998 8 (4) - 141- 150.

Capítulo 544

CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA A UN PACIENTE OSTOMIZADO

ÁNGELA GÓMEZ USERO

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

ELENA TIRADO GONZALEZ

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

1 Introducción

La RAE define estoma como “abertura al exterior que se practica en un órgano hueco, como el intestino, o entre dos de ellos”.

Así mismo, la palabra ostomía se deriva del griego “stoma”, que significa boca. Por tanto, un estoma es “realizar una boca, con el intestino, que se saca al exterior a través de un orificio realizado en la pared del abdomen”.

Según la OMS “el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; en 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones”. El colorrectal estaría situado en tercer lugar en cuanto a número de víctimas. Esta elevada tasa ha ido disminuyendo en los últimos años gracias a una mayor detección por parte de los servicios de salud, lo que ha permitido que las personas que lo padezcan, o estén en fase precancerígena, tengan un mayor índice de supervivencia

Una ostomía es un procedimiento quirúrgico en la que se realiza una apertura (estoma) para un órgano hueco. Se presentan a nivel del sistema digestivo en la pared abdominal (duodenostomía, yeyunostomía, ileostomía, y colostomía) para dar salida al contenido intestinal.

Las ostomías digestivas y urinarias, se definen como la exteriorización del colon (colostomía), del íleon (ileostomía) y uréteres (urostomía) a través de la pared abdominal, suturándolo a la piel del paciente, creando de ésta manera una salida artificial (estoma), con el objeto de recoger los desechos que produce el cuerpo humano en un dispositivo en forma de bolsa, que variará su forma dependiendo del tipo de ostomía. Lógicamente las personas que llevan una ostomía, son ostomizadas. Las patologías que derivan en una ostomía son variadas pero muy concretas: tumores colorrectales, enfermedades inflamatorias intestinales como la Colitis Ulcerosa o la Enfermedad de Crohn, enfermedades hereditarias como la poliposis familiar y accidentes traumatológicos que puedan afectar a la zona rectal y urogenital son las más comunes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir diferentes factores de riesgo de padecer cáncer colorrectal y pruebas diagnósticas.

Objetivos secundarios:

- Analizar la ostomía digestiva y el dispositivo utilizado en ella.
- Determinar el papel del Auxiliar de Enfermería en la atención a la persona ostomizada.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos de cuidados en pacientes ostomizados publicados en revistas científicas indexadas en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar.

Se utilizaron las palabras claves en la búsqueda: paciente, ostomizado, cuidados, estoma.

4 Resultados

No se conocen cuáles son las causas que llevan a padecer un cáncer colorrectal, pero sí sabemos que hay una serie de factores de riesgo que hay que tener en cuenta:

- Edad. El riesgo de padecer este tipo de cáncer aumenta con la edad. Aunque puede aparecer en jóvenes y adolescentes, la mayor parte de los casos surge en personas mayores de 50 años.
- Sexo. La prevalencia entre los hombres de padecer este tipo de cáncer es mayor.
- Antecedentes familiares. Este se puede transmitir de una generación a otra, especialmente si al familiar o familiares se les ha diagnosticado antes de los 45 años, haciendo que el riesgo llegue a ser el doble.
- Pólipos adenomatosos. Algunos tipos de pólipos, concretamente los adenomas, pueden llegar a convertirse en un cáncer colorrectal si no se extirpan.
- Enfermedad inflamatoria intestinal. La enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa hacen que la persona sea más susceptible de padecer un cáncer colorrectal en el futuro debido a la inflamación crónica del intestino grueso que padecen.
- Raza. La tasa más alta de cáncer colorrectal se da en personas de raza negra.
- Inactividad física. Un estilo de vida sedentario hace que el riesgo sea mayor.
- Nutrición. Es bien sabido que nuestra alimentación influye de manera directa sobre nuestra salud. Una alimentación con un consumo elevado de carnes rojas y procesadas, así como cocinadas a altas temperaturas aumenta el riesgo significativamente.
- Obesidad o Sobrepeso. La incidencia de este es mayor en hombres que en mujeres.
- Tabaquismo. Se ha podido demostrar recientemente que las posibilidades de morir de cáncer colorrectal son mayores entre personas fumadoras.
- Alcohol. Reducir o evitar su consumo es la mejor medida a tomar.

Pruebas diagnósticas.

Todos estos factores anteriormente descritos hacen que, en muchos casos, sean necesarias e imprescindibles una serie de pruebas que confirmen o descarten las sospechas. Entre ellas destacaríamos:

- Prueba de ADN en materia fecal (ADN-FIT). Única prueba aprobada por la FDA (Administración de Medicamentos y Alimentos). Detecta cantidades mínimas de sangre en la materia fecal (gracias a una prueba inmunoquímica) así como 9 biomarcadores de ADN en tres genes diferentes encontrados en el cáncer colorrectal.

- Pruebas de sangre oculta en materia fecal de alta sensibilidad (FOBT). Se buscan pequeñas cantidades de sangre que no pueden ser observadas a simple vista en la materia fecal. Hoy en día hay 2 pruebas aprobadas por la FDA: la prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol y la prueba inmunoquímica fecal.
- Sigmoidoscopia. Se examinan el recto y el colon sigmoideo gracias a un sigmoidoscopio (tubo flexible e iluminado con lente y una herramienta para extraer tejido).
- Colonoscopia regular (u óptica). Se examinaría el recto y todo el colon con un colonoscopio (herramienta similar al sigmoidoscopio, pero más larga).
- Colonoscopia virtual. También llamada colonografía por tomografía computarizada (TC). Consiste en un equipo especial de RX para producir imágenes del colon y recto. Una computadora ensambla estas imágenes.
- Enema de bario de doble contraste. Se suministra al enfermo un enema con una solución de bario tomando, a continuación, imágenes de RX del colon y recto.
- Prueba de sangre de materia fecal con guayacol tomada en el consultorio médico. Se hace como parte de un examen físico de rutina.

Tipos de ostomías.

La tasa de operabilidad del cáncer colorrectal es muy elevada (superior al 90%) por lo que un número considerable de pacientes diagnosticados tendrán que someterse a cirugía y portar una ostomía.

Teniendo en cuenta su localización, se pueden clasificar en:

Ostomías digestivas, ostomías urinarias y ostomías respiratorias.

Vamos a analizar la ostomía digestiva. Teniendo en cuenta su función, las ostomías digestivas se clasificarían en:

- Estomas de nutrición. Su función es permitir introducir los nutrientes necesarios en el tubo digestivo a través de la nutrición enteral.
- Estomas de eliminación. Su función es derivar al exterior el contenido gástrico.
- Estomas de drenaje. Mantiene en contacto con el exterior un segmento del colon que no cumpla una función.

Dependiendo de la zona anatómica afectada hablaremos de:

- Ileostomía (parte final del intestino delgado).
- Colostomía (intestino grueso). A su vez la colostomía, y también teniendo en cuenta su localización, puede ser: Ascendente, transversa, descendente. Teniendo en cuenta su duración, pueden ser temporales o permanentes.

Dispositivo utilizado:

La bolsa de ostomía es una bolsa que se utiliza para la recogida de las heces. Estas,

generalmente, son líquidas o pastosas y, en ocasiones, formadas. Existen varios tipos:

- Sistema de una pieza. Bolsa y adhesivo forman un todo.
- Sistema de dos piezas. Bolsa que se puede quitar y volver a colocar en una barrera cutánea.
- Algunos sistemas son cerrados y serán desechados tras su utilización mientras otros son de fondo abierto para que una vez vaciados puedan ser reutilizados.

Una vez realizada la cirugía y pasado el enfermo a planta, este debe comenzar a poner en práctica todas aquellas recomendaciones pautadas por el facultativo. La adherencia terapéutica es un elemento clave en el éxito de su recuperación. El paciente debe adquirir una serie de hábitos que van a ser decisivos en cuanto a su independencia futura y su reinserción en la vida social y/o laboral. Es posible que la persona ostomizada sienta miedo, tristeza o desánimo ante su nueva situación. Puede que el sentimiento de vergüenza le impida comunicarse con su familia o amigos y hablar abiertamente del tema. La comprensión familiar es una pieza determinante a la hora de que el enfermo acepte su nueva realidad y se implique cuanto antes en su autocuidado.

Aunque la atención al paciente ostomizado es un trabajo multidisciplinar, el cuidado y atenciones que este recibe durante todo el proceso recaen en el equipo de enfermería. El enfermero, ayudado por el auxiliar, tendrá en cuenta todas aquellas dudas y necesidades que puedan surgir a lo largo de la estancia del enfermo en el hospital. Tanto a nivel físico como psicológico necesitará el apoyo constante de estos profesionales, siendo estos una pieza fundamental en su pronta recuperación e incorporación a su vida habitual. Se debe estar apoyando y guiando a la persona constantemente, tanto al inicio de la convalecencia ya que es en este momento cuando más lo necesitará, como al final, momento en el que ya habrá adquirido los hábitos necesarios para su autocuidado y que le permitirán llevar una vida más independiente.

La piel es la parte más importante a tener en cuenta. Es necesario prestarle una especial atención, así como tener una higiene y unos cuidados rigurosos. Estos cuidados tendrán como objetivo final que la piel luzca un aspecto saludable. Si la piel periestomal se daña puede ser doloroso y llevar a la infección, trayendo consigo una serie de complicaciones posteriores. Para evitar esto existen una gran variedad de cremas y geles específicos que crean películas protectoras sobre la piel y no interfieren en la adherencia del dispositivo.

5 Discusión-Conclusión

El momento del diagnóstico, es un momento crítico para la persona. En este instante el paciente se encuentra con miedos, inseguridades y temores ante la posibilidad de padecer un cáncer. La familia y amigos juegan un papel fundamental en este caso ya que este apoyo va a tener un efecto directo sobre su salud mental y física. La ostomía supone un gran cambio para la persona y genera en ella sentimientos de angustia y depresión. Es de gran importancia el apoyo que se le dé para superar esta nueva fase. La familia juega un papel muy importante en la adaptación a esos cambios.

El auxiliar de enfermería trabajará en estrecha colaboración con el enfermero/a y le servirá de apoyo en todos los cuidados que sean requeridos para el paciente. Este cuidado debe ser continuo. Velará por su bienestar físico y psicológico y que su estancia en el centro sea lo más satisfactoria posible. Fomentará hábitos saludables en la persona ostomizada y el autocuidado.

6 Bibliografía

- Sociedad española de Oncología médica; Las cifras del Cáncer en España; 2018 [Último acceso 16/10/2018] págs. 6 y 7. Disponible en: <https://seom.org>
- Real Academia Española; Diccionario de la Lengua Española; 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=GuZyPjV>
- Organización Mundial de la Salud. Cáncer, Datos y Cifras; 2018. [Último acceso 17/10/2018] pág. 1. Disponible en: <http://www.who.int>
- Tegido Valentí, M; Blanco Álvarez, A; Soriano-Izquierdo, A; Actuaciones de enfermería en el cuidado del paciente ostomizado digestivo. Hospital Universitario Bellvitge [Último acceso 19/10/2018] pág. 2. Disponible en: <https://www.aegastro.es>
- American Cancer Society. Factores de riesgo del cáncer colorrectal 2018. [Último acceso 19/10/2018] pág. 1. Disponible en: <https://www.cancer.org>
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). Factores de riesgo cáncer colorrectal; 2017 [Último acceso 20/10/2018] pág. 1. Disponible en: <https://www.cancer.net>
- Instituto Nacional del Cáncer; Exámenes para detectar el cáncer colorrectal y los pólipos; 2016 [Último acceso 20/10/2018] pág. 1. Disponible en: <https://www.cancer.gov>
- Darío Parra, S. ^a; La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado; 2013; [Último acceso 20/10/2018] pág. 1. Disponible

en:<https://scielo.conicyt.cl>

- 10 Bonill de las Nieves, C.; Hueso Montoro, C.; Celdrán Mañas, M.; Rivas Marín, C.; Sánchez Crisol, I.; Morales Asencio, J.M. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar; 2013. [Último acceso 20/10/2018] pág. 1. Disponible en:<http://scielo.isciii.es>
- Montenegro Vélez, Vanessa Katherine; Evaluación y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas del servicio de hospitalización de Cirugía General. Hospital Carlos Andrade Marín. [Último acceso 21/10/2018] pág. 16. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec>
- Educainflamatoria. ¿Existen distintos tipos de ostomías?; 2018 [Último acceso 22/10/2018] pág. 1. Disponible en: <https://www.educainflamatoria.com>

Capítulo 545

LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA COMUNICACIÓN Y EMPATÍA CON EL PACIENTE

ELENA TIRADO GONZALEZ

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

ÁNGELA GÓMEZ USERO

1 Introducción

Las habilidades sociales, constituyen por tanto, un papel fundamental y estrechamente relacionado con las comunicaciones interpersonales en el ámbito profesional en las ciencias de la salud, ya que están en continuo contacto y en relación con el paciente, con el familiar y con los demás profesionales sanitarios que les rodean, y además la comunicación se produce en un contexto de enfermedad, con unas connotaciones que hacen que sea especial esta comunicación, y que por tanto el enfoque de la misma deba profundizar en aspectos como la empatía, la humanización, la indefensión del paciente, y la necesidad de establecer una comunicación terapéutica con el paciente.

La empatía suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal (“ya veo que te sientes mal”) o no verbal (expresión facial acorde a la situación). La empatía evita realizar un juicio de valor (ya verás cómo te pones bien muy pronto”) y a

diferencia de la simpatía, no se produce un contagio emocional, circunstancia esencial para los profesionales asistenciales de modo que en todo momento pueden reconocer cuáles son las emociones suyas y cuáles las del paciente. La empatía en la asistencia sanitaria radica en un esfuerzo por parte del profesional sanitario en comprender la realidad de alguien que hasta el momento no considerábamos ni familiar ni amigo.

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarlo. Este esfuerzo se efectúa no sólo emocionalmente, sino, también semiológicamente. Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social.

La quinta esencia de la empatía radica en tener una predisposición abierta a la queja y a la demanda que efectúa el paciente, sea quien sea el paciente y sea cual sea la demanda, y tratar de entenderla desde el paciente, no sólo desde mi propia experiencia. Entender esta limitación intelectual forma parte indisociable de la empatía, porque nos obliga a estar permanentemente abiertos al paciente, entenderlo como una realidad que nunca acabamos de comprender.

Empatizar en sanidad significa percibir en profundidad el significado especial y único que para cada enfermo en particular tiene de su enfermedad, cómo la entiende, la siente o incluso el proceso de aceptación de la misma. Los sanitarios deben tener la habilidad de percibir los sentimientos del paciente, “ponerse en su lugar”, para comprender en profundidad su situación. Debe obtener una percepción particularmente fina y sensible de los sentimientos, vivencias, etc. De la otra persona con la intención de conectar con el mundo interior del otro y el propósito de facilitarle la resolución de sus crisis.

2 Objetivos

Identificar la posible existencia de factores profesionales o de formación que puedan influir en el nivel de conocimiento y en su puesta en práctica.

Conocer los conocimientos para comunicarse con el paciente y tener habilidades para obtener empatía con los pacientes en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda

en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con angina de pecho, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente , patología, cuidados, angina, dolor, pecho.

4 Resultados

La práctica asistencial también conlleva el trato y la relación con los pacientes, con sus familiares, así como con sus propios compañeros. Las relaciones interpersonales que se establezcan dependen en gran medida de lo que se conoce como «Percepción Social», que es el proceso a través del cual se pretende conocer y comprender a otras personas. Y bien es cierto, que muchas veces se trata a los demás no tal y como son realmente, sino tal y como los percibimos. A veces, ocurre que el profesional se hace una primera impresión, positiva o negativa, de un paciente a quien ni siquiera conoce, y actúa con él, de acuerdo a esa primera impresión.

La Percepción Social permite conocer a las personas, sus características, cualidades y estados internos.

Sus componentes fundamentales son dos:

- La realización de atribuciones sobre por qué la gente actúa de la forma en que lo hace.
- La formación de una impresión general de las personas en función de lo que se sabe, o de lo que cree saber.

La atribución tiene sobre todo una función de control: dado que el mundo en que vivimos es enormemente cambiante necesitamos saber a qué atenernos, necesitamos controlar esa complejidad de nuestro entorno, al menos en el pensamiento, y para ello intentamos hacer un cierto tipo de atribuciones para así hacer más estable nuestro medio, con el fin de poder predecir el comportamiento de los demás e incluso el nuestro propio, y así reducir al mínimo las posibles sorpresas.

Esta necesidad constante del ser humano por buscar la causa del comportamiento de los otros es algo central para entender y mejorar las relaciones profesionales, ya que una misma conducta interpersonal tendrá consecuencias muy diferentes en nuestras relaciones dependiendo de cómo la expliquemos, de cómo la interpretemos, o dicho en otros términos, a qué causa la atribuyamos. Así, por ejemplo, si una compañera de trabajo llega tarde al cambio de turno al que le estamos esperando y atribuimos su conducta a que quiere molestarnos será más probable que nuestra relación con él/ella se deteriore que si atribuimos su tardanza a una

sería de factores situacionales, como por ejemplo, que haya perdido el autobús o que hubiera mucho tráfico en la carretera.

El profesional debe mantener una actitud positiva hacia el paciente, evitando juicios o prejuicios. No juzgar significa mantener la disposición interior de aceptar al enfermo como persona (no teniendo en cuenta sus comportamientos anteriores, sean los que sean), estar receptivo a sus sentimientos actuales, intentando comprenderlos y dejando a un lado toda tendencia a moralizar, con la firme confianza en que el enfermo tiene sus propios recursos personales para ayudarse a sí mismo, es decir, ser el protagonista del proceso de ayuda.

La enfermera debe tener la habilidad de percibir los sentimientos del paciente, “ponerse en su lugar”, para comprender en profundidad su situación. Debe obtener una percepción particularmente fina y sensible de los sentimientos, vivencias, etc. De la otra persona con la intención de conectar con el mundo interior del otro y el propósito de facilitarle la resolución de sus crisis.

La comprensión empática consiste en hacer el esfuerzo por entrar en el mundo del enfermo para intentar comprender su experiencia y transmitirle comprensión. Se trata de intentar adoptar el punto de vista del paciente para comprender su situación con el objetivo de poder transmitirle comprensión.

Empatizar significa percibir en profundidad el significado especial y único que para cada enfermo en particular tiene su enfermedad, cómo la entiende, como la siente y cómo la acepta.

5 Discusión-Conclusión

Además de transmitir la información es importante tener en cuenta que la comunicación es bidireccional. Es imprescindible para ejercer una buena supervisión conocer y recoger la información para conocerlas e incorporarlas a la organización del servicio, para poder trabajar en equipo y transmitir esa información a la dirección.

Para manejar toda la información necesaria en un contexto hospitalario se necesita cierto orden para evitar el caos. Por lo tanto es necesario conocer y optimizar los canales de comunicación que poseemos.

La comunicación no se improvisa sino que requiere de un plan. Para que sea una herramienta eficaz de gestión necesitamos saber qué información queremos transmitir, a quién, cuándo, cómo y el porqué.

Aunque en cualquier centro sanitario, las noticias e informaciones circulan sin cesar, en la mayoría de los casos no se trata de un proceso planificado, pensado y diseñado para ser útil a las personas que necesitan saber determinadas cosas para hacer bien su trabajo. La improvisación y la comunicación informal son bastante frecuentes en nuestros centros asistenciales.

6 Bibliografía

1. Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. and Medina López, O.M. 2009. "El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería". *Aquichan*. 9 (2): 127-134.
2. Bascuñan ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*. 2005;133: 693-98.
3. Beca JP. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los cuidados*. 2008.; 1 (1):1-4.
4. Borrell Carrió, F. 2011. "Empatía, un valor troncal en la práctica clínica". *Med Clin (Barc)*. 136 (9): 390-397.
5. Caballo Vicente, E. 2007. *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
6. Cibanal Juan, L., Arce Sánchez, M^a.C. and Carballal Balsa, M^a.C. 2010. *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud*. España: Elsevier.
7. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. *Plan de Humanización de la asistencia sanitaria, 2016-2019*. Madrid. 2016.

Capítulo 546

LOS CUIDADOS DEL TCAE EN ONCOLOGIA

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

ELENA TIRADO GONZALEZ

ÁNGELA GÓMEZ USERO

1 Introducción

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer no es una tarea fácil, no sólo por la complejidad de la enfermedad en sí, sino porque es una enfermedad que tiene un gran impacto sociocultural. En la actualidad existen más de 100 tipos de cáncer y gracias a los avances de la medicina en la actualidad se curan de esta enfermedad un gran número de personas. Cada paciente es único y su forma de responder a los tratamientos es diferente. Hoy en día el tratamiento del cáncer no se limita a la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia: los aspectos psicológicos y sociales que conlleva esta enfermedad son tenidos en cuenta cada vez más. Esto es así no sólo porque se ha observado que cuidando los aspectos psicológicos y sociales mejora la calidad de vida de los pacientes, sino también por la influencia que tienen durante el mismo proceso de la enfermedad.

Los enfermos experimentan diferentes reacciones emocionales y físicas antes, durante y después de los tratamientos. Su deseo de información también varía mucho y mientras unos piden información exhaustiva, otros la prefieren concisa.

Al principio, una información general sobre su problema puede ser suficiente para algunos pacientes y sólo más tarde, durante el tratamiento, piden una información más detallada. Por otra parte, la familia y los cuidadores también sufren emocionalmente ante el diagnóstico de un ser querido y son merecedores de atención.

2 Objetivos

Aumentar su autoestima y bienestar, facilitando las relaciones sociales y mejorando su calidad de vida.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed, Scielo, y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con tratamiento oncológico, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente , patología, cuidados, oncología, dolor, terminal.

4 Resultados

La quimioterapia es un tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de las células tumorales hasta que las extinguen. Este tratamiento se puede administrar a través de la vena y, en determinados casos, en pastillas.

Actualmente, hay muchos tratamientos que se reciben en el “hospital de día”, es decir, durante el día y sin necesidad de pasar la noche en el hospital. Sin embargo hay pacientes cuyo tratamiento requiere que permanezcan más de un día en el hospital porque necesitan ser evaluados de cerca con frecuencia y durante más tiempo mientras lo reciben.

El paciente se pone nervioso con el primer tratamiento , pero a medida que conozca toda la dinámica del proceso, es decir dónde recibirá el tratamiento y quiénes son los que le darán la medicación y le cuidarán mientras la recibe, verá como todo ello le dará seguridad y tranquilidad

Quimioterapia Oral

Es una buena opción por la comodidad que representa: no requiere tantos desplazamientos al hospital como los tratamientos que se administran por la vena.

La hormonoterapia es un tratamiento hormonal, es una forma de tratamiento médico de cáncer que utiliza fármacos que actúan modificando las hormonas (evitando su síntesis o alterando sus efectos sobre determinadas células) para frenar el crecimiento de ciertos tumores.

Hay algunos tumores cuyo crecimiento se ve facilitado por las hormonas. Así el crecimiento de un cáncer de próstata es facilitado por la testosterona u hormona masculina.

A su vez, el cáncer de mama puede crecer más por la acción de los estrógenos y la progesterona, que son hormonas femeninas.

Este tratamiento se administra generalmente por vía oral o en inyección subcutánea.

La radioterapia es un tratamiento que utiliza radiaciones para destruir células tumorales localizadas en una zona concreta. Se administra en sesiones breves pero diarias (5 días a la semana), como tratamiento único o asociado a otros tratamientos (quimioterapia o cirugía).

El trasplante de médula ósea consiste en obtener células madre sanas extrayéndolas de la médula y guardándolas para su posterior transfusión al paciente. Las células madre sanas se pueden tomar del propio paciente cuando está en “fase de remisión” o bien se pueden tomar de otra persona sana y compatible. Antes del trasplante de médula ósea, el paciente será sometido a un tratamiento de quimioterapia a altas dosis para lograr que entre en una “fase de remisión” de la enfermedad. La transfusión de células madre sanas se realiza por vía endovenosa.

Durante los tratamientos con quimioterapia la piel tiende a estar más deshidratada y es posible que aparezcan en la piel zonas más oscuras, secas, descamadas o con grietas. Sin embargo, unos meses después de finalizar el tratamiento, su piel estará más recuperada y podrá recibir los cuidados habituales.

Consejos para el cuidado de la piel:

- Higiene diaria.
- Utilizar jabones neutros.
- Hidratar la piel con Aloe vera o rosa de mosqueta.
- Utilizar mascarillas faciales para su tipo de piel.
- Protegerse de sol. Utilizar siempre protección solar.
- No realizar peeling corporal ni facial.
- La depilación debe hacerse con pinzas o maquinilla eléctrica.
- No hacerse tatuajes ni piercing.
- Beber agua, aproximadamente 1,5 litros al día.
- Comer una dieta rica en verduras y frutas.

- Si se lesiona la piel, limpie la lesión, aplique solución yodada y vigile si aparecen signos de infección en la zona (dolor, enrojecimiento,...).
- Si tiene zonas de hiperpigmentación en la piel, no utilice productos para inducir la descamación de la piel.

Se pueden sufrir cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento. Tener miedo, sentirse angustiado o deprimido es bastante habitual, entre otras cosas por los cambios en las actividades diarias: es muy posible que se tengan que adaptar los horarios a las sesiones programadas por el médico.

Durante el tiempo que dura el tratamiento es bueno consultar con el médico todas las dudas que se puedan presentar. Si el tratamiento está siendo eficaz, cómo se puede aliviar la angustia o el temor, etc. El paciente debe saber que no está solo y que existen personas en la misma situación que han superado problemas semejantes.

5 Discusión-Conclusión

La percepción subjetiva del tiempo de un enfermo oncológico nos puede servir como un indicador de su grado de confort o bienestar, o para validar instrumentos de evaluación de este constructo psicológico. En la medida en que sea posible, es importante tratar de disminuir los tiempos de espera y el grado de incertidumbre que generan. Las demoras innecesarias en la comunicación de una información que pueda representar una buena noticia para el enfermo equivalen, de hecho, a incrementar de forma innecesaria, y en una magnitud insospechada para el profesional sanitario, la duración subjetiva de su tiempo de sufrimiento. En el acompañamiento de un enfermo es necesario adaptar nuestro tiempo subjetivo a su tiempo subjetivo. Sentarse junto al paciente, apretar su mano, mirarle a los ojos, compartir sus silencios, constituyen en muchos casos el único tratamiento posible o el mejor complemento de los tratamientos que se le están administrando. Para los enfermos pendientes de diagnóstico, en lista de espera para una intervención quirúrgica, un trasplante o un tratamiento, de los que acertadamente o no crean que depende su vida, habría que establecer protocolos de intervención destinados a prevenir y paliar los efectos emocionales de los tiempos de espera que no sea posible reducir.

Se debe considerar la posibilidad de utilizar algunos de los tiempos de espera, inevitables en el curso del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad oncológica, para adiestrar a los enfermos que lo deseen en estrategias, como la relajación, el

yoga y que podrían ayudarles a conseguir una mayor serenidad y plenitud en los difíciles momentos que están viviendo.

6 Bibliografía

1. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona; 2003.
2. Chaicharoen P. Lettin-go or killing: thai buddhist perspectives on euthanasia.
2. Eubios J Assian Int Bioethics. 1998;8:37-40.
3. De Arriba Méndez JJ, Nerín Sánchez C, Blanquer García MJ, Ortiz Martínez MC, Ródenas García L, Vila Meizoso B.
3. Concordancia entre las preferencias de pacientes con cáncer avanzado y sus familias en cuanto al lugar de fallecimiento. Med Pal (Mad). 2008;15:18-22.
4. Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastella; 2004. pp. 411-2.
4. Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. Rev Soc Esp Dolor. 2000;7:70-4
5. Barbero J, Barreto P, Arranz P, Bayés R. Comunicación en oncología clínica. Madrid: Just in Time; 2005.
6. Laín Entralgo P. El estado de enfermedad. Madrid: Editorial Moneda y Crédito; 1968.
7. Bayés R, Morera M. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. Med Clin (Barc). 2000;115:141.

Capítulo 547

LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA ESCLEROSIS MULTIPLE

KATTY JHOJANA MARIN OSORIO

ÁNGELA GÓMEZ USERO

REMEDIOS RODRÍGUEZ SIERRA

ELENA TIRADO GONZALEZ

1 Introducción

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad degenerativa y crónica del sistema nervioso, de origen autoinmune, que afecta al cerebro y la médula espinal. El sistema inmune ataca a la mielina, que es la sustancia que envuelve las fibras nerviosas o neuronas. La mielina se deteriora y presenta cicatrices, conocidas como esclerosis, entonces aparece la inflamación. Cuidar de alguien que tiene una enfermedad crónica como la esclerosis múltiple (EM) puede ser muy satisfactorio. La pareja, la familia y los amigos pueden unirse mucho más para afrontar los retos. Pero estos cuidados también pueden resultar física y emocionalmente agotadores, especialmente para la persona encargada del cuidado principal. En la mayoría de los casos, el cuidador principal suele ser la pareja o cónyuge, pero también puede ser un hijo (o hija), el padre (o la madre) o un amigo (o amiga). Existe una amplia variedad de cargos o responsabilidades que los cuidadores pueden dispensar, así como hay una gran variedad de capacidades y discapacidades que presentan las personas con EM. Para alguien que cuida de una persona que pre-

sente relativamente pocas dificultades funcionales, su ayuda puede limitarse a administrar inyecciones y ofrecer su colaboración para tratar con el equipo médico.

Para alguien que se ocupe de una persona con un grado de discapacidad más grave puede verse implicado en actividades diarias como el aseo, el vestir, la alimentación, el desplazamiento, así como los tratamientos médicos. Aquellos que se ocupan de una persona recientemente diagnosticada, o que tenga poca discapacidad, pueden optar por concentrarse en las secciones que se refieren a su situación en particular.

La sección de Recursos al de este libro es un buen punto de partida para quienes deseen información más explícita o específica sobre algún tipo de ayuda. A lo largo de este libro, el término cuidador (asistente) se utiliza para designar a la persona que es primordialmente responsable del cuidado diario de una persona con EM.

2 Objetivos

Aprender cómo administrarse tratamientos médicos, consejos para superar la fatiga y las recaídas ocasionales,

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed, Scielo, y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de pacientes con tratamiento de esclerosis múltiple, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente , patología, cuidados, esclerosis, dolor.

4 Resultados

Aceptar una enfermedad crónica y una discapacidad requiere de tiempo y voluntad. El tomar una decisión racional puede verse influida por la ira, la culpa, la pena, la confusión o la vergüenza. A menudo resulta útil tanto para el cuidador como para la persona hablar con un terapeuta, asesor o cualquier otra persona ajena a la situación para obtener una perspectiva más clara. Aún aquellas personas con un alto grado de discapacidad pueden vivir en su casa de forma satisfactoria. Para cada problema práctico suele haber varias soluciones. Por ejemplo,

alguien que no pueda trasladarse por sí mismo de la silla de ruedas a la cama o a la bañera, podría hacerlo con la ayuda de un aparato adecuado.

Cuando el cuidador trabaja tiempo completo y la persona con EM necesita algún tipo de ayuda o compañía durante el día, un programa de cuidado diario para el adulto puede ser una opción. Para evitar el agotamiento del cuidador haga uso de los servicios de relevo, los amigos y los grupos de apoyo. Para algunas personas, el aspecto más temido de atender a una persona con enfermedad crónica es responsabilizarse de los tratamientos médicos. Esto puede incluir: llevar un control de los medicamentos, administrar fármacos inyectables o efectuar una cateterización intermitente urinaria.

El cuidador puede y debe hacer citas con los profesionales médicos para obtener información, asesoramiento y entrenamiento. Algunos tratamientos podrían fallar si el cuidador no conoce al equipo médico, no comprende el cómo y el porqué de una técnica o recibe instrucciones que son imposibles de llevar a cabo. Si encontrara algún problema a la hora de administrar un tratamiento médico, póngase en contacto con el equipo médico y arregle una sesión de entrenamiento. Con la información adecuada y un poco de práctica, la mayoría de los cuidadores terminan adquiriendo confianza en esta faceta de su papel. El prestar apoyo emocional y dispensar cuidados físicos a una persona con EM suele ser bastante satisfactorio pero, a veces, también preocupante y, de vez en cuando, simplemente abrumante.

5 Discusión-Conclusión

En la vida es duro enfrentarse con problemas graves y, aunque el sufrimiento se oculte tras las gruesas paredes del silencio, existe. Hay personas con Esclerosis Múltiple en situaciones complicadas, a veces dramáticas. Es importante dar el primer paso. En este libro se dan algunos interesantes consejos prácticos a los cuidadores de enfermos de Esclerosis Múltiple.

Se guía sobre el grado de cuidado que requiere cada situación y contiene diferentes posibilidades de adaptación del hogar y de sus miembros en el caso de que alguien de la familia sufra Esclerosis Múltiple. Es conveniente que tanto el enfermo como el cuidador se esfuercen por comprender y aceptar los gustos del otro siempre y cuando no sean extravagantes e interesarse por los temas que al otro le interesen o inquieten. Hay que evitar la soledad en compañía y al mismo tiempo buscar una porción de vida propia e íntima. De nada vale lamentar lo perdido, todo aquello a lo que ambos han tenido que renunciar. Cada uno tiene

que buscar nuevos espacios en los que encontrar satisfacciones reconfortantes. Cuando se deja de añorar lo inalcanzable, se empieza a ver todo lo bello y valioso que hay debajo de la superficie por la que nos movemos. Únicamente entonces, los que tienen una dependencia mutua podrán alcanzar una vida incluso más plena que la de aquellos a los que han envidiado

6 Bibliografía

1. American Academy of Orthopedic Surgeons (Asociación Americana de Cirujanos Ortopédicos) 6300 N.
2. National Association for Home Care and Hospice (Asociación Nacional para el Cuidado en la Casa y el Hospicio).
3. García Merino, A.; Ara Callizo, J.R.; Fernández Fernández, O.; Landete Pascual, L.; Moral Torres, E.; Rodríguez-Antigüedad Zarrantz, A. (marzo de 2017). «Consenso para el tratamiento de la esclerosis múltiple 2016»
4. Domínguez Morenoa, Rogelio; Morales Esponda, Mario; Rossiere Echazarreta, Natalia Lorena; Olan Triano, Román; Gutiérrez Morales, José Luis (septiembre a octubre de 2012). «Esclerosis múltiple: revisión de la literatura médica»
5. Compston, Alastair; Coles, Alasdair (25 de octubre de 2008). Esclerosis Múltiple.
6. Rebollo Quintero, Juan José (2017). «Esclerosis Múltiple, una enfermedad desmielinizante»
7. Covo Torres, Pedro (enero a marzo de 2015). «Introducción a la historia de la esclerosis múltiple»

Capítulo 548

HERNIA INGUINAL EN TCAE

MARTA GONZALEZ RUBIO

1 Introducción

Se presenta el caso de una mujer de 44 años de Asturias, con profesión TCAE, que acude al médico de cabecera tras detectar bulto en zona abdominopélvica acompañada de dolor al realizar esfuerzos. Es derivada a consulta de cirugía donde tras exploración física es diagnosticada de hernia inguinal derecha. Se pone en marcha preoperatorio y es sometida a cirugía sin complicaciones, pasados 3 meses de recuperación recibe el alta.

2 Objetivos

Describir caso clínico de hernia inguinal derecha y comentar brevemente.

3 Caso clínico

Mujer de 44 años de Asturias, con profesión TCAE, que acude al médico de cabecera tras detectar bulto en zona abdominopélvica derecha, acompañada de dolor al realizar esfuerzos y que tras exploración física, es derivada a consultas externas de cirugía, donde se confirma Hernia inguinal derecha y se pone en marcha el preoperatorio. Tras meses en lista de espera ingresa para operación.

Motivo del ingreso: hernia inguinal derecha.

Antecedentes: sin alergias conocidas.

Antecedentes familiares: sin interés.

Antecedentes personales: no hábitos tóxicos, no hipertensión, no diabetes mellitus, no intervenciones quirúrgicas, 1 parto anterior y sin medicación previa.

4 Resultados

Se realiza corte incisivo con 15 puntos de sutura para reparar el tejido dañado y colocar malla de protección. Tras la recuperación de la anestesia, ingresa durante unas horas en planta hospitalaria donde recibe el alta el mismo día. A la semana se retiran los puntos en su centro de salud, mientras tanto se realizan lavados con agua y jabón, curas con betadine diarias y sin realizar esfuerzos. Pasados tres meses y con revisiones en consultas externas de cirugía recibe el alta ya recuperada.

El resultado es satisfactorio y la recuperación es total, teniendo en cuenta que en este caso no había antecedentes de importancia clínica, la cirugía no tuvo complicaciones y la recuperación se realiza según las indicaciones del cirujano.

5 Discusión-Conclusión

La hernia inguinal se produce cuando un tejido, sobresale a través de un punto débil en los músculos abdominales, en este caso por la realización de esfuerzos, que se detecta por la aparición de un bulto en esta región, se asocia también un dolor leve o malestar que se ve acentuado al realizar esfuerzos. El diagnóstico se realiza a través de una exploración física. La cirugía es el único tratamiento, reparando el tejido debilitado y fortaleciendo con parches de tejidos sintéticos (mallas).

6 Bibliografía

- Cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-y-huesos/hernia-inguinal.html
- Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR –HSJDAño 2015 Vol 5 No I scielo.isIII.es monografias.com/trabajos41

Capítulo 549

CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL TCAE EN LOS AISLAMIENTOS INTRAHOSPITALARIOS

JULIA MARIA MANSO MATA

MARÍA ELENA VEGA AGUADERO

NURIA GONZALEZ MARTINEZ

MARIA GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

A aquellos pacientes con enfermedades transmisibles diagnosticadas, o con sospecha de patología transmisible, se les aísla del resto de personas, siendo los sanitarios el único personal que puede estar en contacto con ellos para poder tratar el problema (siempre siguiendo unas estrictas normas de protección). Estas medidas tienen el propósito de debilitar el riesgo de infección para el propio paciente, el personal sanitario y las visitas, suspendiendo así la cadena de transmisión (Villanueva-Rábano, 2016; RENAVE, 2016).

El aislamiento está indicado, por lo tanto, especialmente ante la sospecha de una posible enfermedad transmisible de cualquier tipo o a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante el tiempo que esta esté en proceso de transmisión. Sin embargo, existe un segundo tipo de aislamiento caracterizado por aislar al paciente debido a sus bajas defensas, para poder protegerlo de cualquier patología transmisible (García y César, 2002).

Así, el primer tipo de aislamiento utilizado con los pacientes con una enfermedad infecciosa es el llamado “aislamiento común o de barrera”, mientras que el segundo tipo de aislamiento, que es el de aislar al paciente debido a sus bajas defensas, es el llamado “aislamiento protector” (García y César, 2002; Villanueva-Rábano, 2016). Cada uno de ellos tendrá unos subtipos, así como características y procedimientos particulares a ser aplicados.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los procedimientos y tipos de aislamiento que existen ante un riesgo de infección intrahospitalaria.

Objetivos secundarios:

- Describir el papel a desempeñar por el personal sanitario y, específicamente, por el TCAE en un contexto de aislamiento.
- Analizar los requisitos y medidas complementarias que deben aplicarse en caso de aislamiento.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: aislamiento, infección, prevención, sanidad, TCAE, auxiliar. A través de estos tópicos, se encontraron 50 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 30 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 20 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 5 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 13. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios (Figura 1).

Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

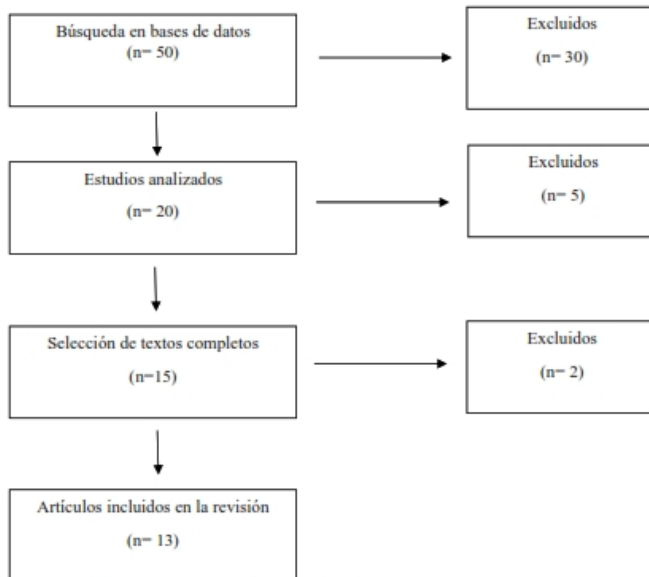


Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra lo que sigue:

A. Tipos de aislamiento (Rubio et al., 2000):

- Aislamiento de contacto: es uno de los aislamientos más habituales y se lleva a cabo cuando existe sospecha de una enfermedad que se puede transmitir por contacto con el paciente o por contacto con elementos de su hábitat. Es necesario la utilización de: guantes, bata y mascarilla.
- Aislamiento Protector o Inverso: es para pacientes con defensas bajas y el fin de este aislamiento es para poder protegerlos de adquirir cualquier infección. En este caso es necesario la utilización de: guantes y mascarilla. Además, se debe usar jabón antiséptico.
- Aislamiento Respiratorio o Gotitas: aquí el virus se transmite por vía aérea, por lo tanto, hay que tomar las medidas necesarias para evitar una propagación de dicho microorganismo. Es preciso el uso de: guantes y mascarilla.
- Aislamiento por vía aérea: sería necesario un aislamiento para este tipo si hay sospecha de infección, ya que el germen se transmite por el aire cuando el paciente tose, tiene mucosidad etc. Aquí también se necesita usar: guantes y mascarilla.

B. Requisitos complementarios:

A parte de la utilización de todas estas medidas de aislamiento previamente mencionadas, hay que tener en cuenta otros requisitos adoptados que también son necesarios para el buen funcionamiento de las unidades de aislamiento (Fe-Marqués y Membrillo de Novales, 2015):

- La puerta de la habitación siempre debe de estar cerrada y en ella tiene que estar el cartel especificando el tipo de aislamiento y las medidas protocolarias que se deben de tomar.
- Dentro de la habitación deben de estar los aparatos médicos y demás utensilios que sean necesarios para el paciente, y este no debe salir de dicho habitáculo hasta que no sea dado de alta.
- Hay que facilitarle al paciente, para uso personal, materiales y objetos desechables o que se puedan desinfectar.
- Dentro del cuarto de baño tiene que haber un contenedor para desechar las prendas utilizadas para entrar en la habitación (guantes, mascarilla, bata).
- Una vez que el paciente es dado de alta hay que limpiar y desinfectar muy bien la habitación para así evitar la aparición de nuevos casos.
- Las visitas deben de ser informadas por el personal sanitario de las prendas

necesarias que deben de usar por protocolo cuando accedan a dicha habitación.

De forma añadida, se encuentra que (Villanueva-Rábano, 2016):

- El periodo de aislamiento debe durar hasta que desaparezca la infección o recupere las defensas.
- Hay que disminuir el número de epidemias y de personas afectadas y, para ello, es necesario controlar los brotes de enfermedades transmisibles.
- Tener más recursos humanos y materiales para poder atender mejor a los pacientes con estas enfermedades, es requisito esencial.
- Los hospitales deben estar dotados de todas las medidas necesarias para evitar infecciones de cara a, llegado el caso, intervenir de forma efectiva y eficaz con los recursos humanos y los recursos materiales existentes, manteniendo así una seguridad de calidad en la atención hospitalaria.
- No todos los aislamientos son idénticos. Por ello, el hospital debe contar con todos los materiales que en ellos se requieran y precisen de cara a aislar el foco infeccioso y evitar posibles contagios.

C. Funciones del TCAE en un contexto de aislamiento.

En relación a las funciones concretas de TCAE, se encuentra que las mismas son las que siguen:

- Realizar el aseo y limpieza del enfermo aislado.
- Hacer la cama.
- Colocar el material e instrumental necesarios en el aislamiento:
- Guantes.
- Mascarillas.
- Batas.
- Colaborar con la administración de medicamentos por vía oral y rectal.

Además, su labor será fundamental a nivel de detección precoz, pues al estar de forma asidua en contacto con el paciente podrán observar sintomatología extraña o cualquier evento adverso. Será su responsabilidad, en tal caso, notificárselo al personal de enfermería para que lo puedan subsanar o tomar las medidas oportunas.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el personal sanitario no debe de tener una actitud diferente con este tipo de enfermos, ya que debido a su problema de salud se pueden llegar a sentir rechazados. Los pacientes con enfermedades infecciosas necesitan las

mismas atenciones que cualquier otro enfermo, e incluso muchas veces son necesarias otras atenciones más específicas, no debiendo olvidar el trato humanizado.

Debido a las diferentes y variadas enfermedades infecciosas, se deben cumplir unas pautas que marca el centro hospitalario, y tanto enfermos, personal sanitario y visitantes tienen la obligación y el deber de acatar dichas normas. En este sentido, con un buen aislamiento intrahospitalario, se garantiza que un microorganismo no se transmita de un paciente a otro y, además, también se consigue que no haya una transmisión a los profesionales de la salud. Por ello, tanto profesionales como pacientes deben cumplir unas normas de higiene establecidas de forma protocolaria para así evitar contagios múltiples.

En todos los hospitales debe haber unas buenas medidas de aislamiento para poder evitar muchas enfermedades e infecciones. Por eso, es necesario saber utilizar todos los recursos necesarios que tenemos al alcance de la mano para protegernos, así como tener en cuenta que un buen aislamiento -aparte de beneficiarse muchas personas gracias al mismo- al primero que protege es al mismo paciente.

6 Bibliografía

- Álvarez, N. M. M., & Noriega, N. C. (2012). Nivel de conocimiento y aplicación de precauciones de aislamiento hospitalario por la enfermera. In *Crescendo*, 3(1), 99-108.
- Fe Marqués, A., & Membrillo de Novales, F. J. (2015). Unidad de aislamiento hospitalario de alto nivel: necesidad y características. *Sanidad Militar*, 71(2), 74-76.
- García, E., & César, V. (2002). Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. *Rev Enferm IMSS*, 10(1), 27-30.
- Garner, J. S., & Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. (1996). Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 17(1), 54-80.
- Kisacky, J. S. (2005). Restructuring Isolation: Hospital Architecture, Medicine, and Disease Prevention. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(1), 1-49.
- Ortiz-López, G., Miranda-Tinoco, R., & Lara-Martínez, M. G. (2014). Precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13(1), 25-30.
- Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de microorganismos multirresistentes o de especial relevancia clínico-epidemiológica (ProtocoloMMR). Madrid, 2016.

- Romero, P. D. A., Leon, S. G., & Jimenez, C. S. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Paraninfo.
 - Rubio, T., de Jalón, J. G., Sanjuan, F., Erdozain, M. A., de Murieta, J. S., & Escobar, E. (2000). Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 105-121).
 - Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for isolation precautions preventing transmission of infectious agents in healthcare settings.
 - Tamayo-Vélez, M., & Quiceno-Valdés, L. M. (2016). El aislamiento hospitalario:¿ factor predisponente para la presentación de problemas de calidad en la atención?. *Infectio*, 20(3), 151-157.
 - Tran, K., Bell, C., Stall, N., Tomlinson, G., McGeer, A., Morris, A., ... & Abrams, H. B. (2017). The effect of hospital isolation precautions on patient outcomes and cost of care: a multi-site, retrospective, propensity score-matched cohort study. *Journal of general internal medicine*, 32(3), 262-268.
- Villanueva Rábano, R. (2016). Medidas de aislamiento en enfermedades transmisibles dentro del ámbito hospitalario.

Capítulo 550

EL CUIDADO DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA FRENTE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ANCIANO

VERONICA MENENDEZ FEITO

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

ELENA URÍA CUERVO

1 Introducción

La piel tiene la función de cubrir y proteger la superficie corporal. Hay ocasiones en las que se dan una serie de circunstancias que favorecen la aparición de lesiones cutáneas. Las úlceras por presión (UPP) se producen sobre todo por una presión continuada entre una protuberancia ósea y una superficie dura. En el paciente anciano aparecen por largas permanencias en la cama, falta de movilidad, trastornos sensoriales, trastornos circulatorios e incontinencias urinarias entre otros.

2 Objetivos

- Conocer las actuaciones por el Técnico de cuidados auxiliar de enfermería (TCAE) para evitar la aparición de las UPP.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Vigilar el estado de la piel en el aseo y muy fundamentalmente los cambios posturales. En los ancianos incontinentes se realizarán cambios posturales frecuentes y se les colocarán protectores y empapadores para prevenir la humedad, limpieza de la zona ulcerada, así como toda la superficie cutánea. Un aspecto muy fundamental es el estado nutricional, debemos garantizar una adecuada ingesta de nutrientes, en especial proteínas esenciales para la reparación del tejido. Se debe elaborar un programa de ejercicios y cambios posturales para mejorar la movilidad y disminución del tiempo de presión.

5 Discusión-Conclusión

En función de los datos obtenidos se evidencia la necesidad de un conocimiento amplio, efectivo y actualizado ante el cuidado de las UPP por parte de los TCAE, debido a su papel principal en la atención integral del paciente. Un conocimiento que fomenta a su vez una adecuada prevención, diagnóstico precoz y por defecto un tratamiento optimizado.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas. 2015
- Ministerio de Sanidad: Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Prevención de úlceras por presión.
- <http://www.Seeg.Es>
- <http://dialnet.unirioja.es>
- Moran Casado D.: Manual de Prevención y tratamiento de Úlceras por Presión. Hospital Marqués de Valdecilla. Cantabria

- <http://www.saludmultimedia.net>

Capítulo 551

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE HOSPITALIZADO POR FRACTURA DE CADERA

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

EVA MARÍA GALENDE SANDÍN

ELISA BLANCO GONZALEZ

1 Introducción

La fractura de cadera constituye una afección que afecta particularmente a la población adulta envejecida, ocurriendo en más de un 70% de los casos en pacientes mayores de 75 años, convirtiéndose en un problema social que seguirá aumentando a lo largo del tiempo, debido al envejecimiento de la población. Su mayor incidencia se presenta en las mujeres. Las principales causas de riesgo que producen la fractura de cadera son las caídas y la osteoporosis, cuya prevención es fundamental por parte del equipo de enfermería para que no se instaure el problema o sus efectos colaterales no sean tan graves.

Una vez que se produce la lesión, se llevara a cabo el tratamiento que podrá ser quirúrgico o no, y una posterior rehabilitación. Una rehabilitación eficaz hará

que el paciente recupere su capacidad funcional y así se reduzca la institucionalización o la dependencia del anciano tras una intervención, sin dejar de mencionar la importante repercusión socioeconómica que conlleva una fractura de cadera.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es reseñar la importancia de un equipo multidisciplinario, cuya función principal es la de poder ejecutar un buen plan de cuidado para prevenir o en su caso, poder reducir al mínimo la estancia hospitalaria y los daños colaterales de un paciente por fractura de cadera.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo efectuamos una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Science Direct, SciELO.

Criterios de inclusión: la búsqueda la limitamos a documentos redactados entre los años 2009 y 2019, en el idioma español.

Criterios de exclusión: toda información redactada en otro idioma, distinto al español.

Palabras claves: fracturas de cadera, mortalidad, anciano, factores de riesgo, plan de cuidados.

4 Resultados

Las fracturas de cadera pueden ocurrir en la cabeza, el cuello, o el área entre o por debajo de los trocánteres (prominencias) del fémur. Las fracturas de cadera son más frecuentes en ancianos, principalmente con osteoporosis y suelen ser el resultado de caídas desde el nivel del suelo. El diagnóstico se realiza mediante radiografía y de ser necesario, una Resonancia Magnética. El tratamiento suele ser por lo general con reducción abierta con fijación interna, hemiartroplastia o artroplastia total de cadera.

La mayoría de las fracturas de cadera son producto de caídas como dije anteriormente, pero en los ancianos pueden asociarse a una fuerza mínima (por ejemplo, dar vueltas en la cama, levantarse de una silla o caminar), por lo general debido a

la osteoporosis que ha debilitado el hueso. Los lugares de las fracturas incluyen: la cabeza del femoral, el cuello femoral (subcapital), intertrocanterica y subtrocantérica. Las fracturas subcapitales e intertrocantericas, son los tipos de fracturas de cadera más comunes.

Signos y síntomas

Las fracturas de cadera con mayor frecuencia resultan con dolor en la ingle e incapacidad para deambular. Algunas veces el dolor es referido a la rodilla y por lo tanto, esto puede ser mal interpretado como una rodilla anormal. De manera similar las fracturas de la rama del pubis pueden causar dolor en la ingle.

Los pacientes con fracturas desplazadas no pueden caminar y tienen dolor significativo; la pierna afectada puede aparecer acortada y rotada externamente. Por el contrario, los pacientes con fracturas impactadas pequeñas pueden ser capaces de caminar y solo presentan un leve dolor y deformidad no visible. Tales pacientes suelen ser capaces de flexionar todo el miembro inferior contra una resistencia, si la rodilla está extendida. La rotación pasiva de la cadera con la rodilla flexionada agrava el dolor, lo que ayuda a distinguir una fractura de cadera de otros procesos extraarticulares como la bursitis trocantérica.

Las complicaciones de las fracturas de caderas incluyen:

- Osteonecrosis de la cabeza femoral, que es la muerte del hueso por un riesgo sanguíneo insuficiente.
- Seudoartrosis de la fractura, que es una fractura ósea que no tiene posibilidad de curar sin intervención.
- Artrosis, enfermedad crónica degenerativa que produce la destrucción masiva de los cartílagos de las articulaciones.

Las complicaciones son más comunes entre los pacientes de edad avanzada con una fractura de cuello femoral desplazada.

Los objetivos generales de todo plan de cuidados estándar deberían:

- Sistematizar los cuidados que reciben los pacientes y dotar al profesional de enfermería de un instrumento que mejore la práctica profesional con el fin de prevenir posibles complicaciones, reducir costes económicos y conseguir una recuperación más temprana del paciente.
- Asignar la responsabilidad de los trabajos.
- Realizar un cuidado integral al paciente.
- Registrar todas las actividades de enfermería.
- Educar e implicar al paciente y familia en los cuidados básicos de su enfermedad.

Los objetivos específicos, además de los anteriores comprenderán:

- Incremento de la movilidad funcional del paciente.
- La disminución del dolor.
- La mejora en la apreciación de la calidad de vida
- El aumento en la independencia en las actividades de la vida diaria (AVD).
- El retorno precoz al domicilio (4º día postoperatorio)
- Cumplimiento de los criterios de resultados marcados en el plan de cuidados.

Tratamiento médico ortopédico:

Reducción, retención (inmovilización), recuperación funcional quirúrgica. El tipo de cirugía a realizar dependerá de las características de la fractura (localización, calidad del hueso y desplazamiento), de una cuidadosa valoración del paciente (edad, nivel de funcionalidad previo a la fractura y de la capacidad de participar en un programa de rehabilitación) y de la experiencia del cirujano.

Los pacientes en Traumatología, debido a la inmovilización y al dolor tienen alta dependencia en cuidados. La mayor parte de las intervenciones del auxiliar de enfermería están dirigidas a valorar las necesidades de cuidados y ayudar, reforzar y suplir las actividades que los pacientes no pueden hacer de forma independiente.

Actividades del auxiliar de enfermería en el plan cuidado:

- Prevención de úlceras por presión (UPP) alivio presión, protecciones locales talones y sacro.
- Cambios posturales uso de superficies de apoyo.
- Cuidados de la piel, higiene diaria.
- Control de la ropa de cama, mantener las sábanas sin arrugas.
- Control de la humedad/incontinencia.
- Elevar cabecera máximo 30°.
- Administrar suplementos hiperprotéicos (si están indicados).
- Controles de ingesta, sólidos y líquidos.

Los cuidados que proporcionan las/los técnicas en cuidados auxiliares de enfermería influyen mucho en la calidad de atención que perciben los pacientes, cada año son valorados muy positivamente en las encuestas de satisfacción. La cercanía, actitud y profesionalidad del equipo de enfermería aporta el lado más humano de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones derivadas de una fractura de cadera, son muy variadas y pueden afectar a otros sistemas, por eso es fundamental que el personal de enfermería realice un plan de cuidados integral, sistematizado, definido y que permita la evaluación del mismo.

La atención sanitaria al paciente anciano con fractura de cadera es, sin duda, un ejemplo de tratamiento en equipo multidisciplinar, la figura del traumatólogo es esencial, estabilizando cuanto antes el foco de fractura y trabajando conjuntamente con el geriatra para fomentar la recuperación funcional y realizar prevención de nuevas fracturas. Junto a él, el anestesista eligiendo la técnica más adecuada para no demorar el acto quirúrgico, el geriatra estabilizando al paciente antes de la cirugía y tras la intervención evitando complicaciones y tratando las enfermedades asociadas, la enfermera de geriatría, enfermeras asistenciales de planta, el rehabilitador, el fisioterapeuta, el auxiliar de enfermería y el celador. Tras el alta hospitalaria, el centro de salud, el médico de familia y el equipo de enfermería, continuarán facilitando la atención que precisan este tipo de pacientes. La atención sanitaria que se proporciona a este tipo de pacientes en el siglo XXI, no será de calidad si faltan algunos de los miembros del equipo, referidos anteriormente.

6 Bibliografía

- <https://es.slideshare.net>
- <http://www.sspa.juntadeandalucia.es>
- <http://www.scielo.org.mx>
- Sociedad Española de Reumatología. Manual de enfermedades óseas. 2ª Edición. Editorial, médica panamericana, 2010; páginas 195-220. <https://www.medicapanamericana.com>

Capítulo 552

LA BRONQUIOLITIS

ELVIA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

Enfermedad infecciosa dada sobre todo en lactantes y niños pequeños, que afecta a todo el tracto respiratorio, fundamentalmente a las vías de paso de aire más pequeñas del pulmón (bronquios y bronquiolos)

2 Objetivos

Explicar la clínica y los aspectos más importantes relacionados con la bronquiolitis.

3 Metodología

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

4 Resultados

Aspectos clave:

- Una adecuada hidratación aumentando la ingesta de líquidos y humidificado el ambiente para movilizar las secreciones.
- Favorecer el descanso, debido al sueño alterado por tos/disnea
- Tirar los pañuelos usados.
- Lavarse bien las manos antes y después de tratar al niño/ lactante.
- Dar abundante líquido
- No llevarle al centro escolar si tiene fiebre.
- Acudir al pediatra con fiebre(mas de 39°), dolor de oídos, irritabilidad ó excesiva tos y mucosidad.
- No fumar delante del niño.
- La lactancia materna protege frente al virus.
- Realizar un correcto aseo nasal.

Los primeros días son los más contagiosos con tos, fiebre y estornudos. La enfermedad se transmite mediante las mucosidades nasales y la saliva. Cuando se extiende a los bronquios aparece tos y un pequeño pitido al respirar. Suelen tener poco apetito y comienzan con respiraciones rápidas y dificultosas, además de tener un sueño muy ligero y despertares continuos

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los niños se recuperan en 3-5 días sin secuelas, aunque el silbido y tos puede continuar durante 2-4 semanas.

6 Bibliografía

Google academico.

Capítulo 553

HISTORIA CLÍNICA Y DERECHOS DE ACCESO

JOSEFA REBON SARDINA

ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM

ALDENIRA PEREIRA SALES

1 Introducción

La historia clínica, se define en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica en su artículo 14 “comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”. Es un documento imprescindible en su vertiente asistencial, administrativa, y además constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad, de lo que se deriva su trascendencia como documento legal.

El secreto profesional y la confidencialidad no son temas nuevos para la sociedad, la medicina y la ética. y están íntimamente ligados a la historia clínica. La RAE clarifica entre otras definiciones de la palabra secreto nos ofrece estas:

- 1. m. Cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta.
- 2. m. Reserva, sigilo.
- 3. m. Conocimiento que exclusivamente alguien posee de la virtud o propiedades de una cosa o de un procedimiento útil en medicina o en otra ciencia arte u oficio.

En este caso, la acepción que nos ocupa es no revelar ni divulgar la información que se obtenga en el ambiente de confianza necesario para el correcto desempeño de la profesión médica, ya en el juramento Hipocrático se especificaba «Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.». Durante mucho tiempo éste ha sido un deber, casi sagrado, que se ha autoimpuesto el médico y cuyos contornos él mismo determinaba, actualmente ya no se considera un deber del médico y es considerado como un derecho básico derecho a la intimidad, el derecho al honor, el derecho a la propia imagen, el derecho a la privacidad, o el derecho a la protección de los datos personales etc. por parte del paciente

2 Objetivos

Abordar el tema de la historia clínica y derechos de acceso. Peculiaridades y legalidad.

3 Metodología

Para la esta publicación hemos revisado diferentes textos legales y bases de datos como Google académico, Dialnet, Medline y revisado diversos artículos especializados. A fin de que la información estuviese actualizada hemos limitado la búsqueda a publicaciones del año 2019, y hemos empleado descriptores como Historia clínica, secreto profesional, confidencialidad, privacidad

4 Resultados

Todas las personas que por su relación laboral lleguen a conocer información confidencial, bien por participar directamente en la atención del enfermo, bien por colaborar para hacerla posible, deben conocer y respetar el derecho a la confidencialidad del paciente. La información clínica obtenida en el contexto de la asistencia, médica es considerada como especialmente protegida

Solamente en 3 casos puede romperse este deber de confidencialidad:

- Evitar un daño a otras personas
- Evitar un daño a la propia persona
- Por imperativo legal

Según el Código Penal: “ El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.»-

LGS El artículo 61 advierte que deberá quedar plenamente garantizado «el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica [...]»

El acceso indebido a la historia clínica por parte del personal sanitario es un problema práctico de marcada incidencia en la actualidad, que no ha conseguido resolverse a pesar de los avances de los últimos años en materia de historia clínica. La nueva legislación de protección de datos (RGPD y la nueva LOPDGDD) supone un cambio en el modelo de seguridad de los mismos, al requerir una responsabilidad proactiva por parte del responsable del tratamiento, que deberá estudiar el riesgo al que los datos están sometidos por dicho tratamiento con el fin de adoptar las medidas técnicas y organizativas más adecuadas para garantizar la seguridad de los datos ya desde el propio diseño del sistema., ya la LAP determina “ únicamente serán consultados aquellos datos precisos para la concreta asistencia sanitaria que se va a prestar”.

Actualmente la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) en su artículo 28 establece a la obligación que tienen los responsables y encargados del tratamiento de determinar, teniendo en cuenta lo dispuesto por los artículos 24 y 25 RGPD, las medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar y acreditar que el tratamiento es conforme con la legalidad vigente, considerándose como falta grave la falta de adopción de tales medidas.

Tiene que comunicarse la violación de la seguridad (o “brecha de seguridad”) de los datos (que incluye, como puede verse en el artículo 4.12 RGDP, el acceso no autorizado a los mismos) tanto a la autoridad de control (art. 33 RGDP), como, en algunos casos, al propio interesado (art. 34 RGDP), y de hacerlo, además, en el menor plazo posible, resultando, además, que la falta de esta comunicación supone la comisión de infracciones de diversa gravedad artículo 14 LAP, que señala que es responsabilidad de cada centro archivar de manera segura las historias clínicas de sus pacientes, sea cual sea el formato, así como deber de las Comu-

nidades Autónomas proceder a la aprobación de aquellas disposiciones que sean precisas para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para el archivo y la protección de las mismas.

Los sistemas de seguridad aplicados a la historia clínica electrónica, deben permitir que sólo personal debidamente identificado pueda acceder, variando los distintos sistemas de identificación empleados, que deben asegurar la suficiente accesibilidad (no ser excesivamente complejos), pero tampoco poner en peligro la seguridad de los datos.

Para los profesionales no ligados al paciente por una relación asistencial el artículo 16.4 LAP éstos sólo podrán tener acceso a los datos relacionados con sus propias funciones. Respecto al registro de accesos la AEPD considera que lo esencial es contar con la información que permita identificar inequívocamente a la persona que realice el acceso y a qué información concreta accedió.

El establecimiento de un sistema informático hace más fácil el establecer unos criterios de confidencialidad para poder acceder y con ello proteger la intimidad del paciente, supone un gran ahorro de espacio y recursos y facilita que diversos servicios puedan acceder a determinadas partes de la historia según sus competencias, y supone el establecimiento de unos protocolos que todos deben seguir lo cual obliga a un tratamiento común por todos en su elaboración, favoreciendo la legibilidad, uniformidad de datos

5 Discusión-Conclusión

La seguridad de los datos de salud contenidos en la historia clínica es una de las cuestiones pendientes que todavía hoy se mantienen en materia de derecho de protección de datos. Y es que, si bien se trata de un ámbito en el que se han producido notables avances durante los últimos años (el sistema IANUS de acceso a la historia clínica de Galicia puede ser un ejemplo de ello), los datos que arroja la experiencia demuestran que el acceso indebido a la historia clínica por parte del personal sanitario sin vinculación asistencial –que es la cuestión que nos ocupa– sigue siendo una constante en nuestro sistema sanitario, y ello incluso en las áreas que poseen sistemas de protección de los datos más avanzados, como es el caso del mentado sistema gallego.

La delimitación entre la salud y la intimidad de los pacientes condiciona cualquier posible medida a adoptar; tensión que se acentúa todavía más con la adopción

de sistemas de historia clínica electrónica que, si bien suponen grandes ventajas, pueden implicar también un mayor peligro en orden a la confidencialidad de los datos de salud de los pacientes, por el gran número de personas que pueden llegar a entrar en contacto con los mismos. Debemos procurar la seguridad de los datos desde la propia creación de los sistemas de historia clínica electrónica, al tiempo que se vela por la correcta formación de los profesionales que con ellos se relacionan.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Reglamento (UE) 2016/679
- De los límites a los principios generales de actuación administrativa en el acceso. Antonio Ortiz Hernández y Montserrat Corral Gallego

Capítulo 554

FUNCIONES BASICAS DEL TCAE CON EL PACIENTE HOSPITALIZADO

NURIA GONZALEZ MARTINEZ

MARIA GARCÍA MARTINEZ

JULIA MARIA MANSO MATA

MARÍA ELENA VEGA AGUADERO

1 Introducción

La hospitalización de una persona, sea cual sea la causa, conlleva una revolución en la vida del paciente y de su entorno familiar que ha de ser tenida en cuenta, muy especialmente cuando el motivo de la institucionalización se debe a problemáticas graves que pueden dar derivar en la muerte del mismo (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2006; Gutiérrez, Alvariño, Pérez y Pérez, 2008). Por otro lado, aunque el origen de la hospitalización no conlleve gravedad inminente, el sentirse monitoreado, con unos protocolos y rutinas diferentes, dependiente, débil y sin control de la situación, pueden generar unos niveles de ansiedad en la persona que el personal sanitario debe ser capaz de gestionar y comprender de forma adecuada (Bond, Draeger, Mandleco y Donnelly, 2003; Nelson y Plost, 2009).

En este sentido, la calidad de la atención asistencial estará relacionada con la propia calidad del cuidado que proporciona el TCAE. Los conocimientos teóricos y técnicos, las habilidades sociales y comunicativas y la capacidad de escucha y

empatía serán capacidades fundamentales que este personal sanitario debe ostentar y aplicar (Contreras, 2010).

El afrontamiento de la situación por parte del paciente hospitalizado dependerá, por lo tanto, en gran medida del trato cercano y humanizado que le sea dispensado por parte del personal sanitario y, muy especialmente, por parte del personal auxiliar de enfermería, quien tendrá un contacto continuado con la persona y su familia. Además, sus tareas conllevarán una pérdida de intimidad por parte del paciente al ser los encargados de llevar a cabo actividades como la higiene de la persona, o su movilización en la cama. Una adecuada ejecución de dichas tareas permitirá que el paciente tolere una situación de por sí atípica, manteniendo un equilibrio emocional adecuado y aumentando la satisfacción del paciente y su entorno con la atención recibida (González, 2007).

2 Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es analizar las funciones a realizar por parte del TCAE con el paciente hospitalizado, centrándonos especialmente en los procesos de higiene y movilización, analizando su importancia a corto y largo plazo.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: higiene, movilización, hospitalización, cambios posturales, auxiliar, sanidad, TCAE. A través de estos tópicos, se encontraron 45 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 27 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 18 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 7 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios.

4 Resultados

El TCAE tiene unas tareas clave que apoyarán el confort y bienestar del paciente institucionalizado. Por un lado, se encargará de la higiene del mismo, siendo esta una tarea esencial ya que, a través de su ejecución, se garantizarán los siguientes objetivos:

- Limpiar la piel de la grasa, suciedad y polvo del ambiente.
- Evitar la proliferación de las bacterias.
- Ayudar a que la piel pueda cumplir sus funciones.

La metodología del aseo variará en función de la patología del paciente, pudiéndose realizar en el baño o en la cama, siendo esta última la más habitual en la UCI. Además, esta labor permitirá al TCAE analizar el estado general del paciente, sus reacciones, su grado de actividad y estado de ánimo.

Por otro lado, la movilización del paciente cobra una gran importancia. Con una buena praxis se evitarán sufrimientos en la columna vertebral y lesiones del TCAE. Una técnica incorrecta ocasionará un gran número de accidentes profesionales. Estos se reducirán conociendo los principios de la mecánica corporal y las técnicas de movilización de ergonómica básica. El buen uso de estos métodos aumentará el bienestar del paciente y los profesionales y disminuirá los accidentes para el enfermo y los sanitarios. En este sentido, el TCAE debe conocer las posiciones básicas que adopta el paciente en la cama, que son habitualmente tres (Gómez y Suárez, 2003):

- Decúbito supino: paciente está acostado boca arriba, brazos y piernas extendidos, las rodillas ligeramente flexionadas. Esta es una posición muy habitual en el paciente encamado, por lo que se tendrá especial cuidado en las zonas de apoyo, como el sacro, talón, homoplatos...
- Decúbito lateral: paciente se encuentra acostado de lado, la cabeza descansará sobre una almohada y las extremidades estarán ligeramente flexionadas. Aquí tendremos especial cuidado en zonas como tobillos, cadera, costillas, hombro.
- Decúbito prono: el paciente se encuentra boca abajo, la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos estarán pegados al cuerpo con las palmas hacia arriba, esta es la menos habitual de las tres, en esta postura habrá que fijarse en las rodillas, dedos de los pies, genitales, mamas y en las mejillas

Habrán variaciones en las mismas, tales como las que siguen (Andrade, 1994):

- En la UCI, generalmente el paciente se encontrará con el cabecero ligeramente elevado, también se elevarán los pies con dos propósitos, que el paciente no se vaya escurriendo hacia abajo, y como medida para prevenir la aparición de trombosis

y embolias, ya que la elevación de los miembros inferiores favorece el retorno venoso

También se habrá de tener en cuenta la patología del paciente, y según sea:

- En pacientes en coma: cabecero elevado 30^a, para evitar que bronco aspire
- En pacientes con dificultad respiratoria, cardiacos y postoperados: se elevará lo máximo que permita para eliminar la fatiga o disnea.

Todas estas excepciones y particularidades deben ser conocidas y aplicadas por el TCAE, quien se encargará de la mayor parte de la atención asistencial del paciente institucionalizado durante toda su estancia.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE se encargara de hacerle al paciente los cambios posturales, que consisten en cambiar de postura al paciente tratando de darle más confortabilidad, y así prevenir la aparición de secuelas que nos acarreará una larga estancia en la cama como podrían ser las úlceras por presión.

Es muy importante que el personal sanitario en estos servicios tenga una especial relación con el paciente, ya que en estas circunstancias no solo han de apoyarle en las funciones de la vida diaria que él no pueda realizar por sí mismo, si no que tendrán que darle apoyo psicológico. La estancia en el hospital provoca en el paciente miedos e inseguridades sobre su estado de salud que el TCAE debe intentar resolver, mostrándole comprensión y empatía, humanizando estos servicios.

6 Bibliografía

- Álvarez Casado, E., Hernández Soto, A. C., & Rayo García, V. (2010). El riesgo asociado a la movilización de pacientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, (67), 26-29.
- Andrade, M. T. S. (1994). *Guía práctica para auxiliares de enfermería en las unidades de cuidados intensivos*. Interamericana-McGraw-Hill.
- Ariza, C., & Daza, R. (2008). *Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Bond, A. E., Draeger, C. R. L., Mandleco, B., & Donnelly, M. (2003). Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury implications for evidence-based practice. *Criticalcare nurse*, 23(4), 63-72.

- Contreras, C. C. T. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Avances en enfermería*, 28(2), 98-110.
- Gómez, J. F., & Suárez, L. F. R. (2003). Posiciones anatómicas. *Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual. Temario. E-book*, 124.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. F., & De Andrés, J. (2006). El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de psicología*, 87, 61-87.
- González, Y. (2007). Evaluación de la eficacia del cuidado como intervención terapéutica: un programa educativo con enfoque cognitivo con un grupo de apoyo de soporte emocional para mantener y fortalecer la capacidad de proceso de afrontamiento cognitivo y la adaptación en personas que padecen cardiopatía isquémica a partir del modelo de adaptación y la teoría de proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez, J. B., Alvarino, A. B., Pérez, M. L., & Pérez, M. R. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*, 7(1).
- Jimenez-Ocampo, V. F., & Gutiérrez, L. S. Z. (2013). Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan*, 13(2), 159-172.
- Lupión, C., López-Cortés, L. E., & Rodríguez-Baño, J. (2014). Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 32(9), 603-609.
- Montejo, J. C., de Lorenzo, A. G., & Marco, P. (2017). *Manual de medicina intensiva*. Elsevier HealthSciencesSpain-R.
- Nelson, D. P., & Plost, G. (2009). Registered nurses as family care specialists in the intensive care unit. *Criticalcare nurse*, 29(3), 46-52.
- Passos, S. D. S. S., & Sadigusky, D. (2011). Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Rev. enferm. UERJ*, 19(4), 598-603.

Capítulo 555

DUELO NEONATAL. AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La muerte neonatal se define como todo fallecimiento de un niño nacido vivo, que se produce con menos de 28 días de vida . Después de la muerte aparece el proceso de elaboración de duelo, que culmina con la aceptación de la pérdida y el establecimiento de lazos personales nuevos.

2 Objetivos

Abordar el tema del duelo neonatal y las estrategias de afrontación de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Afrontar la muerte de un niño es una de las situaciones más difíciles y estresantes que los profesionales sanitarios y no sanitarios deben experimentar a lo largo de su carrera profesional. Se encuentran sometidos a presión psicológica, estrés y una gran carga emotiva que en algunas ocasiones, influye de manera negativa en la comunicación entre los profesionales y la familia.

En el duelo se pueden diferenciar diferentes etapas. El conocimiento por parte del personal sanitario y no sanitario de todas estas fases, sería el mejor inicio para afrontar el proceso de la muerte, en la mejor situación personal y profesional;

- La negación, consiste en el rechazo consciente o inconsciente de los hechos o de la realidad de la situación.
- La ira, en esta etapa la ira toma el protagonismo dirigiendo este enojo al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, objetos inanimados incluso a personas extrañas.
- La negociación, esta etapa puede ocurrir incluso antes de la pérdida (en caso de tener a un familiar con una enfermedad terminal) o después de la muerte para intentar negociar el dolor que produce esta distancia.
- La depresión, en esta etapa se siente miedo e incertidumbre ante lo que vendrá.
- La aceptación, esta etapa consiste en aceptar la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente, por lo que debemos comprender que esta nueva realidad que vivimos sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante.

Se encuentran Grupos Interdisciplinarios de reflexión ante la pérdida. Los grupos actúan como espacio de apoyo y reflexión, poniendo de manifiesto la necesidad de expresión y validación emocional en los profesionales que atienden los casos de muerte neonatal.

La información y la formación son herramientas que debemos utilizar como profesionales sanitarios y no sanitarios para ayudar a la familia en este duro trance y para gestionar de manera adecuada nuestros propios sentimientos, ya que podemos contribuir a atenuar la violencia del choque de la noticia y facilitar la recuperación del o los familiares.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado a las familias que sufren una pérdida tiene un impacto en los profesionales. Es necesario por tanto reconocer las diferentes respuestas emocionales que pueden presentarse. Existen prácticas y estrategias para fomentar la promoción de la salud y la prevención de trastornos emocionales.

Éstas podrían incluir entre otras la formación en estrategias de comunicación entre compañeros, estrategias de reducción del estrés y afrontamiento emocional, promoción del autocuidado y la creación de espacios de reflexión acerca de la experiencia emocional. A nivel institucional surge la necesidad de implementar programas y sistemas de apoyo y de promocionar la formación continuada.

6 Bibliografía

- Vall d'Hebron: Apoyo mutuo entre profesionales sanitarios en el ámbito materno-infantil. Muerte y duelo. Perinat 2018.
- Ilse S. Brazos vacíos. Maple Plain: Wintergreen Press, 1999.
- G. Gerder, Michael; Lopez-Ibor Juan J; Andreasen Nancy. Tratado de psiquiatría. Tomo II. Madrid. Ars Medica. 2008

Capítulo 556

CASO CLINICO: PACIENTE INTOLERANTE A LA LACTOSA

LUCIA PELÁEZ MARTINEZ

1 Introducción

La lactosa es un tipo de azúcar que se encuentra en la leche y otros productos lácteos. El cuerpo necesita una enzima llamada lactasa para digerir la lactosa.

La intolerancia a la lactosa se presenta cuando el intestino delgado no produce suficiente cantidad de esta enzima.

2 Objetivos

Explicar la intolerancia a la lactosa basándose en un caso clínico típico

3 Caso clínico

Paciente de 28 años acude a centro de salud con diarrea, llevando semanas así, y observa que en los últimos días tienen el estomago hinchado. La joven nota estos cambios desde que toma una medicación.

TA: 120/60

Tª: 36.5

Saturacion: 100%

Exploración física: distensión abdominal

Se sospecha una posible intolerancia a la lactosa. Se recomienda estar 15 días sin tomar lactosa y se le receta un genérico de la medicación que toma sin contenido en lactosa.

Se le cita pasados 15 días para valoración del progreso y comprobar si la diarrea ha disminuido y desaparecido. La joven comenta que han desaparecido los síntomas iniciales por lo que el médico detecta intolerancia a la lactosa. Le da unas pautas nutricionales.

4 Resultados

La intolerancia a la lactosa es muy frecuente en los adultos. Muy pocas veces es peligrosa. Aproximadamente 30 millones de adultos estadounidenses tienen algún grado de intolerancia a la lactosa a la edad de 20 años.

En las personas de raza blanca, la intolerancia a la lactosa con frecuencia se presenta en los niños mayores de 5 años. Esta es la edad en la que nuestros cuerpos pueden dejar de producir lactasa.

En las personas afroamericanas, el problema puede presentarse ya a los 2 años. La afección es muy común entre adultos de origen asiático, africano y nativo americano.

Es menos común en personas de origen europeo del norte u occidente, pero aún puede ocurrir.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general, los síntomas desaparecen cuando usted elimina de la dieta la leche y otras fuentes de lactosa. Sin cambios en la alimentación, los bebés o los niños pueden tener problemas de crecimiento.

6 Bibliografía

- Hirashima Y, Shinozuka S, Ieri T, Matsuda I, Ono Y, Murata T. Lactose intolerance associated with cataracts. *Eur J Pediatr* 1979; 130: 41-5.
- Russo G, Mollica F, Mazzone D, Santonocito B. Congenital Lactose Intolerance of gastrogen origin associated with cataracts. *Acta Paediatr Scand* 1974; 63: 457-60.

Capítulo 557

PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PALOMA LÓPEZ PRENDES

VANESA FERNANDEZ SOL

MARTA RICO GARCIA

ASTRID RUIZ SUÁREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un tipo de heridas crónicas que afectan a la piel y a los tejidos blandos cuando están comprimidos entre dos planos duros durante un tiempo prolongado. Uno de los planos lo constituye una parte ósea del esqueleto y el otro una parte externa (cama, silla, sondas, etc...).

Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo que haya estado sometida a una presión, aunque las localizaciones más comunes son las zonas de apoyo que coinciden con prominencias óseas cuando el paciente está encamado o inmóvil (sacro, talones, glúteos, trocánteres).

Existen cuatro tipos de estadio de las UPP dependiendo del alcance de la lesión y la profundidad de los tejidos afectados.

Son muy frecuentes en personas de edad avanzada, enfermos comatosos, neurológicos y con trastornos del aparato locomotor que precisan férulas.

2 Objetivos

- Conocer los agentes causales de las UPP.
- Determinar los factores predisponentes de las UPP.
- Puntualizar la importancia de una prevención precoz por parte del TCAE para evitar la aparición de una UPP o su desarrollo.

3 Metodología

Búsqueda exhaustiva de información en diferentes páginas web, artículos y base de datos, concretamente MedlinePlus. Las palabras clave que se han empleado son: UPP, causas úlceras por presión, cuidados úlceras por presión, prevención úlceras por presión.

4 Resultados

- Las principales causas que ayudan al desarrollo de las UPP son:

1) El exceso de presión: cuando los capilares sanguíneos empiezan a estrecharse y a disminuir el flujo sanguíneo en la zona, se puede ocasionar un proceso inflamatorio a nivel local y, en caso de mantenerse la falta de oxígeno durante mucho tiempo, la muerte o necrosis celular.

La formación de una UPP depende tanto de la presión que se hace sobre una zona del cuerpo como del tiempo que se mantiene dicha presión.

En ensayos clínicos se ha probado que la piel es capaz de aguantar presiones muy altas, pero únicamente en intervalos cortos de tiempo.

Las razones principales del exceso de presión durante un tiempo prolongado son: los pacientes encamados y los puntos de apoyo de sondas y catéteres.

2) La fricción: cualquier cosa que ocasione pliegues o rozamientos sobre la superficie de la piel durante un tiempo prolongado. Las principales causas de fricción son:

- Arrastrar a un paciente en una cama o silla a la hora de movilizarle.

- Existencia de arrugas en la cama.

- Existencia de restos de comida, objetos, etc... sobre el paciente.

3) La combinación de presión y fricción: posiciones como la de Fowler hacen que el paciente resbale en la cama, combinando ambos mecanismos.

- Los factores que pueden ayudar a la aparición de una UPP son:

- 1) Humedad: el exceso de humedad en la piel produce maceración, favoreciendo la aparición de UPP (exceso de sudoración, incontinencia urinaria y fecal, mal secado tras la higiene del paciente, aplicar demasiada crema hidratante).
- 2) La edad avanzada: hay una disminución de la actividad física con mayor predisposición a la sedestación que conlleva al decúbito.
- 3) Alteraciones del aparato locomotor y/o sistema nervioso: limitación en los movimientos, como por ejemplo una fractura de cadera.
- 4) Pérdida de sensibilidad: deterioro de la percepción del dolor y presión.
- 5) Estado nutricional del paciente: la obesidad, insuficiencia nutricional con adelgazamiento.

- La asistencia para la prevención de las UPP se fundamenta en reducir o eliminar la presión, fricción, cuidar la piel y el estado general del paciente.

Para disminuir o eliminar la presión el TCAE debe de realizar las siguientes operaciones:

- 1) Mantener la piel del paciente limpia y seca.
- 2) Movilización precoz: para el paciente es prioritario lograr la deambulación lo antes posible, por tanto, el TCAE debe de fomentar la movilización en la medida de las posibilidades.

En pacientes que no pueden moverse por sí mismos se realizaran movimientos pasivos de las articulaciones.

3) Cambios posturales: son los movimientos que se hacen a los pacientes encamados con el objetivo de aumentar su comodidad, favorecer la exploración física por el profesional y prevenir o tratar las lesiones causadas por la inmovilidad. Se aconseja hacer cambios posturales cada dos o tres horas y, durante la noche, se pueden realizar cada cuatro horas para facilitar el descanso nocturno. Los pacientes con riesgo de desarrollar una UPP no deberían estar sentados en una silla más de dos horas en la misma posición. Es importante que se realicen movilizaciones cada 15 minutos.

En la realización de los cambios posturales es muy importante:

- Evitar apoyar directamente al paciente sobre la UPP.
- Disminuir la presión mediante el uso de almohadas, cojines u otras superficies blandas, de las prominencias óseas (talones, codos, etc...).
- Mantener la alineación del paciente, ya esté sentado o acostado.
- Las rodillas es preferible mantenerlas en una ligera flexión para reducir la tensión que provoca una completa extensión.
- Bajo los pies es conveniente poner una almohada para ayudarle a que mantenga una flexión de los tobillos de unos 80°.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, las UPP constituyen un grave problema de salud que afecta fundamentalmente a personas mayores, aunque también perjudica a pacientes más jóvenes, por tanto, es fundamental la labor del TCAE para llevar a cabo medidas preventivas destinadas a evitar su aparición. Para ello, es muy importante identificar aquellos pacientes con riesgo de desarrollar úlceras cutáneas, mantener un buen estado de la piel (ayudando a eliminar o disminuir la presión), valorar su estado nutricional y realizar un seguimiento sobre la evolución de la lesión.

Además, es tan importante la prevención en el ámbito hospitalario como dar a conocer estas medidas en el propio domicilio del paciente.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
- https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2021_II.pdf
- <https://revistamedica.com>
- <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169617626008.pdf>

Capítulo 558

ÚLCERAS POR PRESIÓN: PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR

JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ

CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones que se localizan en zonas necrosadas o zonas con mucha presión (mismas posiciones durante tiempo prolongado, humedad..). Pueden afectar a diferentes capas de la piel, tejido subcutáneo e incluso los tejidos más profundos. Las UPP se producen debido a la falta de oxígeno en la zona donde esté localizada. (Este sería uno de los factores). Como consecuencia de un insuficiente aporte de sangre a los tejidos debió a la presión prolongada.

2 Objetivos

Analizar y contrastar la literatura existente sobre la actuación de enfermería en úlceras por presión, para identificar, analizar y evaluar el riesgo o facilidad de un paciente de padecer este tipo de lesiones.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de la bibliografía sobre el tema, mediante la búsqueda de publicaciones recientes en diferentes bases de datos de carácter científico.

4 Resultados

El mejor tratamiento es la prevención y conseguirla depende sobre todo de la calidad y de la continuidad de los cuidados que se presten. Los requisitos para los pacientes con úlceras por presión serán considerar al paciente como un ser integral, hacer especial énfasis en las medidas de prevención, conseguir la máxima implicación del paciente y de la familia en la planificación del cuidado. En la planificación y ejecución de los cuidados, evaluar, evitar el efecto de maceración, dar masajes en las áreas en las que no hay lesiones, proteger la zona, evitar uso de hules y se utilizaran absorbentes y colectores de orina.

5 Discusión-Conclusión

Todas las medidas a seguir deben aplicarse en conjunto y de forma sistemática. El empleo de dispositivos que disminuyen la presión no sustituyen el efecto preventivo.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org>
- <https://es.wikipedia.org/wiki/%C3%9Alcera>

Capítulo 559

PROCEDIMIENTO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO

CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO

AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR

JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ

1 Introducción

Las normas y procedimientos a seguir en un aislamiento son medidas esenciales para prevenir toda clase de infecciones relacionadas con el proceso de atención a la salud, a través del cual se llevan a cabo una serie de procedimientos cuyo fin es interrumpir el contagio de una enfermedad infecciosa según el medio de transmisión del bio-agente implicado. Este conjunto de normas es un modo eficiente y eficaz para evitar el contagio de gérmenes entre pacientes, entre el personal sanitario y los pacientes, entre el entorno y los pacientes y al personal o al revés.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento que ha de realizar el técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) ante el aislamiento hospitalario.

3 Metodología

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

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando diversas bases de datos. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave mencionadas.

4 Resultados

- El procedimiento a realizar por el TCAE en el aislamiento hospitalario es:
 - . Pautar los protocolos a seguir según el tipo de infección: ventilación de espacios, higiene e indumentaria de personal sanitario y visitantes.
 - . Tener claros los diferentes pasos a dar: Aislar el foco infeccioso; Detener el proceso, ya iniciado, de transmisión de la enfermedad infecciosa para prevenir el contagio a otros pacientes, personal sanitario y visitantes.
 - . Advertir a pacientes y visitantes sobre la importancia de cumplir las medidas pautadas para prevenir el contagio. Se constata que al seguir los protocolos debidos en un aislamiento (lavar con jabón antiséptico manos antes y después de intervenir, y secar con toalla desechable; usar delantal, guantes de látex, mascarillas y protección ocular si procede; limpiar y desinfectar útiles reutilizables; desechar ropa y guantes de forma adecuada; mantener espacio cerrado e higienizado; instruir a visitas sobre cómo proceder; etc.).
 - . El TCAE contribuye a erradicar y minimizar que se propague la infección y a cumplir objetivos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene un papel importante en el procedimiento a seguir en un aislamiento. Es importante: que el Paciente siga y cumpla las pautas para que su aislamiento sea eficaz; que se tenga empatía con el paciente aislado, se comprenda su situación y que se haga su estancia hospitalaria lo más cómoda y confortable posible.

6 Bibliografía

- <https://www.auladae.com>

Capítulo 560

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SILVIA MEANA GOMEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

1 Introducción

Las funciones del auxiliar en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), revisten especial importancia para los profesionales de la medicina como para los pacientes, que se encuentran en condiciones de salud críticas. Es por ello que el trabajo del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE) es fundamental dentro del equipo multidisciplinar de cuidados al paciente en esta unidad.

2 Objetivos

- Identificar las funciones del TCAE en las Unidades de Cuidados Intensivos.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE en la UCI son las siguientes:

- Ubicar el paciente en la cama que se le ha asignado, siempre vigilando el comportamiento de sus signos vitales.
- Monitorizar al paciente.
- Realizar las labores de higiene de los pacientes en sus camas, cambio de ropa y, de ser necesario, cambios de postura o asistencia en sus necesidades fisiológicas.
- Verificar la asepsia de los materiales y el instrumental utilizado en la atención médica de los pacientes.
- Garantizar las existencias mínimas necesarias, de medicamentos, instrumentos y materiales, para la debida atención del paciente.
- Asistir a la enfermera y al médico en todos los procedimientos y técnicas que realicen, siempre anticipando el siguiente paso o solicitud de estos profesionales.
- Atender a los familiares del paciente, conducirlos por las instalaciones del hospital e instruirlos sobre las normas de visita y estancia en el centro médico.
- Suministrar alimento a los pacientes que puedan ingerir por vía oral.
- Vaciar diuresis.
- Recoger todos los materiales del box, eliminar el fungible, desinfectar, y disponer nuevamente el box para la llegada de un nuevo paciente.

5 Discusión-Conclusión

La UCI, está reservada para pacientes que requieren especial atención, ya que están expuestos a un alto riesgo de que cesen sus funciones vitales.

Esto hace que sea un área donde se trabaja bajo presión y con mucho estrés. Sin duda, las funciones del auxiliar de enfermería son básicas para el funcionamiento de la unidad.

6 Bibliografía

- Fp-santagema.es [Internet]. Madrid: webmaster; [actualizado 13 Jul 2018; citado 29 Dic 2019]. Disponible en: <https://www.fp-santagema.es>

- MPG. La unidad de Cuidados Intensivos UCI [en línea]. Apuntes auxiliar de enfermería blogspot, 22 Enero 2011 [consulta 29 Dic 2019]. Disponible en: <https://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.coml>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 561

HIGIENE DEL PACIENTE ENCAMADO.

MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS

JESSICA GRANDA PELAEZ

LAURA HERES GARCIA

LEONOR ALONSO SÁNCHEZ

MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO

1 Introducción

La higiene es la rama de la medicina cuyo fin es la prevención de enfermedades y la conservación de la salud.

2 Objetivos

- Responder a las necesidades de higiene y bienestar del paciente encamado.
- Eliminar la transpiración, células muertas, bacterias y microorganismos de la piel.
- Conservar la piel y mucosas en buen estado para que cumplan su función de barrera protectora.
- Inculcar buenos hábitos para el futuro cuando se encuentre en su domicilio y educar en ellos tanto al paciente como a las personas que se involucrarán en su cuidado.
- Animar al paciente a que sea responsable de su propia higiene y sea lo más independiente posible en su cuidado.

- Recopilar datos sobre el estado general de su salud, su piel... estando alerta ante cualquier anomalía. (color, textura, temperatura etc)
- Prevenir enfermedades y U.P.P
- Establecer una relación con el paciente. El TCAE debe conocer las preferencias y limitaciones del paciente.
- Activar su circulación
- Fomentar su autoestima.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de comenzar:

- Identificar correctamente al paciente que vamos a asear
- Saludar, presentarse y explicar al paciente qué se le va a hacer.
- Tener en cuenta la posible existencia de patologías previas (pie diabético, hemorroides...)
- Pedir su colaboración a ser posible, teniendo en cuenta sus limitaciones físicas o psíquicas, sobre todo para la higiene de la zona genital.
- Respetar su intimidad. Para ello cerraremos la puerta de la habitación, lo aislaremos cuando esté en habitación compartida.
- Comprobaremos que la temperatura de la estancia sea adecuada (24°C), que no existan corrientes de aire ni ventanas abiertas.
- Nos cercioraremos de la inexistencia de alergias a los productos que vamos a usar.
- Comprobaremos la existencia de dolor en el paciente que pueda provocarle que el aseo sea desagradable.

Material necesario

- Guantes desechables (optaremos por llevar más de un par por si rompen durante el procedimiento)

- Palangana con agua a temperatura entre 37°C-40°C
- Cuña
- Esponjas desechables.
- Toallas
- Crema hidratante, ácidos grasos hiperoxigenados.
- Ropa limpia, tanto para el paciente como para la cama
- Cortauñas
- Jarra
- Bolsas y carro para ropa sucia
- Gasas estériles
- Suero
- Empapador y pañal, si fuesen necesarios
- Peine, colonia, desodorante etc. del propio paciente

Preparación del TCAE

- 1- Lavado higiénico de manos.
- 2- Colocación de guantes desechables.
- 3 -Tener todo el material preparado y cerca de la cama antes de comenzar con la técnica para preservar lo máximo posible su intimidad y evitar que coja frío.
- 4- Ofrecer cuña o botella (si fuese necesario).
- 4- Cuidar en todo momento la mecánica corporal para evitar lesiones durante el proceso.

Procedimiento

- Retiraremos la almohada, si no está contraindicado.
- Protegeremos al paciente de posibles caídas desde la cama usando barreras etc.
- Siempre lavaremos comenzando desde las zonas menos contaminadas a las más contaminadas para evitar así comenzaremos.
- Normalmente el aseo se realizará con el paciente en decúbito supino.
- Retiraremos al paciente el pijama o camisón y lo cubriremos con la sabana encimera.
- Destaparemos la zona a asear, lavaremos, aclararemos, secaremos y volveremos a cubrirla.
- Cambiaremos el agua todas las veces que sea necesario.
- Tendremos especial cuidado en el secado realizándolo por empapamiento y no por fricción en aquellas zonas donde hay más riesgo de lesiones.

Cara y cuello

En la cara sólo emplearemos agua. El orden será: ojos, boca, nariz y orejas. Los ojos se limpiarán desde la cuenca interna a la externa. En pacientes comatosos podrá realizarse con gasas, una para cada ojo, impregnadas en suero fisiológico.

Extremidades superiores

En pacientes que tengan una vía periférica primero desvestir el brazo que no posee la vía y al vestirlo comenzar siempre por el que la contiene. Lavaremos desde las muñecas hasta las axilas, prestando atención especial al secado de estas últimas.

Las manos se introducirán en una palangana reforzando el lavado de las zonas interdigitales y de las uñas. Si fuese necesario este sería el momento adecuado para cortarlas.

Tórax y abdomen

Prestaremos especial cuidado en los pliegues submamarios en las mujeres y en los pliegues de personas obesas o ancianos. Es fundamental un buen secado de estos para evitar que queden húmedos y evitar complicaciones de la piel como irritaciones y agrietamientos. El ombligo también requiere un aseo minucioso para evitar que se depositen en él restos de suciedad.

Extremidades inferiores

Lavado de muslos, piernas y pies prestando atención a la zona inguinal, huecos poplíteos y espacios interdigitales. Aprovecharemos este momento para contarle las uñas si fuese necesario. También será el momento de fijarse en la existencia o no de durezas, grietas, uñas encarnadas etc. y tener especial cuidado en la higiene de pacientes con pie diabético.

Genitales

Siempre que el paciente sea válido es recomendable que lo efectúe el mismo. Siempre se llevará a cabo desde la zona púbica a la anal, indistintamente del sexo del paciente. En la mujer se lavará el pubis, labios mayores, labios menores, vestíbulo perineal y ano. El orden para secar es exactamente el mismo. En el hombre retiraremos el prepucio, lavaremos el glande y el surco balano-prepucial. Tras aclarar dejaremos el prepucio colocado. Seguiremos por los el escroto y ano. Prestaremos atención a posibles inflamaciones, hinchazones, flujo y olor. Si el paciente llevase sonda o colector nos aseguraremos de que ha quedado correctamente colocado.

Parte posterior

Colocaremos al paciente decúbito lateral, vigilando posibles caídas, sondas etc. El orden será: cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal. (esta última siempre hacia atrás). Será el momento de enrollar la sabana bajera hacia el centro para comenzar a sustituir la ropa de cama por una limpia. Antes de ponerle el pijama o camisón limpios aplicaremos crema hidratante o vaselina líquida (esta

última en los puntos de presión). Extenderemos la crema siempre en la dirección del crecimiento del pelo. Colocaremos al paciente de nuevo en decúbito supino. Pondremos pañal si fuese necesario. Terminamos de vestirle y de hacer la cama. Peinaremos al paciente y le facilitaremos sus utensilios de aseo si nos lo pide. Le dejaremos en posición cómoda Retiraremos el material y guantes. Higiene de manos. Nunca dejaremos el material sucio en el suelo si no en los contenedores específicos para ello. Anotaremos en el registro de enfermería el procedimiento, posibles anomalías detectadas, estado del paciente...

5 Discusión-Conclusión

Un buen conocimiento de las técnicas de aseo por parte del TCAE trae consigo la correcta conservación de la piel y mucosas así como la observación minuciosa de estas y los registros de enfermería son claves para una buena prevención durante la hospitalización. Queda demostrado que una buena higiene del paciente trae consigo numerosos beneficios no solo físicos.

La autoestima del paciente se ve favorecida, la autoimagen y concepto de uno mismo.

También es un buen momento para la relación TCAE-paciente, conocer sus preferencias, sus preocupaciones etc. La escucha activa es imprescindible. Aportará además unas pautas fundamentales a seguir por paciente, familiares y cuidadores a la hora de enfrentarse en el hogar al aseo diario.

6 Bibliografía

- https://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437728273.pdf
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>
- <http://www.madrid.org/cs>

Capítulo 562

SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA EN PACIENTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT ROSADO CON ARCO PÓRTICO IZQUIERDO.

OLAYA MIÑAMBRES ALVEAR

RAQUEL BORREGO SORIA

BEGOÑA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

MARÍA DEL MAR SAL ALVAREZ

LIDIA ANGELES RODRIGUEZ

1 Introducción

El cuidado en la unidad de pediatría exige una formación adecuada para abarcar la extensa patología que trata, se ofrece un cuidado en patologías muy graves como la tetralogía de Fallot, por lo que se expone a continuación un caso clínico de esta patología.

2 Objetivos

- Exponer la tetralogía de Fallot a propósito de un caso, con la finalidad de corregir la insuficiencia aórtica severa mejor calidad de vida.

3 Caso clínico

Paciente de 8 años, diagnosticada posnatalmente de Tetralogía de Fallot, reparada en Septiembre de 2011 con cierre de comunicación interventricular (CIV) desde aurícula derecha (AD) con parche, ampliación de TSVD con parche transanular monocúspide de Contegra, cierre de foramen oval primario (FOP) con punto y ligadura de ductus. Además presenta una insuficiencia aórtica severa por válvula aórtica trivalva con velos patológicos.

A nivel de pruebas de imagen diagnósticas, se muestra: dilatación de cavidades cardiacas derechas, función sistólica ventricular conservada. En el estudio de pase contraste se documenta insuficiencia pulmonar moderada e insuficiencia aórtica severa. En la secuencia de cine también se visualiza ligero total de insuficiencia tricuspídea.

Realiza vida normal, salvo que los padres refieren fatiga con esfuerzos máximos, pero no refieren que evolucione a más ni le limita la vida normal. En la última semana ha presentado episodios automilitados de palpitaciones. En tratamiento con enalapril 10mg cada 12 horas.

4 Resultados

Paciente mujer de 8 años controlada en la unidad por diagnóstico neonatal de tetralogía de Fallot rosado con arco pòrtico izquierdo.

Realiza vida normal, salvo que los padres refieren fatiga con esfuerzos máximos, pero no refieren que evolucione a más ni le limita la vida normal. En la última semana ha presentado episodios automilitados de palpitaciones. En tratamiento con enalapril 10mg cada 12 horas.

5 Discusión-Conclusión

La tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita caracterizada por cuatro malformaciones que dan lugar a la mezcla de sangre arterial con la sangre venosa con efectos cianotizantes (niños azules). Se puede corregir y tener una vida normal.

6 Bibliografía

- Informes clínicos del Hospital Universitario La Paz, Madrid. Año 2019.
- Informes clínicos del Hospital Universitario Central de Asturias. Año 2019.
- Informes clínicos de Hospital Universitario San Agustín. Año 2019.
- Herraiz JI, Lobelo R, Bermúdez Cañete R, Acerete F, Villalba J.
Tetralogía de Fallot: Estado actual de su terapéutica..
- Rev Esp Cardiol, 49 (1996), pp. 88-96.
- Tetralogy of Fallot. En: Stark J, De Leval M, editores. Surgery for congenital heart defects. Filadelfia: WB. Saunders Company, 1994: 405-416.

Capítulo 563

RECONOCIMIENTO DE SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO

MARÍA TERESA ALONSO CORDERO

MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO

VANESA SANCHEZ RIESGO

MARIA HUELAMO GUADAMURO

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El síndrome confusional agudo(SCA)también conocido como delirio , es un síndrome agudo y potencialmente reversible caracterizado por un desorden y alteración del nivel de conciencia y atención así como de las funciones cognitivas ,psicomotoras emocionales aguda y transitoria. Se puede decir que en pacientes hospitalizados de edad avanzada este se presenta como un cuadro psiquiátrico y que conlleva un aumento de la mortalidad y morbilidad. (Jimenez, 2018).

El SCA es uno de los desordenes cognitivos más importantes del adulto mayor y no solo por su prevalencia ,sino porque es el primer signo que nos indica que la función cerebral está afectada. Puede ser también manifestación clínica de una grave enfermedad o ser una consecuencia de esta o de su tratamiento.

Se calcula que entre el 10% y 56% de la cifra de pacientes ancianos hospitalizados podrían presentar un SCA .Generalmente el síndrome confusional agudo

tiene un inicio agudo y se presenta súbitamente teniendo un curso fluctuante con una gran diversidad en cuanto a la presentación clínica. La actuación ante un estado confusional implica dos pasos esenciales previos la identificación del cuadro clínico en base a sus síntomas característicos mediante los datos que proporciona la anamnesis y la exploración física y la investigación de la etología del proceso orgánico subyacente que puede ser muy variada y estar asociada a múltiples enfermedades subyacentes (Álvarez, Pereira ,Llaveró y Otuño, 2018).

Si se identifica rápidamente la causa que lo provoca y esta es eliminada el paciente mejora .La identificación del cuadro es fácil cuando el síndrome está bien establecido aunque también pacientes que presentan los mismos factores predisponentes ,pueden presentar distinto cuadro clínico .Los principales síntomas son: insomnio ,sueño o pesadillas ,inquietud ,irritabilidad ,hipersensibilidad a la luz y los sonidos, dificultad de pensar ,disminución de la concentración y ansiedad ,descenso del nivel de conciencia, desorientación ,alteraciones cognitivas y perceptivas ,alteraciones psicomotoras y alteraciones del ritmo vigilia- sueño .Un cuadro caracterizado por estos síntomas que es de comienzo rápido y que presenta fluctuaciones intensas entre el día y la noche es muy sospechoso de que se trate de un síndrome confusional agudo (Druetta,Domenica,Macoc ,Kilstein y Bagitel , 2011).

Sería también conveniente el plantearse la diferenciación con otros síndromes psiquiátricos como una demencia, un trastorno esquizofrénico o un trastorno disociativo .El SCA puede ser indicador de una demencia subyacente ,pero también la demencia es un factor de riesgo para el desarrollo del SCA.

En su tratamiento hay que considerar la prevención y para ello habrá que detectar aquellos factores predisponentes y precipitantes .Será tarea de un equipo multidisciplinar el reconocer los factores predisponentes tanto para su prevención como para el tratamiento (Moreno,2018).

Sin embargo pare ser que este síndrome es poco reconocido debido a su naturaleza fluctuante , el que se pueda superponer con la demencia y el que en los hospitales tampoco se suele llevar a cabo una evaluación cognitiva regular por lo que generalmente suele pasar desapercibido. Hay que sospechar ante aquellos pacientes que presenten un rápido deterioro de su estado mental.

El síndrome confusional agudo constituye por sí mismo una urgencia médica ,ya que contribuye a empeorar el pronóstico del enfermo aumentando con ello el riesgo de demencia ,institucionalización y mortalidad ,es por ello de suma impor-

tancia reconocer sus manifestaciones y tratarlas de forma precoz. El síndrome confusional es de origen cerebral demostrable y esta será condición suficiente para su diagnóstico, la disfunción puede estar originada por una serie de factores que se agrupan en predisponentes y facilitadores o precipitantes (Bandeo,Young,2015)

2 Objetivos

El objetivo en este trabajo es identificar de manera descriptiva las manifestaciones clínicas y los factores de riesgo en el síndrome confusional agudo (SCA) que se puede presentar en pacientes mayores ya que aun cuando la prevalencia de este cuando están hospitalizados puede llegar a ser elevada estimándose el 40% en adultos mayores ,el síndrome confusional agudo muchas veces es subdiagnosticado y esto no solo tiene consecuencias negativas para el paciente en cuanto a una disminución en su calidad de vida sino que puede poner esta en riesgo , aumentar su tiempo de hospitalización y como consecuencia un aumento de los gastos hospitalarios .

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos : Google académico ,SciELO ,Elsevier ,ScienceDirect .Los descriptores usados han sido "síndrome confusional agudo ,prevención, factores de riesgo, anciano mayor hospitalizado".

En cuanto a las referencias seleccionadas estas se han analizado según la siguiente sistemática: lectura de la pagina web ,resumen o trabajo haciendo una reflexión sobre su contenido y su relación con nuestro objeto de estudio ,selección de datos relevantes y posterior decisión de su inclusión en nuestro estudio.

Consideramos los siguientes criterios de inclusión: Artículos que hagan referencia al síndrome confusional agudo ya sea en el título del estudio ,en el resumen o en las palabras clave , con referencias comprendidas entre 2011 hasta la actualidad. Los criterios de exclusión han sido el idioma ,se han utilizado solo textos en castellano.

4 Resultados

Las manifestaciones clínicas pueden afectar a varias áreas cognitivas y son las siguientes:

- Alteración de la conciencia con deficiencia para reaccionar psicológicamente de forma apropiada a estímulos externos e internos.
- Alteración de la atención mostrando un déficit de esta y de la concentración de forma brusca.
- Alteración de la orientación tanto de lugar como de tiempo.
- Alteración de la memoria especialmente de la más reciente.
- Alteración de la sensopercepción con alucinaciones visuales e ilusiones.
- Alteraciones en el lenguaje manifestándose en una disminución de la fluidez del habla y dificultad para nombrar los objetos.
- Alteración del pensamiento con un enlentecimiento de este y fuga de ideas.
- Alteración de la psicomotricidad afectando al comportamiento y pudiendo presentar tanto hipoactividad como hiperactividad.
- Alteraciones del ciclo vigilia-sueño ya que la persona suele padecer insomnio y agitación nocturna y somnolencia diurna.
- Alteración del estado de ánimo ,pudiendo presentar enfado, ansiedad, temor apatía euforia etc. (Tremiño,2018)

El síndrome confusional agudo puede llegar a no ser reconocido o también darse el caso de hacer un diagnóstico erróneo, pero han sido llevados a cabo numerosos estudios en los cuales han quedado de manifiesto una serie de factores de riesgo para que el SCA pueda ser desarrollado .

Estos factores de riesgo han sido clasificados en factores predisponentes y factores precipitantes. El efecto de los dos tipos de factores es acumulativo de tal forma que el riesgo de SCA aumenta a medida que aumenta la vulnerabilidad del paciente o lo que es lo mismo los factores predisponentes y el número o intensidad de los factores precipitantes (Gillen,2005).

Los factores predisponentes serían los que englobarían las condiciones clínicas que puede presentar el paciente y que podrían favorecer el desarrollo de un SCA ,los factores precipitantes corresponderían a entidades necesarias para el desarrollo del cuadro.

-Entre los principales factores predisponentes estarían la edad avanzada, el deterioro cognitivo ,la demencia previa , antecedentes de SCA ,depresión y ansiedad , padecer dependencia funcional e inmovilidad, déficit de la visión y audición, ,la

prevalencia de enfermedades crónicas preexistentes así como uso de polifarmacia ,fármacos psicotrópicos ,alcoholismo, deshidratación y malnutrición.

-Entre los factores precipitantes estarían la introducción o abstinencia de fármacos como serían los sedantes y narcóticos, factores de tipo ambiental que englobarían ingresos en UCI, dispositivos invasivos ,estrés ,enfermedades que causen infección y sepsis ,cirugías y estancias hospitalarias prolongadas ,ausencia de movilización ,alteraciones sensoriales y privación del sueño.

En cuanto a la edad este es el factor de riesgo que con más frecuencia aparece en todos los estudios ,el envejecimiento conlleva cambios estructurales y metabólicos cerebrales, hay una disminución del flujo sanguíneo al cerebro y una reducción del metabolismo de este que hacen más vulnerable al individuo al desarrollo del SCA ,a mayor edad entonces mayor es la probabilidad de desarrollar un SCA. (Carrasco et all,2014). La polifarmacia afecta en el sentido de que hay muchos fármacos con actividad anti colinérgica .Una enfermedad o ingreso medico o intervención, puede provocar una situación de stress en el paciente que se ve desbordado por la situación, pudiendo desencadenar un estado confusional. Cuantos más factores de riesgo pues más posibilidades de que se presente el SCA (Enrique,Rojas,2018).

En cuanto al estado mental se suelen estudiar diferentes variables como la depresión ,la demencia o deterioro cognitivo y otras alteraciones mentales como puede ser la esquizofrenia o trastornos de la personalidad determinando la ausencia o presencia de estos por estar íntimamente ligados con presencia de SCA.

En cuanto a la severidad de la enfermedad preexistente y la situación funcional previa del paciente ambos son factores muy a considerar por ser importantes factores predisponentes.

La mayoría de los estudios identifican como principales factores predisponentes la edad avanzada ,el deterioro cognitivo, la presencia de enfermedades crónicas preexistentes y el deterioro funcional. Entre los precipitantes cualquiera de los dichos anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome confusional agudo (SCA) no puede considerarse como una entidad clínica aislada ,sino como una manifestación de diversas patologías y generalmente multifactorial pero también de causas previsibles y controlables .La pre-

vención basándola en una identificación de los factores de riesgo va encaminada a disminuir los efectos adversos en los pacientes y en los profesionales así como en reducir los costes económicos .(Gonzalez,2012).

Al ser reconocidos los factores de riesgo podrían ponerse en práctica medidas preventivas .Algunos de los factores de riesgo pueden ser modificables como pueden ser aquellos relacionados con la enfermedad medica ,las anomalías que nos dan en laboratorio como baja albumina ,y la polifarmacia ,otros como son la edad, la demencia no, pero estos son útiles en el sentido de que hay que tener cuidado con estos pacientes pues son los que pueden correr más riesgo de padecer un SCA.(Amado et all,2013).

Sera relevante la actuación de los profesionales implicados especialmente los de enfermería ya que para ellos implica una mayor carga de trabajo que puede llegar a ser incluso frustrante y extenuante ,estos deberán presentar no solo aptitudes sino habilidades para un buen y optimo tratamiento.

6 Bibliografía

- Álvarez-Mon, M. A., Pereira-Sánchez, V., Llaveró-Valero, M., & Ortuño, F. (2018). Síndrome confusional. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(69), 4055-4061.
- Amado,J.,Chucas,L.,Rojas,C.,Pintado,,S.,Cerrón,C y Vazquez,R.(2013).Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario .*Anales de la facultad de Medicina*,74(3),193-197.
- Bando, L., & Young, P.(2015) Síndrome confusional agudo en pacientes internados en sala general. *EN MEDICINA*, 125
- Carrasco M, Villarroel L, Calderón J, Martínez G, Andrade M, González T.Riesgo de delirium durante la hospitalización en personas mayores: desarrollo y validación de un modelo de predicción clínica. *Rev. méd. Chile*. 2014;
- Deví Bastida, Josep, Repiso Solana, Jonathan, Jofre Font, Susanna, Fetscher Eickhoff, Albert, & Arroyo Cardona, Enric. (2018). ¿Supone la presencia de episodios de delirium en el anciano un factor de riesgo para la aparición posterior de un síndrome demencial?. *Gerokomos*, 29(4), 165-170
- Druetta, M., Di Domenica, L., Macoc, M., Kilstein, J., & Bagilet, D. H. (2011). Síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados en una sala de Medicina Interna. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(6), 332-333
- Enrique, J. C., & Rojas Rojas, E. R. (2018). Factores de Riesgo y Pronóstico de Vida Asociados al Síndrome Confusional Agudo en Adultos Mayores atendidos

en el Servicio de Medicina Interna de Dos Hospitales de Lambayeque.

- González Tugas M. Coste hospitalario asociado al delirium en pacientes mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. [Internet]. 2012 [citada 16 Mar 2014]; 47(1): 23-6.
- Guillen Llera F. Delirium en pacientes ancianos hospitalizados.
- Jiménez Flores, B. (2018). Síndrome confusional agudo. *Revista Médica Sinergia*, 3(02), 7-11.
- Llorens, M., Irigoín, V., Prieto, J., Torterolo, A., Guerrini, V., Lamas, L., ... & Calvelo, E. (2009). Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. *Archivos de Medicina Interna*, 31(4), 93-98
- Moreno, M. T. H. (2018). Síndrome confusional agudo en Geriatria. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 26(1).
- Rodado, J. y Aragón, I. (2018). Factores de riesgo del síndrome confusional agudo en ancianos hospitalizados en el Hospital Reina Sofía de Murcia. Caso retrospectivo y controles. *Ciencia E Innovación En Salud* .
- Tremiño del Molino, J. (2018). Atención de enfermería en el síndrome confusional agudo.

Capítulo 564

NUTRICIÓN POR Sonda NASOGRÁSTRICA.

SORAYA MORENO CORREA

MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS

JESSICA GRANDA PELAEZ

LAURA HERES GARCIA

LEONOR ALONSO SÁNCHEZ

1 Introducción

La sonda nasogástrica es de un tubo de plástico que se introduce en las fosas nasales, permite la comunicación de las cavidades del aparato digestivo con el exterior, y se puede llevar a cabo mediante técnicas quirúrgicas o no quirúrgicas. Es una sonda que generalmente se utiliza para una nutrición a corto plazo y que sirve para que el paciente tenga una buena hidratación y alimentación.

Existen diversos tipos de sondas y vías de aplicación de ellas. Las más utilizadas son la nasogástrica o nasoyeyunal, (en recién nacidos, por sus condiciones de respiración, se debe colocar orofarínge), sonda de Sengstaken-Blakemore, sonda Kerr, sondas vesicales o urinarias, y sondas rectales. Cada una de éstas debe ser colocada de manera tal que alivie la condición del paciente, y debe ser retirada en cuanto la evolución del paciente así lo permita.

2 Objetivos

Explicar el fundamento de la sonda nasogástrica. Utilidades y manejo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de los objetivos que se pretende lograr tenemos:

- Establecer un medio de drenaje desde la cavidad afectada al exterior con fines diagnósticos
- Para alimentar, en el caso de la sonda nasogástrica
- Irrigar en el caso de la sonda vesical.

Los cuidados de la sonda:

- Limpiar a diario la parte externa de la sonda: utilizar una gasa, agua caliente y jabón.
- Lavar el interior de la sonda después de cada administración de nutrición o de medicamentos, pasando 20-30 ml de agua con una jeringa.
- Cerrar el tapón del conector cuando no se esté utilizando.

Hay diferentes tipos de sondas, y la elección de la misma se hace en función del objetivo asistencial y de las características fisiopatológicas del paciente.

Sonda de Levin: es la más usada. Es un tubo flexible, de goma o de plástico, de una sola luz interior. Presenta un orificio único proximal o exterior, que suele estar reforzado con una conexión de diferentes colores, naranja y verde, específica del calibre, con un orificio central en la zona distal (de inserción de la sonda), y varios orificios laterales. En nutrición enteral cada vez se utiliza menos, se está sustituyendo por una mas flexible y fina.

Sonda de Salem: Presenta una doble luz interior. Una permite la entrada de líquidos o la salida del contenido gástrico, y la otra más fina permite la entrada de aire para impedir que la sonda se pegue a la mucosa y la lesione. Se utiliza para drenaje gástrico.

Sonda de Sengstaken-blakemore: Es una sonda flexible que consta de dos balones (esofágico y gástrico). Las más utilizadas presentan tres luces, una para el llenado del balón esofágico, otra para el llenado del balón gástrico, y la tercera, es el conducto principal de la sonda gástrica. Cada luz tiene un color. El balón gástrico se llena bien con aire o bien con agua.

Cuando se emplean para alimentación se escoge la más delgada por la que puedan pasar los alimentos, porque es mejor tolerada por los pacientes. En el mercado se encuentra actualmente una gran variedad de sondas diseñadas con este fin específico, como las de Sustagen, Dobghcoff, Keofed etc.

Para alimentación se prefiere el uso de sondas nasoyeyunales y su correcta colocación se verifica con rayos (son radio-opacas). Son muy usadas en pacientes que no tienen alternativa de una alimentación oral por un tiempo significativo.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos meses se han publicado 2 artículos en la revista Critical Care Medicine que comparan las vías nasoyeyunal y nasogástrica de nutrición enteral, planteándose la utilidad de la colocación de rutina de sonda nasoyeyunal para nutrir a los pacientes críticos. Sin estadística significativa, se concluye un menor volumen de residuo gástrico en la nasoyeyunal que en la nasogástrica, mejor tolerancia, por lo que la comparativa es favorable a la sonda nasoyeyunal.

6 Bibliografía

- <https://www.childrensmn.org>
- <https://www.sefh.es/revistas/vol22/n5/2205257.PDF>
- <http://www.aulamedica.es>
- <http://iqaquiron.com>
- <https://scholar.google.es>
- <https://senpe.com>
- <https://www.casadellibro.com>

Capítulo 565

IMPORTANCIA DE LA EMPATIA EN LOS CENTROS SANITARIOS TANTO EN PERSONAL SANITARIO COMO NO SANITARIO

LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La empatía es la capacidad de percibir, compartir y/o inferir los sentimientos, pensamiento y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar, es decir, como individuo similar con mente propia, es por eso vital para la vida social.

2 Objetivos

Entender a una persona desde su punto de vista en vez del propio, o experimentar indirectamente los sentimientos y percepciones del otro. La empatía es una herramienta fundamental para comunicarse con los demás.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

En psicoterapia, la empatía puede darse por parte del terapeuta siendo un camino para comprender tanto al paciente como sus afectos, sus motivaciones o sus comportamientos.

No implica en si mismo motivación de ser una ayuda, sin embargo puede volverse una base para la solidaridad y angustia personal.

5 Discusión-Conclusión

Algunos estudios realizados sugirieron un modelo de empatía de tres componentes:

- Empatía afectiva.
- Empatía cognitiva.
- Empatía motora (somática)

6 Bibliografía

- www.blocs.umanresa.cat/ciencies-de-la-salut/
- www.bitacoraenfermera.org/la-importancia-de-la-empatia-en-enfermeria/

Capítulo 566

CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR, FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Las personas mayores sufren caídas de forma frecuente. Contusiones, fracturas, deterioro en las funciones para el desarrollo de la vida diaria, ingresos hospitalarios, o la muerte en algunos casos, son las consecuencias de estos accidentes para los ancianos y que, en todo caso, repercuten en su bienestar, tanto físico como psicológico.

2 Objetivos

- Identificar las principales causas de caídas en el adulto mayor.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre caídas en los adultos, sus consecuencias, actividades preventivas y formas de actuación.

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

4 Resultados

El riesgo de caídas es mayor en los ancianos, debido al desgaste que sufre el organismo con el envejecimiento y las enfermedades. Las causas se deben a diferentes factores, que pueden ser intrínsecos: asociados con la pérdida o disminución de la vista, problemas que afectan al equilibrio y la marcha, la incontinencia, efectos secundarios de medicamentos, etc. Factores extrínsecos: como la utilización de calzado inadecuado, los espacios desordenados, así como tener poca iluminación en las estancias o la falta de utilización de mecanismos externos de apoyo como bastones, muletas o andadores.

5 Discusión-Conclusión

Las caídas, deben ser analizadas como un problema grave en el ámbito de la salud y en especial, en la población adulta tanto por su frecuencia como por sus consecuencias. La educación y las medidas de prevención son la mejor estrategia para minimizar las caídas, haciendo estudios individuales para poder corregir los factores de riesgo.

6 Bibliografía

- Medline y Scielo.

Capítulo 567

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE REHABILITACIÓN

FATIMA GAYOL

NATALIA CUERVO CUERVO

SORAYA MORENO CORREA

MARÍA EUGENIA CAPILLA PAIS

JESSICA GRANDA PELAEZ

1 Introducción

Los datos demográficos demuestran el gran aumento de población envejecida en España principalmente debido al incremento de la longevidad y a la disminución de la natalidad. Frente a este pronóstico es necesario que se programen políticas públicas destinadas a facilitar un envejecimiento saludable para que esos años sean de la máxima calidad de vida posible.

El envejecimiento es un proceso natural y largo, en el cual ciertas capacidades de las personas disminuyen, como su actividad física y su adaptación a nuevas circunstancias que acarrearán problemas de carácter físico y emocional tales y como la desmotivación, la soledad y la baja autoestima.

La sociedad española sigue un patrón de envejecimiento claro (baja natalidad y fecundidad). Otra de las características de las sociedades occidentales es que experimentan un aumento de personas con más de 80 años (INE 2019), un fenómeno esta íntimamente ligado a un aumento de las enfermedades crónicas.

Por tanto tenemos una sociedad con un alto grado de dependencia de servicios y bienes relacionados con la salud dentro de los cuales entrarían los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia. En España los servicios y cuidados a estos pacientes lo realizan:

- El Estado a través de hospitales.
- La familia.
- Organizaciones sin ánimo de lucro.
- Entidades privadas.

2 Objetivos

Exponer las principales funciones y particularidades del trabajo del TCAE en unidades de rehabilitación.

3 Metodología

Los datos estadísticos para realizar este artículo se han obtenido de las siguientes organismos Instituto Nacional de Estadística, Organización Mundial de la Salud y del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Los datos científicos se obtuvieron tras una revisión bibliográfica de artículos de distintas bases electrónicas, como Google académico, isipedia.com, ceu.enferteca.com y también se consultaron revistas científicas y artículos médicos.

4 Resultados

Somos nosotros, los TCAE, los profesionales sanitarios que más tiempo pasamos en contacto con ellos cuidándolos y atendiendo a todas estas necesidades. Esta población tiene un alto grado de comorbilidad o enfermedades crónicas por tanto el TCAE tiene que tener en cuenta las distintas necesidades físicas, emocionales, familiares, sociales y prácticas que tienen estos pacientes.

Entre las más frecuentes se hayan las enfermedades del aparato locomotor, la causa más frecuente de discapacidad en los en los países desarrollados. Muchas

de las áreas de rehabilitación están destinadas a la recuperación de pacientes tras una cirugía de rodilla o cadera. Para ello proponemos una serie de pautas para que esta asistencia sea más eficiente:

- La función principal del TCAE dentro del área de la unidad de rehabilitación es fundamentalmente facilitar todas las tareas del fisioterapeuta para mejorar la calidad de la asistencia al paciente.
- Ayudar a vestir y desvestir al paciente cuando éste no puede realizarlo por si mismo.
- Ayudar a los fisioterapeutas en la colocación o fijación de estos pacientes en el lugar donde se va a realizar su tratamiento, camilla, barras paralelas,...
- Controlar las posturas estáticas de los enfermos: algunos han adquirido posturas viciosas, otros han empeorado lesiones previas con dolor, rigidez y deformidad.
- Se debe controlar la marcha, si mantiene la regularidad del paso, la elevación de los pies.
- El TCAE debe estimular el aumento del nivel de actividad física, fomentando la realización de movimientos regulares indicados previamente por el especialista.
- La mayoría de los pacientes presentan pérdida del tono muscular y de la coordinación, pueden presentar inestabilidad y desequilibrio al estar de pie y al andar, por tanto se les debe enseñar el correcto uso de productos de apoyo, de bastones, de andadores o muletas, para fomentar su autonomía y seguridad (tienen que ser de fácil manejo). Pero evitando la sobredependencia (es decir solo prestar ayuda cuando la persona verdaderamente lo necesite).
- Nuestro cuidado debe ser dinámico y adaptarse a las circunstancias particulares de cada persona y en cada momento.
- Se les debe preguntar por su día a día cotidiano para que sea más fácil su adaptación a su nueva vida y a las barreras arquitectónicas que puedan encontrarse.
- Tenemos que observar los cambios en el comportamiento de los pacientes. Pues la suma de síntomas psicológicos o conductuales más los síntomas cognitivos revelan un deterioro funcional:
 - . Hay que fijarse en la orientación espacio-temporal que manifieste el paciente por ello se le debe preguntar por lugares, fechas.
 - . De este modo también se puede evaluar si tienen o no dificultad para expresarse o comprender indicaciones.
 - . Algunos presentan dificultades para mantener la atención, se distraen con mucha facilidad.
 - . Algunos pacientes presentan alteraciones psicológicas conductuales, con interpretaciones falsas de la realidad, con alteraciones del estado de ánimo, mostrando

apatía con falta de motivación e iniciativa.

5 Discusión-Conclusión

Las necesidades generadas por los cambios demográficos y sociales actuales derivan en un aumento del consumo de bienes y servicios sanitarios dentro de los cuales se encuentran los servicios de rehabilitación, dentro de los grandes síndromes geriátricos encontramos la inmovilidad, caídas, incontinencia, deterioro cognitivo,...

Se precisa una valoración integral e interdisciplinar por parte de un gran equipo humano para abordar todos los problemas y necesidades del paciente, dentro de ese equipo la labor del TCAE es muy importante para detectar las posibles alteraciones funcionales y cognitivas del paciente, y es fundamental para animar y motivar a los pacientes para que de forma progresiva vayan avanzando en sus ejercicios y ganando autonomía.

6 Bibliografía

- Higiene del medio Hospitalario Ed Graw-Hill
- Gázquez, J.J., Molero, M., Pérez-Fuentes, M^a C., Barragán, A. Simón, M^a del M., Martos, A. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. Volumen II. Asunivep
- Martínez, S., Nieves, P., Villalobos, A M^a. La importancia del trabajo del Auxiliar de enfermería en la rehabilitación de personas con daño cerebral adquirido. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
- Vernet Aguiló, F. (2007). Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el Modelo V. Henderson. Gerokomos.
- Nuñez, R. C., Martínez, M. C., Villanueva, N. H. L., Hernández, R. M. A., Alemán, A. F., & Alanís, M. D. C. V. (2008). Satisfacción con el cuidado de Enfermería del adulto mayor hospitalizado. Enfermería Universitaria.

Capítulo 568

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El virus de Epstein Barr (VEB) es el responsable de causar la mononucleosis infecciosa, también conocida con el nombre de la “enfermedad del beso”. La forma más común de contagio se produce a través de la saliva, generalmente afecta a ganglios linfáticos, hígado, bazo y produce fiebre alta.

2 Objetivos

Determinar el origen de la infección que produce la enfermedad, población de riesgo, síntomas y medidas preventivas.

3 Metodología

Consultados documentos en distintas bases de datos, como Dialnet, hemos encontrado de interés 20 que nos han aportado información muy útil.

4 Resultados

La mononucleosis es una enfermedad producida por un tipo de virus muy común perteneciente a la familia del herpes, el contagio se produce en personas de

cualquier edad, pero es frecuente que la padezcan personas jóvenes por la facilidad con la que se transmite a través de la saliva. Para prevenir contagios, la persona afectada debe evitar compartir cualquier objeto que haya estado en contacto con su saliva como vasos y cubiertos. La sangre también puede ser un medio de contagio, aunque es menos frecuente.

Esta enfermedad es característica por la inflamación de los ganglios linfáticos del cuello y axilas (adenopatías) y un aumento del tamaño del hígado (hepatomegalia). El bazo también alcanza un tamaño anormal (esplenomegalia) con riesgo de rotura, por lo que no se recomienda actividades que impliquen un esfuerzo. Se observan otra serie de síntomas como dolor de garganta, náuseas, fiebre alta y cansancio acompañado de dolores musculares incluso lesiones en la piel.

Se considera que un porcentaje muy alto de la población en edad adulta ha estado en contacto con el virus en algún momento de su vida ya que no se puede evitar puesto que no existe vacuna.

5 Discusión-Conclusión

El virus Epstein Barr afecta en gran medida a una población joven, usa principalmente como medio de transmisión la saliva. Una persona infectada con el virus puede contagiar a personas de su entorno cuando besa, estornuda o tose. Si se padece la enfermedad, se deben aplicar medidas higiénicas encaminadas a evitar el contagio de otra persona y seguir las indicaciones de su médico, como estar a reposo y aumentar la ingesta líquida.

6 Bibliografía

- <https://www.vircell.com/enfermedad/17-epstein-barr-virus>
- <https://www.webconsultas.com/mononucleosis-infecciosa-2738>
- <https://www.tuotromedico.com/temas/mononucleosis.htm>
- <https://ecurae.org/mononucleosis-secuelas-de-la-enfermedad-del-beso/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/mononucleosis_infecciosa
- <https://www.natursan.net/como-prevenir-la-mononucleosis/>
- <https://mononucleosis.review/causas-de-la-mononucleosis/>
- <https://www.onmeda.es/enfermedades/mononucleosis.html>
- <https://es.m.wikipedia.org> <https://cuidateplus.marca.com>

Capítulo 569

CUIDADOS DEL TCAE EN PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO.

ELISA BLANCO GONZALEZ

LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

La traqueostomía es una técnica realizada a nivel bajo del cuello, cuyo objetivo es poner en contacto el exterior con la luz tráqueal.

Este método ya se utilizaba en la antigüedad, desde el Imperio Egipcio hasta nuestros días, eso si con modificaciones a lo largo del tiempo para poder lograr un perfeccionamiento y poder evitar complicaciones logrando el mismo objetivo que es evitar la asfixia del paciente.

En las últimas décadas se ha aumentado de forma considerable la realización de esta técnica ya que es utilizada eficientemente para diversas afecciones.

2 Objetivos

- Definir la función principal de la traqueostomía.

- Establecer los cuidados de la traqueostomía en el preoperatorio, postoperatorio y posteriores, así como sus complicaciones.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos del tema en las principales bases de datos: SCIELO, PUBMED, MEDLINE, además de buscadores como Google Académico o Google.

Criterios de inclusión: Artículos de estudio como Lengua Española con conocimientos relacionados con traqueostomía y sus cuidados.

Criterios de exclusión: Excluyendo información anterior a los últimos veinte años.

Palabras claves: Traquea, traqueostomía, estoma, cánula de traqueostomía, cuidados, complicaciones.

4 Resultados

- Definimos traqueostomía como apertura y aislamiento de la vía aérea, la cual se realiza mediante un estoma. Su función es la de aislamiento y protección del árbol bronquial, también la mejora de la ventilación artificial y el hecho de realizar la aspiración de secreciones. La traqueostomía puede ser temporal en el caso de que se resuelva la causa que conlleva a su realización o permanente si el problema que la causa no se puede resolver.

- Los cuidados serán realizados por el equipo de enfermería formado por enfermero/a y el técnico auxiliar de enfermería, ambos tendrán los conocimientos y aptitudes necesarias para desempeñar estos cuidados:

A). Cuidados en el preoperatorio:

- Avisaremos al paciente sobre los cambios que se produjeron debido a la cirugía:
- Funciones respiratorias, así como el habla, la tos y cambios en aspecto físico
- Se suele planificar con el paciente algún medio de comunicación tras la cirugía, normalmente se proporciona una pizarra para facilitar la comunicación.
- Es positivo e importante hacer participe a la familia informándoles del proceso al que será sometido su familiar explicándoles el cuidado que necesitara, y el tipo de actividades que pueden ser beneficiosas para su familiar.

B). Cuidados en el postoperatorio:

- Cambio de cánula. La cánula interna será cambiada tantas veces se necesiten para mantener su permeabilidad.
- En traqueostomía permanente el cambio de cánula se realizará cada cuarenta y ocho horas.
- En traqueostomía temporal estos cambios no serán posibles hasta que hayan transcurrido los primeros cuatro días.

C). Cuidos posteriores del estoma:

- Se utilizarán materiales estériles y cánulas de traqueostomía. Se curará el estoma cada veinticuatro horas de manera sistemática y las veces extras necesarias para mantener la zona limpia y seca.
- Se procederá a la aplicación de un apósito absorbente entre el estoma y el apósito estéril, los puntos de sutura se retirarán a partir del séptimo día y se hará coincidir con el cambio de cánula.
- Prestar atención a los signos de irritación que se pueden producir alrededor del estoma.
- Al séptimo día hay que asegurarse que el tracto tráqueo-cutáneo haya cicatrizado.
- Atención al paciente; si tiene insuficiencia respiratoria debemos preoxygenar antes del cambio de cánula.

Además el material para realizar la cura será: bata, mascarilla, guantes, gafas, gasas estériles, suero salino, lubricante hidrosoluble, antiséptico, apósito absorbente para traqueostomía y jeringa de 10cc. Dos cánulas de traqueostomía, una de tamaño inferior a la que tiene colocado el paciente y otra del mismo número, además de material de aspiración, sistema de sujeción de la cánula y resucitador manual.

- Las posibles complicaciones serán:

- I. Intraoperatorias: para cardio-respiratorio, hemorragia, neumotórax, fístula tráqueo-esofágica
- II. Postoperatorias tempranas: hemorragia, obstrucción de la cánula y desplazamiento del tubo .
- III. Postoperatorias tardías: estenosis/ malacia y fístula esofágica/arterial.

5 Discusión-Conclusión

El paciente con traqueostomía es un paciente sometido a una situación emocionalmente negativa y estresante, por eso es importante que su adaptación a

la nueva situación sea con cierta rapidez y sin traumas para que la normalidad vuelva de nuevo a su vida.

Es fundamental el trabajo del equipo sanitario con habilidades y conocimientos adecuados, imprescindible para los cuidados físicos, para enseñar y educar respecto a todos los procedimientos de esta etapa tanto en aprendizaje como en aspecto social.

Cuando el aspecto y su entorno tienen toda la información serán capaces de afrontar un autocuidado eficiente y psicológicamente positivos para tener una buena calidad de vida.

6 Bibliografía

- 1. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/traquea>.
- 2. <https://www.lifeder.com/traquea-funciones-estructura>.
- 3. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/traqueostomia>.
- 4. <https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos>.
- 5. <https://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-Complications>.
- 6. <http://www.hpc.org.ar/images/revista/623-r17n1p18.pdf>.
- 7. Gómez M, López C, Villalba MV, Muiño A. Reanimación cardiopulmonar. Soporte vital básico y avanzado .
- 8. Actualización. Medicine [revista en Internet. 2015 [acceso el 21 de noviembre de 2016]; 11(87):5185-948
- 9. www.medicosecuador.com.
- 10. www.medlineplus.gov.

Capítulo 570

ACTUACION Y CUIDADOS DEL TCAE CON PACIENTES QUEMADOS

MARIA GARCÍA MARTINEZ

JULIA MARIA MANSO MATA

MARÍA ELENA VEGA AGUADERO

NURIA GONZALEZ MARTINEZ

1 Introducción

Las quemaduras son un problema muy serio de Salud Pública a nivel mundial, tanto por el elevado número de muertes, como por la cantidad de personas que, -aun salvando la vida-, quedan con una discapacidad importante. Las quemaduras están consideradas como una de las agresiones más traumáticas, dolorosas y destructivas que puede sufrir el ser humano, ya que quedan afectados los principales sistemas orgánicos(Blendi, Linares y Benain, 1993; Gómez, Díaz y Luna, 2005).

En los casos de quemaduras, un 68% suceden en el hogar y los más afectados son las mujeres, los ancianos y los niños; el 24% suceden en los puestos de trabajo debido a accidentes eléctricos y químicos y, por último, es la segunda causa de muerte infantil de 1 a 4 años(Blendi, Linares y Benain, 1993).

Al avanzar la medicina en el campo de los quemados, la tasa de supervivencia se ha incrementado, dando lugar a que hoy en día una persona con un 80% de su

cuerpo quemado tiene un 50% de posibilidades de sobrevivir. Sin embargo, una causa importante de muerte en quemados son las infecciones. Al dañarse la epidermis se destruye con ello la barrera protectora de la piel, con lo cual se facilita la penetración de microorganismos, dando lugar a dichas problemáticas (Pérez, Martínez, Pérez y Cañadas, 2011).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer en profundidad la clasificación de las quemaduras, así como las formas de actuación por parte del personal sanitario con el paciente quemado, así como las tareas del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el paciente quemado.

Objetivo secundario:

- Describir por pasos la intervención que se realiza sobre estos pacientes, así como el tratamiento de sus secuelas.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: paciente quemado, quemadura, intervención, hospital, tcae, auxiliar. A través de estos tópicos, se encontraron 27 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 9 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 18 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 5 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 3 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 10. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios (Figura 1).

Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

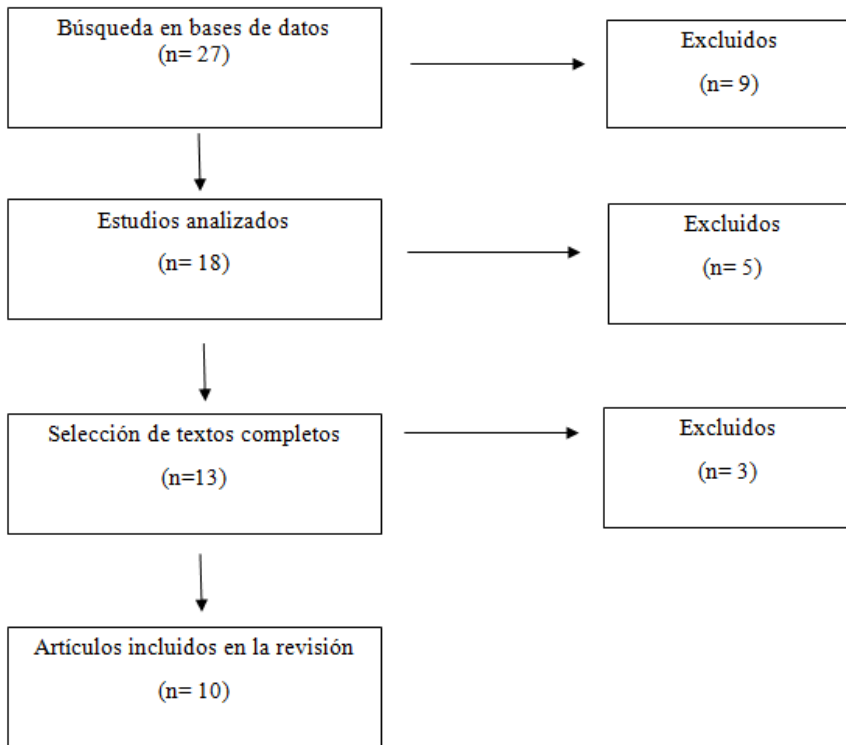


Figura 1. Proceso de selección de la muestra de artículos analizados.

4 Resultados

A). Las quemaduras: tipos y características:

- Tras realizar el análisis de los artículos seleccionados, se encuentra que la piel es como un traje que protege el cuerpo humano de los agentes externos y que tiene una serie de funciones vitales: protege contra la presión, los golpes y las rozaduras; siente calor, frío y dolor; protege al organismo del medio ambiente. Así, la evolución del paciente quemado dependerá del grado de las quemaduras y de la intervención de los servicios sanitarios, ya que con una rápida y eficiente actuación disminuye la mortalidad, cualquier tipo de shock asociado y la mejora del pronóstico de calidad de vida. Por ello, el desarrollo de una clasificación de las quemaduras que nos permita conocer su gravedad y poder actuar en consecuencia, es esencial (Gómez, Díaz y Luna, 2005). Las quemaduras se evalúan según la profundidad, la localización y la extensión, clasificándose en (Freddi y Kestens,

2001):

. Quemaduras de Primer Grado: sólo afectan a la epidermis, son dolorosas, se curan al cabo de 5 o 10 días y son las menos graves. Un ejemplo son las quemaduras solares.

. Quemaduras de Segundo Grado: afectan siempre a la dermis. Dentro de esta tipología las hay menos graves, como las quemaduras dérmicas superficiales, que se curan entre 10 y 15 días; y más graves, tales como las dérmicas profundas, que tardan en curar más de un mes y siempre dejan cicatriz, son dolorosas y suelen estar producidas por líquidos calientes.

. Quemaduras de Tercer Grado: son las más graves y severas, ya que afectan a todas las capas de la piel y muchas veces también al músculo y al hueso. Precisan de injertos y suelen estar producidas por sustancias químicas y corrientes eléctricas.

B). Primeros pasos a realizar con el paciente quemado y actuación del personal sanitario:

- Uno de los objetivos más importantes con este tipo de pacientes es el aumento del porcentaje de personas que logran superar dicha adversidad. Cuando este ya sea un logro conseguido, el siguiente paso será la recuperación de las funciones físicas del paciente, por lo que esteseá ingresado en la unidad especializada para curar esta tipología de heridas. También, si es necesario, se le intervendrá quirúrgicamente y, cuando el quemado esté medianamente recuperado de sus heridas, pasará al tratamiento físico, psicológico y social que pudiera necesitar para paliar sus secuelas. Una secuela en un enfermo es el “trastorno que persiste tras la curación”. Tipos de secuelas (Martín-Espinosa y Píriz-Campos,2014):

. Físicas: son las que afectan a distintas partes del cuerpo, como por ejemplo las cicatrices. Como medida preventiva, se puede hacer un injerto, usar pomadas especializadas con regeneradores para la piel, etc.

. Psicológicas: hay diferentes factores desencadenantes tales como el dolor de las heridas, las infecciones... debido a estas, el quemado debe de estar aislado y puede llegar a generar un trastorno de estrés postraumático.

. Sociales: es difícil para estas personas volver a la realidad, por lo tanto, es necesario una rehabilitación social de cara a recuperar, cuanto antes, la normalidad de su vida cotidiana.

Además, el personal que se encargue de la atención inmediata del paciente quemado debe llevar a cabo diversas tareas clave (Plaza-Heresi, 2005; Ramírez-Rivero, 2007):

. Debe de usar guantes estériles.

. Recibir al paciente.

- . Comprobar si está consciente.
- . Colocar al paciente en sábanas estériles y abrigar para evitar hipotermia.
- . Retirar la ropa o prendas quemadas, que no estén adheridas al paciente y también retirar todo tipo de joyas (anillos, pulseras...), antes de que empiece a inflamarse la zona lesionada.
- . No romper las ampollas para evitar infecciones.
- . Aplicar agua fría sobre la lesión.
- . Administrar abundantes líquidos.

C). Tareas del TCAE con el paciente quemado:

- En el tratamiento del paciente quemado, el auxiliar de enfermería debe, desde un primer momento, dejar a un lado la quemadura y constatar el estado general del paciente. A continuación, debe valorar la quemadura en función de la fuente de calor recibida, la intensidad, la extensión, el tiempo de exposición y la edad del paciente. Los parámetros a monitorizar por parte del TCAE son los que siguen:
 - . Valorar cambios en el estado de conciencia del paciente.
 - . Monitorización cardiaca (especialmente en quemaduras eléctricas).
 - . Balance hídrico.
 - . Controlar la aparición de signos y síntomas isquemia de la zona distan de la quemadura.
 - . Controlar la aparición de signos y síntomas de infección.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los objetivos principales en los pacientes quemados es una atención sanitaria basada en la prevención y el tratamiento. De cara a disminuir la aparición de secuelas y evitar sus consecuencias, es necesario una precoz rehabilitación.

Hoy en día se pueden salvar vidas de pacientes con quemaduras muy graves debido al avance de la ciencia y los centros especializados para la asistencia de estos enfermos, vidas que hace no mucho era impensable poder recuperar. Sin embargo, se debe tener en cuenta la existencia de una amplia variedad de tipos de quemaduras con las que se puede encontrar el personal sanitario, por lo que es imprescindible saber diferenciar y clasificar las quemaduras para poder actuar de forma correcta.

El personal sanitario -con la ayuda de los TCAE- comienzan su trabajo estabilizando al paciente, realizando las curas oportunas y controlando el dolor con los analgésicos necesarios. Después de toda esta labor el paciente pasará a ser valorado por la unidad de quemados. De aquí se deduce que es indispensable

el trabajo coordinado, por lo que el personal sanitario debe trabajar en equipo y tener una buena y continua formación para poder valorar los distintos grados de quemaduras para poder actuar y saber qué medidas se deben aplicar en cada caso particular.

Finalmente, se debe mencionar que el sufrimiento de los familiares del paciente quemado es muy alto, así que el personal sanitario también tiene que atender las necesidades de las personas que acompañan al enfermo. Unos adecuados conocimientos en este campo también serán indispensables.

6 Bibliografía

- Blendin, A., Linares, U., & Benain, F. (1993). Tratado de quemaduras, Ed. Curiel-Balsera, E., Prieto-Palomino, M. A., Fernández-Jiménez, S., Fernández-Ortega, J. F., Mora-Ordóñez, J., & Delgado-Amaya, M. (2006). Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbilidad y mortalidad del gran quemado. *Medicina intensiva*, 30(8), 363-369.
- Durango Gutiérrez, L. F., & Vargas Grajales, F. (2004). Manejo médico inicial del paciente quemado. *Iatreia*, 17(1), pág-54.
- Freddi, O., & Kestens, G. (2001). Quemaduras graves. Lovasio Carlos: Medicina Intensiva. 5ª Edición. Editorial El Ate-neo. Buenos Aires, 805-816.
- García, M. J. L., Llagostera, T. C., Romero, M. P. M., Vela, J. L. S., Monclús, M. P. P., & Llimós, N. B. (2010). Tratamiento ambulatorio de las quemaduras. *ENFERMERÍA dermatológica*, 4(9), 42-53.
- Gómez, B., Díaz, L., & Luna, A. C. Cuidado en enfermería para la persona adulta quemada en etapa aguda. Guías ACOFAEN. Biblioteca Lascasas, 2005; 1.
- Martín Espinosa, N. M., & Píriz-Campos, R. M. (2014). Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Revista Rol de Enfermería*, 37(2), 100-109.
- Pérez, M. T., Martínez, P., Pérez, L., & Cañadas, F. (2011). Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicios de Andalucía de Salud. Consejería de Salud. Editorial: Artefacto.
- Plaza Heresi, C. (2005). Tratamiento del paciente quemado hospitalario durante las primeras 48 horas: análisis de 36 casos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Horiz. m. (Impresa)*, 5(2), 39-47.
- Ramírez Rivero, C. (2007). Manejo del paciente quemado. *Rev. Univ. Ind. Santander, Salud*, 39(2), 124-136.
- Ramírez, C. E., Ramírez, C. E., González, L. F., Ramírez, N., & Vélez, K. (2010). Fisiopatología del paciente quemado. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 42(1), 55-65.

Capítulo 571

BLOQUE QUIRÚRGICO: FUNCIONES Y CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.

MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR

CAROLINA CORRAL GONZALEZ

IRIS ASUETA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Para el desarrollo de una intervención quirúrgica se requiere: una preparación correcta del quirófano, adiestramiento de todo el personal, adecuados métodos de desinfección y esterilización y determinadas precauciones de seguridad que deben tomarse, para que la sala de operaciones se convierta en un medio seguro para el enfermo. En todo este proceso, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) juega un papel muy importante .

El TCAE, como miembro del equipo quirúrgico, trabaja en coordinación con las enfermeras, dando apoyo a su actividad, y realiza actividades de limpieza, colocación y reposición de material en quirófano. El proceso quirúrgico consiste en una serie de acciones manuales e instrumentales encaminadas a paliar, curar o explorar, por medio de cirugía, cuando no es viable otra acción médica

A pesar de que las técnicas y procedimientos quirúrgicos (Scielo, 2016) se han modificado y mejorado para lograr tratamientos más seguros y exitosos, es importante señalar que aunque sí existe un gran desarrollo e innovación, el riesgo

ante estos procedimientos sigue existiendo, y más para los pacientes que experimentan ansiedad y estrés así como estos fenómenos relacionados al dolor, el posible internamiento, procedimiento, la recuperación postoperatoria y sus posibles complicaciones e incapacidad física por cierto tiempo

Por lo que es importante que para el manejo de una cirugía se requiera de una interacción entre cirujanos, psicólogos y pacientes, ya que con un correcto plan quirúrgico de tratamiento se tendrán mejores resultados si se maneja adecuadamente una emoción negativa.

La situación del paciente que va a ser intervenido propicia la humanización de los cuidados, materializándose en una atención integral al enfermo con el fin de valorar sus necesidades, planificar y ejecutar los cuidados que precisará hasta que abandone el hospital. Así, los enfermeros y los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, intentando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

El proceso quirúrgico tiene tres partes (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio), en las que las circunstancias del paciente y las actividades de enfermería son diferentes. Los profesionales de la enfermería quirúrgica deben conocer con detalle estas fases, para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico y estas fases son:

◆Preoperatorio: comienza cuando se toma la decisión de someter al paciente a una intervención quirúrgica. Esta fase termina cuando el paciente se traslada a la mesa quirúrgica.

◆Intraoperatorio: empieza con el traslado del paciente a la mesa quirúrgica. Esta etapa finaliza cuando se admite al enfermo en la sala de recuperación.

◆Postoperatorio: se inicia con la admisión del paciente en la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) y finaliza cuando el cirujano suspende la vigilancia

El equipo quirúrgico está formado por:

- Personal de medicina.
- Personal de enfermería y auxiliar de enfermería.
- Personal subalterno/ celadores.
- Personal administrativo.
- Personal de limpieza.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) dentro del equipo de enfermería en el paciente quirúrgico para satisfacer las

necesidades de los pacientes a través de la asistencia de unos cuidados de enfermería especializados.

3 Metodología

Estudio basado en una revisión de la literatura para identificar los documentos más relevantes sobre el perfil cualificado y profesional del TCAE en las unidades de quirófano. Realizando por ello una búsqueda electrónica en las que se han utilizado las siguientes bases de datos y otros recursos como: Scielo, Google Academia y Revista médica Electrónica

4 Resultados

- Todas las actividades de enfermería relacionadas con el quirófano se llevan a cabo conjuntamente entre la enfermera circulante (EC), la enfermera instrumentista (EI) y el TCAE:
 - . Funciones administrativas: la enfermera comprueba que la historia clínica está completa y que se encuentran todos los datos necesarios para la intervención. Además, se verifica que están firmados los consentimientos informados.
 - . Recepción del paciente: valorar el estado general del paciente antes de la intervención, datos de filiación del paciente: nombre, historia clínica, patología, intervención, confirmar el órgano o miembro a operar
 - . Confirmar ausencia de prótesis dentales, joyas, esmalte de uñas, ropa interior, pertenencias, etc.
 - . Comprobar la correcta preparación del paciente:
 - . Mantener el quirófano en orden, para ello se debe seguir siempre un orden de revisión que permita reponer el quirófano y dejarlo preparado. Esta actividad la realizan las enfermeras junto con el TCAE.
 - . Reponer y comprobar el carro de anestesia, medicación, material no fungible y fungible .
 - . El TCAE ayuda a las enfermeras en la reposición del material fungible del quirófano, mientras que las enfermeras se encargan de la reposición de medicación y suturas.
 - . Tener localizado y chequeado el desfibrilador, chequear y comprobar el funcionamiento del respirador.
 - . Comprobar que el mobiliario y el aparataje se corresponden con el tipo de intervención.

- . Revisar que los elementos de quirófano funcionan correctamente y están bien colocados y conectados.
- . Tranquilizar e informar al paciente sobre sus dudas.
- . Controlar el momento de la cirugía en el que se encuentra el cirujano para poder anticiparse a las necesidades.
- . Comprobar la existencia de todas las numeraciones y tallas disponibles u Controlar el material utilizado y contar al inicio y al final de la intervención quirúrgica compresas, gasas, instrumental y cualquier objeto pequeño susceptible de poderse quedar en el paciente.
- . Trasladar al paciente a la cama bajo la orden del anestesiólogo. Aquí colaboran diversos miembros del equipo quirúrgico, EI, EC, junto con el anestesiólogo, TCAE y el auxiliar de obras y servicios (AOS).
- . Preparar el instrumental y el material para su esterilización. Esta función la lleva a cabo la EI, EC y el TCAE.

- En muchas ocasiones es preciso que el médico explore al paciente en el antequirófano antes de la intervención quirúrgica, lo cual ocurre la mayoría de las veces en las intervenciones de urgencia. De esta manera, el personal TCAE, bajo la coordinación de las enfermeras de quirófano, lleva a cabo las siguientes funciones:

- . Mantener una adecuada temperatura, ya que puede ser necesario que el enfermo tenga que desvestirse.
- . Mantener una adecuada iluminación del antequirófano. En ocasiones puede ser necesario emplear una fuente de luz adicional.
- . Disponer de una mesa auxiliar por si fuese necesario material adicional para la exploración.
- . Colocar ordenadamente todo el material utilizado.
- . Ayudar al paciente a desvestirse e incorporarse en la cama en caso necesario.
- . Preparar el equipo y material necesario para la intervención quirúrgica y solicitar la ayuda del TCAE

Un buen profesional de enfermería, es aquel, que no sólo se involucra con los conocimientos técnicos y teóricos, sino que satisface las necesidades y la voluntad de los pacientes. Sin olvidar, la importancia de seguir desarrollando nuevas capacidades profesionales a través de la formación continuada y realizando tareas que van desde las más simples, hasta las de más alta complejidad.

El personal de enfermería actúa o interviene en el desarrollo de la operación, asistiendo y ayudando al cirujano y manteniendo el orden en el interior del quirófano, sino que también son los encargados de disminuir el estrés y suministrar

apoyo al paciente desde el primer momento preoperatorio, incluso, informar sobre su estado y posibles complicaciones después de la intervención.

5 Discusión-Conclusión

Hay que tener en cuenta, que se ofrecen unos cuidados de máxima calidad adaptados a las necesidades de cada paciente de forma individual. El bienestar, la seguridad y la salud (ELECTRÓNICA, 2017), son conceptos que el equipo de salud ha de desarrollar continuamente. Hay que tener presente, que el enfermo se encuentra en un momento de temor, por lo que se debe tener una gran empatía con la persona con la que nos encontramos, ya que desde el punto de vista del paciente, se siente indefenso, debido a que está pasando por un momento de tensión e incertidumbre, lo que conlleva una pérdida de control ante la situación a la que se ve expuesto.

Los profesionales de enfermería y demás personal sanitario, debemos saber cómo actuar con los pacientes en éste ámbito y valorar la importancia de las funciones de enfermería en este entorno. Desde un punto de vista, donde además de adquirir conocimientos técnicos para controlar y manejar los nuevos avances con los que cuentan en quirófano, también debemos de estar dotados para proporcionar una atención individualizada y humanizada al paciente, a pesar que durante la intervención, esté bajo anestesia, el apoyo antes, durante y después de la cirugía es imprescindible para que ésta se lleve a cabo con la mejor eficacia.

Es de suma importancia que todos los componentes del equipo quirúrgico conozcan perfectamente el cometido que les corresponde en el desempeño de su trabajo para conseguir un proceso quirúrgico ágil y de eficacia que garantice la seguridad de los pacientes en el perioperatorio, procurando disminuir la ansiedad , explicando la necesidad de autocontrol y fomentando en todo momento sentimientos de confianza y seguridad previa a la intervención.

La atención que se le otorgue debe contemplar la diversidad de sus necesidades: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. La atención, entonces deberá tener en cuenta estos factores que provienen, no tanto del cuerpo enfermo, sino del sujeto que sufre la enfermedad. El impacto emocional puede variar de acuerdo al carácter de la cirugía, si esta es reparadora o mutilante.

Los niveles de progreso tanto en la adaptación preoperatoria como en la recuperación postoperatoria, depende mucho del rol del equipo de enfermería.

6 Bibliografía

- R. M. (2017). El papel del equipo de enfermería en el bloque quirúrgico. Médica Electrónica. Scielo. (2016).
- Preparación psicológica para mla intervención quirurgica. Scielo.

Capítulo 572

PROCESO Y PROCEDIMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

1 Introducción

La enfermedad renal crónica se define como un mal funcionamiento del sistema renal durante tres meses consecutivos. Aunque es condicionada por patologías de incidencia baja, como son las enfermedades glomerulares o nefropatías hereditarias, prevalece otros motivos como son la vejez, hipertensión arterial, la diabetes y enfermedad cardiovascular.

2 Objetivos

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

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía existente sobre la enfermedad renal crónica. Para ello se han analizado diferentes artículos sobre la enfermedad renal crónica, su evolución y tratamientos de diferentes bases de datos como Cuiden, PubMed y SciELO.

4 Resultados

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

Para detectarla hacen falta tres pruebas sencillas: toma de presión arterial, búsqueda de proteína y albúmina en orina, evaluación del funcionamiento renal, valorando sexo, edad, y raza.

Estos pacientes pueden ser atendidos por diferentes especialistas médicos, como son: atención primaria, medicina interna, cardiología, geriatría, endocrinología y la especialidad de salud renal (Nefrología). Es una enfermedad que si se detecta a tiempo puede tratarse, aunque suele tardar en detectarse y por este motivo, es por lo que puede acarrear otras complicaciones más importantes, como son problemas cardiovasculares y la muerte a causa de ello.

5 Discusión-Conclusión

La prevención que siendo más costosa pero a la vez más efectiva, consiste en detectar y tratar a los pacientes hipertensos y diabéticos, consiguiendo que sufran menos problemas cardiovasculares. Por lo tanto estos controles iniciales deben realizarse en el servicio de atención primaria. El tratamiento en la insuficiencia renal precoz es: control dietético, fármacos (protectores de la función renal), correctores electrolíticos y correctores hormonales. El tratamiento en los casos avanzados son la diálisis y el trasplante.

6 Bibliografía

- Marín R, Goicoechea M, Gorostidi M, Cases A, Díez J, Escolar G, et al.; en representación del Comité de Expertos de la Guía de la Sociedad Española de Nefrología. Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad vascular. Versión abreviada. Nefrología 2006;26:31-44.
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000300005

Capítulo 573

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN. ASEPSIA, ANTISEPSIA. ESTERILIZACIÓN

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

1 Introducción

La prevención y lucha contra las infecciones está íntimamente relacionada con acciones que se remontan en el tiempo. Incluso al periodo anterior al descubrimiento de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades infecciosas. Con el descubrimiento de Pasteur, se demuestra que la causa de numerosas enfermedades contagiosas son los microbios que se transmiten utilizando diferentes mecanismos. Lister profesor de cirugía en la Universidad de Glasgow, descubrió la importancia de la asepsia en la práctica quirúrgica e introdujo en su servicio la idea de combatir la infección mediante la antisepsia, empleando sustancias bactericidas, sobre todo el fenol, para la limpieza del instrumental quirúrgico, heridas y desinfección del aire de los quirófanos mediante pulverización. Actualmente, las técnicas de asepsia y antisepsia constituyen los pilares de la prevención de la infección hospitalaria.

La esterilización del material, constituye una de las medidas de eficacia en el control de la infección hospitalaria. Por ello la Central de Esterilización contribuye de manera específica en la profilaxis de la misma al garantizar la inocuidad del material que sale de su servicio y al proporcionar las normas y protocolos que sobre esterilidad deben cumplir el resto de los servicios del hospital. Una práctica de esterilización inadecuada conlleva riesgos de carácter sanitario, infección nosocomial, repercusiones económicas, como las derivadas de la propia infección, y del deterioro del material, y responsabilidades legales.

La esterilización tiene como objetivo la destrucción total de la población microbiana presente en cualquier material que se somete a dicho proceso para asegurar que no supone un factor de riesgo en posibles infecciones. El personal auxiliar es imprescindible para el funcionamiento de la central de esterilización, ya que realiza la mayor parte de las tareas de asepsia y esterilización desde el principio hasta el final. Como limpieza de material e instrumental. Vitrinas, carros de curas y material accesorio. Y limpieza, clasificación y preparación de los distintos procesos de esterilización (arreglo de guantes y confección de apósitos de gasa).

2 Objetivos

Explicar y exponer las diferentes funciones y procesos relacionados con la limpieza y desinfección. Asepsia, antisepsia y esterilización.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado por revistas médicas, universidades e informes médicos-científicos teniendo en cuenta los siguientes parámetros: limpieza, desinfección, esterilización, autoclave, asepsia, antisepsia.

4 Resultados

Al hablar de limpieza y desinfección es preciso diferenciar ambos términos, para evitar las frecuentes confusiones que a menudo se plantean en la práctica y se traduce en un falseamiento de los objetivos buscados.

- La limpieza: consiste en la separación, por medios mecánicos y /o físicos, de la suciedad depositada en las superficies inertes que constituyen un soporte físico

y nutritivo del microorganismo.

- Desinfección: la eliminación de microorganismos patógenos, por procesos físicos o químicos, y que tiene como objetivo destruir todos los microorganismos patógenos que existan sobre personas, animales, ambiente, superficies o cosas. No elimina todos los microorganismos ni sus formas de resistencia (esporas). La desinfección es un proceso de antisepsia. Para conseguir la desinfección hay que hacer un cepillado y lavado con agua y jabón del objeto que se quiere desinfectar y utilizar sustancias químicas con acción desinfectante o antiséptica.

Se denominan antisépticos aquellos productos químicos utilizados para la desinfección de piel, heridas y cavidades del organismo por su menor toxicidad. Son de uso frecuente la tintura de yodo, agua oxigenada, alcohol yodado, mercurocromo, etc. Podemos hablar de los diferentes tipos de desinfección que se pueden llevar a cabo en un hospital dependiendo de los productos que se utilicen y de su concentración. Desinfección alto nivel. Se realiza cuando el producto que estamos utilizando es activo frente a virus lipídicos de tamaño medio, virus no lipídicos pequeños, bacterias en su forma vegetativa, bacilos de Koch, esporas (en determinadas circunstancias) y hongos. Desinfección de nivel intermedio. Tiene las mismas características que la desinfección de alto nivel pero no es activo frente a las esporas. Desinfección de bajo nivel. Solo es activa frente a virus lipídicos de tamaño medio, bacterias en forma vegetativa y hongos.

- La desinsectación: El empleo de métodos científicos y técnicos para la eliminación de artrópodos (insectos y arácnidos). Tiene un enorme interés en el medio hospitalario, desde el punto de vista epidemiológico. Las técnicas de desinsectación incluyen procedimientos mecánicos, físicos y químicos. Es de especial importancia, eliminar las basuras para evitar que aniden los artrópodos (mosca, etc.) y desecar las charcas que se puedan encontrar en las cercanías del centro sanitario. Protegerse los alimentos con mallas. Los parásitos de la ropa se destruyen lavándola con agua caliente.

- La desratización: Es el empleo de técnicas de saneamiento para la lucha contra los roedores (ratas y ratones).

- La antisepsia: La utilización de productos químicos para intentar destruir los mecanismos contaminantes. En la práctica consiste en el uso de desinfectantes. Se puede hablar de una descontaminación, en el sentido de que se trata de eliminar la mayor parte de los innumerables microorganismos que se encuentran en un determinado lugar o medio, pero sin que se tenga que alcanzar una esteril-

ización, ya que en la mayoría de los casos es suficiente con la eliminación de los microorganismos potencialmente patógenos. Las medidas asepsia y antisepsia son eficaces separadamente en la lucha contra las infecciones nosocomiales, aunque deben emplearse ambas ya que muchas acciones son complementarias y mejoran los resultados de la profilaxis.

Entre las medidas generales de asepsia que se utilizan en el hospital, en sentido amplio, podemos citar las siguientes: técnicas de aislamiento, utilización adecuada de indumentaria, asepsia ambiental mediante ventilación, cámaras de flujo laminar, desinsectación y desratización, formación sanitaria del personal. Y como medidas generales de antisepsia en el hospital: desinfección y esterilización del material, limpieza y desinfección ambiental, limpieza del campo operatorio, lavado de manos, quimioprofilaxis.

La cadena de infección

En el estudio de las enfermedades infecto-contagiosa y procesos infecciosos exige el conocimiento del agente causal y de los elementos que configuran la cadena epidemiológica. La cadena epidemiológica, son los factores que determinan la transmisión de la infección. Existen tres eslabones en la cadena epidemiológica: reservorio y fuente de infección, mecanismos de transmisión y sujeto sano susceptible.

El reservorio, suele definirse como el lugar donde normalmente vive y se multiplica el agente infeccioso. Por su parte, se considera fuente de infección aquel lugar que, permitiendo la supervivencia y reproducción del microorganismo, posibilita su paso desde él hasta el sujeto susceptible, ya sea de forma directa o indirecta; el hombre es la fuente de infección más importante. En general las fuentes de infección pueden ser animadas (humanas y animales) e inanimadas. En el ser humano, se puede diferenciar el hombre enfermo del portador asintomático. Todos estos posibles reservorios (salvo, como norma general, el animal), han de ser considerados en el proceso infeccioso.

Hay distintas fuentes de infección:

Primer eslabón fuente exógena: cualquier otra que no sea el paciente. Da lugar a lo que se conoce como infecciones cruzadas. Dentro de este grupo, se realizaría la siguiente subclasificación. Fuente de infección humana, otras fuentes de infección animal y fuentes de infección inanimadas. La fuente mixta, es aquella en la que existe una previa colonización del sujeto susceptible por flora propia del hospital, y está considerada la de mayor importancia en la producción de la in-

fección nosocomial (que son aquellas infecciones que se producen en el hospital). El reservorio mixto implica la existencia de un proceso previo de colonización del huésped susceptible.

Segundo eslabón mecanismo de transmisión: el conjunto de medios y sistemas que facilitan el contacto del agente con el receptor. El contagio supone la existencia de tres condiciones: una fuente de infección, un agente transmisor entre el reservorio y el futuro huésped, y la puerta de entrada en el nuevo huésped.

Tercer eslabón huésped o receptor: la susceptibilidad es la condición necesaria para que el hombre se convierta en huésped y se afecte por un agente casual. Otros factores que influyen: edad, lesiones cutáneas, alteraciones en la flora bacteriana debido a tratamientos con antibióticos, quimioterapia, corticoides, el grado de inmunidad de cada individuo, etc.

Destacar al hablar de este tema que todos los mecanismos de defensa, el más importante es la formación de anticuerpos (gammaglobulinas o inmunoglobulinas). Esta inmunidad puede adquirirse tras la administración de vacunas o después de haber padecido una enfermedad infecciosa: es la inmunidad activa. La inmunidad pasiva, se adquiere tras la administración de sueros inmunes.

Procedimientos y técnicas de desinfección

La desinfección del material sanitario se define como el conjunto de técnicas para eliminar del mismo los microorganismos patógenos, exceptuando al virus de la hepatitis.

Algunos desinfectantes, pueden desinfectar y esterilizar a la vez. Los métodos de desinfección del material se clasifican en dos grupos, según utilicen procedimientos físicos o químicos.

- Procedimientos físicos.

1. Hervido o ebullición: sumergir en agua a la temperatura de ebullición el material que se quiere desinfectar. Método bastante efectivo. Aunque hay materiales que no resisten temperaturas tan altas (100°C) . Se está dejando de utilizar esta técnica en clínica.

2. Pasteurización: consiste en calentar el producto durante 30 minutos a una temperatura de 68°C, produciéndose posteriormente un enfriamiento rápido del producto. Ej.: leche, zumo de frutas, etc.

3. Rayos solares: acción de rayos ultravioletas, que tienen acción bactericida. Se utilizan en quirófanos, salas de prematuros, habitaciones de aislamiento. Incon-

venientes pueden llegar a producir cáncer de piel y conjuntivitis.

4. Ultrasonido: Son ondas que actúan destruyendo las paredes de las bacterias.

5. Flujo laminar: se basa en una campana donde existen salidas de flujo laminar, que expulsan el aire y reabsorben las micropartículas por un filtro que retiene los citostáticos. Se emplean en cultivos estériles

- Procedimientos químicos. Para la realización de la desinfección se utilizan productos químicos diversos tales como.

1. Antisépticos: son soluciones que se usan de forma tópica sobre tejidos vivos (piel, mucosas, etc). Entre los que más se usan se encuentran la clorhexidina al 5%, betadine, etc. La clorhexidina: es un bactericida (produce muerte de la célula). Es frecuente su uso como antiséptico bucal en solución acuosa al 0,1% (oralidina). Y actualmente se utiliza mucho en hospitales, clínicas médicas o quirúrgicas, el preparado de digluconato de clorhexidina (Hibitane), para el lavado de manos. Los compuestos yodados: tienen efecto bactericida y fungicida. El más utilizado en el hospital es la povidona yodada (Betadine). Desinfección del campo operatorio (se suele emplear unido a alcohol) antes de la obtención de muestras de sangre, líquido cefalorraquídeo como desinfectante de la piel, o para el mantenimiento de los sistemas de perfusión.

2. Cloruros (compuestos de cloro). Hipoclorito sódico (lejía): es el de mayor uso. Tiene efecto bactericida sobre bacterias Gram+ y Gram-. Actúa sobre hongos y virus. En el hospital su uso, para equipos, superficies, suelos, lavabos, ropa, etc. Y desinfección del agua para beber. Las ventajas, es barato, efectivo y actúa rápidamente. Sus desventajas es un compuesto inestable, muy irritante, corrosivo para los metales y sufre modificaciones con el pH, temperatura, etc.

3. Fenol y derivados: tienen efectos bactericidas. Fenol: es poco usado. Se utilizan para desinfección de objetos inanimados, superficies y ambientes donde se requiere acción bactericida o viricida. También, para desinfectar, paredes, suelos, muebles, etc, en zonas de alto riesgo, como quirófanos, salas de partos, unidades de cuidados intensivos, salas de hemodiálisis, etc. Hexaclorofeno: se usa para desinfección de las manos. Jabones y lociones. Alcoholes: los más utilizados el isopropílico y el etílico. El alcohol de 70° es un potente bactericida, mayor que el de 90°. Se tiende a utilizar menos por su efecto, deshidratante sobre piel y escaso poder sobre las bacterias.

4. Aldehídos: se usan básicamente dos. Formaldehído: importante bactericida. Se usa para la esterilización de material de goma, caucho, etc. No debe mezclarse con yodo, porque originan potentes carcinógenos. Glutaraldehído: bactericida muy potente, capaz de destruir esporas, hongos, y virus. Es el principal para el material e instrumentos sensibles al calor.

5. Agentes oxidantes no derivados del cloro (agua oxigenada): Son agentes que matan rápidamente las bacterias, pero suelen usarse poco, por son irritantes y en altas concentraciones ser cáusticos. Algunos son utilizados como antisépticos, como el agua oxigenada, para infecciones de anaerobios.

6. Metales pesados: las sales de los metales pesados pueden tener un efecto bactericida, como son sales de plata y de mercurio. Hoy son utilizados los derivados orgánicos, como mercurocromo o merthiolate, que son menos tóxicos.

Limpieza y desinfección de instrumental y material hospitalario

Para proceder a la limpieza del material, para esterilización, se debe tener en cuenta, estos aspectos: la limpieza se realizara, rápidamente después de usarlo, se separara el material de uso séptico del uso aséptico, se efectuara por categorías, no se debe dejar el material metálico en el agua, corre el riesgo de oxidarse. Los instrumentos de uso quirúrgico, sumergirlos en agua tibia jabonosa para quitar las serosidades. Se cepillara enérgicamente insistiendo en las estrías y en el corte. Se enjuagan con agua muy caliente y seguidamente se secan. Los instrumentos sépticos, para la selección, hay que protegerse las manos con guantes de uso único, se sumergen en soluciones desinfectantes y se procede a su limpieza.

Guantes: Los recuperables, hay que sumergirlos en agua fría y agitarlos hasta la completa disolución de la sangre y serosidades. Se lavaran las dos caras con agua tibia jabonosa, se enjuagan y se secan por el derecho y por el revés, siempre lejos del calor.

Sondas: pueden ser de caucho, goma, plásticos o uso único. Se escogen según su modo de utilización (bronquial, gástrico). Se sumergen en solución desinfectante. Se lavan con agua templada jabonosa, y con jeringa. Se enjuagan y se sacan. Si la esterilización se hace con autoclave. Se pondrán en una caja metálica, depositar un control de esterilización y abrir los opérculos de la caja.

Métodos de esterilización. Se puede diferenciar la esterilización por tres tipos de agentes: calor húmedo o seco, radiaciones ionizantes y productos químicos, que es mediante óxido de etileno.

1) Esterilización por calor seco. Se puede emplear para desinfección y esterilización. Y los materiales pueden soportar temperaturas entre 12°C Y 160°C sin alterarse. Ha disminuido su uso en el medio hospitalario debido al material estéril de un solo uso y a las altas temperaturas que se requiere durante el proceso. El calor seco es bactericida. Su efecto en el metal es menos corrosivo, pero más

oxidante. Sin embargo no erosiona el vidrio como lo hace el vapor.

Los materiales más delicados para tratar con este método son: instrumentos cortantes y de acero inoxidable (bisturís, tijeras) agujas, jeringas de cristal, tubos, pipetas de vidrio, polvos estables al calor, drogas terapéuticas, líquidos y sustancias liposolubles, tales como aceite, vaselina, cremas y polvos de talco. En las gomas o plásticos, no se puede utilizar este método. El medio más utilizado por calor es la estufa Poupinell u horno Pasteur.

El material debes estar perfectamente seco y limpio antes de introducir en la estufa, nos valdremos de cajas metálicas y papel de aluminio. Los tiempos de esterilización más recomendados son los siguientes: 160°C-120 minutos; 170°C-60 minutos; 180°C-30 minutos a contar desde el momento que se alcanza la temperatura de acción en el lugar del termómetro y se obtiene la temperatura de esterilización en todos los puntos del aparato.

Hay otros procesos de esterilización por calor seco, como son: la esterilización por infrarrojos y microondas: Conversión de energía del calor, que es absorbido por el material a esterilizar. Flameado: para el material por la llama de un mechero de gas o alcohol hasta ponerlo rojo vivo. En los laboratorios de microbiología es muy usado para tubos de vidrio, pipetas, etc. Incineración: destrucción de desechos hospitalarios contaminados y también para quemar el material de un solo uso (jeringas, guantes, catéteres, agujas, etc.)

2) Esterilización por calor húmedo. Es el método más utilizado en la esterilización hospitalaria. Es más efectivo que el calor seco. Por su gran efectividad para destruir microorganismos, incluidas esporas. Y se realizan en los autoclaves. La penetración del vapor a través de la envoltura de los paquetes es esencial para producirse la esterilización. Las ventajas del autoclave: económica, segura, rápida, no contamina ni deja residuos y es cómoda porque son automáticos.

3) Esterilización por óxido de etileno. Su acción esterilizante se debe a su toxicidad que altera las proteínas de los microorganismos. Es bactericida. Y la temperatura idónea es de 60°C. La humedad es necesaria para que actúe sobre las formas de resistencia de las bacterias (esporas).

Material estéril: preparación, manipulación y almacenamiento.

Los objetos a esterilizar requieren una colocación correcta y adecuada. Es importante, no empaquetar el instrumental y el textil demasiado apretados. Puede dificultar la salida de aire al hacer el vacío e impedir la penetración del producto.

Los objetos punzantes y delicados deben ir protegidos para evitar que la bolsa se rompa. Se cierra el paquete procurando doblar primero la talla textil y posteriormente el papel crepado, con los bordes hacia afuera. Y evitando excesivos pliegues.

Los equipos textiles se colocaran en posición vertical. Los contenedores en posición horizontal. Las cajas metálicas se colocan dejando abierta la tapa al menos dos centímetros y en posición horizontal, las bombonas con las bandas metálicas abiertas para dejar libres las perforaciones y se colocan posición vertical. El material pequeño ira dentro de cestas metálicas en el autoclave. El material pesado, se coloca en la parte inferior del autoclave y el ligero (textil) en la superior. Un envase no debe ser considerado estéril si se vuelve húmedo, si se ha caído al suelo, o si el precinto ha resultado roto.

Métodos de control de esterilización:

- Control físico: introducir en la cámara de esterilización un termómetro que registra las temperaturas que se alcanzan.
- Control químico: son tiras reactivas de franjas de colores compuestos por sales metálicas, que cambian de color en función de la temperatura que alcanzan
- Control biológico: utiliza esporas atenuadas de microorganismos dentro de ampollas de vidrio o plástico.

En cuanto al almacenamiento, el material esterilizado y debidamente empaquetado y sellado debe guardarse en un lugar seco, en cajones o vitrinas fuera del contacto directo con el aire y polvo de las habitaciones. El manejo correcto del material estéril, se ira adquiriendo con el tiempo y la práctica. Usar guantes o pinzas para la manipulación del instrumental, sino dejara de ser estéril. Si al abrir un recipiente que contiene material estéril, necesitamos soltar la tapa, esta deberá quedar boca arriba, con la cara externa descansando sobre la superficie de la mesa. Y para pasar correctamente una gasa o algodón , debe cogerse por l apunta para que la otra persona que lo recibe, lo recoja de igual manera.

5 Discusión-Conclusión

De la presente investigación se concluyó que la esterilización es un proceso de gran importancia para el cuidado de la salud de los pacientes, hecho que todo hospital debe tener en cuenta siguiendo las normas dictadas por el Ministerio de Salud, las cuales consta de etapas que si no se cumplen a cabalidad se verán reflejadas en el resultado final, por las infecciones que traerá consigo y sus posibles

consecuencias, ya que están pueden provocar la muerte del paciente.

6 Bibliografía

- García Conde E, Riera Muste N. limpieza y acondicionamiento del material para la esterilización. En: Prácticas sanitarias. Ed. Everes, 1990. U 12/68-73.
- García Conde E, Riera Muste N. limpieza de cuñas y orinales de cama. En: Prácticas sanitarias. Ed. Everes, 1990. U 13/ 73-76.
- Jiménez Romano E, Lardelli Claret P, Gálvez Vargas R. Cadena de transmisión de la infección hospitalaria.
- Reservorio y fuente de infección. En: Gálvez R, Delgado M, Guillén JF. Infección hospitalaria. Ed. Universidad de Granada 1993 C 4/47-63.
- Limpieza de material. Desinfección. Esterilización. Asepsias. Antisepsia. En: Fernández Delgado A, Durán Pérez A, Baeza Fernández M. Manual para auxiliares de enfermería . De: Madrid; JN; 1997 C8 / 91-101.

Capítulo 574

ASEO E HIGIENE POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

1 Introducción

La piel es la cubierta exterior del organismo y el órgano más amplio del cuerpo humano hace de barrera entre el medio interno y el externo sirve de protección contra el calor la luz las lesiones y las infecciones aparte también regula la temperatura corporal almacena agua y grasa e impide la pérdida de agua y la entrada de bacterias.

La piel está formada por tres capas:

1. Epidermis: es la capa más externa y la barrera más importante del cuerpo al ambiente externo. Se compone de 4 o 5 capas (1: capa cornea, 2: capa translúcida, 3: capa espinosa, 4: capa granular, 5: capa basal). La función de la epidermis es proteger contra el crecimiento de bacterias, hongos y los rayos uva, protege del sol y radiaciones.

2. Dermis: una capa que está situada debajo de la epidermis y firmemente conectada a ella desempeña una función protectora, representa la segunda línea contra los traumatismos otra de sus funciones es nutrir a la epidermis también tiene función termorreguladora por vasoconstricción y vasodilatación. Función estructural de sostén a la epidermis proporciona elasticidad a toda la piel. Tiene función sensitiva.

3. Hipodermis: Llamada también tejido celular subcutáneo, es la más profunda de la piel se utiliza principalmente para almacenar la grasa. Ayuda a conservar la temperatura corporal, proporciona forma al contorno corporal y le da movilidad a toda la piel.

La piel desempeña las siguientes funciones:

1. Protección: protege los tejidos subyacentes.
2. Regulación térmica: adapta al organismo a la temperatura ambiental y a la de la piel.
3. Secreción: a través de las glándulas sudoríparas manifiesta el sudor.
4. Absorción: la piel no es totalmente impermeable por lo que hay sustancias liposubles que la pueden atravesar.
5. Recepción: la piel contiene receptores nerviosos.
6. Síntesis: epidermis y hipodermis reducen a partir de la luz ultravioleta queratina, caroteno, melanina y vitamina D.
7. Excreción: elimina desechos a través del sudor.

Por su estructura y por su relación constante con el medio ambiente exige un aseo frecuente.

2 Objetivos

Observar cualquier signo que pueda ser orientativo de un problema de salud.
Mejorar el confort y el bienestar del paciente gracias al aseo e higiene del paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos incluyendo PubMed y Scielo, también se ha consultado literatura relacionada con la temática de este capítulo.

4 Resultados

Aseo: una serie de cuidados en el paciente para conseguir su limpieza, confort y aspecto agradable.

Higiene: parte de la medicina que tiene por finalidad el estudio de los medios procedimientos y hábitos para conservar la salud y evitar las enfermedades.

Para cualquiera de los procedimientos que se lleven a cabo el técnico en cuidados auxiliar de enfermería tendrá que tener en cuenta:

1. temperatura ambiente: entre 22 y 24 grados.
2. comprobar temperatura del agua: entre 38 y 40 grados.
3. Evitar corrientes.
4. preparar todo el equipo o material antes de su comienzo.
5. aislar al paciente con un biombo.
6. utilizar jabones que no irriten la piel.
7. paciente encamado tenerlo completamente desnudo.
8. cuidar las vías y sistemas terapéuticas.
9. evitar mojar la cama innecesariamente.
10. favorecer la movilización en paciente encamado entre dos técnico en cuidados auxiliar de enfermería.
11. seguir un orden de aseo: enjabonado, enjuagado, aclarado y secado.
- 12 .estimular la colaboración del paciente con el técnico en cuidados auxiliar de enfermería.
13. dar masajes a las zonas sometidas a presión.
- 14 .realizar el aseo tantas veces como sea necesario (al menos una vez al día procurando ser el de la mañana.

El aseo se puede realizar tanto en la ducha como en la cama:

1. Aseo en ducha: recomendada para personas que no tienen problemas de estabilidad. Tiene efecto estimulante, tiene una duración menor y se hace aseo por arrastre. Se valorara el grado de dependencia para facilitarle la ayuda o supervisión en su procedimiento.

El técnico en cuidados auxiliar de enfermería preparara el material que se compondrá de:

- Para el aseo: jabón líquido, esponja jabonosa, cepillo dental, dentífrico, peine y crema hidratante.
- Ropa de aseo: toallas,(una para el cuerpo y otra para la cara).
- Ropa paciente: camisón o pijama.
- Bolsa ropa sucia.

Protocolo de actuación en el aseo por el técnico en cuidados auxiliar de enfermería:

Explicarle al paciente el procedimiento, recomendable medidas de seguridad para evitar posibles caídas.

Colocar el material preciso a su alcance.

Si el paciente no necesitase ayuda el técnico en cuidados auxiliar de enfermería se retirara a hacer otras tareas.

Si el paciente necesitase ayuda se le ayudara a sentarse en un asiento de ducha (si lo necesita) se empezara mojando los pies y las piernas para ir subiendo hacia arriba terminando con las zonas más sucias frotando con suavidad.

Usaremos el champú suave para el cabello teniendo cuidado que no entre en los ojos.

Dejar la piel bien aclarada iremos secando con ligeros toques e insistiremos en los pliegues interdigitales.

Aplicaremos crema hidratante por todo el cuerpo.

Lo ayudaremos a vestirse y acompañaremos al paciente a su habitación y lo dejaremos cómodamente instalado.

Se anotara en el registro cualquier incidencia y avisar si fuese necesario a la enfermera. Recogeremos todo el material empleado y dejaremos el baño ordenado.

Aseo en cama: él técnico en cuidados auxiliar de enfermería lo realizara en pacientes que conserven o no la movilidad que tengan que permanecer en la cama es conveniente que se realice entre dos personas para aumentar la seguridad del paciente y reducir el tiempo empleado.

El material que preparara el técnico en cuidados auxiliar de enfermería se compondrá de:

Para el aseo: jabón líquido y esponja jabonosa, dos palanganas con agua caliente, equipó para el aseo bucal, peine y crema hidratante.

Ropa de baño: dos toallas grandes, una toalla pequeña.

Ropa del paciente: camisón o pijama.

Ropa de cama: bajera , empapador, encimera ,colcha y almohadón.

Bolsa de ropa sucia para la ropa que retiremos.

Protocolo de actuación por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el aseo en cama:

Se prepara el equipo y el agua en las palanganas a temperatura apropiada.

Lavarse las manos y ponerse los guantes.

Explicar al paciente lo que se va a realizar y pediremos su colaboración si él pudiera.

Poner a nuestro alcance el material de aseo y colocaremos un biombo para la intimidad del paciente.

Colocaremos al paciente en decúbito supino sino está contraindicado, desnudaremos al paciente y lo cubriremos con una sabana las zonas que no estemos aseando en ese momento para conservar su intimidad.

El lavado se hará en el siguiente orden: 1º afeitado en los hombres si él puede se lo realizara el mismo y si no se avisara al peluquero en caso de que lo autoricen las familias. Lavaremos con agua la cara y los ojos sin jabón y secaremos cuidadosamente. El cuello, orejas y axilas lo lavaremos con jabón, enjuagaremos y secaremos, acercaremos la palangana al borde de la cama y permitiremos si fuese necesario que introduzca las manos y se las lave y secaremos. Cambiaremos el agua y la esponja, lavar el tórax en mujeres incidir en la zona submamaria continuar con el abdomen enjuagar y secar. Lavar las extremidades inferiores prestando atención a los pliegues interdigitales, aclarar y secar. Colocar al paciente en decúbito lateral lavarle la parte posterior del cuello, hombro, espalda y nalgas enjuagar y secar. Cambiaremos el agua y la esponja y lavaremos sus genitales y la zona anal enjuagar y secar aplicar cremas hidratantes.

Vestir al paciente con el camisón o pijama y hacer la cama. Dejarlo en posición cómoda y recoger el material y la habitación

Quitarse los guantes, lavarse las manos y anotar posibles incidencias en la historia de enfermería.

Si el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza correctamente los protocolos respetando la intimidad del paciente, humanizando sus tareas podrá conseguir el bienestar y la auto aceptación del paciente.

Como resultado de una adecuada higiene:

1. Mantener o contribuir la autoestima del paciente.
2. la integridad de la piel.
3. Evitar la acumulación de secreciones y proliferación bacteriana
4. Eliminar células descamadas suciedad y evitar malos olores.
5. Estimular la circulación sanguínea.
6. Disminuir la temperatura corporal.

5 Discusión-Conclusión

Cuando el técnico en cuidados auxiliares de enfermería realiza el aseo de un paciente no solo valora el estado e integridad de su piel sino que también podrá

ver la evolución de su enfermedad sus sentimientos saber sus necesidades y con todo ello se puede crear un vínculo paciente-técnico.

6 Bibliografía

- www.researchgate.net.
- www.stanfordchildrens.org.
- www.masquemayores.com.
- libro Evangelina.

Capítulo 575

LA EMPATÍA

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La empatía se considera una de las competencias básicas en el aprendizaje de las profesiones de la salud en el siglo XXI, y se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes o sus familiares.

2 Objetivos

- Describir qué es la empatía.
- Conocer formas para potenciar la empatía.

3 Metodología

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

4 Resultados

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarlo. Este esfuerzo se efectúa no sólo emocionalmente, sino, también semiológicamente. Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social

Como potenciar la empatía con los pacientes:

- Área de comprensión empática: ayuda a englobar los sentimientos de los usuarios en un amplio marco de comprensión.
- Comunicación de respeto: se trata de hacer hincapié en la actitud por parte del profesional de respetar a la hora de juzgar el problema del paciente como algo normal y natural.
- Expresión concreta: se trata de lograr la expresión directa de los sentimientos y experiencias del paciente y motivar para que así se produzca.
- Autenticidad y congruencia: se trata de ser congruente con lo que se responde respecto de lo que el usuario expresa, y no hablar de una manera huidiza y generalista sobre los problemas.
- Autorevelación facilitadora: es el caso en que el entrevistador aporta una experiencia personal para facilitar la revelación del paciente.
- Confrontación en procesos inter-intrapersonales: se trata de saber detectar si lo que explica el paciente es consistente, si pasa algo raro al captarlo, también tiene que ver algo con la comunicación no verbal.
- Inmediatez en la relación: este apartado tiene como finalidad ver como el profesional tiene en cuenta (con expresiones y gestos) las expresiones de los pacientes que hacen referencia al profesional.
- Comunicación no verbal: se trata de observar la comunicación no verbal de los médicos, a la hora de facilitar la expresión del problema de los pacientes.
- Timing, hay que observar las tres fases: bienvenida, proceso y despedida, para ver si el tiempo dedicado a cada una de ellas es coherente y no se mezclan.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista de la calidad asistencial no debemos olvidar que la satisfacción del paciente es una prioridad en la atención sanitaria y en los cuidados de enfermería. Por tanto es clave potenciar la empatía para alcanzar la calidad asistencial en los cuidados.

6 Bibliografía

- <https://www.fcchi.org.ar/el-efecto-de-la-empatia-en-la-practica-asistencial/>
- <https://www.bitacoraenfermera.org/la-importancia-de-la-empatia-en-enfermeria/>
- <http://old.cedesca.com/noticias/blog/352-claves-para-mejorar-la-empat%C3%ADa-en-el-%C3%A1mbito-sanitario.html>

Capítulo 576

ACTUACIÓN ANTE LOS AISLAMIENTOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Los aislamientos hospitalarios se realizan con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente y personal sanitario. Su finalidad es cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso y así evitar infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

- Establecer la funciones generales del auxiliar de enfermería para evitar enfermedades producidas por agentes infecciones.

3 Metodología

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

Revisión bibliográfica en los últimos 5 años, utilizando los siguientes descriptores de búsqueda: aislamiento, tipos, infecciones, reducir, paciente.

4 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 577

CUIDADOS PREOPERATORIOS EN LA ADMINISTRACION DEL GLIOLAN

AIDA RODRÍGUEZ ORNIA

ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ

1 Introducción

El gliolan o ácido 5-aminolevulinico (5-ALA) es una solución oral en forma de polvo a concentración 30mg/ml que se utiliza como marcador en las cirugías de tumores cerebrales de gliomas malignos de alto grado (grado III y IV de la OMS). El gliolan al entrar en contacto con las células cancerígenas adquiere tonalidades rojas que las distingue del tejido sano, facilitando la eliminación del tumor y evitando daños cerebrales.

2 Objetivos

Establecer los cuidados preoperatorios que debe desarrollar un Técnico en Cuidados de Enfermería en un paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica mediante este procedimiento

3 Metodología

Para el estudio del presente trabajo se ha procedido a efectuar un estudio sistemático mediante la revisión de diversos artículos de revistas científicas, utilizando buscadores como Google Académico, Cuiden, Science Direct y scielo. Se

han revisado también protocolos de actuación en el área de Neurociencias de hospitales que practican este procedimiento quirúrgico, llevando a cabo una síntesis de los mismos

4 Resultados

El paciente ingresará en el hospital el día antes de la operación. Se informará al paciente y a los familiares de los pasos a seguir en las próximas horas. El Técnico en Cuidados de enfermería pesa al paciente para una correcta administración del producto.

Desde las 12 de la noche hay que informar que no puede beber ni comer nada. Se le proporcionará jabón de clorhexidina con el que debe ducharse, camisón limpio y se preparará la cama para bajar a quirófano. No puede llevar ningún objeto personal, esmalte de uñas ni prótesis dentales. Realizará una comprobación de la pulsera identificativa. En el momento de la administración del gliolan (6 horas antes de entrar a quirófano) no puede haber luz directa en la habitación. Se le facilitará al paciente un antifaz, se bajan los plomos y persianas de la habitación, se coloca una luz tenue en la entrada de la misma para facilitar la entrada de personal en la habitación, se cambia el timbre lumínico por otro que no disponga de luz y se coloca un cartel informativo en la puerta de la habitación que deberá de estar cerrada en todo momento, dado que la propia luz del pasillo es perjudicial para el paciente.

Para el traslado del paciente al quirófano hay que comprobar que los celadores conocen el procedimiento a seguir, cubriendo totalmente al mismo con una sábana. Ya en quirófano, no habrá luz directa y no se le puede quitar el antifaz hasta que el paciente este totalmente dormido. La protección del paciente frente a la luz deberá de continuar hasta 24 horas después de la administración del producto.

5 Discusión-Conclusión

Aunque con este tipo de técnica es posible la eliminación de una parte importante del tumor, evitando daños cerebrales cabe destacar que este tipo de tumores presentan muy mal pronóstico por lo que el objetivo fundamental de esta cirugía es mejorar la calidad de vida del paciente y alargar la supervivencia media. Destacar la importancia que tiene en esta cirugía una correcta administración del producto

y una buena formación por parte de todo el equipo de profesionales dada las características especiales que se requieren a la hora de aplicar este procedimiento quirúrgico

6 Bibliografía

- VV.AA., Tiempos de enfermería y salud. Revista oficial de la asociación española de enfermería y salud.
- www.vademecum.es
- www.medlineplus.es
- www.investigacionyciencia.es www.neurologia.es
- Protocolo de actuación Área de neurociencia del Hospital Central Universitario de Asturias

Capítulo 578

FUNCIONES DEL AUXILIAR EN LA TÉCNICA 4 MANOS.

VERONICA MENENDEZ FEITO

ELENA URÍA CUERVO

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Es la técnica en la que el dentista y el auxiliar trabajan en equipo, se basa en la localización y la posición de cada miembro y donde las funciones del auxiliar son: mantener la visibilidad y controlar la iluminación, eliminar fluidos mediante la aspiración. Ayudar en la retracción de los tejidos blandos, preparar y transferir los materiales e instrumentos.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del auxiliar en la técnica 4 manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la técnica a 4 manos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Se establece el campo de trabajo, la boca del paciente es el centro de una esfera de reloj que se divide en zonas determinadas por franjas horarias. La zona de trabajo del auxiliar es de 2 a 4, le permite llegar al conjunto de instrumentos y materiales, sistema de aspiración, lámpara de luz.

La zona de transferencia del material se establece de 4 a 7, para el intercambio de instrumentos y material de forma segura. La zona de trabajo de dentista de 7 a 12 horas. Para llevar a cabo esta técnica es fundamental: mantener una buena posición ergonómica, la llamada posición BHOP, que establece el punto de trabajo a nivel de los codos.

Una buena ubicación y colocación de los materiales y una perfecta coordinación de manos. La mano pasiva del dentista es la izquierda con que sujeta el espejo y retrae tejido, su mano activa con la que manipula los instrumentos es la derecha, por el contrario nuestra mano activa será la izquierda, con la que efectuamos el intercambio instrumental y la derecha la usaremos para separar los tejidos y sujetar la aspiración.

5 Discusión-Conclusión

Con la técnica a 4 manos se gana calidad de trabajo y proporciona satisfacción, comodidad y seguridad al paciente. Simplificación de los movimientos, aprovechamiento del espacio. Reducir la fatiga de trabajo, desarrollar el trabajo en equipo y aumentar la eficiencia.

6 Bibliografía

- <https://odonto4.files.wordpress.com/2011/01/odontologia-4-manos-2011.pdf>.
- <https://www.slideserve.com/kaia/odontología-a-cuatro-manos>.
- <https://www.youtube.com/watch?v=5M0zJguh9eQ>.
- Pedro R.Mondelo- ergonomía 1 Fundamentos.

Capítulo 579

VACUNACIÓN ¿MEDIDA DE PROTECCIÓN EFICAZ CONTRA LA GRIPE A?

BEATRIZ DÍAZ ALONSO

1 Introducción

El virus de la gripe A es un virus que se transmite de animales (aves, cerdos...) a personas en todo el mundo. Cada año tiene pequeñas variaciones (mutaciones en las proteínas que componen su capa externa que es por la que el sistema inmunitario lo reconoce) y cíclicamente (cada 50-70 años) cambia completamente produciendo pandemias a nivel mundial (dado que la población no ha tenido contacto con ese virus y por tanto no tiene inmunidad de memoria para hacer frente al primer contacto). La gripe A (H1N1) de 2009 es una infección causada por una variante del Influenza virus A de origen porcino (subtipo H1N1). Esta nueva cepa viral es conocida como gripe porcina (nombre dado inicialmente) y nueva gripe (propuesto por la Unión Europea), nomenclaturas que han sido objeto de diversas controversias. El 30 de abril de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió denominarla gripe A (H1N1.)

La gripe por el nuevo virus A/H1N1 la produce un nuevo subtipo del virus de la gripe frente al que, precisamente por ser nuevo, no estamos inmunizados y hay muchas personas que estarán en riesgo de contraerlo. En contraste, muchas personas tienen inmunidad frente a los virus de la gripe estacional (la gripe que se presenta fundamentalmente en invierno todos los años), por lo que la población susceptible de infectarse es menor.

El contagio, es como el de la gripe estacional: se transmite de persona a persona, principalmente por el aire, en las gotitas de saliva y secreciones nasales que se expulsan al toser, al hablar o al estornudar. Por tanto el virus se puede transmitir también indirectamente por tocarse los ojos, la nariz o la boca después de haber tocado las microgotas o secreciones respiratorias procedentes de una persona infectada que han quedado en las manos. El virus se puede transmitir desde 1 día antes de empezar los síntomas, hasta 7 días después. La máxima capacidad de contagio se produce en los 3 primeros días. Es aconsejable quedarse en casa hasta que desaparezcan la fiebre y los síntomas respiratorios.

Las personas que tienen un riesgo elevado de sufrir complicaciones debido a la infección por el nuevo virus de la influenza (H1N1) tienen las mismas características que las afectadas por la influenza o gripe estacional.

1. Niños menores de 5 años de edad. El riesgo de sufrir complicaciones graves debido a la influenza estacional es más alto en los niños menores de 2 años de edad.

2. Adultos de 65 años de edad o más.

3. Personas con las siguientes afecciones:

- Enfermedad pulmonar crónica (incluida el asma), enfermedades cardiovasculares (excepto la hipertensión), trastornos renales, hepáticos, hematológicos (incluida la anemia de células falciformes o anemia drepanocítica), neurológicos, neuromusculares o metabólicos (incluida la diabetes mellitus);
- Inmunodepresión, incluidas las afecciones causadas por medicamentos o por el VIH;
- Mujeres embarazadas;
- Residentes de instituciones para ancianos y otros centros de cuidados de enfermedades crónicas.

Clínica

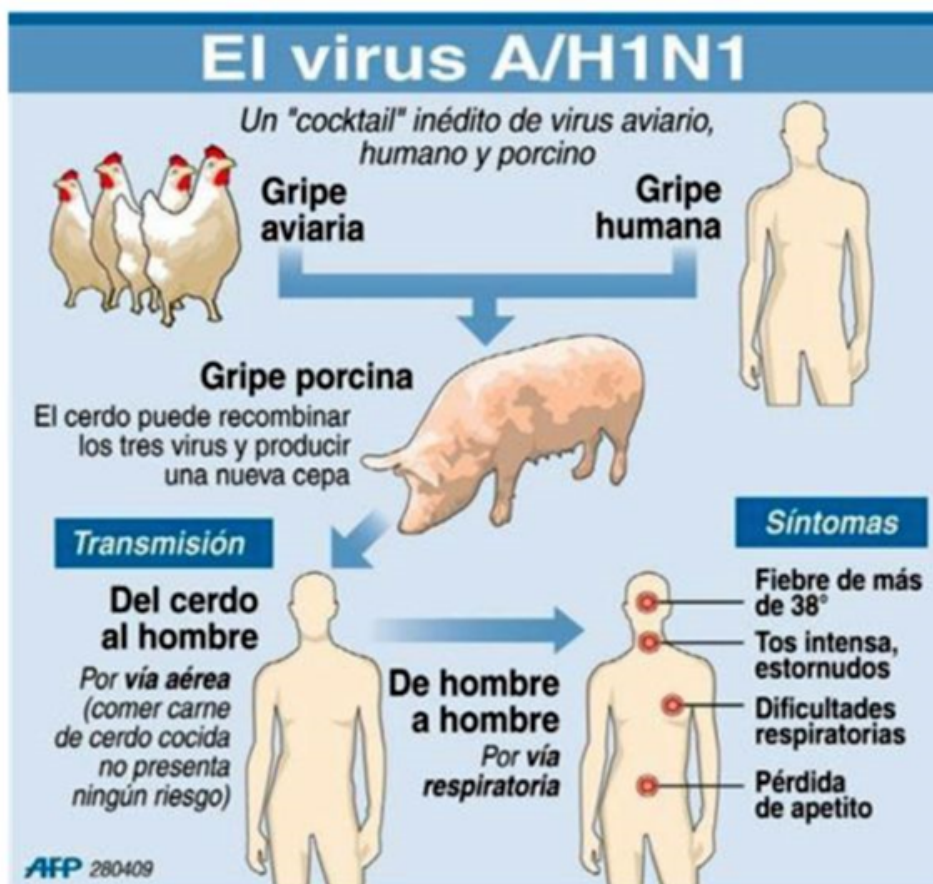
La gripe se manifiesta como una enfermedad aguda del tracto respiratorio, de comienzo súbito, con fiebre, malestar general, cefalea, mialgia, postración, odinofagia, rinitis y tos no productiva. Aunque la duración media del cuadro agudo es de 3-7 días, la tos puede llegar a ser intensa y prolongada. En niños, el cuadro respiratorio puede acompañarse de síntomas gastrointestinales (vómitos, diarrea). Las complicaciones, además del empeoramiento de patologías crónicas preexistentes (especialmente pulmonares o cardíacas), incluyen otitis media, bronquitis, neumonía (viral primaria o bacteriana secundaria) y bronquiolitis en niños. Excepcionalmente puede causar una serie de complicaciones no respiratorias incluyendo convulsiones febriles, encefalitis, Síndrome de Reye y miocarditis.

Epidemiología

El reservorio es humano en las infecciones humanas, sin embargo, los reservorios animales de mamíferos (como cerdos y murciélagos) y aves son fuentes probables de nuevos subtipos para el hombre, a partir de mecanismos de recombinación genética. Ocasionalmente ocurren casos de infección humana directa por virus aviarios y porcinos, pero estos virus no son capaces de generar una transmisión interhumana mantenida.

Respecto al modo de transmisión, la propagación aérea, por gotitas de secreciones respiratorias, predomina en grupos de personas aglomeradas en espacios cerrados, como las que viajan en transportes colectivos. La transmisión también puede suceder por contacto directo con secreciones respiratorias, porque el virus de la gripe puede persistir durante horas en un medio frío y con poca humedad; en estos casos las manos actúan como mecanismo de transporte entre las superficies contaminadas y la vía respiratoria.

El período de incubación es breve, por lo regular de uno a tres días, y hasta un máximo de 7 días. El período de transmisibilidad es, probablemente, de tres a cinco días desde el comienzo clínico en los adultos; puede llegar a 7-10 días en los niños de corta edad.



2 Objetivos

Disminuir la morbimortalidad por infección gripal, utilizando como referencia la comunidad autónoma del Principado de Asturias, a través de la protección de las personas que presentan un riesgo elevado de complicaciones relacionadas con dicha infección, y reducir el impacto de la enfermedad en las distintas comunidades de España.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica, para la cual se ha realizado una búsqueda relacionada con la campaña de vacunación que se realiza anualmente en las comunidades autónomas relacionada con la gripe A.

Las palabras claves utilizadas han sido: gripe A, virus, pandemia, vacunas.

La búsqueda ha sido realizada en bases de datos como Scielo, Dialnet, Pubmed, Cuiden y Enfispo. También hemos utilizado el portal Astursalud.es que publica anualmente una guía de vacunación en relación con la gripe A.

4 Resultados

De manera habitual, la gripe se manifiesta todos los años en forma epidémica durante los meses de invierno (entre noviembre y marzo en el hemisferio norte), con mayor o menor intensidad, causando un considerable impacto en la morbilidad y un incremento de la mortalidad.

La vacunación anual de las personas con alto riesgo de complicaciones, antes del inicio de la onda epidémica invernal, junto con la educación sanitaria, son los medios más efectivos para reducir el impacto de la gripe, especialmente si las cepas virales contenidas en la vacuna se corresponden adecuadamente con las cepas epidémicas. Desde 1987 se realizan en Asturias

Campañas de Vacunación anuales frente a la gripe, en el otoño, dirigidas a proteger a los grupos de población donde la gripe presenta mayor riesgo de enfermedad grave o complicaciones, con el objetivo de minimizar el impacto sanitario de la onda epidémica anual de la gripe.

La vacunación antigripal anual es la mejor estrategia para la prevención de la gripe y sus complicaciones. Además, es importante poner en práctica las medidas higiénicas para la prevención de la transmisión de persona a persona, que incluyen:

- Lavarse las manos con frecuencia (especialmente tras sonarse o estornudar, ir al aseo y antes de comer).
- No compartir vasos, cubiertos, toallas y otros objetos que hayan podido estar en contacto con saliva y secreciones respiratorias.
- Utilizar pañuelos de papel para taparse la boca y la nariz al toser y estornudar. Si no se dispone de pañuelo de papel, se debe toser o estornudar sobre la manga de la ropa (en el hueco del codo) para evitar contaminar las manos.

- Tirar los pañuelos de papel después de utilizarlos.
- Mantener una buena ventilación de los espacios cerrados.
- Limpiar con frecuencia las superficies que se tocan con las manos, como los pomos de las puertas o los interruptores.

De manera habitual, durante la temporada invernal de gripe hay un aumento de las hospitalizaciones y del número de fallecidos coincidiendo con la circulación de los virus gripales. Aunque no todos ellos pueden ser atribuidos directamente a la gripe, una parte importante se deben al agravamiento de enfermedades cardíacas y pulmonares crónicas preexistentes en relación con una infección gripal.

Si bien todos los grupos de edad son susceptibles a la infección gripal, la mayor frecuencia de consultas médicas por gripe ocurre entre los 2 y los 17 años de edad.

Sin embargo, las complicaciones, hospitalizaciones y fallecimientos por la gripe estacional son habitualmente más frecuentes en personas a partir de 65 años de edad, en menores de 2 años y en los que presentan condiciones médicas que suponen un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe.

Las mujeres embarazadas son más vulnerables a enfermedad grave relacionada con gripe, en relación a cambios fisiológicos del embarazo, como la alteración mecánica de la respiración y cambios en la inmunidad celular. Diversos estudios encuentran un claro aumento del riesgo de hospitalización, especialmente en el tercer trimestre del embarazo, de hasta 5 veces más en ausencia de otras enfermedades de base, y de hasta 8 veces cuando la mujer embarazada presenta además otras co-morbilidades.

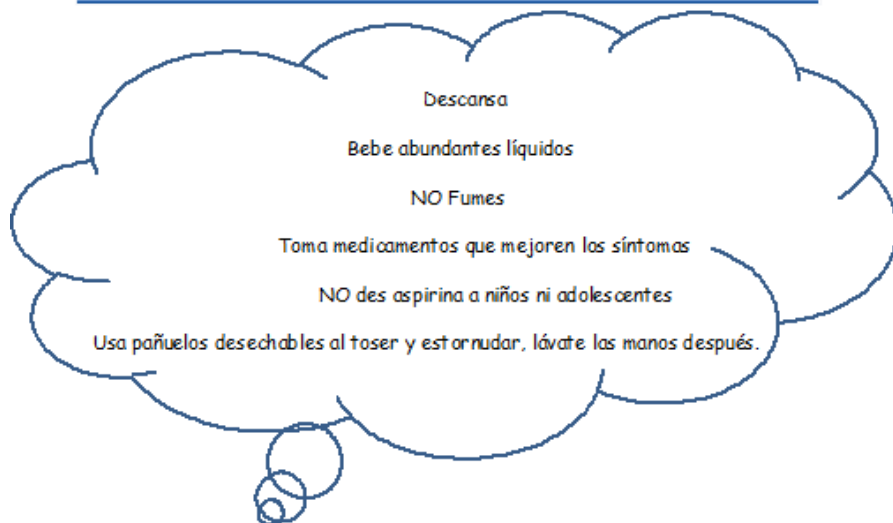
La eficacia y efectividad de la vacuna antigripal depende de la edad y situación inmune del vacunado, así como del grado de similitud entre las cepas vacunales y las que estén en circulación. Además, el tipo de diseño del estudio, el criterio diagnóstico de enfermedad y el tipo de medida del resultado también condicionan los valores encontrados. La mayoría de los niños y adultos jóvenes vacunados desarrollan altos niveles de anticuerpos específicos frente a las cepas similares a las vacunales, sin embargo, alcanzar determinados niveles de anticuerpos se correlaciona bien con niveles de inmunidad poblacional, aunque no con protección a nivel individual.

La respuesta inmune vacunal, en general, es específica de cepa, generando una protección muy limitada o nula frente a variantes antigénicas diferenciadas de los virus vacunales. Sin embargo también está descrito un refuerzo de la inmunidad frente a virus diferentes, pero que generaron respuestas inmunes previa-

mente (por infección o vacunación anterior). Cuando contiene cepas similares a las circulantes, la vacunación previene la enfermedad en el 60%-90% de las personas sanas menores de 65 años. Las personas mayores o con ciertas enfermedades crónicas pueden desarrollar menores niveles de anticuerpos que los adultos jóvenes sanos, y permanecer susceptibles a la infección gripal de vías aéreas superiores, pero la vacuna puede ser efectiva para prevenir complicaciones secundarias y reducir el riesgo de hospitalización y muerte. Aunque en adultos sanos está demostrada la eficacia mediante estudios serológicos, no se ha demostrado la efectividad en la reducción de casos clínicos de gripe y en el número de días de trabajo perdidos.

La inmunización universal de adultos sanos en España no está avalada por las últimas revisiones realizadas. En las personas mayores no institucionalizadas, la vacuna antigripal previene la hospitalización por gripe o neumonía en el 30%-70%. En los mayores residentes en clínicas y otras instituciones para enfermos crónicos, la vacuna es más efectiva en prevenir enfermedad grave y complicaciones secundarias (50%-60%), y la muerte (80%); pero la efectividad es solo del 30%-40% para prevenir la enfermedad gripal de cualquier grado.

¿Y SI PADECES LA GRIPE?



Fuente: Elaboración propia

5 Discusión-Conclusión

Los estudios sobre la inmunización de los trabajadores sanitarios contra la gripe estacional han demostrado una reducción significativa de la mortalidad total del paciente y las enfermedades similares a la gripe entre residentes de centros de atención a largo plazo. La CDC recomienda que todos los trabajadores de la salud se vacunen contra la gripe estacional cada año.

Todo paciente con sospecha de neumonía por influenza A (H1N1) debe ser ingresado en el hospital en caso de pertenecer a algún grupo de riesgo o existir cualquiera de los criterios detallados a continuación:

- Embarazo.
- Enfermedad cardiovascular previa (excepto hipertensión arterial sistémica).
- Enfermedad pulmonar crónica (Incluye EPOC, fibrosis quística y asma moderada-grave).
- Diabetes mellitus y Obesidad mórbida (IMC>40).
- Insuficiencia Renal Crónica.
- Anemias y Hemoglobinopatías y otras enfermedades hematológicas.
- Hepatopatía crónica avanzada.
- Menores de 18 años en tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico.
- Inmunodeficiencias, incluida la causada por la infección por el VIH (linfocitos CD4<200/ul) o por fármacos o en los receptores de trasplantes
- Enfermedades neuromusculares graves y Asplenia.
- Residencia en centros socio-sanitarios o geriátricos.
- Saturación de oxígeno por pulsioximetría <95% respirando aire ambiente (si el paciente es portador de enfermedad cardiopulmonar crónica, considerar valores menores de saturación de oxígeno).
- PaO₂ < 70 mmHg.
- Shock o hipotensión (TAS <90 mmHg o TAD <60 mmHg).
- Alteración del nivel de consciencia (confusión, agitación o convulsiones).
- Derrame pleural.
- Incapacidad para la ingesta oral.
- Problemática social que impida un adecuado manejo ambulatorio.

Para que los resultados de la vacunación sean satisfactorios la vacuna antigripal debe administrarse todos los años, debido a que la inmunidad se va perdiendo durante el año siguiente a la vacunación, por tanto la vacuna no debe administrarse demasiado tiempo antes de la epidemia estacional de gripe. Por otro lado, no debe

olvidarse que se tardan 8-10 días en desarrollar una adecuada respuesta de anticuerpos tras la vacunación, por lo que tampoco se debe retrasar la vacunación hasta el inicio de la epidemia estacional.

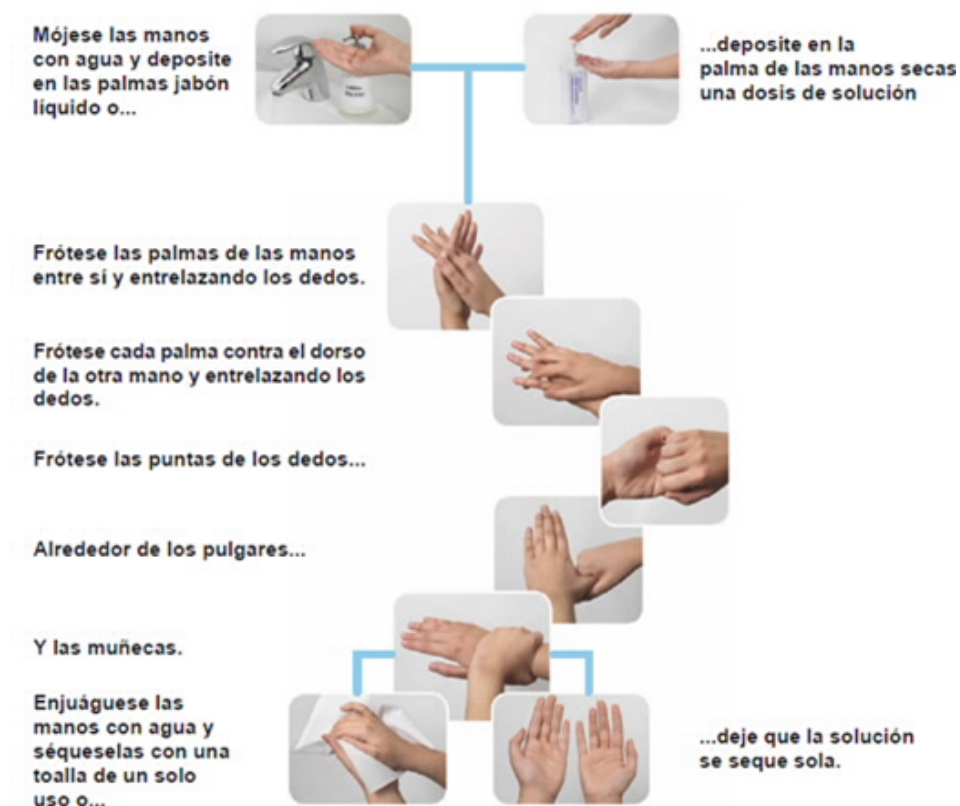


Foto tomada en el servicio U.C.I. del Hospital Valle del Natón Área VIII de Asturias

6 Bibliografía

- <https://www.astursalud.es/noticias/noticias/informacion-epidemiologica-sobre-la-gripe-2018-2019>.
- <https://www.vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/gripe-documento-aev-aep-semergen-semg-sempsph-segg.pdf>.
- <https://www.murciasalud.es/preevid/19510>.

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200002.
- https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/ACTUALIDAD/pdfs/2019./2019_01_31%20NP%20Incidencia%20de%20la%20gripe.pdf.

Capítulo 580

ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA DEL PIE DIABÉTICO.

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La diabetes es una de las enfermedades metabólicas más extendidas en el mundo entero, la afección de esta alteración metabólica hace que el cuerpo no segregue la cantidad necesaria de insulina o directamente que no la segregue lo que acarrea graves desequilibrios en el cuerpo con consecuencias como el pie diabético.

Entre las lesiones derivadas de la diabetes se puede producir una lesión a nivel de los nervios y la sensibilidad que hace que el paciente en ocasiones no pueda sentir los pies o las afecciones que en ellos ocurre como lesiones, úlceras, roces, presión excesiva, etc. Para evitar la aparición del pie diabético el paciente que padece diabetes ha de revisar de forma diaria sus pies en busca de posibles anomalías físicas, lavar a diario los pies, mantener una buena hidratación cutánea, proteger los pies de cambios bruscos de temperatura, evitar la presión excesiva o el roce para no favorecer las heridas por presión o por contacto.

Un buen cuidado de los pies es fundamental para las personas que sufren diabetes, de esta forma utilizando las medidas preventivas adecuadas evitaran un problema mayor y de larga curación debido a la patología diabética.

2 Objetivos

Determinar en qué consiste la patología del pie diabético y las principales formas de prevención para no padecer esta enfermedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el pie diabético así como de diversos estudios sobre los mismos en diversas bases de datos.

4 Bibliografía

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

Capítulo 581

EL ICTUS. UNA PATOLOGÍA

CRISTINA VEGA GARCIA

CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ

SHEILA SUAREZ SANGUINO

FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ

MOUNA LHARTI LHARTI

1 Introducción

Definiremos el ictus el trastorno como brusco de la circulación cerebral que altera la función de una determinada zona del cerebro y puede ser de forma transitoria o permanente. El cerebro es un órgano muy complejo con él sentimos, hablamos, planificamos y coordinamos los movimientos. Las personas que sufren un ictus pueden presentar dificultad para sentir o mover una parte del cuerpo ,para percibir un trozo del campo visual, para entender, hablar .Todos estos síntomas dependerán de la zona del cerebro que esté afectada.

2 Objetivos

- Diferenciar los tipos de ictus más comunes.
- Saber que es una AIT.
- Factores de riesgo en el ictus.
- Como reconocer que se produce un ictus.

- En que consiste un código ictus.
- Principales secuelas y síntomas.
- Hidratación y Alimentación.
- Problemas de disfagia relacionados con la apación de un ictus.
- Problemas de movilidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los dos tipos principales de ictus:

- Ictus isquémico es el más frecuente .A causa de un trombo o un coágulo se produce una importante disminución del flujo sanguíneo que recibe una parte del cerebro .Los factores de riesgo más comunes son el tabaquismo, hipertensión,hiperglucemia, dislipemia.
- Ictus hemorrágico o también llamado hemorragia cerebral.Este ictus es de mayor gravedad .Se produce por la rotura de una arteriacerebral que encharca una parte del cerebro y anula su función. La causa de riesgo mas frecuentes son la hipertensión arterial no controlada, tumores, uso de fármacos anticoagulantes, el envejecimiento de las arterias etc.

La prueba radiológica que se utiliza para diferenciar los dos tipos de ictus y tratarlos adecuadamente se llama: Escaner craneal o Tac cerebral.

DEFINIR UNA AIT:

En muchas ocasiones él coágulo o trombo que obstruye la arteria se disuelve rápido sin necesidad de tratamiento, la sangre vuelve a fluir evitando que el cerebro se dañe. Dependiendo del tiempo que falte la circulación en el tejido cerebral, las consecuencias serán diferentes siendo un ataque isquémico transitorio (AIT) o un infarto cerebral.

- Podemos definir AIT como la disminución local de la circulación sanguínea de carácter transitorio y los síntomas ase resuelven antes de las 24 horas.

-El infarto cerebral sería la disminución de la circulación sanguínea que se prolonga en el tiempo y provoca daños permanentes en una zona del cerebro. En muchos casos una discapacidad permanente.

Una AIT es una alerta de nuestro cuerpo de que se puede producir un ictus, si no se localiza y se trata la causa. Por ello se debe considerar una urgencia médica.

FACTORES DE RIESGO:

Existen una serie de circunstancias que reciben el nombre de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad ,en cambio controlar los mismos la reduce.Se pueden diferenciar entre modificables y no modificables

- Factores de riesgo no modificables :La edad,el sexo (mayor índice en varones),mayor riesgo si se tienen antecedentes familiares ,ictus recurrente
- Factores de riesgo modificables: Ser activo físicamente reduce el riesgo,la alimentación inadecuada, consumo de tabaco, consumo de alcohol y drogas, el estrés emocional, la hipertensión arterial , diabetes mellitus, los niveles inadecuados de colesterol y triglicéridos, las enfermedades del corazón, la obesidad, apnea del sueño, los tratamientos con estrógenos y las condiciones de vida.

COMO SE PRODUCE UN ICTUS:

Estos son los síntomas clave

- Repentina confusión, dificultad para entender y hablar.
- Brusca pérdida de fuerza o debilidad ,entumecimiento, adormecimiento, hormigueo de un lado del cuerpo no siempre completa
- Dificultad para la visión con uno o ambos ojos.
- Repentino y fuerte dolor de cabeza de origen desconocido.
- Repentina pérdida de equilibrio ,mareo,dificultad para caminar.

La rápida identificación de que se está produciendo un ictus va a conseguir tratarlo de manera urgente y con ello aumentar las probabilidades de recuperación.

CODIGO ICTUS:

Cuando se detecten algunos de los síntomas de alarma se debe de llamar al 112. Este hará una actuación coordinada, precisa, rápida y procederán a activar el Código ictus. Que es un sistema de alerta que permite la rápida notificación, identificación y traslado de la persona al centro hospitalario.

PRINCIPALES SECUELAS Y SINTOMAS DEL ICTUS :

- Paresia.
- Hipoacusia.

- Transtornos visuales.
- Heminegligencia.
- Afasia o disafasia.
- Disastria.
- Ataxia.

HIDRATACION Y ALIMENTACION:

El ictus puede provocar con frecuencia la parálisis de los músculos y con bastante asiduidad de la garganta o lengua. Se produce una dificultad para tragar o deglutir alimentos sólidos o líquidos. Es muy frecuente en los primeros días tras sufrir un ictus para ello hay que valorar su capacidad para tragar mediante un test de disfagia. En el incluiremos los res tipos de viscosidades o texturas: néctar, pudding, miel.

MOVILIDAD:

La pérdida de fuerza o parálisis de una parte del cuerpo es una de las manifestaciones más importantes del ictus. En función de la parte del cerebro afectada se puede producir una falta de coordinación o pérdida de control del movimiento. Los primeros días como medida general se guardará reposo en cama hasta que su estado neurológico se estabilice. Se iniciará un plan de cuidados individualizado. Estará incluido en un programa de rehabilitación.

La importancia de actuar lo más rápido posible ante la aparición de un ictus va a ser fundamental a la hora de su recuperación. Las primeras 4, 5 o 6 horas son de vital importancia así como la derivación a un centro hospitalario que sepa abordar el caso.

5 Discusión-Conclusión

La ventana terapéutica es el tiempo desde el inicio del ictus en que es posible intentar disolver o retirar el trombo proporcionando a la zona del cerebro afectada flujo sanguíneo y con ello las posibilidades de recuperación.

6 Bibliografía

- Diagnóstico e intervención nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Editorial Glosa sl 2011.

- Después deL ICTUS .Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. Grupo de estudio de enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología 1997
- El ictus que es, como se previene y se trata.Grupo de estudio de enfermedades cerebro vasculares de la sociedad española de neurología.
- Cógido ictus .Programa clave de atención interdisciplinar ictus. Dirección General de planificación. Conserjería de Sanidad Gobierno de Asturias 2017.

Capítulo 582

FUNCIONES DEL TCAE EN UN HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

EVA MARÍA GALENDE SANDÍN

ELISA BLANCO GONZALEZ

LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

1 Introducción

La Unidad de Oncología en un hospital de día proporciona atención óptima a los pacientes atendidos de forma ambulatoria y satisface sus necesidades y expectativas mediante unos cuidados de enfermería especializados con la máxima calidad y seguridad. En estos cuidados el TCAE colabora con el personal de enfermería.

2 Objetivos

Como objetivos a desarrollar incluiremos:

- Descripción de las características del hospital de día oncológico (HDO).
- Definición del puesto de trabajo del TCAE en el hospital de día oncológico.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación, se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos como son Pubmed, Scielo, Cuiden, Lilacs. También obtuve datos mediante el buscador Google Académico. A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos que hagan referencia a un hospital de día oncológico y a las funciones que allí realiza el TCAE.
- Idiomas: español o texto traducido al español.
- Artículos que mostrasen el texto completo.
- Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica, guías de educación para la salud.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago.

A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: hospital de día oncológico, TCAE oncología, enfermería oncológica, cuidados TCAE oncología.

4 Resultados

+ Descripción de las características del hospital de día oncológico.

Es una estructura intermedia entre el centro de salud de atención primaria y la hospitalización. Se aplica a pacientes que, teniendo que recibir una terapia determinada, no precisan de manera indispensable su ingreso hospitalario, por lo tanto hace posible que el paciente se mantenga en su núcleo habitual, al cuidado de sus familiares y amigos que le proporcionan soporte físico y psíquico. El hospital del día oncológico no sustituye a la hospitalización, imprescindible en muchos casos, ni es útil como unidad independiente. Para ser eficaz precisa de los servicios del hospital y es sólo una parcela más dentro del concepto de la asistencia integral al enfermo oncológico. Para el buen funcionamiento requiere la coordinación de distintos servicios del hospital como Consultas Externas, Laboratorio y Farmacia, entre otros. Y para su desarrollo óptimo se precisa un equipo multidisciplinar que, coordinado por el oncólogo médico, incluye a psicólogos, rehabilitadores, personal de enfermería y personal administrativo; todos ellos en

íntima colaboración formando un equipo de profesionales que unen sus esfuerzos para mejorar los métodos terapéuticos. Pero sin olvidar que los componentes más importantes del equipo son el propio paciente y su familia, que recibirán información detallada del tratamiento y participarán en la toma de decisiones siempre que sea posible.

Da múltiples prestaciones, como pueden ser administrar tratamientos quimioterápicos, algunos procedimientos diagnósticos, control de toxicidades agudas, etc. La actividad médica hospitalaria se realiza en dos zonas bien diferenciadas: la zona de tratamiento y la zona de consultas. Gran parte del trabajo del hospital de día está protocolizado, con lo que se consigue una uniformidad en la actuación médica.

En la dinámica de trabajo debe existir una planificación de las tareas que evite la espera innecesaria del paciente o de la acumulación de pacientes en una misma hora.

Definición del puesto de trabajo del TCAE en el hospital de día oncológico. Dividiremos estas funciones en dos: funciones asistenciales y actividades de formación y docencia.

+ Funciones asistenciales.

- Realizar todas las actividades encaminadas a la satisfacción de las necesidades de Nutrición.

* Distribuir y administrar/ayudar al paciente en la ingesta; así como la preparación y/o administración de los refrigerios que el paciente precise. Si se observa mala deglución, cesar la administración de alimentos y comunicarlo a la enfermera.

* Retirar los servicios una vez finalizada la ingesta, verificando como se ha producido dicha ingesta.

* Recoger y limpiar los útiles utilizados.

- Realizar todas aquellas actividades encaminadas a satisfacer las necesidades psicológicas del paciente y familia.

* Facilitar la comunicación entre el paciente y su familia durante las visitas.

* Acoger al paciente a su ingreso dotándolo de todo lo necesario.

* Informar al paciente y su familia con respecto a las normas de la Unidad.

* Relacionarse con el paciente a fin de favorecer el dialogo y comunicación.

* Realizar todas las tareas de forma que se fomente la seguridad y autoestima del paciente.

* Mantener el secreto profesional.

- * No emitir juicios de valor que pueda afectar al paciente.
- Realizar actividades de ordenación, limpieza, mantenimiento y conservación encaminadas a la atención indirecta del paciente.
- * Recoger y colocar el pedido de lencería, teniendo en cuenta la ubicación correcta de la ropa en las estanterías.
- * Preparación de los carros con el material necesario.
- * Retirada de la ropa sucia en las debidas condiciones.
- * Realizar limpieza y ordenación diaria del control de enfermería.
- * Realizar limpieza a fondo del cuarto de medicación, de los armarios, estanterías y vitrinas de material fungible, una vez al mes.
- * Realizar limpieza de los aparatos de la Unidad (aspirador, electrocardiógrafo, bomba de perfusión, monitor T.A.)
- * Realizar limpieza a fondo, una vez al mes, del almacén de fungible.
- Mantenimiento, desinfección y esterilización de materiales no desechables. Son los cuidados dirigidos a los materiales y equipos utilizados con el fin de mantenerlos en condiciones de asepsia y esterilidad para proteger a los pacientes de infecciones cruzadas, comprende las siguientes tareas:
 - * Vigilar y comprobar el estado del material
 - * Limpiar el material y/o equipo antes de enviarlos a esterilización.
 - * Control y recogida en el Servicio de Esterilización del material enviado.
 - * Vigilar las fechas de caducidad del material estéril.
- Control de Lencería: Es la actividad que tiene por objeto el controlar la eliminación de la ropa utilizada y proveer a la Unidad de ropa limpia suficiente para cubrir las necesidades de higiene y confort de los pacientes. Tareas:
 - * Eliminar la ropa usada según proceda atendiendo a las recomendaciones de medicina preventiva.
 - * Controlar la reposición diaria de lencería.
- + Actividades de formación y docencia.
- Realizar las actividades de formación dirigidas a alcanzar el nivel de cuidados óptimos participando en cursos y congresos.
- Colaborar en la docencia de alumnos.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer conlleva efectos muy desagradables en la vida de las personas que lo padecen y el hospital del día oncológico es una alternativa médica que ofrece muchas ventajas para este tipo de enfermo que ha de pasar mucho tiempo en consultas y tratamientos. El objetivo prioritario de la atención sanitaria es promover el máximo bienestar posible para el paciente y la familia. Para ello es necesario la existencia de profesionales que trabajen como grupo coordinado, donde es fundamental la labor del TCAE colaborando con el personal de enfermería en funciones asistenciales encaminadas a satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del paciente. Para avanzar y mejorar es de gran importancia seguir formándose para dispensar unos cuidados de calidad individualizados y centrados verdaderamente en las necesidades de cada paciente.

6 Bibliografía

- Molina Villaverde R. El paciente oncológico del siglo XXI. Maridaje Nutrición-Oncología. *Nutrición Hospitalaria*. 2016; 33 (1).
- Díaz Cortés M. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 2011; 2 (1): 55-61
- Gallegos-Alvarado M. Seguridad y calidad en el cuidado de enfermería del paciente oncológico. *CONAMED*. 2008; 13 (1).
- Arcusa A, León A, Vera R, Juan Vidal O, Del Barco S, Guillot M. et al. *Hospitales de día en oncología*. España: SEOM; 2015.

Capítulo 583

ULCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO (FACTORES DE RIESGO).

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) son más vulnerables a la aparición de úlceras por presión (UPP), y es por ello que allí se registran los mayores índices de incidencia y prevalencia.

2 Objetivos

- Analizar los factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI).

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la incidencia y prevalencia de los factores que influyen en la aparición de las úlceras por presión. Se buscaron publicaciones posteriores al 2010 cuyo idioma fuese el español, solo se estudiaron textos completos. Se utilizaron bases de datos como el Scielo y Pubmed.

Los criterios de inclusión fueron documentos sobre la aparición de úlceras por presión en pacientes críticos. Los criterios de exclusión fueron estudios anteriores al 2010, documentos no disponibles en español y sin textos completo.

4 Resultados

- Uno de los estudios encontrados es del 2010. En ese estudio se incluyó a 150 pacientes, con un promedio de edad de 54 ± 18 años, la media del APACHE II fue $18,2 \pm 8,2$; el 88,67% de los pacientes se encontraba en ventilación mecánica, los días de estancia en UCI promedio fueron de $11,94 \pm 16,45$. La tasa de UPP de grado II o más fue del 26,7%. Luego del análisis univariable se encontraron como factores de riesgo la infección (odds ratio [OR] = 2,52; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,2-5,29; $p = 0,013$) y los días de estancia en UCI (OR = 4,39; IC del 95%, 6,92-18,25; $p = 0,001$), en el análisis multivariable se encontraron igualmente como significativos la infección (OR = 2,89; IC del 95%, 1,16-7,22; $p = 0,023$), los días de estancia en UCI (OR = 1,13; IC del 95%, 1,06-1,22; $p = 0,005$) y una puntuación APACHE II elevada (OR = 1,06; IC del 95%, 1-1,12; $p = 0,044$).

5 Discusión-Conclusión

La incidencia de úlceras por presión en la población estudiada es muy alta, los factores de riesgo más frecuentes son la infección, los días de estancia y la puntuación APACHE II elevada.

6 Bibliografía

- 1. L.Anguera-Saperas A. Úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pi.>
- 2. Bases de datos como el Scielo y Pubmed.

Capítulo 584

PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ

DAVID SÚAREZ

BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ

VANESA PRADA DÍAZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) constituyen un gran problemas de salud pública, con repercusión económicas y sanitaria, así como un gran gasto de recursos humanos y materiales. Se debe al alargamiento de la estancia hospitalaria, a las consecuencias que ocasionan en la calidad de vida de los pacientes y al aumento de los gastos en el entorno hospitalario.

Se define como ulcera por presión a la “lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno pertenece al paciente y otro externo a él” (MJ. Almendariz)

Estadios de evolución de las UPP.

- Estadio I: presenta un eritema (enrojecimiento) que no desaparece cuando cesa la presión. La piel se encuentra íntegra y suele ser indolora. Afectación: epidermis.
- Estadio II: piel agrietada y aparición de vesículas. Afectación: epidermis y dermis

- Estadio III: pérdida de la continuidad de la piel. Aparición de escaras. Dolorosa. Afectación: Necrosis celular, extensión hasta la fascia subyacente, pero sin atravesarla.
- Estadio IV: aumento de la extensión y profundidad con necrosis de la úlcera. Afectación: tejido muscular, tejido óseo otras estructuras (nervios, vasos,..)

Los lugares más frecuentes donde se suelen presentar son las prominencias óseas: cabeza, omóplato, codo, sacro, cadera, tobillo y talones. Existen también las llamadas úlceras iatrogénicas, que son las provocadas por dispositivos con fines terapéuticos o diagnósticos. Por ejemplo en el meato urinario, por exposición prolongada de sonda vesical; en la aleta de la nariz, por tiempo prolongado de sonda nasogástrica, muñecas y codos por sujeciones mecánicas; etc.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo.
- Analizar las escalas de valoración de riesgo de úlceras por presión.
- Describir la prevención de las úlceras por presión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la prevención de úlceras por presión.

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

4 Resultados

Según diversos estudios las causas más frecuentes de desarrollar UPP son la presión prolongada, la inmovilización de los pacientes, la humedad, el estado nutricional deficiente, etc. Por lo tanto unos buenos medios de prevención disminuiría la incidencia de úlceras por presión.

- Factores de riesgo.

Existen una serie de factores que aumentan el riesgo de aparición de úlceras por presión. Estos factores se pueden clasificar en extrínsecos e intrínsecos.

Factores extrínsecos. circunstancias que actúan sobre el organismo del paciente desde el exterior.

* Presión prolongada: cuando la presión sobre un tejido es superior a la presión del flujo capilar (16-32mm. De Hg) ocurre un proceso en cascada que va desde la hipoxia hasta la muerte celular, necrosis y rotura celular.

* Fricción: es el roce que se produce entre la piel y la superficie sobre la que se apoya.

* Efecto cizalla: <combina los efectos de la presión y la fricción (ejemplo: posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo hacia abajo provocando fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

* Humedad: la piel húmeda es más vulnerable a la fricción y a la presión, además el contacto con las heces y la orina favorecen a las infecciones.

* Tiempo: la actuación prolongada de los distintos factores es lo que desencadena la lesión.

* Otros factores: Falta de higiene, Objetos de roce (férulas, fijaciones), Superficies.

Factores intrínsecos. Son factores propios o característicos del paciente, pueden ser secundarios o derivados a la enfermedad que padece.

* Edad: es uno de los factores más importantes.

* Inmovilidad: este factor hace que el paciente esté largos periodos de tiempo ejerciendo una presión prolongada en los mismos puntos de apoyo.

* Incontinencia.

* Estado nutricional y deshidratación.

* Alteraciones respiratorias y circulatorias.

* Diabetes.

* Vasoconstricción periférica.

* Insuficiencia cardíaca.

* Tensión arterial baja.

Escalas de valoración de la UPP.

La identificación de los pacientes que puedan padecer este problema a través de la valoración de los factores de riesgo es el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención. Por lo que todos los pacientes deben ser evaluados mediante escalas de valoración periódicamente. Una escala de valoración del riesgo de UPP es un instrumento que permite cuantificar el riesgo de sufrir dicha lesión y por tato adaptar las medidas preventivas a la magnitud de este riesgo. Existen multitud de escalas de valoración de UPP y todas ellas utilizan parámetros similares. Las utilizadas son la de Norton y la de Braden.

Prevención.

* La piel debe mantenerse siempre limpia y seca, se utilizara jabones neutros. El secado se hará de forma minuciosa evitando la fricción.

* Evitar la incontinencia fecal/urinaria, la sudoración, los exudados, los drenajes que puedan provocar humedad.

* No se realizaran masajes sobre las prominencias óseas. Ni se aconseja el uso de cualquier tipo de alcohol (romero, colonia,..)

* Se recomienda la aplicación de cremas hidratantes y de ácidos grasos hiperoxigenados.

* Se evitara las arrugas en las sábanas de la cama.

* En la medida de lo posible se aliviará la presión ya que es el factor más importante en la aparición de las úlceras de presión.

* Se realizara cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes encamados.

* Se evitara que se apoye sobre sus lesiones, el arrastre y el contacto directo con las prominencias óseas.

* Un buen estado nutricional es fundamental tanto para la curación y cicatrización de las heridas crónicas, como para disminuir el riesgo de infección.

* Existen una serie de dispositivos de alivio de presión, se llaman “Superficies especiales de apoyo”, diseñadas para el manejo de la presión para personas que ya padecen úlceras por presión o bien presentan riesgo de padecerlas.

Existen dos tipos:

* Superficies estáticas: colchones estáticos de aire, colchones de fibras especiales (siliconadas), colchones o cojines viscoelásticos.

* Superficies dinámicas: colchones alternantes de aire, colchones alternantes de aire con flujo de aire, camas y colchones de posicionamiento lateral, camas barbiáticas, camas fluidificadas.

5 Discusión-Conclusión

Una buena prevención por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería y las enfermeras es fundamental para evitar el riesgo de sufrir una úlcera por presión.

La realización de una buena valoración del riesgo por parte del personal sanitario para la elección del tratamiento más adecuado y conseguir la buena resolución de la misma, en el menor tiempo posible. Reduciendo así los costes humanos y materiales

6 Bibliografía

- Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión del Servicio Andaluz de Salud.
- “Técnicas básicas de Enfermería”. Editorial Editex, s.a.
- “Auxiliar de Enfermería” Editorial Mc Graw Hill
- <https://www.ulceras.net/monograficos/86/96/ulceras-por-presion-epidemiologia.html>
- <https://amirsalud.instructure.com/courses/69/pages/canvas-subsection-content-pag-18294>
- <https://revistamedica.com/ulceras-por-presion-tecnico-cuidados-auxiliares-enfermeria/>

Capítulo 585

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y LA ALIMENTACIÓN EN LAS PERSONAS MAYORES.

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

VANESA CAYARGA MARTÍNEZ

MARIA FLOR MARTIN MAYOR

1 Introducción

En el anciano, debido al envejecimiento, se producen una serie de cambios que van a influir en su forma de alimentarse. La dieta adecuada a cada paciente deberá tener en cuenta dichos cambios, intentando minimizar los efectos de los mismos sobre el estado de salud general del paciente.

En general, podemos decir que los cambios que el envejecimiento produce en el sistema gastrointestinal conllevan dificultades en la masticación, la digestión y la absorción, lo que aumenta la malnutrición en el paciente anciano. La consecuencia de dichas modificaciones es una mala masticación de los alimentos, una salivación insuficiente y una mala preparación del bolo alimenticio.

Modificaciones en la boca:

- Las glándulas salivares se atrofian y disminuye la producción de saliva, por lo que también disminuye las enzimas digestivas.

- La percepción del gusto disminuye.
- Las piezas dentales aparecen desgastadas y se vuelven quebradizas por lo disminuye su vascularización. El esmalte aparece desgastado y a menudo faltan piezas dentales. Además la mucosa de la encía sufre un adelgazamiento que dificulta el ajuste de la prótesis dentaria.
- Los músculos de la boca pierden tono.

Modificaciones en el tracto esófago-gastro-intestinal:

- En el esófago encontramos una disminución de los movimientos del bolo y una incompetencia del esfínter esofágico que determina un reflujo gastroesofágico.
- En el estómago se nota un retraso en el vaciamiento, una atrofia y una disminución de secreciones que determina una mala digestión y déficit de absorción de hierro y vitaminas.
- En el intestino también presenta una movilidad enlentecida, su mucosa se atrofia y la absorción de nutrientes también se dificulta.

Modificaciones en el hígado, páncreas y vías biliares:

- El hígado disminuye y se produce una reducción de su efecto detoxificante.
- El páncreas también disminuye y se produce una intolerancia a la glucosa.
- Las vías biliares presentan frecuentemente aparición de cálculos biliares.

La malnutrición en el paciente anciano se produce cuando la cantidad de energía aportada al organismo no cubre las necesidades energéticas del paciente. Así definimos malnutrición como una ingesta inadecuada de alimentos, causada por una dieta deficitaria, tanto por exceso como por defecto, o por una alteración en la absorción, asimilación o metabolización de los nutrientes de los alimentos.

Entre los factores que propician la aparición de la malnutrición del paciente anciano destacamos:

- Deterioro sensorial y limitaciones funcionales. Suele haber algún déficit auditivo o visual que limitan la autonomía de mayor en el abastecimiento y dificultad para la preparación de los alimentos y comidas. Suelen recurrir a comidas precocinadas para evitar salir de compras y para evitar cocinar ya que se encuentran cada vez menos capacitados para dichas tareas. También el trastorno de los sentidos del gusto y el olfato ocasionan una pérdida de interés por la comida dando lugar a una pérdida de apetito, pero por otra parte hacen que se tienda a la sobrecondimentación para paliar el déficit de sabor, aumentando el consumo de sal.
- Enfermedades crónicas como hipercolesterolemias, hiperucemias, nefropatías e hipertensión arterial que recomiendan la limitación de ingesta de ciertos alimen-

tos.

- Trastornos fisiológicos, entre ellos la anemia por falta de hierro, vitamina B12, y ácido fólico, déficit de vitaminas en general, déficit de proteínas, déficit de calcio, fósforo y vitamina D, B y K.
- Pérdida de peso, pérdida de masa muscular y ósea y aumento de grasa. También disminuye el agua corporal: se produce una deshidratación en los ancianos que está favorecida por una reducción de la sensación de sed, por lo que beben menos y al estar los riñones envejecidos retienen menos cantidad de agua.
- Estado de la cavidad bucal: la existencia de problemas en la masticación como consecuencia de la falta de dientes y muelas, prótesis mal ajustadas, disminución de la saliva, etc. dificulta la preparación correcta del bolo alimenticio. Por lo que el anciano elige dietas blandas que suelen ser menos nutritivas que las que exigen mayor masticación.
- Discapacidades o minusvalías físicas y cognitivas que dan problemas a la hora de la obtención y preparación de la comida.
- Aislamiento y soledad.
- Interacciones farmacológicas, la toma de medicamentos puede modificar la absorción, metabolismo y excreción de los alimentos debido a la interacción entre nutrientes.
- Estreñimiento: la disminución del peristaltismo intestinal, la menor producción de moco, la falta de movilidad, de agua, etc. favorece la presencia de estreñimiento que ocasionan molestias, dolor abdominal e incluso fobia a la comida. Para paliar esto es necesaria una dieta rica en verduras, frutas y cereales integrales para ayudar a mejorar el tránsito intestinal. También es beneficioso realizar algún tipo de actividad física y aumentar el consumo de agua y líquido.
- Ingreso en residencias, hospitales u otros centros similares, en ellos los ancianos están sometidos a dietas monótonas y poco atractivas lo que da lugar a que se nieguen a comer y no estén bien nutridos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Procurar al anciano o paciente la dieta adecuada para sus necesidades o patologías.

Objetivos secundarios:

- Ayudar en todo momento al anciano que este impedido a la hora de la comida, cortando en pedazos pequeños la comida y dándosela muy despacio para favore-

cer la ingesta.

- Añadir espesante a los líquidos para facilitar la ingesta de agua y líquidos y así evitar los atragantamientos y la broncoaspiración.
- Cuidar el aspecto, sabor y olor de los alimentos para favorecer la ingesta por parte de los ancianos.
- Facilitar la deglución administrando alimentos blandos, triturados, y húmedos ya que su producción de saliva es insuficiente. Esto se puede conseguir añadiendo líquidos y salsas a los alimentos.
- Evitar alimentos secos y empalagosos.
- Condimentar los platos para aumentar su sabor y aroma.
- Administrar una dieta blanda cuando la dentadura está muy deteriorada o faltan piezas dentales, recomendando siempre masticar bien y durante mucho tiempo los alimentos.
- Presentar los alimentos a temperatura adecuada, ni muy fríos ni muy calientes.
- Ofrecer al anciano si tiene dificultad cubiertos especiales.
- Informar al anciano de la importancia de la correcta alimentación e ingesta de líquidos.

3 Metodología

Se recomiendan dietas de 2100 Kcal/día para varones y de 1750 Kcal/día para mujeres.

A continuación presentamos una serie de recomendaciones generales para la alimentación del mayor con los alimentos más indicados y su aporte dietético:

- Carnes: preferiblemente carnes magras cocinadas a la plancha, también en forma que sea fácil para la masticación (al menos 3-4 veces a la semana).
- Pescados: preferiblemente cocido, a la plancha o al vapor. Se tendrá que tener mucho cuidado con las espinas y si es necesario se ofrecerá el pescado ya sin ellas para evitar accidentes con las mismas (entre 2 y 4 raciones a la semana).
- Huevos: preferiblemente cocidos, pasados por agua y en tortilla. Se evitaran fritos (entre 2 y tres raciones semanales).
- Legumbres: se ofrecerán en purés combinados con verdura (entre 2 y 3 veces a la semana).
- Cereales y patatas: Pan arroz, y pasta, presentándose siempre en una textura adecuada para su masticación.
- Verduras y hortalizas: cocidas o al vapor, en forma de purés o cremas y en ensalada. Si no es posible suministrarlas así, se hará en forma de zumo fresco colado

(2 veces al día).

- Aceite: se procurará que sea de oliva.
- Frutas: maduras, lavadas y peladas (2-3 raciones al día).

En la alimentación de las personas mayores hospitalizadas el Técnico Auxiliar de Enfermería cobra un papel fundamental pues es que más proximidad tiene con el paciente. Es el encargado de administrar la comida al paciente, bien simplemente entregándole su bandeja cuando éste es autónomo, como administrándole la comida tanto oral si está impedido, como por sonda si está incapacitado.

Por vía oral existen varios tipos de dietas básicas y terapéuticas. La dieta terapéutica la definiremos como la modificación del tipo de alimentación habitual del paciente debido a procesos patológicos. Tienen distintas finalidades como prevenir la aparición de síntomas de enfermedades, como la úlcera gastroduodenal. Constituir el tratamiento de una enfermedad en aquellos casos en los que la dieta es la única indicación para tratar la misma como por ejemplo la diabetes tipo II. Y por el contrario, eliminar la ingesta por parte del enfermo de algunos alimentos como es el caso de la lactosa.

El Técnico Auxiliar de Enfermería debe estar al tanto del tipo de dieta que se ha de suministrar a cada paciente así como de sus necesidades.

La dieta más común en el ámbito hospitalario es la Dieta Basal que está indicada en un paciente que no necesita ninguna dieta terapéutica, debe ser variada y equilibrada. Constituye el último escalón dentro de la dieta progresiva hasta llegar al paciente a la normalidad. Siendo estas las siguientes:

- Dieta absoluta: en esta dieta el paciente no ingiere nada por la boca. La reposición hidrosalina debe realizarse por vía endovenosa o a través de una sonda de alimentación si fuera necesario.
- Dieta líquida: compuesta solo por alimentos líquidos que pueden ser bebidos o ingeridos con una pajita. En este tipo de dieta se ingiere fundamentalmente agua, caldo, zumo, leche y preparados comerciales líquidos de nutrición enteral.
- Dieta semilíquida: Es un paso intermedio entre la dieta líquida y la blanda. Se pueden administrar aparte de líquidos purés. Está indicada en pacientes con problemas de masticación, como por ejemplo los ancianos. (Purés de verduras, carne picada y huevos).
- Dieta blanda: los alimentos deben tener una textura blanda. Además debe estimular poco el aparato digestivo para facilitar la digestión. Ha de ser poco condimentada. Está indicada en la úlcera péptica y duodenal y en la hernia de hiato.

Los alimentos aconsejados son la leche y sus derivados, patatas, arroz, verduras cocidas, carnes tiernas o picadas, frutas cocidas, tortilla francesa o jamón cocido.

- Dieta de fácil digestión: esta dieta aporta toda la energía y nutrientes necesarios, se indica en los casos en los que debemos asegurarnos que el paciente tolera bien todos los alimentos o cuando se desea detectar si alguno no es tolerado, con el fin de eliminarlo de la dieta. En principio incluye todos los alimentos, excepto los que no son tolerados debido a una enfermedad del paciente. Por ejemplo la lactosa, es cuando habrá que eliminar o reducir en su dieta los alimentos que contengan lactosa, por ejemplo la leche y sus derivados, cambiando estos por alimentos sin lactosa. Puede constituir una dieta terapéutica sin que necesariamente tenga que formar parte de una dieta progresiva.

- Dieta Basal: Es la dieta normal indicada en un paciente que no necesite una dieta terapéutica. Es variada y equilibrada y consta de toda variedad de alimentos.

Alimentación por sonda: consiste en introducir alimentos en el estomago por una sonda, haciendo pasar el tubo pro las fosas nasales, orofaringe, faringe y esófago hasta llegar al estomago. Se utiliza en pacientes con parálisis faríngeas, pacientes inconscientes, intervenidos de la orofaringe y con patologías mentales que se niegan a comer. La dieta se administrará a temperatura de 38-40 °C y siempre líquida.

Instrumental:

- Jeringa de alimentación en nutrición enteral aséptica.

- Jeringa de émbolo.

- Preparado alimenticio prescrito por el médico. Normalmente se usan estos preparados comerciales porque se conocen sus componentes y se garantiza su nutrición completa y su asepsia, pero también se pueden utilizar los preparados artesanales.

- Agua caliente.

- Sonda nasogástrica.

Técnica:

- Siempre lavarse las manos con agua y jabón.

- Elevar la cabecera de la cama del enfermo si este puede movilizarse para colocarlo en posición de Fowler.

- Elevar la cabeza del paciente inconsciente si está permitido y colocar una toalla sobre el cuello. Si no es posible, colocarlo de lado decúbito lateral y forrar su espalda con una almohada.

- Aspirar traccionando el émbolo con una jeringa para extraer el líquido del tubo

de la sonda.

- Conectar la jeringa a la sonda gástrica.
- Verter de 30 a 50 cc de agua caliente en la jeringa para limpiar la sonda.
- Verter el alimento en la jeringa Asepto, facilitando que el alimento líquido llegue al estómago, regulando la velocidad del flujo levantando o descendiendo la jeringa.
- Cuidar que no entre aire. Por ello evitar la falta de alimento en la jeringa.
- Verter alimento en la jeringa hasta administrar la cantidad adecuada.
- Al finalizar limpiar el tubo con unos 30-50cc de agua y a continuación pinzar la sonda para quitar la jeringa y que no entre aire.
- Fijar el cabo suelto de la sonda a la ropa del paciente.
- Hacer la correspondiente higiene de la boca y nariz del enfermo para evitar costras e irritaciones.
- El paciente deberá permanecer en esta posición aproximadamente una hora tras la alimentación para evitar aspiraciones y vómitos.
- Si está acostado hay que colocarlo en decúbito lateral.
- Debe registrarse la cantidad de alimento y de agua que se le ha administrado.

Cuidados especiales en pacientes intubados: se deben llevar a cabo una serie de cuidados una vez colocada la sonda, manteniendo en buenas condiciones la vía abierta a la cavidad gástrica.

- Hay que evitar maniobras violentas que puedan provocar hemorragias nasales.
- La sonda debe estar fijada con esparadrapo sin taponar los orificios nasales, cambiando periódicamente el punto de fijación.
- No debe estar tirante para evitar úlceras por presión.
- Se debe administrar el alimento muy despacio.
- La dieta preparada si no se administra en ese momento, debe guardarse en el refrigerador, apuntando en su etiqueta los datos del paciente, fecha y hora.
- El equipo de infusión debe cambiarse cada 24h.
- Vigilar constantes vitales, evacuaciones (diuresis, heces) hidratación.

Alimentación por sonda PEG: al igual que la sonda nasogástrica se utiliza en el momento en que una persona presenta dificultades para tragar, o si los alimentos no pueden satisfacer las necesidades nutricionales debido a la falta de apetito o la necesidad de un mayor aporte calórico. Es un tubo que se inserta quirúrgicamente a través de la piel del abdomen. Los cuidados son similares a la sonda nasogástrica, siendo el Técnico Auxiliar de Enfermería el encargado de administrar el alimento.

Para ello mantendrá al paciente en la posición Fowler si es posible, se lavarán bien las manos, utilizando guantes y se introducirá previamente una jeringa con agua templada para limpiar la sonda de posibles restos, y a continuación, bien manual con jeringa o por goteo se suministrará el alimento preparado que precise. Finaliza con otra jeringa de agua. En ambas sondas la medicación también se podrá administrar a través de la sonda.

4 Resultados

El resultado obtenido tanto de una alimentación oral, o por sondas, es asegurar al paciente un aporte de todos los nutrientes necesarios, de Kcal, proteínas, vitaminas y minerales y agua. Gracias a ello el anciano o paciente se verá favorecido en su enfermedad si la tuviera o su estancia hospitalaria, adecuando las dietas terapéuticas a las patologías del paciente.

El resultado de una buena alimentación se traduce en una mejor calidad de vida y bien estar, siendo muy importante para la recuperación de un paciente.

La hidratación también mejora gracias al agua administrada junto a la dieta:

- Mejora o eliminación del estreñimiento gracias a la ingesta de verduras, frutas y vegetales.
- Mejora o curación de patologías gracias a una dieta pobre en grasas.
- Control de intolerancias gracias a la eliminación de ciertos alimentos que las producen.

En caso de dificultad para tragar, enfermedad, o inconsciencia, gracias a las sondas, el paciente recibirá en todo momento la alimentación ayudado por el auxiliar de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

En todas las etapas de la vida es de suma importancia una buena alimentación, así como en la infancia es imprescindible para un buen desarrollo y crecimiento, en la edad adulta y en los ancianos se debe dar mucha importancia a la dieta, ya que con ella no solo podemos prevenir múltiples enfermedades (hipertensión, diabetes, etc.), sino que también podemos paliar algunas y mejorar nuestra calidad de vida. En el anciano, por diversas causas una cosa tan sencilla como es el alimentarse puede verse afectada por inmovilidad, enfermedades degenerativas, etc. Por lo que el papel del Técnico Auxiliar de Enfermería es de gran importancia a la hora

de ayudarlo en el ámbito hospitalario. Si el paciente colabora y es autónomo nos aseguraremos de que coma, facilitándole la tarea en todo lo posible, ayudándole. En caso de que fuera necesario se lo daríamos nosotros.

Si el paciente tiene que ser alimentado por sonda, temporal o indefinidamente, tendrá asegurados también sus aportes energéticos e hídricos y así se asegurará una estabilidad alimenticia que facilitará su calidad de vida.

Somos lo que comemos, y en la edad adulta se requieren de un mayor cuidado a la hora de alimentarnos para que no exista carencia de nutrientes, lo que se traduce en una buena salud.

6 Bibliografía

- http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico.
- https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/edad_avanzada.pdf.
- <https://mayores.consumer.es/documentos/mayores>.
- <http://www.hospitalinfantamargarita.org/aprendiendocuidar>.

Capítulo 586

TÉCNICAS DE HIGIENE Y CUIDADOS AL PACIENTE HOSPITALIZADO.

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

VANESA CAYARGA MARTÍNEZ

MARIA FLOR MARTIN MAYOR

LORENA HEVIA GONZÁLEZ

1 Introducción

La higiene es el conjunto de técnicas y actividades llevadas a cabo para favorecer la prevención de enfermedades así como aumentar y conservar la salud. Se distinguen dos clases de higiene: la individual y la social.

La higiene individual abarca los hábitos y procedimientos para conservar la salud de un individuo mientras que la higiene social se aplica a un conjunto de individuos para que en su conjunto contribuyan a mejorar su salud. La higiene en los pacientes hospitalizados debe de realizarse minuciosamente para que la piel realice correctamente sus funciones.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo y actúa como barrera frente a la entrada de microorganismos patógenos. Su grosor oscila entre 0,5 y 2 mm y contribuye a mantener el equilibrio térmico y la homeostasis, así como proteger al organismo frente a las radiaciones del sol. El aseo de un paciente consiste en el saneamiento y limpieza del cuerpo de éste para garantizar mayor comodidad y bienestar, así como proporcionar un aspecto más agradable.

Tipos aseos

- Aseo o baño en la cama: el paciente colabora activamente mediante cambios posturales a la realización del aseo pero no puede levantarse de la cama.
- Aseo general o baño completo en cama: el paciente encamado no puede realizar ningún cambio postural por sí mismo y debe ser totalmente auxiliado y aseado por el Técnico Auxiliar de Enfermería.
- Aseo o baño parcial: el aseo se lleva a cabo en zonas concretas del cuerpo con el fin de realizar pruebas o técnicas específicas en dichas zonas.
- Aseo o baño en bañera o ducha: con la ayuda del Técnico Auxiliar de Enfermería se asea al paciente en la ducha o bañera siempre y cuando este sea capaz de incorporarse por sí mismo o con ayuda para salir de la cama.

En caso del paciente dependiente y según el centro hospitalario donde se encuentre, se deben de seguir unas medidas higiénicas básicas, repartidas en cuidados de mañana, tarde o noche y baño diario.

- Cuidados de mañana: despertar al paciente. Dependiendo de si el paciente es independiente o no, se le acompañará al cuarto de baño o se le ofrecerá la cuña o botella. Si es independiente, a la hora de realizar el baño o aseo se le proporcionarán todos los materiales necesarios. Si es dependiente se le realizará el aseo en la cama.
- Cuidados de tarde/noche: comprobar que las sábanas de la cama estén limpias y sin arrugas para ofrecer al paciente un mejor descanso. Lavar la cara, la boca y las manos del paciente antes de dormir. Lavar y masajear la espalda si es necesario y dejar a su alcance la luz frontal y el timbre.

2 Objetivos

El aseo del paciente tiene como objetivos:

- Aportar los hábitos correctos de higiene al paciente hospitalizado.
- Reducir el riesgo de proliferación de infecciones.
- Mantener una correcta temperatura corporal.
- Favorecer una circulación sanguínea correcta.
- Preservar la piel del paciente para evitar lesiones y eliminar células muertas.
- Mejorar su calidad de vida, confort y estado de ánimo.

3 Metodología

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

4 Resultados

A la hora de realizar el aseo se deberá de prestar atención a las siguientes normas básicas:

- Informar al paciente de lo que se le va a hacer y pedir su colaboración para aumentar su independencia y autoestima.
- Enseñar al paciente hábitos y técnicas de higiene durante el aseo para fomentar el autocuidado.
- Antes de comenzar con el aseo ofrecer al paciente la posibilidad de ir al cuarto de baño o bien, colocar la cuña o botella.
- Dar la posibilidad a los familiares de participar en el aseo.
- Preparar todos los materiales necesarios para el aseo, así como la ropa para el paciente y la cama antes de comenzar.
- Realizar el aseo entre dos personas para favorecer la seguridad y movilización del paciente encamado.
- Realizar el aseo las veces que sean necesarias, y al menos una vez al día. En los servicios especiales (UVI), el aseo se realizará dos veces diarias.
- Proporcionar un ambiente de comunicación distendido durante el baño/aseo para detectar posibles necesidades no cubiertas.
- Respetar la intimidad del paciente mediante el uso de un biombo o cortinilla.
- Respetar el pudor del paciente encamado evitando dejarle totalmente desnudo, cubriéndolo con una toalla.
- Mantener la temperatura ambiente entre 22-24°C, y la del agua entre 37-40°C.
- Cambiar el agua de las palanganas las veces que sea necesario y al menos una vez antes de realizar el aseo genital.
- Cuando sea necesario, en el caso de los pacientes varones avisar al peluquero para el afeitado.
- Observar el estado de la piel para evitar que se produzcan úlceras por presión.

- Estimular la circulación sanguínea realizando movimientos pasivos con el cuello y extremidades del paciente, siempre que la situación lo permita.
- Aplicar cremas hidratantes en zonas descamadas de la piel y productos más humectantes como la glicerina o vaselina en las zonas más reseca.
- Colocar apósitos protectores en las zonas de riesgo por úlceras por presión.
- Lavar y secar adecuadamente los pliegues cutáneos para evitar la maceración de la piel.
- Evitar corrientes de aire, cerrando puertas y ventanas.
- Utilizar jabones no irritantes y a ser posible con pH neutro.
- Seguir un orden de lavado (ojos, cara y orejas, cuello y hombros, brazos y manos, axilas, tórax y mamas, abdomen, piernas, pies, espalda, nalgas, genitales y ano).
- Seguir una pauta de enjabonado - enjuagado - aclarado y secado de cada una de las partes corporales.
- Tener especial cuidado con los accesorios terapéuticos, como sondas o vías, evitando tracciones bruscas, desconexiones o reflujos.

Aseo en ducha o bañera

- Recursos materiales. Útiles de aseo: jabón líquido no irritante, esponja desechable, cepillo de dientes, dentífrico, colutorio, vaso, peine o cepillo, tijeras, colonia y loción hidratante o crema. Ropa de baño: una toalla grande y otra pequeña. Ropa para el paciente: camisón o pijama, bata y zapatillas. Bolsa para la ropa sucia y bolsa para la basura.

- Protocolo:

En la ducha: 1. Explicarle al paciente lo que se le va a hacer, recordarle las normas generales y preparar todo el material que sea necesario. 2. Asegurarnos de que el paciente tenga a mano todo lo necesario. 3. Si el paciente tiene poca movilidad, se le sentará en una silla de baño adaptada y a continuación se procederá a la ducha del mismo, asegurándonos de que el agua que sale de la ducha se encuentra a una temperatura adecuada. Si el paciente no necesita ayuda, el Técnico Auxiliar de Enfermería realizará otras tareas mientras éste se ducha. 4. Al finalizar la ducha, recoger el material, acompañar al paciente de nuevo a la habitación y avisar al personal de limpieza para proceder a la limpieza del cuarto de baño.

En la bañera. 1. Preparar todo el material y llenar la bañera con agua a una temperatura adecuada. 2. Explicar el procedimiento al paciente y recordar las normas generales. 3. Utilizar grúas siempre que sea necesario para evitar lesiones por sobrecarga, en pacientes con movilidad reducida o nula. En los pacientes que no requieran el uso de grúas, se le ayudará a desvestirse y a entrar en la bañera, se

le ayudará en el aseo y se observará el estado de la piel para ver en qué condiciones se encuentra. 4. Ayudar a secarse, a vestirse y a peinarse. Aplicar colonia y crema hidratante. 5. Instalar al paciente de nuevo en la habitación. 6. Recoger el baño y avisar al servicio de limpieza. 7. Anotar las observaciones, si las hubiera, o comunicárselo a la enfermera.

Aseo en la cama

- Recursos materiales. Útiles de aseo: jabón líquido no irritante, esponjas desechables o manoplas, dos palanganas, cepillo de dientes, dentífrico, colutorio, vaso, peine o cepillo, tijeras de punta roma o cortauñas, colonia, cuña/botella y loción o crema hidratante. Ropa de baño: dos toallas grandes y una pequeña. Ropa para el paciente: camisón o pijama, bata y zapatillas. Ropa para la cama: sábana bajera, empapador, entremetida, sábana encimera, manta, colcha y funda de almohada. Bolsa para la ropa sucia y bolsa para la basura.

- Protocolo:

1. Preparar todos los materiales necesarios para el aseo, aplicar las normas generales, explicar al paciente lo que se va a hacer y pedir su colaboración, lavarse las manos y ponerse los guantes.
2. Colocar los materiales junto a la cama del paciente, asegurarse de que la temperatura de la habitación es la adecuada y que no haya corrientes de aire. Correr un biombo o cortinilla para preservar la intimidad del paciente.
3. Dar la posibilidad al paciente de ir al cuarto de baño antes de comenzar con el aseo u ofrecerle una cuña/botella.
4. Retirar la ropa que cubre la cama, que se introducirá en una bolsa para la ropa sucia y colocar una toalla grande en su lugar. También se introducirá en la bolsa, el pijama o camisón sucio del paciente.
5. El lavado se realizará siguiendo un orden: afeitado; ojos (con gasas estériles o torundas impregnadas en suero fisiológico desde el ángulo interno hacia el externo); cara y orejas (con bastoncillos de algodón); cuello y hombros; brazos, manos y axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espalda y nalgas; genitales (debe de realizarse de arriba hacia abajo y de delante hacia atrás; de la zona más limpia a la más sucia, colocando una cuña bajo la pelvis) y ano. Las manos y los pies se pueden introducir en una palangana con agua para favorecer la limpieza. Si el aseo se realiza entre dos personas, una se encarga de enjabonar y aclarar y la otra de secar, haciendo hincapié en los pliegues de la piel para evitar maceraciones y úlceras por presión.
6. Cambiar el agua de las palanganas las veces que sean necesarias y al menos

una vez antes del aseo de los genitales.

7. Una vez realizado el aseo y después de haber secado al paciente, se le aplicará un masaje con crema o loción hidratante.

8. Vestir al paciente con el pijama o camisón, realizar o ayudar en el aseo de la boca y del pelo, cambiar o rehacer la cama y dejar en una posición cómoda al paciente.

Higiene de los dientes y de la boca

- Recursos materiales. Cepillo de dientes, dentífrico, vaso con agua, colutorio bucal antiséptico, vaso para la dentadura postiza (si fuera necesario), gasas, pinzas de disección o kocher para hacer torundas, depresores linguales, palangana, batea o riñonera, vaselina, toalla y guantes desechables no estériles para el Técnico Auxiliar de Enfermería.

- Protocolo:

1. Preparar todo el material, lavarse las manos y ponerse los guantes. Explicar el procedimiento, pedir su colaboración y recordar las normas básicas.

2. Si el paciente puede, lo realizará el mismo. Si el paciente está encamado y no está contraindicado, se colocará en posición Fowler. Si no pudiese realizar el lavado por sí mismo, le cepillamos los dientes desde las encías hasta la corona haciendo barridos verticales según la posición de los dientes y se le aclara la boca con un colutorio antiséptico.

3. En caso de que la dentadura del paciente sea postiza, se extrae esta con una gasa cuidadosamente y se introduce en la batea y se lava manualmente. El interior de la boca se limpia con una torunda montada en un depresor lingual impregnada en colutorio antiséptico o mediante enjuague bucal. Se devuelve la dentadura a la boca del paciente o se deposita en un vaso con agua hasta su utilización.

4. Si el paciente está inconsciente la cabeza ha de estar de lado. Con la ayuda de unas pinzas de disección, preparar una torunda que se impregna en antiséptico bucal y se deja recudir en una batea.

5. Repetir el proceso con varias torundas hasta dejar toda la boca limpia. Si el paciente está intubado se utiliza una jeringa.

6. Aplicar vaselina en los labios para evitar heridas al finalizar el proceso y acomodar al paciente.

7. Recoger el material, lavarse las manos y avisar al enfermero/a de posibles observaciones.

Higiene del cabello

Recursos materiales. Dos toallas, secador de pelo, guantes, peine o cepillo, palangana, jarra con agua caliente y champú.

- Protocolo:

1. Preparar el material necesario, realizar un correcto lavado de manos y explicar al paciente el procedimiento, pidiendo su colaboración.
2. La cabeza del paciente ha de estar en la orilla de la cama, fuera del colchón (en posición Roser) y sin almohada. Sus hombros se cubren con una toalla y se coloca un empapador debajo.
3. Bajo su cabeza se coloca una palangana sobre un taburete o silla.
4. Lavar la cabeza del paciente con champú mediante movimientos suaves y secar con una toalla y un secador de mano. A continuación se peina el cabello.
5. Retirar el material y recolocar al paciente comprobando que la ropa de este está seca.
6. Quitarse los guantes, lavar las manos y avisar al enfermero/a de cualquier observación.

Cuidados de las uñas

El recortado de las uñas de los pies se realiza en línea recta y en las manos de forma curvada para evitar infecciones. El corte ha de hacerse cuidadosamente evitando irregularidades y relieves que puedan hacer daño al paciente, teniendo cuidado de no cortar en exceso. Terminar limando las uñas para asegurar que el paciente no se arañe involuntariamente. Se recortan con una pequeña tijera de bordes romos o con un cortauñas.

Mediante un adecuado aseo se consigue mejorar la salud y la higiene del paciente así como evitar la proliferación de infecciones, virus y enfermedades producidas por los microorganismos patógenos presentes en el entorno. Por ello el aseo debe ser realizado minuciosamente en todas las zonas del cuerpo del paciente y seguido de un correcto secado para evitar la maceración de la piel que conlleva a eccemas, erupciones, hongos, úlceras por presión y otros problemas de esta.

Es muy importante realizar un correcto lavado de boca para evitar el deterioro de la dentadura de los pacientes. La higiene del cabello es también importante para favorecer la comodidad y la autoestima. El paciente debe colaborar en el aseo para fomentar su independencia y poder realizar técnicas de autocuidado. En el paciente sondado o que disponga de una vía, así como de cualquier accesorio terapéutico se ha de tener cuidado para evitar tracciones bruscas, desconexiones

o reflujos.

5 Discusión-Conclusión

- Se debe de realizar al menos una vez al día, generalmente durante la mañana. En servicios especiales, como en la UVI se debe de realizar dos veces.
- Se debe de explicar el procedimiento al paciente a la hora de realizar el aseo, pidiendo su colaboración.
- Mantener una temperatura ambiente y del agua adecuada, y evitar las corrientes de aire cerrando puertas y ventanas.
- Se debe de preservar la intimidad del paciente mediante la colocación de biom-bos o cortinillas.
- Es muy importante insistir en el lavado de manos y evitar el contacto de las prendas sucias del paciente con la ropa limpia.

6 Bibliografía

- <http://csisanidad.blogspot.com/p/ope-sespa.html>.
- Libro de Técnicas Básicas de Enfermería (Tema 3 “La piel. Higiene y aseo del paciente”) - McGraw Hill edición 3 (2011).
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>.
- <https://www.sintesis.com/data/indices/9788491711940.pdf>.
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos-y.html>.
- https://www.hospitaldejove.com/archivos/enlaces_1437728273.pdf.

Capítulo 587

EL PACIENTE TERMINAL Y LOS CUIDADOS POST-MORTEM

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

MARIA FLOR MARTIN MAYOR

LORENA HEVIA GONZÁLEZ

MARÍA PÉREZ BARRIOS

1 Introducción

El paciente terminal es un concepto médico que se refiere a aquellas personas que padecen algún tipo de cáncer en estado avanzado y/u otra enfermedad que se encuentre en su etapa final por lo que carece de tratamiento y su único resultado es la defunción del paciente en un tiempo variable, inferior a seis meses.

Según la OMS y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, una enfermedad terminal es la que carece de tratamiento curativo específico o que retrase la evolución de esta y que por tanto conlleva a la muerte a corto plazo. Es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales variables y trae consigo un gran dolor al paciente tanto físico como psicológicamente, y a la familia.

En casos de enfermedad terminal, el objetivo de la atención médica no es el curar, sino el cuidar al paciente, a pesar de la progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida al enfermo hasta que llegue el momento de su muerte.

Con este objetivo nacieron los Cuidados Paliativos, que se conocen por la OMS como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

Las principales características de una enfermedad avanzada o terminal son que carece de cura posible, se encuentra en estado avanzado y es progresiva con un pronóstico de vida limitado a corto plazo, su evolución cambia en el tiempo y presenta numerosas crisis, repercute intensamente a nivel emocional tanto en el paciente como en sus allegados, así como en el cuidador/a.

La información que se brinda al paciente se adapta al grado de conocimiento que posee este sobre su enfermedad, sin darle falsas esperanzas ni adelantarse a los acontecimientos, por eso es muy importante la manera en la que nos comunicamos con el enfermo. Debemos mostrar empatía con una actitud receptiva (tanto con palabras como con gestos y contacto físico) que fomente la afectuosidad y que genere confianza en este, para que exprese sus vivencias y temores convirtiéndose en una herramienta muy útil en el cuidado.

Los pacientes terminales pasan por al menos dos de las cinco fases que describe la Doctora Kübler Ross:

1. Negación: El paciente rechaza o niega la realidad de su enfermedad como método instintivo psicológico de defensa contra esta citando frases como que se encuentra en perfecto estado de salud o que es injusto que le pase a él.
2. Ira: Etapa en la que el paciente protesta de forma más iracunda e irritable preguntándose el por qué de su enfermedad, comenzando a creerse su padecimiento y sin querer aún asumirlo.
3. Negociación: El enfermo por fin asume que va a morir pronto, pero intenta posponer su muerte mediante una actitud de pacto.
4. Depresión: El paciente sabe que va a morir y pasa por dos tipos de depresión, la reactiva en la cual experimenta insomnio, llanto, aislamiento, tristeza y cambios de conducta, y la depresión preparativa en la que lucha por la vida y la aceptación de la muerte.
5. Aceptación: El enfermo se encuentra mentalmente preparado para enfrentar su muerte.

Los principales criterios de ingreso en el hospital son: La ausencia de familiares o cuidadores del paciente, la presencia de síntomas difíciles de controlar en el domicilio debido a las complicaciones que pueda desarrollar, la necesidad de re-

alzar técnicas de diagnóstico o terapéuticas complejas que requieran personal hospitalario y de un seguimiento intensivo, o que el paciente niegue su estancia en el domicilio.

Las características del enfermo terminal en fase de agonía son las siguientes:

- Disminución de los sentidos como visión borrosa, pérdida de olfato y gusto, somnolencia, descenso de sensación térmica en manos y pies o palidez en el rostro.
- Piel azulada o cianótica que se aprecia más en zonas distales de las extremidades.
- Deterioro del tono muscular acompañado de pérdida de fuerza, y en algunas ocasiones de dificultad o imposibilidad de tragar, así como incontinencia fecal o urinaria.
- Aumento del pulso de carácter irregular y disminución de la presión arterial.
- Frecuencia respiratoria más rápida y dificultosa, así como sequedad de boca.
- Aumento de la sudoración.

Una muerte inminente se puede prever en base a ciertos signos que son la desaparición de los reflejos, un gran aumento de cianosis, dilatación de las pupilas (también conocida como midriasis), caída de la tensión arterial y respiración ruidosa, rápida y costosa.

La muerte clínica de una persona es un proceso que consiste en el fin de las funciones vitales de todo el organismo presentando así un paro cerebral, respiratorio y cardiovascular. Estas funciones se miden en base a la respiración, la tensión arterial y el pulso del individuo, así como su actividad cerebral.

Para detectar una muerte cerebral se comprueba que el individuo no reacciona a ningún estímulo y carece totalmente de reflejos. Otra característica de la muerte cerebral es un encefalograma plano. En casos especialmente dudosos, el encefalograma puede durar un día entero ininterrumpidamente.

Un paro respiratorio se detecta por la ausencia de movimientos de elevación del tórax y el abdomen, o colocando un espejo en la salida de las vías respiratorias y ver que no se empaña. El paro cardíaco se manifiesta a través de la ausencia de pulso ya sea tomándolo en la muñeca o directamente sobre el corazón con la ayuda de un estetoscopio. Comprobar también la ausencia de tensión arterial con un esfigmomanómetro. Un electrocardiograma plano es otra prueba de un paro cardíaco.

Aunque el Técnico Auxiliar de Enfermería puede percibir los signos de defunción en un enfermo, es el médico el que confirma la muerte y el único que puede

comunicárselo a los familiares.

El cuerpo tras la muerte experimenta una serie de cambios que son el rigor mortis, el algor mortis, el livor mortis, y la descomposición. El rigor mortis es la rigidez que cobra el cuerpo al morir debido a la falta de contracciones musculares involuntarias y con ellas la ausencia de producción de proteínas musculares, produciendo un endurecimiento del cuerpo. Ocurre a partir de las 48 horas de la muerte y comienza a cesar a las 96 horas. El algor mortis es el descenso de la temperatura corporal causado por la ausencia de circulación. Comienza en las zonas distales de las extremidades y avanza hacia la cara y el cuello, terminando en el tórax y el abdomen. La temperatura se ajusta a la temperatura ambiente y ocurre al cabo de 20 horas tras la muerte. El livor mortis es el proceso por el cual la piel del cadáver adquiere un tono muy pálido debido al paro circulatorio, que produce la rotura de los glóbulos rojos y la pérdida de hemoglobina, adquiriendo la piel un tono violáceo.

Tras la muerte, la materia orgánica de los seres vivos se descompone debido a la autólisis, la tanatoquimia, procesos que ocurren por la falta de riego sanguíneo de la sangre, y la putrefacción ocasionada por la presencia de microorganismos que devoran los tejidos blandos dejando sólo el pelo, las uñas, los huesos y los dientes.

2 Objetivos

Exponer los principales aspectos y cuidados que se tiene que realizar en el paciente terminal así como tras certificar la muerte.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los pacientes terminales deben ser cuidados atentamente en todo momento y proporcionándoles la mayor comodidad posible, manteniendo su dignidad. El Técnico Auxiliar de Enfermería realiza estos cuidados prestando especial atención a tres tipos de necesidades que son las físicas, las emocionales o psicológicas y las espirituales.

Necesidades físicas engloba aquellas como:

- Los cambios posturales frecuentes ante la debilidad muscular del paciente para favorecer su comodidad y bienestar, evitando así la aparición de úlceras por presión en la piel. En su fase final colocar al enfermo en decúbito lateral para no dificultar la expulsión de secreciones procedentes del aparato respiratorio.
- Mantener la temperatura adecuada del paciente si tiene frío arropándolo.
- Proporcionar con especial atención los cuidados de higiene atendiendo especialmente a ciertas partes del cuerpo como son la boca, las fosas nasales por sus mucosas (haciendo uso de torundas o algodón con glicerina) y los genitales debido a la incontinencia del paciente.
- Realizar un cambio de ropa de cama las veces que sean pertinentes.
- Ofrecer una cuña o botella frecuentemente al enfermo para que haga sus necesidades.
- Administrar alimentos con cautela y cuidado ya que el paciente puede presentar disfagia.
- Comunicarnos con el paciente manteniendo un tono de voz normal sin aumentarlo demasiado y si el enfermo está inconsciente hay que tener presente que el último sentido que se pierde es el del oído, así como el tacto.
- Hay que asegurar que la habitación se encuentre suficientemente iluminada debido a la posible pérdida de visión del paciente, acompañada de una sensación de miedo a la oscuridad o posible molestia ante el exceso de luz.

Necesidades emocionales son:

- La compañía. El paciente precisa de alguien que lo acompañe en todo el proceso.
- Saber escuchar al paciente y no dar falsas esperanzas ni a este ni a sus familiares.
- Serenidad y comprensión ante la enfermedad. Saber encajar silencios en caso de no saber qué decir.
- En caso de que los familiares o el enfermo pregunten por el avance de la enfermedad, se les debe de transmitir que esa información debe darla el médico.

Necesidades espirituales: Apoyar al paciente según sus creencias religiosas y es-

pirituales.

Cuidados post-mortem

Son aquellos que se aplican al cuerpo del paciente tras su defunción mostrando respeto hacia este y no se deben realizar en presencia de sus seres queridos, pues es un momento especialmente duro para ellos y el Técnico Auxiliar de Enfermería debe preservar un buen aspecto en el cadáver. Deben realizarse antes del rigor mortis y tras retirar del cadáver los apósitos, tubos, vendajes etc.

Material necesario

- Sudario
- Sábanas
- Materiales para la higiene
- Guantes
- Vendas
- Pulsera de identificación
- Certificado de defunción

Procedimiento para preparar el cadáver:

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
2. Recoger en una bolsa de plástico las pertenencias del fallecido.
3. Colocar el cuerpo en decúbito supino con suavidad.
4. Realizar los cuidados de higiene al cuerpo.
5. Cerrarle los ojos.
6. Colocarle la prótesis dental si tiene y cerrarle la boca.
7. Peinarle.
8. Si los familiares lo desean se le viste.
9. Colocarlo sobre el sudario con los brazos cruzados sobre el pecho y pasarlo a una camilla.
10. Ponerle una pulsera de identificación si no la lleva.
11. Tapar el sudario con una sábana.
12. Trasladar el cuerpo discretamente hacia el mortuario.
13. Entregar la bolsa con sus pertenencias a sus familiares, anotando los artículos entregados y la persona a la que se entregan.
14. Depositar la ropa de cama sucia en una bolsa.
15. Tirar los desechables a la basura y retirar los aparatos para desinfectar la habitación.
16. Recoger el material.
17. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Para llevar a cabo un correcto cuidado son necesarias una serie de elementos entre los que se encuentran:

- Saber controlar, reconocer y tratar adecuadamente los síntomas que van apareciendo ya que repercuten con fuerza en la salud del paciente, mediante tratamientos establecidos en base a los efectos que producen en el enfermo.
- Fomentar la comunicación y el apoyo emocional entre el enfermo, el equipo cuidador y la familia de los pacientes insistiendo en la sinceridad y la honestidad entre estos, para facilitar la lucha del paciente contra el sufrimiento de la enfermedad favoreciendo su bienestar físico, psicológico y espiritual.
- Reconocer los signos de la defunción del paciente y tratar adecuadamente el cadáver de este conociendo los cuidados a aplicar, entendiendo los procesos por los que pasa tanto el fallecido como sus seres queridos.

Como respuesta ante la muerte de un familiar, se produce el duelo, proceso que padecen los seres queridos y que conlleva síntomas físicos y emocionales además de las cinco etapas de Kübler Ross, y se caracteriza por ser inevitable, doloroso, único ya que cada persona lo padece de manera distinta, y progresivo pues se supera con el tiempo.

El duelo puede dividirse en cuatro tipos:

- Anticipado, que precede a la pérdida del ser querido.
- Normal, cuyas fases son las habituales.
- Retardado, aquel que no se padece hasta pasado un tiempo.
- Patológico, cuando no se supera la pérdida del ser querido y conlleva depresión, requiriendo tratamiento psicológico y psiquiátrico.

5 Discusión-Conclusión

La muerte de una persona aunque esté prevista como en caso del paciente terminal, produce en la familia y cuidador ansiedad y estrés y debe tratarse con respeto y cuidado. Por ello la imagen del cadáver debe cuidarse con el mejor aspecto posible para no generar más sentimientos negativos en sus seres queridos. Al hablar con los familiares se debe tratar con sutileza, respeto y palabras adecuadas en cuanto a aspectos como sus creencias religiosas y todo el proceso del final de la vida del paciente.

6 Bibliografía

- Página oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS):
<https://www.who.int/es>
- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/tecnicasauxenf.htm>
- <http://csisanidad.blogspot.com/p/ope-sespa.html>
- http://congreso-enfermeria.es/libros/2013/salas/sala1/p_1226.pdf
- <https://es.slideshare.net/julieisabeldiafanovilla/cuidados-postmortem>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-postmortem-caso-clinico/2/>
- Libro de Auxiliar de Enfermería McGraw Hill - Técnicas básicas de enfermería
- Sexta edición (2013)

Capítulo 588

CUIDADOS ESENCIALES EN LA UNIDAD DE REANIMACIÓN.

EVA MARÍA GALENDE SANDÍN

ELISA BLANCO GONZALEZ

LULIA MARÍA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

MARÍA ANTONIA ALVAREZ COTES

MARÍA PAZ DÍAZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La unidad de Reanimación es la que se ocupa de la atención inmediata del paciente procedente del quirófano tras una intervención quirúrgica para restaurar su salud. Estos pacientes necesitan unos cuidados específicos y vigilancia constante por parte del equipo de enfermería, pues son pacientes críticos y hemodinámicamente inestables.

El objetivo de la unidad es obtener el máximo confort del paciente, mediante un plan de cuidados sistematizado, o protocolo de actuación pautado y también específico (según el tipo de intervención). Debe garantizar el control del dolor, la estabilidad hemodinámica de constantes vitales, la máxima eficiencia de actuación, además de la anticipación de posibles complicaciones, incidencias y riesgos postanestésicos, con el fin de conseguir el alta en la unidad y de este modo continuar su proceso de recuperación en planta. Todo ello sin perder de vista

la humanización de los cuidados, entendiendo las necesidades individuales de la persona, desde el punto de vista físico, psicológico y social.

2 Objetivos

- Identificar y registrar el paciente correctamente a su llegada a la unidad: datos personales, intervención, estado en el que llega y sus necesidades terapéuticas inmediatas.
- Educar del paciente.
- Monitorización y registro de constantes vitales: oxígeno en sangre, tensión arterial, ritmo cardíaco, y respiraciones por minuto.
- Control de temperatura, diuresis, y drenajes.
- Vigilancia de vendajes, apósitos quirúrgicos, catéteres y estado general, notificando cualquier cambio.
- Control del dolor mediante fármacos.
- Anticipar incidencias y complicaciones.
- Conseguir la estabilidad hemodinámica que permita el alta a planta para seguir su proceso de recuperación.

3 Metodología

Lectura y revisión de protocolos de actuación , guías y artículos publicados en revistas de medicina y enfermería. Base de datos: PubMed, SciELO, Embase, Medinaneplus ,Science Direct.

Documentos de inclusión: Documentos en lengua española en los últimos 15 años
Documentos de exclusión: Documentos en lengua no española.

Palabras clave: cuidados postoperatorios, cuidados postquirúrgicos, reanimación, anestesia.

4 Resultados

En la unidad de Reanimación es donde se centra el trabajo postoperatorio: el proceso de despertar de la anestesia y los cuidados inmediatos después de la intervención, para recuperar las funciones vitales afectadas.

Para garantizar una calidad y eficiencia de cuidados con las mínimas incidencias es necesario establecer un plan de cuidados estandarizado y también específico según la intervención, conocido por parte de todo el equipo de enfermería. Éste se pondrá en marcha desde el momento del ingreso del paciente en la unidad hasta el final de su estancia. Sin olvidar sus necesidades individuales como persona. Los cuidados se centrarán especialmente en los sistemas más afectados por la anestesia como el respiratorio, el cardiaco circulatorio, neurológico y renal.

Resulta fundamental en primer lugar identificar correctamente al paciente a su llegada, presentarnos e informar dónde se encuentra, comprobar sus datos personales, la intervención a la que se ha sometido, (pues dependiendo de ésta también tendrá unos cuidados específicos), así como observar y anotar el estado en el que llega, su nivel de conciencia, si tiene dolor, si tiene frío o calor, si responde a preguntas básicas, si continúa sedado, los drenajes que porta y cuales son, si necesita medias compresoras para estimular la circulación de la sangre, si lleva sondaje vesical, sonda nasogástrica, ostomías, si precisa respiración mecánica...etc. Es fundamental educar al paciente si está consciente y crear un clima de confianza, para que nos ayude en la atención e informe de cualquier dolor, molestia o preocupación, como náuseas, vómitos, si le cuesta respirar, si se mareo. En definitiva, para que nos informe de cualquier alerta que detecte.

También tiene prioridad la monitorización inmediata, para vigilar ipso facto el estado de las constantes vitales, comenzando por la administración de oxigenoterapia pautada según facultativo. La colocación de un pulsioxímetro mostrará la saturación de oxígeno en sangre. Se medirá la tensión arterial y la colocación de electrodos medirán la frecuencia cardíaca y las respiraciones por minuto. Desde su llegada y a tiempos protocolizados se harán mediciones rutinarias de constantes, para comprobar el bienestar del paciente, y poder corregir y anticiparnos a incidencias y complicaciones.

Se realizarán también controles protocolarios de temperatura corporal, y vigilancia, medición y aspecto de diuresis y de líquido drenado de los drenajes (especial atención a los drenajes de pacientes de vascular) y sobre todo las primeras horas después de la intervención.

Se observará y anotará el estado de vendajes, apósitos quirúrgicos y catéteres a su llegada a la unidad, y se vigilará su evolución, notificando cualquier cambio o incidencia. Se administrará analgesia pautada por facultativo, para garantizar el confort, el descanso y la tranquilidad del paciente.

El equipo de enfermería debe conocer y detectar las complicaciones más frecuentes de los postoperatorios de cada intervención, detectándolas con la mayor celeridad para reducir consecuencias que pueden ser fatales.

Las más frecuentes son:

- Complicaciones respiratorias: obstrucción de la vía aérea, hipoxemia, hipoven-tilación.
- Complicaciones cardiovasculares: hipotensión e hipertensión, tromboflebitis, ar-ritmia, hemorragias.
- Alteraciones de temperatura: hipotermia, e hipertermia.
- Complicaciones gastrointestinales: náuseas, vómitos, distensión abdominal.
- Complicaciones urinarias: retención urinaria.
- Complicaciones de la herida quirúrgicas: infección de la herida quirúrgica.

El paciente pasará el tiempo necesario en la unidad de según la complejidad de la intervención a la que se ha sometido, y sus necesidades terapéuticas y evolución, con el fin de conseguir la estabilidad hemodinámica vital y recibir el alta hospi-talaria a planta, donde continuará con su proceso de recuperación. Esta estancia puede variar de dos a cuatro horas, o incluso días si fuese necesario.

5 Discusión-Conclusión

Resulta de vital importancia protocolizar los cuidados estandarizados y específi-cos para cada intervención en la Unidad de Reanimación, pues facilita la eficien-cia en la calidad de atención al paciente por parte de todo el equipo de enfermería, mejorando la calidad asistencial y reduciendo incidencias y complicaciones, an-ticipándonos a ellas.

6 Bibliografía

1. Nerea Ogara de la Fuente. Atención y cuidados de enfermería del -posoperatorio del paciente quirúrgico. Universidad de la Rioja. 2017-2018. Disponible en: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE004738.pdf.
2. Toledano Blanco R, Pérez Jiménez S. Actualizaciones de los cuidados de en-fermería en la unidad de reanimación posanestésica. Biblioteca Lascasas, 2009; 5 (1).
3. J. Canet, C. Gomar, A. Castro, A. Montero. Encuesta sobre las funciones de enfermería en Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor en Cataluña.

Análisis de la situación actual. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2006; 53: 337 - 345.

4. Campos Mateos, Alejandra, García García, Rosa M^a - Sánchez Delgado, M^a Sol. Recepción y cuidados del paciente procedente de quirófano (reanimación) y/o pruebas diagnósticas en la unidad de hospitalización. Gerencia del área de salud de Plasencia. 2010.

Capítulo 589

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL.

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

ROCIO DEL CORRO MEGIDO

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

1 Introducción

Cada vez son más los casos en los que se demandan los servicios de Salud Mental, relacionados con Trastornos Mentales Comunes. También son muchos los profesionales implicados en el cuidado y buscando el bienestar del enfermo. Se plantea la importancia del Técnico de Auxiliar de Enfermería en los cuidados del enfermo mental y de su importancia en su recuperación y bienestar.

2 Objetivos

Como objetivo queremos determinar las necesidades que tienen los pacientes durante su estancia en la Unidad de Salud Mental y poder analizar los factores externos que pueden ser estresante para ellos.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha realizado una búsqueda exhaustiva de información relacionado con las funciones que debe realizar el auxiliar de enfermería en la unidad de Salud Mental dentro del medio hospitalario y como afecta el medio externo en su comportamiento todo ello fue buscado a través de la web con artículos relacionados, también se ha buscado información en páginas como MEDES, SVIELO, WIKIPEDIA y GOOGLE, recogiendo la información que consideramos la más veraz. Se ha empleado como criterio de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y se ha excluido aquellos publicados antes del 2000 y todos aquellos publicados en otro idioma diferente.

4 Resultados

Las alteraciones mentales son a día de hoy una de los mayores problemas del ser humano, las funciones normales se ven alteradas y con ello las capacidades de las personas afectadas se ven mermadas y como consecuencia pueden sufrir grandes problemas si no se tratan a tiempo.

En el proceso de curación, el psiquiatra es una figura fundamental y el auxiliar de psiquiatría o enfermería en salud mental constituye una ayuda inestimable, algunas veces poco considerada.

El auxiliar es una pieza clave en el proceso de sanación de estos enfermos. Es un elemento que actúa de unión entre el enfermo, el enfermero y el médico, es la pieza que hace girar de forma eficaz el mecanismo de la curación para que se consiga el objetivo marcado, la mejoría del enfermo y su reincorporación a la vida normal. Muchas son las funciones de esta figura sanitaria, pudiendo englobarse las principales en funciones relacionadas con el bienestar físico del paciente y funciones relacionadas con el bienestar psiquiátrico del paciente.

Cuáles son estas funciones:

- El auxiliar de enfermería tiene como función proporcionar al enfermo el mayor bienestar posible, tiene que ser el apoyo en todos los casos en que algunas de las capacidades del enfermo estén más afectadas y no puedan desempeñar ciertas funciones.
- Una de las principales funciones es ayudar a los enfermos en su aseo e higiene diaria principalmente a los pacientes que desarrollen mayor problema para realizar esa función básica, se les ayudara si tienen problemas en la regulación del

agua de los grifos, usar el material de higiene, con el orden de sus armarios, en la búsqueda y colocación de su ropa ,abrochar los zapatos, etc. Siempre que nos lo permitan e intentando no malestar ni dañar su intimidad.

- Ayudarles con la ropa, utilizando siempre la ropa que esté estipulada en las normas del centro.
- Ayudar en la estimulación del paciente para que tenga una buena presencia y se vea animado, le ayudaremos a mantener una buena autoestima, cuando este tenga apatía, en el caso de la depresión sería una situación normal.
- Ayudar en su alimentación, y comprobar en todo momento la ingesta de alimentos, proporcionándole todo lo necesario y garantizándole su seguridad en todo momento, controlar los utensilios tales como tenedores o cuchillos para garantizar que no se puedan hacer daño en un manejo indebido y voluntario, en el caso de pacientes con antecedentes de autolesiones.

Nos involucraremos en su atención personalizada y en el de sus familias, para garantizarles una cercanía y empatizando en todo momento con sus problemas. Es fundamental para el buen funcionamiento de nuestro trabajo y el del área de salud mental trabajar en equipo y crear una buena relación interprofesional y desarrollar . Debemos tener una buena eficiencia a la hora de usar todos los recursos para así garantizar el buen funcionamiento y la eficiencia en nuestro trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que ingresan en el área de Salud Mental ingresan con distintas patologías, desde las más simples y fáciles de solucionar a las más complejas. Las instalaciones deben estar adaptadas a sus múltiples necesidades y los profesionales deben estar cualificados y desempeñar sus funciones con profesionalidad y empatía.

6 Bibliografía

1. Suess Schwenda A,Bono Del Trigo A,Ibáñez Rojo V,RomeroCuesta J,Romero Jimeno MD, Tamayo- Velázquez MI, Huizinge Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2016;36(129): 79-102
2. Novella E.Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2018;38(134): 511-513

3. Garcia Perez I, Aguiar-Ivañez R, Pinilla-Dominguez P, Arvelo-martin A, Linertová R, Rivero-Santana A. Gaceta Sanitaria 2014;28(1): 77-83

Capítulo 590

EL LAVADO DE MANOS

INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN

1 Introducción

El lavado de manos constituye una de las mejores medidas anti-contaminación e infección.

2 Objetivos

El principal objetivo es evitar la contaminación entre pacientes ya que la mayoría están inmunodeprimidos y el personal sanitario somos la principal fuente de transmisión sino ejercemos un buen lavado. También se procura evitar la contaminación con el propio personal.

3 Metodología

El trabajo se centra principalmente en las variaciones con respecto a conceptos clásicos o innovaciones de las últimas investigaciones. En un intento de actualizar nuestra práctica diaria y unificarla, realizaremos esta revisión de treinta y un artículos sobre la técnica del lavado de manos y otros aspectos a tener en cuenta, recogiendo las variaciones que se derivan de las recomendaciones más actuales y con mayor nivel de evidencia científica.

4 Resultados

La higiene de manos está considerada como la medida de mayor importancia, tanto por su eficacia demostrada como por su reducido coste, para la prevención

de las infecciones hospitalarias y de la diseminación de patógenos resistentes a los antimicrobianos.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos muestran un bajo cumplimiento en la higiene de manos, al mismo tiempo se observa que esta actividad se realiza con fines de protección propia, más que para protección del paciente, llegando a ser algo banal y rutinario para las enfermeras, ya que lo hacen pero incorrectamente, rápido y sin tener conciencia de porque lo hacen, aunque cuando son ellas las que tienen riesgo de contaminarse, el lavado lo realizan a conciencia.

6 Bibliografía

Miranda C Marcelo, Navarrete T Luz. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2008 Feb [citado 2019 Dic 30] ; 25(1): 54-57.

Capítulo 591

DISTROFIA MUSCULAR.

INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN

1 Introducción

Se refiere a un grupo de más de 30 enfermedades genéticas que se caracteriza por pérdida de masa muscular y debilidad muscular que avanza poco a poco. Algunas formas aparecen en la senectud o mediana edad mientras que otras pueden aparecer en la niñez o adolescencia.

2 Objetivos

- Definir de forma general la causa principal de la distrofia muscular.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre artículos científicos sobre la distrofia muscular en las bases de datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas.

4 Resultados

La distrofia muscular es principalmente una enfermedad hereditaria causada por mutaciones genéticas que afectan a las proteínas en los músculos. Cientos de genes están involucrados en el proceso de fabricar las proteínas que afectan a los músculos. Cada tipo de distrofia es causado por una mutación genética específica para ese tipo.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día no existe ningún tratamiento para detener o revertir ningún tipo de distrofia muscular. Sin embargo, existen algunos medicamentos y terapias que tratan los diversos problemas que surgen como consecuencia e intentar mejorar la calidad de vida de los pacientes, como por ejemplo: fisioterapia, terapia respiratoria, cirugía...

6 Bibliografía

- Cammarata. Distrofia muscular de Duchenne, presentación clínica. Rev. chil. pediatr. 2008 Oct; 79(5): 495 - 501.
- <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=41062008000500007&lng=es>.
- <http://dx.doi.org/10.4067/>.

Capítulo 592

ESPINA BÍFIDA

INÉS MENÉNDEZ ROLDÁN

1 Introducción

La espina bífida es un defecto del tubo neuronal. Ocurre debido a una anomalía en el desarrollo de la médula espinal en el primer trimestre del embarazo. Dentro de las primeras 4 semanas tras la fecundación del feto, la columna vertebral y las membranas que protegen y cubren la médula y la columna no se forman ni se cierran correctamente.

2 Objetivos

El objetivo es concienciar a las mujeres embarazadas de la importancia de tomar ácido fólico, antes y durante los primeros meses de embarazo. Según los últimos estudios, el consumo de ácido fólico reduce en un 70% el riesgo de que el feto pueda sufrir esta malformación

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre los seguimientos de madres durante el embarazo y tras el parto. Cada vez hay más documentos que hablan sobre la cirugía durante el embarazo. Utilizamos bases de datos como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos.

4 Resultados

Esto puede repercutir en un abertura en algún lugar de la columna y podría dañar la médula espinal y los nervios. El defecto puede asociarse únicamente con una protusión de la membrana q cubre la médula espinal (meninges), o con algunos elementos naturales. También puede ocurrir que el defecto no se note hasta más tarde en la niñez.

5 Discusión-Conclusión

Existen diferentes tipos de tratamiento para los diferentes transtornos relacionados, por ejemplo para la espina bífida abierta el paciente puede someterse a cirugía para cerrar la abertura en la espalda antes del nacimiento o dentro de los primeros días después de nacer o en el caso de tener la médula espinal atada la cirugía puede separar la médula espinal del tejido que la rodea, permitiendo así que el niño recupere su nivel habitual de funcionamiento.

6 Bibliografía

Luna Ceballos Elsa, Domínguez Pérez María E., Álvarez Núñez Rudbeckia. Spina bífida: A family report. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2000 Dic [citado 2019 Dic 30] ; 14(1-2): 89-91.

Capítulo 593

CIRUGÍA DE IMPLANTACIÓN DE UNA PRÓTESIS DE TOBILLO

VANESA PRADA DÍAZ

ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ

DAVID SÚAREZ

BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ

1 Introducción

La prótesis de tobillo es una terapia para tobillos con avanzada artrosis. En la mayoría de los casos, las artrosis de tobillo es causada por un accidente (traumatismo) o una torcedura, a partir de la cual el paciente sufre un desgaste de la articulación del tobillo. La parte que suele verse más afectada suele ser la articulación superior del tobillo, constituida por el astrágalo, la tibia y el peroné, la cual puede ser sustituida por una prótesis moderna.

La articulación superior del tobillo es la zona donde apoya esencialmente la movilidad vertical del pie en relación a la pierna y es importante en la acción del movimiento bascular del pie durante la deambulación normal.

La cirugía de reemplazo de tobillo implica un reemplazo total de la articulación del tobillo que conecta la tibia (espinilla) con el astrágalo (hueso del tobillo). La articulación se reemplaza con una articulación protésica, con el fin de restaurar la movilidad del pie y reducir el dolor.

2 Objetivos

Los objetivos de la implantación de las prótesis de tobillo es entre otros disminuir los dolores crónicos que sufren los pacientes y disminuir las limitaciones de la movilidad, que no será restaurada completamente, pero lo es lo suficiente como para conseguir un paso normal.

3 Metodología

La forma de la artrosis de tobillo juega un papel esencial en al elección de la prótesis, al igual que la seguridad de la aplicación depende también del tipo y posición de la artrosis en la articulación superior del tobillo. Esto debe de ser aclarado a través de un examen previo del medico responsable de la cirugía (artrosis de origen no claro, artrosis del tobillo tras un traumatismo por accidente y por enfermedades reumáticas pueden ser tratadas, mientras las necrosis de los huesos del tobillo (osteonecrosis) sólo pueden ser tratadas cuando no son muy extensas).

Procedimiento

- La instalación de la prótesis será ejecutada bajo anestesia general o regional.
- El posicionamiento será en decubito supino.
- Se utilizará un manguito compresor en la pierna del paciente para parar la hemorragia (isquemia), dependiendo de la duración del procedimiento quirúrgico. (si la duración es previsiblemente corta, se operará la mayor parte del tiempo sin el manguito compresor).
- Tratamiento cuidadoso de las partes blandas de la articulación del tobillo.
- Se evitan las palas separadoras del corte quirúrgico durante la operación.
- La incisión es realizada a lo largo de la parte delantera del tobillo.(en la mayoría de los casos es suficiente el tamaño del ancho de una mano sobre la tibia hacia abajo por el dorso del pie).
- Los tendones situados por delante de la articulación del tobillo son apartados hacia un lado y la cápsula de la articulación del tobillo es expuesta. Los nervios cutáneos tienen que ser parcialmente desplazados durante la operación. La cápsula de la articulación es abierta y la implantación de la prótesis preparada. Aquí se suelen tener que retirar muchas estructuras óseas para poder conseguir una buena visión de la articulación. Con ayuda de instrumentos específicos y del captador de imágenes existente, son controlados el eje de las piernas y la situación planeada de la prótesis de tobillo. Son necesarios algunos cortes sagitales para la

colocación del recambio articular de tobillo. El objetivo de la mínima eliminación de hueso es restablecer la tensión de las estructuras blandas. La movilidad, estabilidad y firmeza de la prótesis de tobillo puede ser controlada con prótesis de prueba durante la operación. Si la situación es perfecta, son ejecutadas pruebas de posicionamiento del dorso del pie y pruebas de longitud del tendón de Aquiles. Si éstas fuesen insuficientes para una buena función de la articulación del tobillo, podrían ser necesarios procedimientos colaterales: la función correcta de la prótesis de tobillo es, al igual que la función de una articulación de tobillo natural, dependiente de una buena movilidad y de un eje de carga normal. Los mal alineamientos acortan el tiempo de vida de la prótesis de tobillo. Deben ser reparados igualmente durante la operación. La prótesis de tobillo es siempre fijada sin cemento. Las piezas originales de la prótesis de tobillo son implantadas sin cemento. El astrágalo es cubierto con una capa de metal que tiene en su superficie inferior unas barras de metal que sirven como guía. La superficie articular de la tibia es protegida con una placa metálica. Ambas partes del repuesto articular del tobillo tienen una capa de recubrimiento especial en los lados adyacentes al hueso, para conseguir un arraigamiento seguro. El tercer componente de la prótesis de tobillo moderna es un núcleo deslizante de plástico polietileno, que proporciona los movimientos más importantes entre ambas partes de la articulación.

4 Resultados

Adquisición, así como normalización de la deambulación tras la substitución de la articulación. Mejora de la movilidad general tras la aplicación de la prótesis. La movilidad en el tobillo no es completamente restaurada, pero lo es lo suficiente como para conseguir un paso normal. 10° de movilidad en la extensión dorsal y 20° en la flexión plantar son suficientes para todas las tareas del día a día soportadas por una prótesis artificial de tobillo. 90% de los pacientes están satisfechos tras una substitución de esta articulación.

La prótesis de tobillo debe arraigar en el hueso, por ello apoyarse en la articulación ejerciendo una carga excesiva es improductivo, y muy poca carga tampoco ayuda. Hasta la cicatrización de la herida quirúrgica transcurridos 14 días, es recomendada una movilización cuidadosa con un zapato especial ejerciendo poca carga y con apoyo de muletas. Posteriormente se podrá caminar ejerciendo carga completa pero con precaución corporal y general. El zapato especial sirve como protección contra una torcedura durante la primera fase de adaptación a su nueva prótesis de tobillo. Transcurridas 6-8 semanas es efectuada otra radiografía de

control y se habla nuevamente de la continuación del aumento de la carga (apoyo) y de la adquisición de zapatos: fisioterapia y drenaje linfático son componentes importantes del tratamiento. Al principio el drenaje linfático es más importante que la terapia de movimiento. Son recomendados controles regulares de la herida quirúrgica ya que la cicatrización se produce lentamente incluso a pesar de una operación cuidadosa y llena de precauciones.

5 Discusión-Conclusión

La ATT es una opción válida para el tratamiento de la osteoartritis de tobillo avanzada, las consecuencias biomecánicas y clínicas adversas de la artrodesis de tobillo son mucho más visibles. La selección apropiada de pacientes, es un aspecto crítico para proporcionar resultados exitosos. Resultados aceptables han sido reportados en pacientes mayores con bajas exigencias, quienes padecen de osteoartritis o artritis reumatoide. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes con osteoartritis de tobillo avanzado son pacientes más jóvenes con osteoartritis post traumática. El uso de una prótesis de tobillo en pacientes más jóvenes y físicamente más activos y en aquellos con una deformidad significativa en el tobillo o retropié, sigue siendo una pregunta que se debe discutir. Se deben realizar más estudios y más avances para maximizar la longevidad y resultados funcionales de una prótesis de tobillo en aplicaciones y diseños futuros. Junto con mejores implantes que reproduzcan de mejor forma la anatomía, el posicionamiento correcto de los implantes (especialmente el componente talar en relación al centro de rotación del astrágalo), el equilibrio preciso de los tejidos blandos y la corrección adecuada de la mal alineación, son mucho más importantes para el éxito de una ATT que lo que se consideraba anteriormente. Investigación clínica cuidadosa y herramientas de diagnóstico confiables deben ser utilizadas para identificar todos los problemas asociados para que puedan ser abordados adecuadamente durante una artroplastía total de tobillo.

6 Bibliografía

- 1. K. Huch Knee and ankle: human joints with different susceptibility to osteoarthritis reveal different cartilage cellularity and matrix synthesis in vitro Arch Orthop Trauma Surg, 121 (2001), pp. 301-306
- 2. M. Horisberger, V. Valderrabano, B. Hintermann Posttraumatic ankle osteoarthritis after ankle-related fractures.

- 3. B. Hintermann Current designs of total ankle prostheses. B. Hintermann (Ed.), Total ankle arthroplasty. Historical overview, current concepts and future perspectives, Springer, Wien (2004), pp. 69-100
- 4. K.D. Harrington Degenerative arthritis of the ankle secondary to long-standing lateral ligament instability. J Bone Joint Surg.Am, 61 (1979), pp. 354-361
5. R.H. Thomas, T.R. Daniels Current concepts review: ankle arthritis. The Journal of Bone and Joint surgery (Am), 85-A (2003), pp. 923-936
6. Valderrabeno V, Horisberger M, Russell I, Dougall H, Hintermann B. Etiology of Ankle Osteoarthritis. Clin Orthop Relat Res.
7. J. Michelson Current concepts review: Fractures about the ankle. J Bone Joint Surg Am, 77-A (1995), pp. 142-152
8. S. Fuchs, C. Sandmann, A. Skwara, C. Chylarecki. Quality of life 20 years after arthrodesis of the ankle. A study of adjacent joints J Bone Joint Surg Br., 85 (7) (2003), pp. 994-998 Sep
9. L.M. Coester, C.L. Saltzman, J. Leupold, W. Pontarelli. Long-term results following ankle arthrodesis for post-traumatic arthritis. J Bone Joint Surg Am., 83-A (2) (2001), pp. 219-228
10. B.G. Bolton-Maggs, R.A. Sudlow, M.A. Freeman TAA. A long-term review of the London Hospital experience
11. H.B. Kitaoka, G.L. Patzer Clinical results of the Mayo TAA
12. A. Barg, L. Zwicky, M. Knupp, H.B. Henninger, B. Hintermann
13. S. Brunner, A. Barg, M. Knupp, L. Zwicky, A.L. Kapron, V. Valderrabano, B. Hintermann. The Scandinavian total ankle replacement: long-term, eleven to fifteen-year, survivorship analysis of the prosthesis in seventy-two consecutive patients
14. H. Kofoed Cylindrical cemented ankle arthroplasty: a prospective series with long-term follow-up
15. P.F. Rippstein, M. Huber, J.C. Coetzee, F.D. Naal. Total ankle replacement with use of a new three-component implant
16. P.L. Wood, S. Deakin TAA. The results in 200 ankles
17. M.E. Easley, C.J. Vertullo, W.C. Urban, J.A. Nunley TAA J Am Acad Orthop Surg, 10 (2002), pp. 157-167.
18. J.D. Demottaz, J.M. Mazur, W.H. Thomas, C.B. Sledge, S.R. Simon. Clinical study of TAA with gait analysis. A preliminary report J.Bone Joint Surg.Am., 61 (1979), pp. 976-988
19. L.H. Gill Principles of joint arthroplasty as applied to the ankle
20. S. Giannini, A. Leardini, J.J. O'Connor . TAA: review of the designs and of the current status. Foot Ankle Surg, 6 (2000), pp. 77-88

21. C.L. Saltzman Perspective on TAA Foot Ankle Clin., 5 (2000), pp. 761-775
22. J.A. Mann, R.A. Mann, E. Horton. STAR ankle: Long-term results Foot Ankle Int, 32 (2011), pp. 473-484
23. V. Valderrabano, G.I. Pagenstert, A.M. Muller, J. Paul, H.B. Henninger, A. Barg. Foot Ankle Clin, 17 (4) (2012), pp. 565-585
24. B. Hintermann, L. Zwicky, M. Knupp, H.B. Henninger, A. Barg. HINTEGRA revision arthroplasty for failed total ankle prostheses
25. B. Hintermann, A. Barg, M. Knupp, V. Valderrabano. Conversion of painful ankle arthrodesis to total ankle arthroplasty
26. M.S. Myerson, K. Mroczek. Perioperative complications of total ankle arthroplasty Foot Ankle Int., 24 (2003), pp. 17-21
27. M. Knupp, G.I. Pagenstert, A. Barg, et al. SPECT-CT compared with conventional imaging modalities for the assessment of the varus and valgus malaligned hindfootJ.Orthop.Res., 27 (2009), pp. 1461-1466
- 28.R. Zaidi, S. Cro, K. Gurusamy, N. Siva, A. Macgregor, A. Henricson, A. Goldberg. The outcome of total ankle replacement: a systematic review and meta-analysis

Capítulo 594

PLAN DE CUIDADOS EN UN PARTO

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

1 Introducción

El parto es la culminación del embarazo hasta el periodo de la salida del bebe del útero. Se considera que se inicia el parto cuando la mujer tiene contracciones uterinas regulares que aumentan en intensidad y frecuencia. Consta de 4 partes: borrado del cuello uterino y dilatación, descenso, el nacimiento del bebe y el alumbramiento de la placenta

Previo ingreso, en las distintas citas con el ginecólogo, la gestante habrá sido informada sobre la posibilidad de utilizar la anestesia epidural, remitiéndola a la consulta de anestesia en la semana 30 de gestación, donde le practicarán las pruebas necesarias para comprobar su idoneidad para ser candidata a la utilización de la anestesia epidural.

2 Objetivos

- Establecer las funciones y cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y equipo de enfermería durante el parto y post-parto.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Si la parturienta es candidata a la epidural, la matrona comprobará que todo está en orden, consentimientos firmados etc. Le realizará las correspondientes analíticas y procederá a preparar todo lo necesaria en la sala de dilatación para que el anestesista proceda a la anestesia. Cuando la matrona considere que es el momento de poner la epidural avisará al anestesista teniendo una mesa auxiliar, que habrá preparado con la ayuda de la TCAE, con todo lo necesario para preparar el campo estéril así como para realizar la punción y medicación por si hubiera alguna complicación, teniendo preparada una ampolla de efedrina y de atropina.

La matrona colaborará en todo momento con el anestesista, y tendrá preparada a la parturienta antes de que este llegue. La preparación consistirá en una canalización de vía venosa por donde le irá transfundiendo un suero ringer lactato, monitorización para comprobar latidos del feto. La posición de la parturienta será decúbito lateral izquierdo o sentada para realizar la punción.

Una vez puesta la epidural la matrona comprobará en todo momento el mantenimiento del catéter el funcionamiento de la bomba de infusión y las constantes vitales. También realizará el sondaje vesical si fuese necesario. Todo ello auxiliada por la TCAE

- Actividades a realizar por la enfermera (DUE) y el TCAE en el postparto:

Valoración de la paciente por parte de la enfermera registrando los datos en la hoja de observaciones de enfermería.

Se pide la dieta a la cocina.

Se pauta medicación en hoja de medicación si así hubiera orden del ginecólogo o matrona.

Se procede al registro de acciones de enfermería y TCAE tales como constantes vitales, educación en nidos, educación maternal, hemogramas de control, cura de episiotomía, lavador perineales, otoemisiones del bebe, hipotiroidismo del recién nacido, metabopatías.

Los gases del cordón umbilical se meten en la historia de la madre.

Si la púérpera es RH (-) se reclama la hoja de profilaxis al laboratorio para ponerle profilaxis se procede.

Se toman constantes vitales a las 4 horas, 6 horas y 10 horas del parto, así como altura uterina, pérdidas, número de compresas utilizadas. Procurar que realice micción y movilización en las primeras 6-8 horas. Observando que vacía perfectamente la vejiga no palpándose masa supra púlica. Todo esto se anota en la hoja específica para ello.

. También se procederá a la educación maternal sobre lactancia materna y cuidados del recién nacido. Se le entregará por escrito. Pasaremos a la madre a nidos para instruirla en el aseo del recién nacido y en la cura del cordón umbilical.

. Si la paciente ha parido con epidural hay que tener en cuenta que puede tener algunos efectos como sedación excesiva, cefaleas, náuseas, vómitos, ante estos hechos avisaremos siempre al anestésista.

- Actividades al alta:

Se registra en el informe el tipo de lactancia.

Se registra también si se realizó episiotomía.

Se registrará si la puerpera o el recién nacido necesitan cuidados de enfermería domiciliarios.

5 Discusión-Conclusión

Procurar los cuidados necesarios a la parturienta para que el parto se desarrolle de manera correcta, sin complicaciones es la finalidad del equipo de enfermería y del cuidado de la gestante, así como del neonato.

Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://saludcantabria.es/>.

- <https://www.osakidetza.euskadi.eus/>.

- Protocolo atención al parto del Hospital Carmen y Severo Ochoa Cangas del Narcea. Asturias. https://www.perinatalandalucia.es/file.php/1/PLan_partos_espanol_baja.pdf [[internet]

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 595

VENTAJAS DEL EJERCICIO FISICO EN LA DIABETES TIPO 2

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

1 Introducción

La práctica regular del ejercicio representa un aspecto muy importante en el tratamiento de la diabetes. El ejercicio potencia la acción de la insulina sobre el metabolismo de los carbohidratos, este efecto hace que aumente el riesgo de hipoglucemia durante y después del ejercicio. En pacientes con diabetes tipo II la práctica de ejercicio de forma regular es un aspecto fundamental del tratamiento, junto a la dieta y los hipoglucemiantes orales. Antes de recomendar el ejercicio en pacientes con diabetes tipo II, deben valorarse los beneficios y los riesgos que pueden ocasionar, desarrollando ejercicios adecuados y controlando al paciente para evitar complicaciones.

2 Objetivos

- Conocer cómo el ejercicio moderado y continuado es útil en pacientes diabéticos para poder controlar sin fármacos o los menos posibles los niveles de glucemia.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos publicados en revistas indexadas en bases de

datos: Infomed, Pubmed, Medline. Se emplean como descriptores: ejercicio, físico, tratamiento, diabetes, diabético, tipo II. Se emplean como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso libre.

4 Resultados

Los beneficios del ejercicio son de manera resumida los que sigue:

- Disminución de la glucemia.
- Disminución de concentración basal de insulina.
- Mejora de la sensibilidad a la insulina.
- Mejora del perfil lipídico: disminución de triglicéridos, disminución de LDL colesterol y aumento del HDL colesterol.
- Mejora de la hipertensión arterial.
- Aumento del gasto energético.
- Mejora de la función cardiovascular.
- Mejora sensación de bienestar y en definitiva una mejora de la calidad de vida.

El entrenamiento físico mejora la sensibilidad a la insulina y de este modo facilita el control glucémico.

Por otra parte el ejercicio físico puede conllevar riesgos al paciente diabético:

- Hipoglucemias en pacientes tratados con insulina oral.
- Hiperglucemias después del ejercicio físico violento.
- Precipitación o agravamiento de enfermedades cardiovasculares: angina, arritmias, muerte súbita.
- Empeoramiento de complicaciones crónicas de la diabetes: retinopatía, hemorragia vítrea o desprendimiento de retina. Nefropatía, aumento de la proteinuria. Neuropatía periférica, lesiones sobre tejidos blandos y articulaciones. Neuropatía autonómica, disminución de la capacidad aeróbica, hipotensión postural, respuesta a la deshidratación alterada.

Con el objetivo de evitar riesgos innecesarios se debe practicar un minucioso estudio para descartar enfermedades cardíacas a todo paciente diabético antes de iniciar un programa de ejercicios, y descartar la existencia de enfermedades articulares. Deben considerarse ejercicios de riesgo elevado todos aquellos que desencadene aumentos en la tensión arterial, tales como levantamiento de pesos. Con una adecuada selección, tipo, intensidad y duración del ejercicio toda esta serie de complicaciones pueden ser minimizadas.

Antes de comenzar con un programa de ejercicios se practicará una historia clínica con exploración física pormenorizada. Se practicará un electro cardio-

grama de esfuerzo a todos los pacientes diabéticos mayores de 35 años, esto permitirá identificar posible existencia de lesión isquémica, hipertensión solapada o hipotensión ortostática. En líneas generales son preferibles ejercicios de intensidad moderada, aeróbicos y de forma continuada que aquellos ejercicios violentos y prácticas de forma intermitente.

No se recomiendan los deportes de contacto corporal violento, tipo boxeo o lucha en retinopatía proliferativa, ni los maratones en neuropatía periférica. Al iniciar ejercicio se realizara una sesión de calentamiento de 5-10 minutos para evitar lesiones musculares. El momento intenso del ejercicio tendrá una duración de 20-45 minutos. En general el ejercicio se prohibirá si la presión sistólica sobrepasa el límite de 180 mmHg. Al finalizar cada ejercicio se recomienda un enfriamiento progresivo de 5-10 minutos que reduce el riesgo de complicaciones cardíacas o musculoesqueleticas post-ejercicio. Los pacientes practicarán ejercicio 3 o más veces por semana o a días alternos, si el ejercicio se practica de forma idónea es perfecto para reducir peso junto con dieta hipocalórica.

Los pies han de ser inspeccionados después de la práctica de ejercicio. Para que una determinada población se inicie en la práctica habitual de ejercicio hay que utilizar técnicas de motivación. Estas técnicas consisten en poder ofertar unas actividades deportivas con las que el paciente disfrute, además que le proporcione una amplia variedad de ejercicios que pueda compaginar en un mismo lugar y con su tiempo libre. También se debe incitar a estos pacientes que participen en actividades deportivas de equipo. Lo más importante es iniciar el ejercicio lentamente con una progresión gradual y desde luego desechar metas inalcanzables.

Se definirán programas de ejercicios individualizados para aquellos pacientes que no han practicado ejercicio de forma regular con anterioridad o que presenten complicaciones graves de la diabetes u otra clase impedimentos. Las unidades de atención al paciente diabético deben ofrecer una serie de programas de ejercicios para los pacientes con diabetes tipo II. Sin embargo, la práctica de ejercicios sin supervisión alguna es frecuente y lo que en principio podía ser un beneficio puede ser un factor de riesgo.

El ejercicio aumenta la sensibilidad periférica de la insulina e incrementa la utilización de la glucosa por los tejidos, esto disminuye la concentración de glucosa plasmática. El ejercicio provoca un aumento del gasto energético y cuando este se complementa con una dieta adecuada contribuye a una pérdida de peso. La práctica habitual de ejercicio es un complemento del tratamiento en la diabetes mellitus tipo II. la diabetes tipo II suele manifestarse en pacientes mayores y obe-

sos. En esta clase de paciente es muy elevada la prevalencia de complicaciones y debido a estas se presentan una serie de dificultades que limitan la práctica de ejercicio físico, por ello en este grupo de pacientes se debe programar el ejercicio correctamente, a fin de evitar las lesiones secundarias. Toda actividad física debe reunir una serie de características concretas que motiven y estimulen su práctica.

Un aumento de la actividad física diaria a base de caminar, subir escaleras y otras actividades sencillas es una forma excelente de iniciarse en la práctica de ejercicio. En los pacientes tratados únicamente con dieta no suelen plantearse problemas dietéticos severos, salvo en ejercicios intensos y de larga duración. Hay que tener en cuenta el riesgo de hipoglucemia en aquellos diabéticos tratados con insulina y en particular los que toman sulfonilureas.

El paciente con dieta hipocalórica responde normalmente bien al ejercicio físico, además los riesgos adicionales que pudieran presentarse se contrarrestan con una dieta rica en vitaminas y minerales, y sobre todo se suple la pérdida de líquidos con una buena hidratación. Los pacientes con diabetes tipo II y obesidad recibirán las instrucciones de su programa de ejercicios de forma progresiva y lentamente, además estos ejercicios deben evitar cualquier riesgo que pueda producir lesiones corporales o empeorar las complicaciones crónicas existentes.

En la diabetes de pacientes no insulino-dependientes, pueden darse una serie de hechos que condicionan una respuesta distinta al ejercicio físico. Existe con frecuencia sobrepeso y los niveles de insulina no disminuyen con el ejercicio como en el sujeto no-diabético y, en consecuencia no hay un incremento de la producción de glucosa por el hígado.

No obstante, deberíamos concretar los posibles beneficios que el ejercicio le puede producir:

- Mejora la tolerancia hidrocabonada.
- Disminuye el colesterol LDL.
- Aumenta el colesterol HDL.
- Mejora la hipertensión.
- Tiene un efecto psicológico positivo.

Algunos estudios epidemiológicos sugieren el efecto favorable del ejercicio sobre la enfermedad cardiovascular, tanto en no diabéticos como en diabéticos en los que mejoran factores de riesgo como la hiperglucemia, factores de coagulación, lipoproteínas plasmáticas y la presión arterial. Pero no solo debe tenerse en cuenta posibles beneficios del ejercicio en el diabético, se debe considerar de forma

muy especial los posibles riesgos que a continuación señalamos:

- Hipoglucemia.
- Diabéticos descontrolados: cetosis.
- Precipitar angor, infarto miocardio.
- Aumento de la presión arterial durante el ejercicio
- Hemorragia retiniana.
- Úlceras de pie.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha prestado mucha atención al tema del ejercicio físico como una medida a añadir en el tratamiento del paciente diabético y muchas veces nos hemos planteado el porqué de esta indicación. Hemos comentado los beneficios que se espera conseguir de la actividad física en el paciente diabético y hemos apuntado que puede mejorar su situación cardiovascular, el control metabólico, los niveles de colesterol y sus fracciones, la sensibilidad de los tejidos a la insulina, inducir cambios en la composición corporal que provoquen aumento de la masa muscular y disminución de la grasa corporal, colaborar en la reducción del peso, siempre que no se haga un aumento compensatorio de la ingesta calórica supletoria y en general conduce al paciente a una situación de bienestar. Cuando se ha familiarizado con la realización de un plan de ejercicio que sigue con asiduidad y comprueba sus beneficios, por lo tanto debe hacerse énfasis en este aspecto psicológico beneficioso que el ejercicio reporta al diabético.

6 Bibliografía

- Horton E.S. Ejercicio. En Harold E, Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones.
- American Diabetes ASSociation. Diabetes Mellitus and Exercise.
- F.J Díaz Cadórniga
- E.Delgado Alvarez.

Capítulo 596

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA (RTU)

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

1 Introducción

La próstata es una glándula que se encuentra debajo de la vejiga de los hombres y produce el líquido para el semen. El cáncer de próstata es común en hombres de edad avanzada. Este tipo de cáncer es raro en hombres menores de 40 años. Los factores de riesgo de desarrollarlo incluyen: tener más de 65 años, historia familiar. Casi todos los cánceres de próstata son adenocarcinomas. Estos cánceres se desarrollan a partir de las células glandulares (las células que producen el líquido prostático que se agrega al semen).

Otros tipos de cáncer que se pueden originar en la próstata son:

- Carcinomas de células pequeñas
- Tumores neuroendocrinos (aparte de los carcinomas de células pequeñas)
- Carcinomas de células transicionales
- Sarcomas

Algunos cánceres de próstata crecen y se propagan rápidamente, pero la mayoría crece lentamente. De hecho, los estudios realizados en algunas autopsias muestran que muchos hombres de edad avanzada (e incluso algunos hombres más jóvenes) que murieron por otras causas también tenían cáncer de próstata que

nunca les afectó durante sus vidas. En muchos casos, ellos no sabían, que tenían cáncer de próstata.

Los síntomas del cáncer de próstata pueden incluir:

- Problemas para orinar, como dolor, dificultad para iniciar o detener el flujo de orina o goteo
- Dolor en la parte baja de la espalda
- Dolor al eyacular

Para diagnosticar el cáncer de próstata, se realiza un tacto rectal para buscar algún bulto o cualquier cosa fuera de lo normal. También se podrá realizar un análisis de sangre de antígeno prostático específico (PSA, por sus siglas en inglés).

El tratamiento del cáncer de próstata suele depender de la etapa del cáncer. Esto se determina sabiendo cuán rápido el cáncer está creciendo y cuán diferente se ve el tejido alrededor de la glándula. Los hombres con este tipo de cáncer tienen varias opciones de tratamiento. El mejor para una persona puede no ser el mejor para otra. Estas opciones pueden incluir sólo una observación cuidadosa y vigilancia médica sin tratamiento, cirugía, radioterapia, terapia hormonal y quimioterapia. También puede ser una combinación de estas.

La resección transuretral de próstata (RTU) es una técnica practicada desde el siglo XX a partir de los años 50, es la más utilizada hoy día en la mayoría de los hospitales, sobre todo del sistema público donde la técnicas laser no están del todo establecidas por su coste. Esta técnica se practica habitualmente con anestesia epidural.

El diagnóstico actual de la mayoría de neoplasias prostáticas se obtiene por biopsias motivadas por elevación del antígeno prostático específico (PSA), cuyo uso está muy difundido. Sin embargo, todavía es posible encontrar adenocarcinomas en informes histopatológicos de piezas operatorias de pacientes sin diagnóstico previo. Algunos casos no sorprenden, ya que no pocos pacientes llegan a la cirugía por hiperplasia prostática benigna sintomática con valores elevados de PSA y biopsias preoperatorias negativas.

Las opciones terapéuticas recomendadas son: vigilancia activa, tratamiento local con cirugía o radioterapia externa, y en pacientes con enfermedad avanzada, añosos o que deseen terapias no invasivas se puede plantear bloqueo hormonal.

2 Objetivos

Exponer un protocolo actualizado de actuación ante la resección transuretral de próstata.

3 Metodología

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

4 Resultados

El urólogo introduce un aparato del grosor de un bolígrafo con cámara en la punta que se denomina resectoscopio, por la punta del pene y avanza por la uretra hacia la próstata para ir cortando el tejido tumeroso de la próstata que obstruye el conducto urinario, dejando el tejido cortado dentro de la vejiga para posteriormente aspirarlo con un sistema especial (pera de ELIK)

Periodo preoperatorio

- Al ingreso se valorará por parte de enfermería de control de constantes.
- Se le informara de la hora prevista de la intervención, registrando la hora de llegada a la unidad hospitalaria, se avisa también al médico responsable para que pague la medicación oportuna si fuese necesario.
- El día antes de la intervención quirúrgica se comprobará que el preoperatorio es el correcto (analíticas, radiografías de tórax, espirometría y que todo esté en la historia clínica), que no haya caducado, la caducidad es de 6 meses.
- Se comprueba también las reservas de sangre, la hoja de anestesia, se pesa y se talla y si fuese necesario la TCAE lo rasurará, y le aplicará también un enema de limpieza casen. Se mantendrá en dieta absoluta a partir de las 24 horas del día anterior a la intervención. Todos estos cuidados se registrarán en el plan de cuidados de enfermería.
- El día de la intervención se realizará la higiene preoperatoria, pintar el campo quirúrgico.

- Se controlan la constantes vitales, y se canaliza vía venosa en miembro superior izquierdo con catéter no inferior a 18 G.
- Se le administra la medicación pautaada por el Urólogo y se informa a los familiares donde podrán esperar al paciente y como obtener información médica de la intervención.

Cuidados necesarios en la planta de hospitalización después de la intervención

- Al llegar el paciente procedente del quirófano a la unidad hospitalaria, registraremos la hora de llegada a la misma, controlaremos las constantes vitales, ventilación pulmonar, nivel de conciencia, coloración de piel y mucosas, catéteres y sueroterapia, apósitos y drenajes, sonda vesical y tipo y tipo de anestesia utilizada en la intervención.
- Vigilaremos en todo momento las posibles complicaciones, dolor, fiebre, infección, hipovolemia o arrancamiento de sonda vesical.
- Las tcae colaborarán en los controles de líquidos y diuresis por turno, probando tolerancia oral según orden médica con dieta progresiva
- Se levantará al sillón y a caminar a las 24 horas de la intervención quirúrgica
- El redón se cambiará por turno las primeras 24 horas y posteriormente cada 24 horas hasta su retirada.
- Se realizaran sueros de lavado continuo a ritmo según grado de hematuria y por orden médica.
- Se retirará la sonda vesical por orden médica, siguiendo un protocolo, si el paciente está con tratamiento antibiótico se retira, si no está con tratamiento antibiótico primero recogerá la TCAE un urinocultivo y se comprobará que no existe infección antes de la retirada de la sonda.

En cuanto a los sueros de lavado se procederá de la siguiente manera:

- Existirá una hoja especial para registrar las entradas y salidas del paciente con sueros de lavado que se coloca en la pared de la cama del paciente cuando este llega a la habitación.
- El balance diario se calcula en el turno de noche, para ello se suman todas las entradas del día y todas las salidas (previamente se vacía la bolsa de diuresis para que esta cantidad se contabilice también) e halla la diferencia y esta será la diuresis del paciente que se registrará. Cuando se retiren los sueros de lavado se realiza el control en ese momento, se vacía la bolsa de diuresis para comenzar el control de forma ordinaria.
- Los lavados vesicales se realizan siempre con técnica estéril. Utilizar siempre jeringa y sueros nuevos. No se dejan abiertos en la habitación.

5 Discusión-Conclusión

La resección transuretral de la próstata (RTU) consiste en extraer parte de la glándula a través del canal del pene, con esta maniobra se pretende prevenir el crecimiento tumoral y así resolver la obstrucción del flujo urinario que provoca el tumor.

6 Bibliografía

- Protocolo RTU del Hospital Carmen y Severo Ochoa Cangas del Narcea (Asturias).
- <https://www.saludcastillayleon.es/>.
- <https://mdanderson.es/elcancer/glosario/r-t-u-reseccion-transuretral>[Internet].
- <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/prostata/paciente/tratamiento-prostata-pdq>.

Capítulo 597

CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE CON PANCREATITIS

NURIA MARIA FERNANDEZ LEON

1 Introducción

La pancreatitis aguda es un padecimiento relativamente común, con un gran potencial de consecuencias importantes. De gravedad clínica variable, la mayoría de las PA son leves (80-90%) caracterizándose éstas por edema pancreático con escasa repercusión sistémica, aunque existe un porcentaje (10-20%) que cursan con mayor severidad, desarrollando complicaciones órganos-sistémicas serias y, loco-regionales graves que pueden llegar a ser fatales. Aunque puede producir un cuadro crónico con recaídas, lo habitual es la presentación aguda que precisa hospitalización, que se resuelve con el tratamiento correcto y generalmente no produce secuelas, aunque en ocasiones pueda precisar cuidados intensivos o tratamiento quirúrgico.

La pancreatitis consiste en la inflamación del páncreas. Puede ser de carácter agudo o crónico. Las causas más comunes son los cálculos biliares y consumo excesivo de alcohol. Los síntomas más característicos son el dolor abdominal intenso, vómitos y fiebre.

En el 60 u 80% de los casos de pancreatitis aguda, las causas más frecuentes son los cálculos biliares y el abuso de alcohol. En el caso del alcohol, tomar más de 4-5 consumiciones alcohólicas al día durante más de 15 años aumenta el riesgo de padecerla, y uno de cada 10 alcohólicos sufre una pancreatitis alguna vez en su vida. Esta afección es frecuente en los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y en los que tienen hiperparatiroidismo e hipercalcemia.

También se ha observado la aparición de este trastorno en el periodo postoperatorio tras la cirugía abdominal y torácica, y en personas con excesivos niveles de grasa en la sangre (hiperlipemia, concretamente los niveles elevados de triglicéridos).

Cualquier tumor o inflamación que obstruya o disminuya el calibre del conducto que drena el páncreas puede provocar su inflamación. De hecho, algunas malformaciones como el páncreas divisum, la aparición de divertículos en el duodeno u otras alteraciones son causas de pancreatitis, aunque poco frecuentes.

La pancreatitis crónica se debe en el 90% de los casos al consumo habitual de alcohol, siendo más frecuente entre los varones de entre 35 y 45 años. Incluso un consumo moderado de alcohol puede ocasionar pancreatitis a personas que presenten predisposición genética, especialmente si se asocia a ciertos hábitos dietéticos, consumo de fármacos, y otros factores. De hecho, las dietas ricas en proteínas pueden favorecer el desarrollo de pancreatitis en personas alcohólicas. Ocasionalmente aparece junto con fibrosis quística o hiperparatiroidismo, o como una enfermedad hereditaria transmitida genéticamente.

Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos de diagnóstico para la pancreatitis pueden incluir los siguientes:

- . Radiografía abdominal: un examen diagnóstico que utiliza rayos invisibles de energía electromagnética para producir imágenes de los tejidos internos, los huesos y los órganos en una placa.

- . Exámenes de sangre: para determinar el aumento de enzimas propias del páncreas como la amilasa y la lipasa.

- . Ecografía: una técnica de diagnóstico de imágenes que usa ondas sonoras de alta frecuencia para crear una imagen de los órganos internos. Las ecografías se usan para visualizar los órganos internos del abdomen como hígado, bazo y riñones, y para evaluar el flujo sanguíneo de varios vasos.

- . Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE): un procedimiento que le permite al médico diagnosticar y tratar problemas de hígado, vesícula biliar, conductos biliares y el páncreas.

- Tomografía Axial Computarizada (TAC): este procedimiento de diagnóstico por imagen utiliza una combinación de tecnologías de rayos X y computadoras para obtener imágenes transversales (a menudo llamadas “rebanadas”) del cuerpo, tanto horizontales como verticales. Una TAC muestra imágenes detalladas de cualquier parte del cuerpo, incluidos los huesos, los músculos, la grasa y los órganos. La TAC muestra más detalles que los rayos X regulares.

- Líquidos administrados por vía intravenosa (IV).

- Suspender el consumo alimentos o líquidos por vía oral para limitar la actividad del páncreas.

Se puede introducir una sonda a través de la nariz o la boca para extraer los contenidos del estómago. Esto se puede hacer si el vómito o el dolor fuerte no mejoran. La sonda permanecerá puesta durante 1 o 2 días hasta 1 a 2 semanas.

El tratamiento de la afección que causó el problema puede prevenir ataques recurrentes.

En algunos casos, se necesita terapia para:

- Drenar el líquido que se ha acumulado en el páncreas o a su alrededor
- Extirpar cálculos biliares.
- Aliviar obstrucciones del conducto pancreático.

En la mayoría de los casos graves, es necesaria la cirugía para extirpar el tejido pancreático muerto, dañado o infectado. Además se debe evitar el tabaco, las bebidas alcohólicas y los alimentos grasosos después de que el ataque haya pasado.

En resumen, el tratamiento consistirá en tratamiento médico conservador con toma de analgésicos, administración de líquidos por vía intravenosa, control dietético y si no evoluciona bien, se pasará al tratamiento quirúrgico. Los cuidados de enfermería se basarán en el control de los síntomas y alivio del dolor. También informarán y prestarán apoyo psicológico al paciente.

2 Objetivos

- Establecer los signos y síntomas de la pancreatitis aguda, así como los cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados pancreatitis aguda, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, pancreatitis, aguda, páncreas, alcohol, inflamación, intestino.

4 Resultados

- Entre los principales síntomas de la pancreatitis aguda se encuentra el dolor abdominal intenso, que irradia hacia los hombros y la espalda en forma de cinturón; la presencia de vómitos, fiebre y, en algunos casos, derrame pleural, con dificultad para respirar. Este dolor está presente en todos los casos de pancreatitis, salvo en casos excepcionales como los asociados a una falta de riego en personas ingresadas en la UVI o unidades de reanimación y que se hallan bajo sedación después de una cirugía.

En algunas ocasiones, cuando el páncreas presenta una inflamación muy severa, asocia necrosis y hemorragia de las estructuras que hay a su alrededor, manifestándose como un hematoma en ambos lados del ombligo, siendo un signo de gravedad en la exploración llevada a cabo por el médico. Si el cuadro se agrava, pueden aparecer otros síntomas como disminución de la tensión arterial, insuficiencia respiratoria, renal, o cardíaca, alteraciones mentales, etcétera. En estos casos, se produce un fallo multiorgánico y se trata de una pancreatitis grave. Además, cuando la pancreatitis se presenta en un paciente alcohólico, puede asociarse un cuadro de delirium tremens que conlleva un agravamiento de la enfermedad y del pronóstico.

La pancreatitis crónica se manifiesta con dolor abdominal que se irradia en la espalda, trastornos digestivos (náuseas, vómitos) e intolerancia al alcohol, pérdida de peso (asociada a una digestión deficiente), y diarrea con presencia de grasa, que confiere a las heces un aspecto grumoso. En ocasiones el enfermo desarrolla diabetes mellitus, porque el páncreas no es capaz de producir insulina adecuadamente. Además, los pacientes con pancreatitis crónica inducida por el consumo de alcohol presentan calcificaciones pancreáticas.

- Los cuidados del TCAE son:

Colaboración en el proceso diagnóstico (analítica y determinación de enzimas pancreáticas en sangre y orina, radiografías, ecografías, TAC, etc.).

Vigilancia de constantes vitales, diuresis, registro del balance hídrico y del estado general del paciente.

Instauración y control de las vías venosas necesarias para la administración de medicamentos, perfusión endovenosa y control de la presión venosa central (PVC).

Facilitar un ambiente de tranquilidad y reposo al paciente durante su hospitalización. Si está indicado el reposo absoluto, se realizarán cambios posturales.

Realización de sondaje nasogástrico para reducir la estimulación del páncreas,

evitar los vómitos y eliminar aire y líquidos retenidos como consecuencia del íleo paralítico. Inicialmente está indicada la dieta absoluta.

Control de la glucemia, atención a los signos de hiperglucemia.

Preparación del paciente para la cirugía cuando esté indicado.

Educación sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados de enfermería en pacientes con pancreatitis se basarán en el control de las constantes vitales y los síntomas para actuar ante ellos. Colaborarán en el proceso de diagnóstico y vigilarán los síntomas y aparición de dolor para administrar la medicación prescrita. Como en cualquier otra enfermedad, se hará necesario informar al paciente de la evolución y alcance de ésta y prestar el apoyo psicológico necesario para afrontar los síntomas y el tratamiento.

6 Bibliografía

1. Fosmark CE. Chronic pancreatitis. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 59
- 2.- Forsmark CE. Pancreatitis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 144.
3. Elta GH, Barnett JL. Meperidine need not be proscribed during sphincter of Oddi manometry. Gastrointest Endosc 1994; 40:7-9.
4. Rubin DC. Pancreatitis. In: Woodley M, Whelan A, eds. Manual of medical therapeutics: the Washington manual. Boston: Little, Brown 1992:306-308.
5. Elsborg L, Brungsgaard A, Standgaard L, Reynicke VV. Endoscopic retrograde pancreatography and exocrine pancreatic function in chronic alcoholism. Scand J Gastroent 1981;16:941.
6. Cervantes Cruz J., Dolor en pancreatitis, Revista Dolor, Foro Nacional de Investigación y Clínica Médica, Año 6, Vol. IX, 2009

Capítulo 598

LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS

NURIA MARIA FERNANDEZ LEON

1 Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada actualmente un problema de salud pública en el ámbito mundial por su prevalencia e incidencia creciente en la población, su importancia relativa en la carga de enfermedad del país, su comportamiento crónico o permanente, su potencial letal y porque representa un importante gasto en salud para el sistema, dado que requiere una alta complejidad técnica en su manejo.

Las enfermedades crónicas, también limitan o ponen en riesgo la existencia y la calidad de vida de quien las tiene, y de todo el sistema de relaciones interpersonales en que está implicada la persona y su familia, que ve seriamente afectada toda su dinámica y funcionamiento. En este sentido la ERC debe ser considerada como una condición que requiere un ambiente humanístico para su cuidado, así como un abordaje integral encaminado a un diálogo y trabajo colaborativo entre los profesionales que brindan sus cuidados al individuo con la enfermedad y su familia. De tal forma, es primordial reconocer el papel que desempeña enfermería como disciplina que lidera el cuidado, y como principal responsable en la monitorización y control de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes cada día en diversos entornos.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados de enfermería en los pacientes hemodializados, asegurando su calidad de vida, una atención integral, así como un apoyo a paciente y familia.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados enfermo renal, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: plan de cuidados, hemodiálisis, diálisis.

4 Resultados

- En enfermería se utilizan todos los recursos disponibles para convertirse en una aliada del paciente y su familia y así brindar la educación, el apoyo y la orientación necesaria para que el régimen terapéutico sea efectivo y el paciente reciba los beneficios de un adecuado cuidado. La educación ofrece a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica las bases de un conocimiento que facilita su participación activa en las decisiones sobre su propio cuidado para lograr los resultados deseados. Los objetivos educativos deben ser orientados a las necesidades del paciente, con un plan educativo que dé cuenta del estilo de aprendizaje del paciente y los posibles obstáculos de su proceso educativo. Al educar continuamente a los pacientes sobre los temas que son importantes para ellos, las enfermeras pueden ayudarlos a mejorar los resultados, crear actitudes positivas en cuanto a su tratamiento, y ser más independientes. El paciente con insuficiencia renal se somete a cambios en su vida cotidiana, y el conocimiento de la hemodiálisis es crítico para que el paciente entienda las complicaciones, restricciones en alimentos, líquidos, uso de medicamentos, amenaza de su propia imagen, que generan estrés, conflicto y ansiedad, lo que interfiere con la adherencia a la terapia.

Todos estos conocimientos interfieren con el auto-cuidado, dado que el individuo es el principal responsable de su calidad de vida, vivir con diálisis. Los efectos beneficiosos de la intervención de cuidados de enfermería, promueve un cambio positivo significativo en el autocuidado en comportamiento tales como la dieta,

la presión arterial, control del peso, ejercicio y descanso, que los pacientes evidencian difíciles de controlar. Por lo tanto, el cuidado en salud de enfermería se debe utilizar activamente en la práctica clínica para que los pacientes de diálisis realicen autocuidado a través de la retroalimentación continua. La familia en el paciente con insuficiencia renal es considerada parte esencial en la atención del cuidado y es importante en este proceso para generar prácticas de buenos hábitos que ayuden al paciente en su estilo de vida, tiene el papel de alentar y disminuir las tensiones que se vayan presentando a lo largo del proceso de la enfermedad, por esta razón el personal de enfermería debe apoyarse en la familia para la planificación de cuidados con el fin de generar beneficios al paciente. Para esto se debe analizar las condiciones físicas, económicas y socioculturales para conocer si realmente existen los medios en casa para brindar al enfermo la atención adecuada, ya que se deberá afrontar la enfermedad y también múltiples cambios en estilos de vida del paciente. El apoyo y cooperación de enfermería hacia la familia, le ayuda a disminuir su incertidumbre y a prepararse para desempeñar un papel activo en el cuidado del paciente en el hogar, permitiéndole elegir el tipo de soporte más adecuado para las necesidades propias y decidir hasta donde desea tener parte en el cuidado de la persona enferma.

Al atender al paciente es la necesidad de respetar sus deseos, tanto en la elección de tratamiento como en la posibilidad de modificar o retirarse de éste, por lo que un documento de voluntad anticipada es muy limitado en las unidades de diálisis, para establecer la anticipación del cuidado en donde se exprese una posición clara con respecto a la instauración de cuidados agresivos como el requerimiento de ventilación asistida, estado vegetativo, maniobras de resucitación en caso de parada cardiorrespiratoria en situaciones límite del fin de la vida, es importante la recogida y custodia de datos relativos a la voluntad última de los pacientes del respeto a sus decisiones, en caso de pérdida de su autonomía con esto muchas situaciones que se viven en la práctica clínica se podrían simplificar u optimizar a la voluntad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar de forma sistemática un método de trabajo de enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Más allá de la ejecución de tareas o la realización de procedimientos, el objetivo del desarrollo del conocimiento en enfermería es contribuir al acervo de conocimiento que se requiere para la práctica clínica en una gran variedad de

situaciones, comprender las necesidades de las personas y aprender a cómo cuidar mejor de ellas.

Dentro de los elementos clave del cuidado del paciente en hemodiálisis, la educación del paciente, la participación del paciente en la planificación de sus cuidados, el autocuidado, la participación de la familia y las redes de apoyo, la satisfacción del paciente como objetivo de calidad y la importancia de las relaciones de la enfermera en cada una de las etapas de cuidado con el paciente y su familia.

Estos elementos como pilares en la planificación de cuidados enfermeros, tienen que estar organizados dentro de una estructura de conocimiento, bases científicas y evidencia práctica dentro de un lenguaje estandarizado, con flexibilidad de aplicación de acuerdo a los diferentes contextos y momentos. La importancia de determinar los diagnósticos de enfermería comunes en los sujetos sometidos a hemodiálisis, tiene el propósito de ayudar a los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes renales crónicos proporcionando herramientas para la planificación de la asistencia

Los efectos beneficiosos de la intervención de cuidados de enfermería, promueve un cambio positivo significativo en el autocuidado. La familia en el paciente con insuficiencia renal es considerada parte esencial en la atención del cuidado y es importante en este proceso para generar prácticas de buenos hábitos. El personal de enfermería debe apoyarse en la familia para la planificación de cuidados con el fin de generar beneficios al paciente.

6 Bibliografía

- 1. Orem D. Modelo de Orem: La teoría de Enfermería. Una Teoría General. Una Teoría General. cap 3. Madrid: Masson-Salvat; 1993. p. 7-22.
- 2. Marcos V. Plan de Cuidados Enfermeros en SM 2008.
- 3. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo 2013.
- 4. Díaz W, Nieto C. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. Rev Salud Pública. 2003;14 (5):300-5.
- 5. Pons A, Escoda T, Brull L, Anento S, Martínez E, Porcar E. Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal y hematuria 2005.
- 6. Abril M, Iglesias R, Jerez A, López M, Mañé N, Yuste E. Aplicación de una técnica cualitativa para la elaboración de un plan de atención al paciente pluri-patológico en hemodiálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2004; 7 (4).

Capítulo 599

CALIDAD DE LOS PROCESOS COMUNICATIVOS ENTRE EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y EL PACIENTE

ROSA ISABEL FERRERO RUBIN

LORENA MARTINEZ MARTIN

GEMMA MIGUÉLEZ VALLE

REYES CASTAÑÓN. MARCOS

1 Introducción

La comunicación terapéutica es un enfoque que surge de forma reciente en el contexto sanitario, basado en un trato humanizado al paciente y caracterizado por el adecuado uso de las palabras, las expresiones verbales del sanitario, la prosodia, el tono de la voz, la cercanía o el desarrollo de explicaciones simples y comprensibles. También la postura, mirada o la gestualidad son elementos que forman parte de la comunicación terapéutica (Belda, 2012; Allen, 2014).

En este sentido, otorgar información clara, comprensible y suficiente, es una de las bases del proceso asistencial en el ámbito hospitalario. Por ello, la información aportada debe ser, asimismo, adaptada a la edad, capacidad intelectual y nivel sociocultural del interesado, quien además podrá solicitar no ser informado, de-

cisión que el facultativo o el personal sanitario que le atiende debe de respetar (García-Millán, 2009).

La calidad de la información se hace especialmente relevante cuando, además, nos encontramos ante un procedimiento quirúrgico. Una cirugía es un proceso complejo que provoca temor y ansiedad en la totalidad de pacientes que se enfrentan a un proceso de este tipo. Por ello, el TCAE será una figura fundamental en esta etapa, pues estará en contacto permanente con el paciente, abordando sus temores y clarificando la situación (Borgani y Cerminara, 2003; Chirveches-Pérez et al., 2006).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar la calidad de la información otorgada por el TCAE al paciente, así como la percepción de este.

Objetivo secundario:

- Diferenciar dicha calidad en dos contextos diferenciados: a nivel preoperatorio y de hospitalización, así como los efectos de esta comunicación a corto y largo plazo.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web ofScience, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: comunicación terapéutica, calidad, información, sanidad, auxiliar, TCAE, cirugía. A través de estos tópicos, se encontraron 23 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 7 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 16 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 11. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios (Figura 1).

4 Resultados

A). Calidad de la información en un contexto preoperatorio:

Tras analizar los artículos seleccionados, se encuentra que ante -un proceso quirúrgico- el paciente va a pasar por varias etapas que le afectarán a nivel psicológico y emocional. Por ello, la visita preoperatoria será fundamental de cara a abordar los temores que puedan surgir. De este modo, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) tendrá unas funciones básicas a desempeñar, tanto el día previo como momentos antes de la cirugía, ya que podrán tranquilizar al paciente, darle información clara y sencilla, descripciones reducidas sobre el proceso a realizar, trasladar las dudas del paciente a otros sanitarios y complementar dichas explicaciones en caso de ser preciso. Se encuentra que, gracias a esta intervención básica realizada por el TCAE, el nivel de ansiedad en los minutos previos a una operación se ve reducida en el paciente en comparación a situaciones donde este apoyo no se lleva a cabo. Por otro lado, información técnica también debe recabada por parte del personal sanitario en momentos previos a la cirugía, colaborando el TCAE en dicha tarea: confirmar de forma verbal la identidad de la persona, corroborando su patología y zona a operar. Asimismo, la preparación previa del paciente, que también será llevada a cabo por el TCAE, será esencial de cara a evitar infecciones de sitio quirúrgico.

B). Análisis de otros factores que afectan a la calidad de la información:

Se encuentra que la percepción de los pacientes, acerca de la calidad de la información recibida por parte del TCAE y otro personal sanitario, depende del contexto concreto a explorar. Por un lado, en procesos quirúrgicos, no se cumplen las expectativas de los pacientes a la hora de recibir información sobre el mismo, especialmente en relación con la anestesia. En este sentido, se debe tener en cuenta que el grado de información solicitado va a depender de varias características propias de la persona, si bien - a nivel general - se encuentra que las demandas que más verbalizan los pacientes son las referidas a los procesos anestésicos, posibles complicaciones, cuidados postoperatorios y otros temores personales; dudas que no parecen ser respondidas de forma clara por parte del TCAE y resto de sanitarios.

Por otro lado, en otros procesos rutinarios a nivel de hospitalización, los pacientes refieren falta de información clara acerca de los cuidados que se les van a realizar y falta de trato humanizado por parte del TCAE (no llamarles por el nombre ni presentarse por el propio). Sin embargo, la mayoría afirman que, aunque la información facilitada en ocasiones es poco clara y demasiado técnica, suele ser suficiente.

C). Efectos de la comunicación terapéutica:

Tras analizar los artículos seleccionados, se halla que el auxiliar de enfermería (TCAE) no solo aporta cuidados al enfermo, sino también apoyo y estabilidad emocional a partir de la aplicación de la comunicación terapéutica. Así, el TCAE deberá disponer de determinadas capacidades, tales como la compasión, simpatía o empatía, que le permitirán abordar situaciones en las que el paciente se encuentre experimentando ansiedad o temor.

Por otro lado, se detecta que la comunicación terapéutica va directamente ligada a la escucha activa y efectiva, que promueve grandes beneficios a corto y largo plazo, ayuda a la estabilidad emocional del paciente e interviene directamente sobre las preocupaciones de este, apaciguándolas y haciéndolas realistas. Todo esto se vuelve fundamental cuando el paciente va a ser sometido a algún tipo de intervención quirúrgica, aunque también se detecta que-en general- la comunicación terapéutica funciona de forma eficaz y efectiva en todo tipo de pacientes, independientemente de su edad, patología o tiempo de hospitalización.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el proceso de comunicación terapéutica no es un complemento de los cuidados, sino que es la base de la atención asistencial por parte del TCAE. Una adecuada formación en este campo, dirigida al TCAE y al resto del personal sanitario, será esencial para ayudar al paciente a afrontar sus inquietudes y a fomentar su confianza en el sistema de salud.

Por otro lado, las funciones del TCAE en etapas previas a la cirugía son fundamentales, ya que no solo prepararán al paciente a nivel físico para la cirugía, sino que también intervendrán a nivel emocional y psicológico, reduciendo niveles altos de ansiedad y permitiendo a la persona afrontar el proceso con seguridad y confianza.

Finalmente, la calidad de la información otorgada al paciente no está claro, haciéndose eco varios estudios analizados acerca de esta controversia: una información amplia, comprensible, sencilla y detallada puede tranquilizar a unos pacientes, pero generar ansiedad en otros. Por ello, la información debe ser aportada siempre, pero tras preguntar al paciente si quiere escucharla, atendiendo a su negativa. En caso de que desee ser informado, las explicaciones deben ser claras, pero también concisas, obviando detalles que puedan generar temores. Así, se conseguirá prevenir la ansiedad asociada a determinados procesos sanitarios.

6 Bibliografía

- Aller, C. G. (2014). La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*, 2(2), 82-92.
- Belda, L. L. (2012). La comunicación, pieza clave en enfermería. *Enfermería dermatológica*, 6(16), 16-19.
- Blan, R. V., Tomás, J. A., & Baute, P. F. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3).
- Valverde, C. (2007). Comunicación terapéutica en enfermería. *Norte de Salud mental*, 7(29).
- Borgani, S., & Cerminara, R. (2003). Preparación del paciente prequirúrgico. *Med Infant [Internet]*, 10(4).
- Chirveches-Pérez, E., Arnau-Bartés, A., Soley-Bach, M., Rosell-Cinca, F., Clotet-Argemi, G., Roura-Poch, P., ... & Faro-Blasco, M. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería Clínica*, 16(1), 3-10.
- Gutiérrez, L. A., Natello, L., García, D. D., Gamboa, M. S., Gamba, D. L., & Ruiz, A. F. (2017). Rol de enfermería en la etapa prequirúrgica del paciente ambulatorio. *Medicina Infantil*, 24(2).
- García Millán, Á. (2009). La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(6), 275-279.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Marín, J. R., & Moyano, S. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4), 581-585.
- Ortiz, B., Miguel, Y., & Vega Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 81-94.

Capítulo 600

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS.

MARÍA MARTÍN ÁLVAREZ

ELENA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ALBA QUINTANA FERNÁNDEZ

MARTA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión presentan dificultad para poder tener una buena calidad de vida ya que pueden ser molestas, dolorosas y olorosas. Su aparición provoca un ascenso de la morbilidad y un aumento del gasto socio-sanitario.

Las úlceras por presión son lesiones en la piel como resultado de la unión de diversos factores externos y diferentes desarrollos fisiológicos como por ejemplo la presión continuada en diferentes partes del cuerpo. La forma de desarrollo de una úlcera por presión se debe a la presión sometida a determinada zona y el estado físico que presente el paciente. Con mayor frecuencia se presenta en personas de avanzada edad, ya que su estado físico está más deteriorado.

Para su prevención y tratamiento se precisa de diferentes recursos para reducir al máximo posible su aparición. Es importante conocer los factores de riesgo principales para poder actuar en consecuencia. Los cambios posturales son empleados para evitar su desarrollo.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes factores de riesgo que implican la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

3 Metodología

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

Los descriptores utilizados son en español: úlceras, prevención úlcera, factores de riesgo. Se utilizaron criterios de inclusión: artículos desde el 2015 en adelante y de exclusión artículos en inglés.

4 Resultados

La prevención significa la medida más eficaz a la hora de evitar la aparición de úlceras por presión. Deben existir una serie de conocimientos en las personas implicadas en su cuidado y esta educación es adquirida por los diferentes profesionales sanitarios. Estos profesionales deben hacerse cargo de adoptar las medidas necesarias para proteger las zonas de riesgo en los enfermos.

- Los factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión (UPP) son los siguientes:

- . Inmovilización: además de los diferentes cambios posturales a realizar, debemos dar importancia especial a factores como por ejemplo la nutrición, motivando la ingesta de líquidos y aportando nutrientes esenciales necesarios para un progreso adecuado evitando su aparición.

- . Otro factor de riesgo que motiva la aparición de úlceras son las incontinencias urinarias que suponen humedad en determinada zona de la piel, y para ello se deben realizar cambios de pañal y empapador de manera periódica.

Es importante una revisión diaria de la piel de estos pacientes, visualizando diferentes cambios de color en la piel, temperatura y cualquier cambio destacable.

- . Mala higiene: la higiene corporal juega un papel esencial, hidratándola, aplicando para ello lociones hidratantes con frecuencia.

- . Estado de objetos que tocan al paciente: dar importancia al estirado de las sábanas a la hora de realizar la cama, ya que los pliegues ocasionan roces con la piel de estos pacientes que pasan horas en la misma postura.
- . No aplicar dispositivos complementarios para favorecer la vascularización del paciente: existen dispositivos complementarios a los diferentes cambios posturales realizados por el personal sanitario como son los colchones antiescaras y taloneras.

La inmovilidad es el factor de riesgo principal, se deben hacer cambios posturales cada ciertas horas especialmente en pacientes encamados, y aquellos que no lo están precisarán la realización de actividad física de forma activa o pasiva.

5 Discusión-Conclusión

Pueden influir diferentes factores que eluden la aparición de úlceras por presión como pueden ser llevar un control en diferentes variables, por ejemplo el peso, los pliegues en la piel que presente el paciente, una buena nutrición, una correcta higiene, una buena hidratación, y una correcta realización de la cama en pacientes encamados, estirando las sábanas para que no presenten arrugas.

La educación sanitaria por parte del personal sanitario en la prevención de las úlceras por presión resulta esencial para disminuir la morbilidad en estos pacientes.

6 Bibliografía

- Martínez Mateo M., García Herrera D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo?. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2019 Dic 28] ; 29(3): 138-140.
- Balaguer Orellana M., Llorente Ruiz G., García Rodríguez D. Factores de riesgo y prevención de las úlceras por presión. Investigación en salud y envejecimiento. [citado 2019 Dic 28] ; (5): 25-28.
- Vallés Suárez M.C et al. Análisis de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. ed. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud 2016; p389-394

Capítulo 601

LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGIAS

ELVITA GARCIA CAO

JOSE ANTONIO VEGA GARCIA

1 Introducción

Los cambios ocasionados por las nuevas tecnologías (NNTT) en todos los campos y aspectos de la vida en toda la población, estos cambios provocan motivo de preocupación por sus efectos negativos que son resultado de unos daños somaticos como psicológicos. Su uso a una edad cada vez más temprana, así como el abuso excesivo son alarmantes. Las consecuencias pueden ir desde el bajo rendimiento escolar, dependencia, pérdida de habilidades sociales hasta obesidad, alteraciones musculoesqueléticas y/o cardiovasculares, entre otros.

2 Objetivos

- Determinar las estrategias e intervenciones en el uso adecuado y responsable de las NNTT.

3 Metodología

Dada la creciente instrumentalización de las pruebas diagnósticas-terapéuticas, se va a desarrollar unos cuestionarios para valorar las consecuencias de este

fenómeno social que atañe, no solo a los profesionales de la salud, sino a toda la sociedad en general. Para ello, se va a impartir charlas en colegios de atención primaria los tres primeros meses del año y se evaluará posteriormente los conocimientos adquiridos así como, nuevas propuestas que cada individuo podrá hacer al final de cada cuestionario.

4 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a02.pdf>.
- <https://www.silicon.es/>.
- <https://www.efesalud.com/blog-salud-prevencion/10-males-de-las-nuevas-tecnologias/>.
- <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5353331.pdf>.

Capítulo 602

RIESGOS PARA LA SALUD EN FUMADORES PASIVOS

ELVITA GARCIA CAO

JOSE ANTONIO VEGA GARCIA

1 Introducción

Las personas que pasan gran parte de su tiempo junto a otras que están fumando son las llamadas fumadoras pasivas, ya que están inhalando humo de tabaco aunque no estén fumando. Estos sujetos pueden sufrir problemas de salud en el futuro debido a la inhalación de sustancias tóxicas. Hay personas más propensas a sufrir enfermedades o empeorar patologías ya existentes, entre ellas se encuentran los niños y los adultos con problemas cardíacos o respiratorios. El humo del tabaco tiene más de 4000 productos químicos, alguno de ellos muy tóxicos y cancerígenos.

2 Objetivos

- Determinar los riesgos que supone para la salud el hecho de ser fumador pasivo.

3 Metodología

Se va a realizar una revisión bibliográfica de diferentes artículos de diversas bases de datos como Cuiden y PubMed y en diferentes revistas científicas, usando como descriptores las palabras clave: salud, tabaquismo, riesgos biológicos, cáncer, fumadores pasivos .

4 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-informe-sobre-el-tabaquismo-pasivo>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002032.htm>.
- <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/riesgosasociados/fumador-pasivo>.
- <http://www.index-f.com/para/n20/425.php>.

Capítulo 603

FUNCIONES DEL TCAE EN SALUD HOSPITALARIA

MARIA AMOR QUETZAL GONZALEZ RODRIGUEZ

SUSANA LÓPEZ CARRO

1 Introducción

¿Qué es la atención hospitalaria? Es el segundo nivel de atención definido en la ley, ofrece a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que por su especialización o características, no pueden resolverse a nivel de atención primaria. La atención hospitalaria puede llegar a ser muy necesaria cuando se trata de personas mayores.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la salud hospitalaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en la salud hospitalaria son:

Desvestir y vestir a los pacientes cuando lo requiera su tratamiento.

Recoger y reponer las ropas de uso en la unidad.

Todas las actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, viene a facilitar las funciones del médico y enfermera o ayudante técnico sanitario, en cuanto no se opongan a lo establecido en el estatuto.

El resto de funciones dependiendo del área en la que trabaja.

Ayudar en los distintos procesos de cuidados valorados por la enfermera o auxiliar de enfermería se recogen en distintos modelos de valoración adaptados a la edad y el tiempo de permanencia del paciente en el hospital y son favorables para este.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de las funciones del TCAE en la salud hospitalaria se concluye que el TCAE brinda servicios de salud de óptima calidad, confiables y oportunos que garanticen una adecuada atención humana, basada en altos niveles tecnológicos científicos con la finalidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes en un ambiente agradable en excelentes condiciones.

6 Bibliografía

- Sspa.juntadeandalucia.es [actualizado y citado: 29 Sept 2019].
- Campustraining.es [actualizado y citado: 29 Sept 2019].
- Curly.unet.edu.ve [actualizado y citado: 29 Sept 2019].

Capítulo 604

EL PAPEL DE LA TCAE EN REHABILITACION

FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ

CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ

SHEILA SUAREZ SANGUINO

CRISTINA VEGA GARCIA

MOUNA LHARTI LHARTI

1 Introducción

La rehabilitación es una especialidad médica, que engloba procedimientos médicos, psicológicos y sociales que están dirigidos a ayudar a los pacientes a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, laboral y educacional que sea compatible con su discapacidad.

2 Objetivos

- Describir las funciones del técnico de cuidados auxiliares en enfermería (TCAE) en el servicio de rehabilitación y su participación en la ayuda al paciente a alcanzar sus objetivos para ayudarlo a su recuperación.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La rehabilitación tiene como misión dar una atención optima y satisfacer las necesidades de los pacientes, mediante unos cuidados especializados con la máxima calidad y seguridad, ayudando a tratar y curar patologías y en caso de discapacidad ayudar a su adaptación al entorno.
- Los TCAE tienen las siguientes funciones en el área de rehabilitación:
 - Facilitar todas las tareas del fisioterapeuta.
 - Recibir a los pacientes.
 - Limpieza y control de equipamiento.
 - Seguir la evolución del paciente para informar al especialista de cualquier cambio o mejora del paciente.
 - Ayudar en la colocación del paciente en el lugar especial de tratamiento.
 - Desvestir o vestir al paciente cuando lo requiera el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Es por tanto y a modo de resumen, el trabajo del TCAE fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- GM Céspedes-Aquichan,2005-scielo.org.com.
- AMG Rebollo, MJA Andrés, FM Pardo, SF Gonzalez- rehabilitación 2014.
- CPH Lema, JEP Parra- Aquichan, 2010- dialmet.unirioja.es.
- J. Gomez- Iruela, A Sedoño Vidal- fisioterapia, 2013.

Capítulo 605

CUIDADO AL PACIENTE ANCIANO: CARACTERÍSTICAS, FASES Y FUNCIONES DEL TCAE

GEMMA MIGUÉLEZ VALLE

REYES CASTAÑON. MARCOS

ROSA ISABEL FERRERO RUBIN

LORENA MARTINEZ MARTIN

1 Introducción

El envejecimiento de la población conlleva un déficit generalizado en las actividades funcionales e instrumentales de la vida diaria, algo directamente relacionado con el nivel social y económico de la persona. También diversas comorbilidades, su detección y prevención será esencial para paliar los efectos del envejecimiento. Esta tarea corresponde a la sociedad en su conjunto, así como del poder político y judicial (Pereira, 2004).

En este sentido, la enfermedad en la persona mayor adulta conlleva no solo una pérdida de capacidad funcional, sino también un aumento de la dependencia física que puede cursar con dificultades a nivel emocional y afectivo. La impotencia, desesperanza y el padecimiento de unas condiciones ya de por sí irreversibles, provocarán que los cuidados en esta etapa deban ser muy específicos, individualizados y adaptados a las circunstancias particulares de la persona. En el ámbito

hospitalario, esta vigilancia continuada será tarea fundamental del equipo de enfermería y auxiliares (Corrêa, 1997).

En el ámbito hospitalario, la persona anciana se va a ver sometida a una serie de procesos y procedimientos extraños, así como a tratamientos farmacológicos con efectos impredecibles. En muchas ocasiones, el deterioro cognitivo que cursa paralelo a esta hospitalización no permitirá al paciente anciano comprender las intervenciones realizadas sobre él por parte del personal sanitario, con la consecuente inseguridad, miedo y ansiedad. En muchas ocasiones, además, dicha institucionalización conllevará asimismo riesgos asociados tales como: inmovilización, desarrollo de úlceras por presión, etc.; que agravarán la percepción del anciano de su estancia (Formiga et al., 2000; Segovia et al., 2001; Pancorbo y García, 2001).

Por otro lado, una mayor facilidad para caerse se hace notable, con las consecuencias físicas y psicológicas que ello conlleva (Kinn y Hood, 2001). Otras dificultades asociadas, tales como infecciones nosocomiales, conllevará una merma en la calidad de vida del anciano, un aumento de la estancia hospitalaria y, finalmente, un aumento de las tasas de mortalidad en esta población (Baztan, González-Montalvo, Solano y Hornillo, 2000).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los cuidados individualizados, en un contexto hospitalario, con el paciente anciano con el fin de prevenir consecuencias negativas a nivel físico y emocional.

Objetivos secundarios:

- Describir las características fisiológicas del envejecimiento.
- Describir las fases a seguir en el cuidado del paciente anciano.
- Analizar las funciones de la figura del TCAE en el cuidado del paciente anciano.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: cuidados, anciano, sanidad, hospital, riesgos, planes, intervención. A través de estos tópicos, se encontraron

62 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 40 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 22 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 7 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 15.

4 Resultados

A). Características fisiológicas del envejecimiento:

El grupo de población de las personas mayores de 65 años va en incremento debido a la buena calidad de vida en los últimos años en nuestro país. Los ingresos hospitalarios son una de las demandas de este grupo de población debido a las múltiples patologías derivadas de los cambios fisiológicos del envejecimiento.

Los cuidados del paciente anciano irán en consonancia con el hecho de que, durante la vejez, se suceden en el organismo una serie de cambios fisiológicos que afectan a la función de distintos órganos y aparatos. Entre ellos, encontramos los que siguen:

- A nivel del aparato circulatorio, la función cardíaca se encuentra disminuida en un 30%. Por otro lado, los vasos sanguíneos pierden elasticidad a causa de la arterioesclerosis, disminuyendo el aporte de sangre a los tejidos.
- A nivel del aparato respiratorio, también se sufre un deterioro con la edad. Habría una pérdida de elasticidad del 25% en el pulmón, y una progresiva debilidad de las vías respiratorias.
- En el aparato digestivo se enlentece el vaciado gástrico y la motilidad intestinal.
- El riñón reduce su funcionalidad.
- En el aparato osteoarticular, las articulaciones comienzan a bloquearse por desgaste de la superficie.
- En relación al deterioro de funciones sensoriales, motoras y cognitivas, estas se relacionarían con una pérdida de neuronas y un menor riego cerebral.
- Descenso de factores de coagulación.
- El sistema inmunitario pierde eficacia y hace que los ancianos sean vulnerables a infecciones.

B). Fases a seguir en el cuidado del paciente anciano. Las fases a seguir en el cuidado del anciano a nivel hospitalario se detallan a continuación:

- El primer paso será recoger datos del sujeto, estableciendo un plan de cuidados según sus necesidades específicas. Esto proporcionará al sanitario unas pautas base de cara a unificar criterios de actuación por parte de los distintos profesionales.
- Diagnósticos de enfermería, basados en un juicio clínico, relacionado con los problemas de salud reales del anciano y que funcionarán como base para seleccionar a posteriori una intervención adaptada.
- Plan de cuidados: los planes de cuidados son individuales, concretándose con la persona anciana y el cuidador para garantizar una calidad de los mismos.
- Intervención: Es la fase de realización, que depende de las técnicas del auxiliar de enfermería, quien debe tener claro cuáles son sus funciones, colaborando con otros profesionales. Las intervenciones del TCAE pueden ser:
 Apoyo o educación (el auxiliar deja que el paciente se cuide).
 Parcialmente compensatoria (el auxiliar comparte la labor con el paciente).
 Totalmente compensatoria (el TCAE actúa por el paciente).
- Evaluación: aborda la cuestión de si se cumplen los objetivos previstos. En caso de no cumplirse, se valorarán las circunstancias y se tomarán medidas.

En cada fase hay que tener la documentación exacta, que debe ser concisa, hablada o escrita y registrada. Las cuatro fases del proceso no son lineales, se superponen. Aunque se describen por separado, es un proceso dinámico.

C). Funciones del TCAE en el cuidado del paciente anciano:

Las funciones del TCAE, que hacen referencia al objetivo global de las intervenciones del auxiliar, y clasifican en:

- Asistencial: respecto a la atención terapéutica y preventiva, proporcionando asistencia.
- Docente: respecto a la intervención en programas de formación con otros profesionales y en la enseñanza de autocuidados.
- Administrativa: participando en la planificación, organización y evaluación tanto de los objetivos del área de trabajo como de la institución.
- Investigación: colaborando con el equipo de salud en actividades de investigación.

5 Discusión-Conclusión

Antiguamente el cuidado del anciano estaba en el entorno familiar, sin embargo, hoy en día y gracias al aumento de la esperanza de vida, muchas de las personas

ancianas reciben cuidados continuados por parte de personal sanitario en hospitales o residencias. En este sentido, se percibe una necesidad de cuidados base en distintas áreas: domicilio, centros de salud, hospitales y centros de día. Estos ámbitos funcionarán como puntos de encuentro entre el personal de enfermería y del TCAE y el anciano.

Por ello, se muestra esencial analizar de forma adecuada la efectividad de distintas etapas en el proceso de atención y cuidados al anciano: por un lado, centrándonos específicamente en las intervenciones realizadas; por otro, estudiando el trabajo directo realizado por los equipos multidisciplinares, así como su eficacia.

El mejor método de intervención para una atención integral individualizada es, sin duda de forma conjunta y coordinada mediante el trabajo interdisciplinar. Eso obliga a los profesionales a compartir criterios y conocimientos, en unos objetivos y metodología comunes, haciendo el trabajo en función de las necesidades de las personas atendidas.

6 Bibliografía

- Baztan JJ, González-Montalvo JI, Solano JJ, Hornillo M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin* 2000; 115: 704-17.
- Cabrera, L. S., Sánchez-Palacios, M., Medina, E. H., Robaina, P. E., & Villanueva-Hernández, Á. (2008). Características y pronóstico de los pacientes mayores con estancia muy prolongada en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina intensiva*, 32(4), 157-162.
- Corrêa, ACO. Depressão e poliqueixas no idoso. *J. Bras. Psiquiatr. Rio de Janeiro*, n. 46, p.13-16, 1997.
- Cruz Lendínez, A. J., Villar Dávila, R., Ramiro, G., Antonio, P., López Medina, I. M., Jiménez Díaz, M., ... & Luis, P. (2007). Plantilla de enfermería y demanda de cuidados de ancianos hospitalizados, ¿son suficientes los recursos?. *Gerokomos*, 18(4), 10-17.
- Fernández, E., & Estévez, M. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*, 24(1), 8-13.
- Formiga F, López A, Sacanella E, Jacob X, Masanés F, Vidal M. Valoración de la capacidad funcional después de un ingreso hospitalario en pacientes nonagenarios. *Med Clin* 2000; 115: 695-6.
- Kinn S, Hood K. A falls risk-assessment tool in an elderly care environment. *Br J Nurs* 2001; 10 (7): 440-9

- López-Soto, A., Sacanella, E., Castejón, J. M. P., & Nicolás, J. M. (2009). El anciano en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44, 27-33.
- Martín-Sánchez, F. J., Fernández Alonso, C., & Merino, C. (2010). El paciente geriátrico en urgencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 163-172). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Pancorbo PL, García FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos/Helcos* 2001; 12 (4): 175-84
- Pereira, LSM. et al. Programa de melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. *Anais... Belo Horizonte*, 2004.
- Pintado, M. C., Villa, P., Luján, J., Trascasa, M., Molina, R., González-García, N., & de Pablo, R. (2016). Mortalidad y estado funcional al año de pacientes ancianos con ingreso prolongado en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 40(5), 289-297.
- Segovia T, Bermejo M, Molina R, Rueda J, Torra i Bou JE. Estudio de diferentes variables relacionadas con el estado nutricional y la presencia de úlceras por presión en pacientes mayores de 65 años con riesgo de desarrollar úlceras por presión en una Unidad de Enfermería de Medicina Interna. *Gerokomos/Helcos* 2001; 12 (3): 121-31.
- Villarejo Aguilar, L., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos*, 22(4), 152-161.

Capítulo 606

IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA PIEL EN PACIENTES ENCAMADOS ANCIANOS

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Actividades dirigidas a reducir el número de microorganismos en la piel, conseguir un mayor confort en el paciente encamado, valorar el estado de integridad de su piel y fomentar el autocuidado.

2 Objetivos

- Evaluar la higiene y el cuidado de la piel en el paciente encamado anciano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline, y dialnet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizando los siguientes descriptores: “anciano encamado” “integridad piel” “higiene encamados” “nutrición” “úlceras” “cicatrización”.

4 Resultados

- El envejecimiento cutáneo es un proceso fisiológico de nuestro cuerpo que se caracteriza por la aparición de arrugas, pliegues cutáneos, la piel se vuelve más fina y seca que en ocasiones se agrava por la pérdida o disminución del ácido hialurónico, pérdida de elasticidad, fragilidad cutánea exagerada, hematomas, etc. El mejor tratamiento es una buena educación sanitaria en buenos hábitos higiénicos y dietéticos.

- En la prevención de las úlceras por presión, son importantes los cambios posturales para aliviar la presión en las prominencias óseas una de sus principales causas. Se realizarán cada 3-4 horas permitiendo así un mayor espacio de sueño para el paciente encamado. En pacientes ancianos hay una mayor preocupación debido a la poca percepción sensorial y capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

El nivel de exposición de la piel con la humedad, por ello es importante mantener seca la piel en el anciano. La nutrición juega un papel crucial en la cicatrización de este tipo de lesiones tisulares, un estado nutricional correcto en este tipo de pacientes además podría emplearse como una herramienta de prevención para evitar la aparición de las UP.

Los cuidados deben tener como finalidad la comodidad, el buen estado de ánimo, una mayor autoestima, una mejor calidad de vida y crear el vínculo Enfermo-Paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es por tanto, el trabajo del técnico en cuidados de enfermería (TCAE) fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

-Bases de datos: Medline, y dialnet.

Capítulo 607

PARKINSON

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

1 Introducción

James Parkinson, describió hace 200 años con detalle la enfermedad que a día de hoy lleva su nombre, centrándose tanto en lo trastornos motores como en síntomas no motores que padecen estos enfermos. Los síntomas no motores en pacientes parkinsonianos son prevalentes y obstaculizan en su calidad de vida. En los últimos años se ha tratado de solucionar el inconveniente de su infradiagnóstico a traves de cuestionarios y escalas. De igual manera, varios de estos síntomas se cree que son anuncio de la enfermedad y se sugiere que personas asintomáticas desde un punto de vista motor que padezcan alguno de estos síntomas no motores, podrían ser dianas de estrategias neuroprotectoras cuando se disponga de ellas. Los síntomas no motores son recurrentes y con gran impacto en la calidad de vida de los enfermos parkinsonianos, por ella es necesario reconocerlos y tratarlos. La enfermedad de Parkinson, es una enfermedad neurodegenerativa producida por la perdida de neuronas dopaminérgicas, del conocido como sustancia negra compacta y de otros núcleos del troncoencefálico.

Se determina por la existencia de síntomas motores, por el almacenamiento difuso de (componente de los cuerpos de Lewy) y por trastornos cognitivos, los cuales se muestran en categoría cambiante entre los 10 a los 15 años de desarrollo, lo cual dilata de manera considerable algún tipo de actuación. Igualmente, algunas veces no se consigue reconocer si el daño que se observa los pacientes se corresponde con el envejecimiento normal del sujeto o es causado por el desarrollo de la enfermedad. Otros la califican como una lesión precisa de las células

dopaminérgicas del locus niger, es la alteración neurodegenerativa más común tras el grupo de las demencias. La valoración de la enfermedad se apoya en un grupo de razonamientos clínicos, agrupando, en primer puesto, temblor de reposo, bradicinesia e hipertonia plástica, a estos debemos incluir la sensibilidad a la dopaterapia.

La L-DOPA (o levodopa) es el principal método de cura de la enfermedad de Parkinson, aún teniendo efectos secundarios, a pesar de que sean tardíos, e ineficaces para algunos síntomas. La rehabilitación complementa de manera esencial el tratamiento farmacológico. Hay varias escalas que valoran al enfermo de Parkinson: UPDRS (escala multidimensional, fiable y eficiente con escasos inconvenientes); Hoehn y Yahr (posibilita cotejar poblaciones de pacientes con PD, pero es parcialmente indiferente a las variaciones clínicas de un paciente); Ziegler-Bleton (clasificación simple, progresión de la discapacidad motora); NUDS (valora la discapacidad en las funciones de la vida diaria); de Webster (basada en la Escala de Webster Original); de CURS (de las más usadas); de la marcha (facilita calcular la aparición de los cambios motrices del paciente); de King College Hospital; Escala de ISAPD.

Distinguimos varios tipos de parkinson: El Parkinson primario idiopático, empieza lento e insidioso, se desconoce la causa pero se sabe que hay una pérdida de neuronas del “locus coeruleus”, pero seguimos sin saber que produce la destrucción neuronal. El secundario es aquel en el que se conoce la causa y puede deberse a otra enfermedad o a un tratamiento. El Parkinson no hace distinciones en la edad, raza, sexo y se da en personas de todos los lugares del mundo. Afecta aproximadamente al 1% de las personas mayores de 65 años y al 0,4% de los mayores de 40 años. La edad media de comienzo se sitúa alrededor de los 57 años. Puede iniciarse en la infancia o la adolescencia, se le denomina parkinsonismo juvenil.

Nos encontramos con síntomas primarios: El temblor, que suele ser el primer síntoma en el 50-80% de los enfermos, rigidez muscular, este síntoma a veces es el único que afecta al paciente, puede afectar a toda la musculatura aunque no tiene porque ser así. La rigidez es progresiva y hace que los movimientos sean cada vez más lentos, la faz se vuelve inexpresiva. Bradiquinesia, es difícil iniciar la marcha. Inestabilidad postural, no es capaz de mantenerse erguido. Alteración del equilibrio, por su falta de estabilidad al estar parado tiene movimiento pendular.

Síntomas secundarios: El habla, se hace monótona y difícil, disfasia o tartamudeo, articulación complicada de las palabras, disminución del volumen de la voz, al-

teraciones psíquicas, estreñimiento o constipación, seborrea facial, dolores de tipo muscular, limitación de la mirada vertical superior, fatiga, agotamiento fácil y cansancio crónico, problemas sexuales, trastornos respiratorios, de deglución, dificultad para orinar.

Algunos creen que la prevalencia es de 0,2% en menores de 50 años y del 2% en mayores de 65 años, siendo más prevalente en el sexo masculino y en la raza blanca. El tratamiento, se necesita desde el primer momento contar con el apoyo de médicos, familiares y amigos su apoyo moral es importante para que el enfermo acepte vivir con su enfermedad crónica. Hay que animarle desde el inicio a mantener un buen estado de salud y realizar ejercicio físico.

Dicho tratamiento ha de ser personalizado, según la particularidad del enfermo y los síntomas dominantes, el paciente debe entender que ha de seguirlo el resto de su vida. Este servirá para controlar los síntomas, sustituyendo la alteración del neurotransmisor dopamina.

También contamos con el tratamiento quirúrgico, se usa solo en casos muy severos cuando el tratamiento farmacológico no consigue dominar las fluctuaciones ni las discinesias. Pacientes que pueden ser operados han de reunir los siguientes requisitos: enfermedad de Parkinson de procedencia desconocida, entre 35 y 70 años de edad, incapacidad funcional grave, movimientos voluntarios anormales, no responder al tratamiento para el estadio de la enfermedad. Medicina alternativa, multivitaminas, la quiropráctica, el yoga y masajes.

Cuidados en pacientes con Parkinson; se atienden aspectos generales como la dieta, el ejercicio etc. es importante una asistencia multidisciplinar en la que se encuentre el logopeda, el fisioterapeuta, la ergoterapia y consejo dietético. Rehabilitación, su objetivo es conseguir que el enfermo lleve una vida activa e independiente. Hay ejercicios específicos que ayudan a mantener la movilidad y fortalecer los músculos que normalmente son más afectados. Es importante optimizar los recursos y que el paciente aprenda unas técnicas con la ayuda de: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia, atención psicológica...

2 Objetivos

- Evaluar la enfermedad de Parkinson, describiendo la enfermedad, clasificación, síntomas, prevalencia y tratamiento,.
- Establecer los cuidados y actuación del técnico en cuidados auxiliares en enfer-

mería (TCAE) con el enfermo de parkinson.

3 Metodología

Revisión sistemática en las diferentes bases de datos científicas, entre los utilizados destacan: Redalyc y Dialnet.. Y se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Académico, con los siguientes descriptores “Parkinson”, “enfermo de Parkison”, “ síntomas”, “prevalencia”, “tratamiento”....

Las lecturas y artículos seleccionados, fueron aquellos que abarcan un periodo de tiempo desde el año 2002 hasta el 2018 , omitiendo aquellos con datos ya obtenidos previamente o en diferentes idiomas.

4 Resultados

El Parkinson es la segunda enfermedad degenerativa tras el Alzheimer. Se cree que en España afecta 70.000 personas, si consideramos una incidencia de 16/100.000 personas. Establecer cifras precisas es muy difícil. Según datos del Ministerio de Sanidad, hallamos cifras que nos dicen que 1 de cada 400 enfermos neurológicos, están enfermos de párkinson, se descubre en personas de más de 50 años , un caso de párkinson por cada 1.000 habitantes al año. Tener una cifras exactas de esta enfermedad es difícil, puesto que en sus inicios el enfermo suele confundir los síntomas con un deterioro normal causado por la edad, por lo cual no suele acudir al médico en las etapas iniciales de está enfermedad, lo cual explica el por que de que en algunas bibliografías encontremos los datos de 1% de la población incluso el doble en individuos mayores de 60 años.

Puede ser difícil de diagnosticar, pues existen otras enfermedades que causan síntomas del párkinson, y no hay una prueba que nos diga con exactitud si lo padecemos, esto es uno de los mayores problemas de esta enfermedad. A veces el párkinson es confundido con otros trastornos, por ejemplo la depresión, ya que un 40% de estos enfermos suele mostrar depresión, hay individuos que presentan enfermedades parecidas y que pueden llegar a sufrir un diagnostico equivocado.

En España los afectados llegan a ser unos 79.000, podemos obtener pues una prevalencia de 3,19 enfermos cada mil habitantes. Sabemos que las mujeres son las más afectadas unas 3,42 por cada 1.000 cifra más alta que la obtenida en hombres que es de un 2,93. Según la EDDES, entre los 30 -39 años las personas afectadas son de un 0,02 por cada mil habitantes, entre los 40-49 la prevalencia es de

0,2 y entre los 50-59 es de 0,5, llegando a las edades de 60-69 los afectados son de un 3,5 aquí vemos un aumento llamativo en relación con las edades anteriores. Según aumenta la edad, crece el número de personas que pueden ser afectadas por esta enfermedad, también es llamativo que a partir de los 70 en los hombres donde el índice a padecerla aumenta.

En ocasiones puede presentarse en personas muy jóvenes, a este se le llama Parkinsonismo juvenil, suele ser hereditario. Esta es una enfermedad que afecta a personas mayores de 50 años en adelante normalmente, aunque en los últimos años, se ha observado un incremento de esta enfermedad en personas de menos de 40 años, que estos son entre un 5 y un 10% de los afectados, entre los 40 y 60 años afecta más a las mujeres, pero a partir de los 70 cambia y en pieza a ser más frecuente en los hombres.

Es necesario conocer y cuantificar la dependencia, inconvenientes y requisitos que va a provocar esta enfermedad, tratar los aspectos negativos que esta acarrea. El destrozo que causa en la vida del enfermo, el cual reduce su grupo social y familiar, también su actitud hacia ellos cambia. La vida de quienes lo cuidan también da un giro y asumen una gran carga tanto física como emocional. Esta es una enfermedad difícil de diagnosticar, aunque hay síntomas que deberían hacer sospechar de su aparición muchas veces no es detectada.

Hasta el 2013 no hubo protocolos que ayudasen al médico de atención primaria, normalmente son los mismos enfermos y mayormente sus familiares quienes se dan cuenta de los síntomas, sin sospechar que se trata de Parkinson. Se inclinan hacia una valoración longitudinal, (observando la evolución). Así que cuando se confirma la enfermedad esta suele estar ya avanzada.

La actuación del TCAE hacia los enfermos de Parkinson se basará en ayudarles a mejorar y mantener la movilidad, intentar alargar el tiempo que pueda valerse por si mismo. Para esto evaluara los niveles de movilidad y el tiempo de reacción, esto se repetirá de forma periódica. Enseñarle a realizar una deambulación correcta, si tiene problemas para las actividades diarias, se le aconsejara la forma de hacerlo con menor esfuerzo, pero intentaremos no hacérselas, con esto intentaremos que pueda valerse por si mismo durante más tiempo, mantendremos y mejoraremos la comunicación verbal, prevenir infecciones respiratorias, prevenir la infección urinaria y la incontinencia, prevenir el estreñimiento, prevenir úlceras de presión, incrementar la autoestima.

5 Discusión-Conclusión

La intención primordial es saber y cuantificar la supeditación, inconvenientes y problemas que acarrea la enfermedad, aclarar los efectos sociales de las mismas, en las diferentes fases de su desarrollo. Según evoluciona la enfermedad, las limitaciones, problemas y necesidades de apoyo son cada vez mayores y variadas, haciéndose más palpables las alteraciones en los roles familiares.

Según pasa el tiempo los problemas se vuelven más graves, estos no remiten ni permanecen estacionados. Es una enfermedad degenerativa por lo tanto seguirá evolucionando, a veces se puede creer que con tiempo se llega a mejorar, al inicio pasa frecuentemente, no se acepta la realidad, negar enfermedad y diagnóstico, suele llevar un esfuerzo es normal, cuesta hacerse a la idea de que va ir a más.

Es por tanto, el trabajo del TCAE fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Argandoña-Palacios, L., Perona-Moratalla, A., Hernández-Fernández, F., Díaz-Maroto, I., & García-Muñozguren, S. (2010). Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. *Revista de Neurología*, 50(Supl. 2), 1-5.
- Chana, P., & Albuquerque, T. S. D. (2010). Enfermedad de Parkinson. Chile. Universidad de Santiago de Chile. CETRAM.
- De la Cuerda, R. C., Jiménez, A. M., Sánchez, et al. Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson. *Fisioterapia*, 26(4), 201-210.
- García, B. G. (2008). La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas.
- Janeiro, M. E. S., Gómez, M. A. H., & Valencia, L. E. (2018). A propósito del Parkinson: un plan funcional de cuidados multiprofesional en Atención Primaria. *Ética de los Cuidados*.
- Menéndez, M. A., & Morgenstern, L. F. (2013). Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. *Revista española de discapacidad*, 1(2), 25-49.
- Moreno, C. B., Hernández-Beltrán, N., Munévar, D., & Gutiérrez-Álvarez, A. M. (2012). Dolor neuropático central en enfermedad de Parkinson. *Neurología*, 27(8), 500-503.

- Parra, N., Fernández, J., & Martínez, Ó. (2014). Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(1-2), 30-35.
- Pascual, A. (2008). LA ESTRATEGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Psicooncología*.
- Zuber, M. (2002). Enfermedad de Parkinson. *EMC-Tratado de Medicina*, 6(1), 1-5.

Capítulo 608

LA REPERCUSIÓN Y EVOLUCIÓN QUE TIENE EL LAVADO DE MANOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA, DESDE SUS COMIENZOS.

ANA OVIES ROZADA

SILVIA CAMPO GARCIA

JUDIT GUTIERREZ CADENA

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

MARGARITA CARREÑO MANEIRO

1 Introducción

Para comenzar esta introducción hablaremos de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria que son aquellas que se adquieren en algún momento durante la hospitalización. Estas infecciones se pueden transmitir de diversas maneras (vía respiratoria, digestiva, por contacto), pero la vía actual más frecuente de transmisión de éstas es por contacto a través de las manos de los profesionales sanitarios.

Por lo tanto, el lavado de manos en cuidados auxiliares de enfermería es una tarea de vital importancia. El lavado de manos consiste en la frotar vigorosamente

las manos, antes de esta frotación deben estar previamente enjabonadas seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora habitual y transitoria y así podemos evitar la transmisión de estos microorganismos de un paciente a otro. Para entender cómo hemos llegado a saber la importancia del lavado de manos, debemos comenzar por su historia, desde sus comienzos.

En la antigüedad los científicos e investigadores creían que la mayor parte de las enfermedades, surgían espontáneamente a través de la materia orgánica. Una de las primeras referencias que se tiene del lavado de las manos con una solución antiséptica es de la primera mitad del siglo XIX. En 1822 un farmacéutico francés, demostró que una solución de cloruro de sodio podía erradicar el mal olor que desprendían los cadáveres y además planteó que esa sustancia podía servir como un desinfectante y antiséptico.

Pero fue Ignacio Felipe Semmelweis, Ginecólogo húngaro, el primer especialista que comenzó a utilizar el lavado de manos, ya que en la década de 1840, la fiebre puerperal era la causa de contagio de manera simultánea a todas las mujeres de una hilera de camas.

Semmelweis percibió de que las mujeres que padecían la fiebre puerperal, al ser examinadas por estudiantes de medicina que no se habían lavado las manos tras abandonar las salas de autopsia, éstas mostraban una tasa de mortalidad mucho más elevada. Cuando un colega suyo murió a consecuencia de una infección tras cortarse con un escalpelo, llegó a la conclusión de que la fiebre puerperal era séptica y contagiosa.

Ordenó que los estudiantes se lavaran las manos con agua de cal clorada y consiguió reducir la tasa de mortalidad por maternidad del 12,24 al 1,27 % en dos años. A pesar de haber introducido la antisepsia y de haber reducido la tasa de mortalidad por fiebres puerperales a un 0,85 %, los descubrimientos y publicaciones de Semmelweis, las autoridades sanitarias, se negaron a aceptar que Semmelweis, estuviera en lo cierto.

El que continuó por este camino fue Louis Pasteur que fue el que finalmente convenció a través de demostraciones del origen real de los microbios y microorganismos y la importancia que tenía el lavado de manos a la hora de atender a un paciente enfermo.

En la actualidad ya sabemos que los microorganismos producen enfermedades, y que los pacientes se infectan en los hospitales porque los microorganismos los pasamos a través de las manos, de un paciente a otro y, que cuanto más vulnerable

sea el enfermo, más probabilidad tiene de infectarse. El lavado de manos es una medida eficaz y sencilla para prevenir y evitar la transmisión de enfermedades en el medio hospitalario.

2 Objetivos

- Describir las normas generales para el lavado de manos y los pasos a seguir.
- Analizar los resultados que derivan de realizar un correcto lavado de manos.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sobre la historia del lavado de las manos, en los recursos disponibles en la Biblioteca Virtual de Salud de Cuba. Se consultaron 3 libros, que forman parte de la colección presente en la biblioteca de la Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”, 84 artículos de bases de datos como Cumed, Pubmed, Lilacs y Ebsco, de ellos solo se seleccionaron 22 posteriores al año 1981. Además se han buscado datos a través de la web. Se utilizaron los términos de búsqueda: lavado de manos, desinfección, higienización de las manos, historia lavado manos.

4 Resultados

Normas generales para el lavado de manos:

- Las manos siempre deben estar limpias, sin joyas, con uñas cortas y sin esmalte.
- El jabón será siempre líquido y se utilizará con un dispensador.
- El secado de manos se realizará con papel de un solo uso y no con toalla.
- Los cepillos tienen que ser estériles y se utilizarán para las uñas.
- Las cremas hidratantes se pueden utilizar después de haberse lavado las manos.
- Los grifos han de limpiarse y desinfectarse regularmente.

Las manos deben lavarse:

- Al inicial y finalizar la jornada laboral.
- Antes del contacto con el paciente, para proteger al paciente de la colonización (y, en algunos casos, de la infección exógena) de gérmenes nocivos presentes en sus manos.
- Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.

- Después del contacto con el paciente, para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta...) y objetos contaminados con suciedad.
- Después de toser o estornudar, ya que usamos nuestras manos como barrera, por lo que debemos eliminar por arrastre los microorganismos que quedan en ellas.
- Después del contacto con el entorno del paciente. Para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente que pudieran estar presentes en superficies/objetos de sus inmediaciones, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria.
- Antes y después de asear a los enfermos.
- Antes de entrar y después de salir de las habitaciones de aislamiento.
- Antes y después de comer.
- Antes y después de ir al aseo.
- Después de quitarse los guantes.
- No utilizar el mismo par de guantes para el cuidado de más de un paciente
- No lavar los guantes lugares adecuados.

El lavamanos debe estar situado en la entrada de la cocina, habitaciones de los pacientes, en el Office del personal sanitario, y las zonas de preparación, expedición, desperdicios, vestuarios y aseos.

La zona en la que se sitúa el lavamanos rodea debe cumplir las siguientes condiciones:

- Estar limpias las instalaciones.
- Tener agua caliente y fría.
- Disponer de jabón líquido.
- Disponer de dispensador de papel secamanos o secador de manos.

Los pasos a seguir para el lavado de manos son fáciles y muy sencillos:

- Mojarse las manos.
- Aplicar suficiente jabón para cubrir la superficie de las manos.
- Frotar ambas palmas de las manos entre sí.
- Frotarse la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos entre sí, y viceversa.
- Frotar ambas palmas de las manos entre sí, entrelazando los dedos.

- Frotarse el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- Frotar de manera rotativa el pulgar izquierdo con la palma derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos contra la palma de la otra mano, haciendo movimientos circulares y al revés.
- Aclararse las manos con agua.
- Secar las manos con un papel de un solo uso.
- Cerrar el grifo con el papel, sin tocarlo con las manos.

Antes de la era aséptica no se tenía noción de lo que esto era ni de lo que significaba, lavarse las manos. Los cirujanos no se lavaban las manos para practicar una operación y la indumentaria que utilizaban para operar consistía en una chaqueta vieja y deshilachada y sucia, que con frecuencia tenían reservada para este propósito en un vestuario del anfiteatro de operaciones y que al utilizarse para este fin, no se lavaban. Si la gente se cortaba o quemaba, se lavaba la herida y simplemente la tapaba con una venda. Este desconocimiento de la higiene daba lugar a una gran mortandad por infecciones. Simplemente porque no sabían que existían los microbios.

El descubrimiento de los microbios ha cambiado nuestro concepto sobre las causas y la naturaleza de muchas de las enfermedades y también sobre su tratamiento, y esto se debe, sobre todo, a los trabajos realizados por Pasteur y Lister. Los pacientes hospitalizados, donde se lleva una correcta higiene de manos, tienen menos riesgo de mortalidad que pacientes que en otros países no tienen medios suficientes para poder llevarlos a la práctica.

Entre los resultados del lavado de manos de forma correcta, están:

- La reducción la mitad la incidencia de la diarrea en pacientes ingresados en hospitales.
- La disminución de la tasa de infecciones respiratorias en pacientes hospitalizados.
- Se minimiza la incidencia de enfermedades cutáneas, de infecciones de los ojos como tracoma y de infecciones intestinales parasitarias como ascariasis y trichuriasis (Global Handwashing Partnership, 2008). Estas complicaciones son causadas por la flora microbiana transitoria de la piel (completamente distinta a la flora residente no patógena) que contamina las manos por el contacto con los objetos cotidianos, secreciones y material fecal. Entre estos microorganismos patógenos se pueden mencionar a *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Clostridium perfringens*, *Giardia lamblia*, huevos de *Taenia*, norovirus, virus de la

hepatitis A, entre otros (Hernandez, 2003).

Lo que conseguimos gracias al lavado de manos es eliminar la flora microbiana transitoria, constituida por *Estafilococo* áureo, *Estreptococos* y bacilos, disminuyendo la flora microbiana residente de la piel. Además de prevenir la diseminación de microorganismos a través del contacto mano piel.

5 Discusión-Conclusión

En todo el mundo, actualmente, miles de personas mueren por día a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria. La higiene de manos, para cualquier profesional de la salud, demanda 30 segundos si hablamos de alcohol en gel y unos 60 segundos si se trata de agua y jabón. Un hecho tan simple como este, aplicado en forma constante y disciplinada, salva vidas. Las complicaciones que se buscan evitar con una adecuada higiene de manos de médicos, enfermeros y todo profesional de la salud que circula en las unidades de hospitalización y cirugía. Otro punto a tener en cuenta, es que estas infecciones prolongan entre 7 a 14 días el promedio de internación de un paciente y elevan el costo sanitario. Efectivamente las manos son un vehículo importante en la transmisión de microorganismos causantes de la infección hospitalaria, y por desgracia la inmensa mayoría de estudios sobre el lavado de manos han demostrado que el porcentaje de cumplimiento es repetidamente bajo.

Según un informe de la OMS, 4.5 millones de personas se contagian al año en los hospitales europeos, de los cuales 135.000 morirán. En los EEUU, 247 personas mueren al día por una infección relacionada con la asistencia sanitaria. En España, son 3.000 las personas que mueren cada año por el simple hecho de ingresar en un hospital. El 56% podría evitarse con el lavado de manos. Estas infecciones, además de aumentar el tiempo de estancia de los enfermos en el hospital y de incrementar la mortalidad, ocasionan un gasto sanitario inmenso. 800 millones de euros gasta anualmente el Sistema Nacional de Salud en luchar contra estas infecciones.

6 Bibliografía

- <https://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/3635/Ignac%20Simmelweis>
- www.rozonaformacion.es
- <http://europeantissue.com/> <https://enfamilia.aeped.es/>

- <https://www.elsevier.com/es-es>
- <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es> <https://www.unicef.es/>
- <https://www.medwave.cl/link.cgi/>

Capítulo 609

IATROGENIA VERSUS PRIMUM NON NOCERE (LO PRIMERO ES NO HACER DAÑO)

BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA

1 Introducción

La iatrogenia es el conjunto de efectos nocivos ocasionados a los pacientes por el sistema sanitario como, consecuencia del uso de medicamentos, procedimientos o tratamientos médicos.

La iatrogenia se puede clasificar en dos categorías:

- De orden psicológico por impericia en el uso de los recursos que actúan fundamentalmente por la vía psíquica, como por las insuficiencias en la relación médico-paciente, el uso inadecuado del interrogatorio, de pruebas complementarias y de la información, error en el examen físico, en las prescripciones médicas y por transgresiones éticas.
- El resto de iatrogenias, originadas por los recursos médicos (físicos, químicos y mecánicos), incorrectamente empleados que no actúan por la vía psíquica.

2 Objetivos

- Conocer las principales estrategias para reducir la iatrogenia en la atención sanitaria.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Para ello se han utilizado las palabras clave: iatrogenia, negligencia médica, daños salud, secuelas atención sanitaria. Se ha realizado una revisión de artículos publicados en Dialnet y Scielo, de los últimos diez años. Paralelamente, se consultaron los estudios que ha realizado la Sociedad Española de Salud Pública y la Administración Sanitaria junto con la Organización Médica Colegial de España sobre el análisis, el control y la prevención de la iatrogenia.

Tras la revisión de la información seleccionada se sintetizaron los resultados.

4 Resultados

Los autores consultados coinciden que para minimizar las reacciones adversas producidas la práctica hospitalaria es necesario, en primer lugar, detectar los puntos débiles, expuestos anteriormente.

Las estrategias que posibilitan la seguridad de los pacientes se dividen en tres niveles:

- Macro-gestión, puede impedir la iatrogenia, expresa las intervenciones reguladoras de los gobiernos, contiene los planes estratégicos integrales que sistematizan, como por ejemplo autorizar nuevos preparados médicos y tecnologías.
- Meso-gestión, en este ámbito se implementan elementos de soporte y fomento del nivel anterior; diseñan y realizan medidas de prevención, formación y normalización de procedimientos.
- Micro-gestión, considerado el corazón de los planes estratégicos, contiene las iniciativas individuales y colectivas, su proximidad facilita la detección de las secuelas iatrogénicas y la forma de afrontarlas.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, para asegurar un sistema sanitario de calidad es necesario incidir en las causas que provocan la iatrogenia. Para ello, además de las estrategias condensadas en el apartado anterior, hay que favorecer un cambio legislativo que respalde a los profesionales sanitarios y cultural que motive a los usuarios y a los pacientes a informar sobre las secuelas sufridas para visibilizar la iatrogenia y fomentar la transparencia de la salud sanitaria.

Del mismo modo, es preciso sustituir la práctica de la medicina defensiva inspirada en "más vale hacer de más que de menos, por si acaso" por planes de prevención y control integral, fundamentados en la formación, información y motivación del equipo asistencial.

6 Bibliografía

- Barsky AJ, The Iatrogenic Potential of the Physician's Words. JAMA. Published online October 31, 2017. doi:10.1001/jama.2017.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad el paciente del Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad y Política social. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Madrid: MSPS; 2008. Estrategia de Seguridad el paciente del Sistema Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. Curso virtual de introducción a la Investigación en Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS.
- Segura A. Prevención, iatrogenia y salud pública. Gac Sanit. 2014; 28: 181-182
SESPAS & OMC. Iatrogenia: análisis, control y prevención. XVII Congreso SES-PAS.

Capítulo 610

HIGIENE DE MANOS EN EL CONTROL DE INFECCIONES

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La higiene de manos es la medida más eficaz para prevenir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y la transmisión cruzada de microorganismos multiresistentes, como queda reflejado en el Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud puesto en marcha en el año 2008, así como en la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud para la mejora de la higiene de manos. Asimismo, la Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud 2015-2020 incluye entre sus objetivos específicos mantener y fomentar la expansión del Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud a todos los centros asistenciales. Estos objetivos se hacen extensibles a toda la población a través de campañas de concienciación, como las puestas en marcha por el Ministerio de Sanidad, así como por los organismos estatales con competencias en consumo y bienestar social.

2 Objetivos

Objetivos generales.

- Mejorar la higiene de manos en los centros sanitarios, lo que alcanza tanto a profesionales, como a pacientes y familiares
- Reducir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en el sistema nacional de salud.

Objetivos específicos.

- Enfatizar en la sensibilización de los beneficios de la higiene de manos en pacientes y familiares.

3 Metodología

Se analizarán los resultados del Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud y la Estrategia de Seguridad del Paciente en el periodo 2015-2020, mediante el estudio de sus fortalezas y las medidas de mejora que se puedan aplicar. Además, se cruzarán los resultados con los de la estrategia de la Organización Mundial de la Salud para mejorar la higiene de manos.

Por otro lado, se actualizarán los protocolos y se fijará un plazo de implantación y desarrollo, que incluya formación a los profesionales y dotación de infraestructuras a los centros sanitarios. De forma paralela, se diseñará y se pondrán en marcha campañas divulgativas de los beneficios de la higiene de manos para evitar la transmisión de infecciones, tanto en pacientes, como en familiares y en la población en general.

4 Bibliografía

- Cinco momentos de la higiene de manos. Organización Mundial de la Salud
- Estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud para la mejora de la higiene de manos.
- Hand hygiene technical referente manual. OMS 2009
- Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud.
- Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020

Capítulo 611

CASO CLÍNICO: MUCOCELE APENDICULAR

ROSA MARÍA ROSENDE CASAL

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

1 Introducción

El mucocele apendicular es una patología poco frecuente del apéndice. Pueden ser asintomáticos y ser descubiertos casualmente por una exploración radiológica o endoscópica. Puede ser benigno o maligno por lo que cada caso se debe conocer su naturaleza.

El mucocele apendicular se caracteriza por una dilatación quística y acumulación de material mucinoso. Es un cuadro clínico atípico de apendicitis aguda, que se debe insistir en el papel que los métodos de imagen tiene para establecer el diagnóstico. La acumulación de moco es lenta y sin infección, el apéndice se transforma en una estructura quística, llena de moco de paredes delgadas y puede alcanzar gran tamaño.

El mucocele apendicular no tiene un cuadro clínico característico y el estudio por imágenes permite sospechar el diagnóstico en el preoperatorio por una masa quística topográfica apendicular.

2 Objetivos

- Identificar a través de los métodos por imagen un diagnóstico correcto de mucocele apendicular.

3 Caso clínico

Paciente de 54 años al que se le realiza una resonancia magnética en la cual se objetiva la presencia de una lesión quística tubular en fosa ilíaca derecha de aproximadamente. 20 mm de diámetro máximo en fondo de saco, hallazgo que pudiera ser relación con mucocele apendicular, por lo que se realiza interconsulta a cirugía general.

4 Resultados

- Realizado diagnóstico de mucocele apendicular se realiza apendicectomía ampliada con resección cecal.
- Evolución del postoperatorio inmediato sin incidencias.

5 Discusión-Conclusión

Ningún síntoma, signo o hallazgo, por sí solos pueden ser suficientes para establecer el diagnóstico o excluirlo.

Los estudios por imagen están indicados para precisar el diagnóstico.

6 Bibliografía

1. Utrillas Martínez AC, Muniesa Soriano JA, Val Gil JM del, Cruces Conde A, López Peris P, González Penabad M, et al. Mucocele apendicular. Revista Española de Enfermedades Digestivas. noviembre de 2008;100(11):739-40.
2. Fentes DAP, González MC, Pereira AP, García AC, Castro SN, Parra MB. Mucocele apendicular confundido con quiste de uraco infectado: un diagnóstico diferencial a tener en cuenta. ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS. :4.
3. Reguero Muñoz JL, Aguilar Valdés J, Fragela Pacheco A, Hernández Moore L, Reguero Hernández JL. Mucocele del apéndice: Formas de presentación. Revista Archivo Médico de Camagüey. abril de 2004;8(2):115-22.
4. Echenique-Elizondo M, Liron de Robles C, Amondarain Arratibel JA, Aribe X.
5. Mucoceles apendiculares. Cir Esp. 1 de noviembre de 2007;82(5):297-30

Capítulo 612

HIDROCEFALIA. CLASIFICACIÓN, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

LARA MARÍA CEPA GONZÁLEZ

MARÍA MERCEDES SANTOS LAURES

1 Introducción

La hidrocefalia es una de las anomalías congénitas más comunes del sistema nervioso. La hidrocefalia como su propio nombre indica es una afectación por la acumulación de excesivo líquido en el interior de la cabeza. Las causas son principalmente tumores cerebrales, estenosis del acueducto de Silvio, prematuridad, espina bífida, infección neonatal o hemorragias cerebrales.

En un adulto la cantidad neta de líquido cefalorraquídeo (LCR) es en torno a 150cc y la producción diaria es de aproximadamente 500ml. Cuando aparece un desequilibrio entre el volumen de LCR generado y el LCR reabsorbido se podrán manifestar alteraciones cerebrales producidas por hidrocefalia.

El LCR sigue este corredor circulatorio:

Ventrículos laterales - Tercer ventrículo - Acueducto de Silvio - Cuarto ventrículo
- Espacios subaracnoideos.

2 Objetivos

- Definir la hidrocefalia, cuáles son las causas que la originan y que tipos de hidrocefalia existen.

- Identificar sus síntomas.
- Analizar los procedimientos para su diagnóstico y su tratamiento.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado un análisis sistemático de artículos científicos relacionados con la hidrocefalia y la neurología. Revisión de páginas y bases de datos especializadas con las palabras de búsqueda: hidrocefalia, líquido cefalorraquídeo, ventrículos cerebrales, válvula ventricular, hidrocefalia normotensiva, espina bífida, hidrocefalia en niños, demencia por hidrocefalia, acueducto de Silvio.

4 Resultados

La clasificación general de la hidrocefalia se realiza en atención a la causa que provoca la acumulación de líquido cefalorraquídeo, por lo tanto está la hidrocefalia comunicante y la hidrocefalia no comunicante u obstructiva. Estas a su vez se pueden clasificar en congénitas o adquiridas.

Según su forma de presentación podrán ser crónicas, subagudas o agudas y en relación a la presión que ejerce el líquido cefalorraquídeo en el interior de la cabeza en hipertensiva y normotensiva. En las hidrocefalias comunicantes, el líquido cefalorraquídeo se forma adecuadamente y fluye correctamente pero existe un trastorno de la reabsorción. En las hidrocefalias no comunicantes se deben a que el LCR no circula a través de algún punto de su recorrido debido a una obstrucción.

En la mayoría de los casos de hidrocefalia en niños, ésta se detecta al nacer y se denomina como congénita. Se cree que se produce como combinación de factores ambientales y genéticos. Si la hidrocefalia se desarrolla en adultos y niños mayores por unas condiciones que ya existían al nacer se considera congénita igualmente. Si la hidrocefalia se desarrolla posteriormente al nacimiento y es causada como asociación a otros trastornos como tumores, lesiones o por meningitis se le denomina hidrocefalia adquirida.

La Hidrocefalia normotensiva se caracteriza por un incremento en la cantidad de líquido cefalorraquídeo en los ventrículos del cerebro, con un aumento pequeño o nulo de presión dentro de la cabeza; se ve más a menudo en adultos mayores de 60 años

Las características de la hidrocefalia normotensiva sigue la siguiente secuencia: Presión del líquido cefalorraquídeo - Dilatación ventricular - Disminución del flujo sanguíneo del cerebro - Alteración neurología y cognitiva.

- Hidrocefalia en niños.

En los bebés y en niños en los que los huesos del cráneo todavía no están cerrados, la hidrocefalia puede ser evidente. Si las suturas de la cabeza aún no están cerradas el signo más evidente es el aumento anormal del tamaño de la cabeza. La fontanela puede estar abultada y tensa. Las venas de la cabeza pueden estar dilatadas y la piel del cuero cabelludo se puede mostrar fina y brillante.

Los síntomas que aparecen son: somnolencia excesiva, vómitos, irritabilidad, desviación de los ojos hacia abajo y en algunos casos convulsiones. Si las suturas de la cabeza aún no están cerradas el signo más evidente es el aumento anormal del tamaño de la cabeza. La fontanela puede estar abultada y tensa. Las venas de la cabeza pueden estar dilatadas y la piel del cuero cabelludo se puede mostrar fina y brillante.

En niños mayores, cuyas suturas craneales ya han cerrado, mostrar síntomas asociados al aumento de la presión intracraneal, originada por el aumento del tamaño de los ventrículos cerebrales. Los síntomas son náuseas y vómitos, dolor de cabeza, alteraciones de la visión, dificultad para caminar o hablar, problemas en la coordinación, y retraso en el desarrollo. Pueden tener problemas para mantenerse despiertos, mostrarse irritables, muy cansados, con cambio de personalidad o incapacidad para recordar cosas o para concentrarse.

- Hidrocefalia en adultos.

Los síntomas de la hidrocefalia crónica del adulto o hidrocefalia normotensiva, se producen por un aumento de la presión variable y por una dilatación de los ventrículos cerebrales. En adultos mayores de 60 años estos síntomas pueden ser: Alteraciones de la marcha, viéndose afectado el equilibrio y la coordinación, arrastre de pies.

Deterioro cognitivo, con pérdida de memoria, pérdida de razonamiento o de juicio crítico.

Pérdida del control de esfínteres.

Debido a las características de estos pacientes, en ocasiones los síntomas pueden asociarse a la existencia de otras patologías asociadas a la edad. Se ha demostrado en estudios recientes una alta prevalencia entre pacientes con Enfermedad de Alzheimer y con sospecha de padecer hidrocefalia. En estos casos se trata de

casos mixtos. Este tipo de pacientes suelen tener peor respuesta tras la cirugía aunque si se da una mejoría en los trastornos de esfínteres y de la marcha. Para realizar un diagnóstico se realizan pruebas por imagen, resonancia magnética o TAC craneal, que permiten localizar el volumen anormal de líquido en los ventrículos. Las ecografías pueden utilizarse en el diagnóstico en niños pequeños realizadas a través de la fontanela.

En Pacientes mayores de 60 años además de las habituales pruebas, se realiza también una punción lumbar, en la que se extrae una pequeña cantidad de LCR, tras la cual, si el paciente mejora (especialmente la marcha) se puede diagnosticar una hidrocefalia y esperar una respuesta buena al tratamiento quirúrgico. Este tratamiento consiste en la colocación de una derivación que permita drenar el exceso de líquido cefalorraquídeo. No obstante, ninguna prueba garantiza que el paciente vaya a mejorar con la cirugía y en algunos casos no se produce una mejoría después del tratamiento.

El tratamiento de la hidrocefalia pasa por realizar una intervención quirúrgica. El objetivo es extraer el exceso de LCR acumulado del interior de la cabeza. En la mayoría de los casos se opta por insertar válvulas o sistemas de derivación. La ventriculostomía endoscópica es una cirugía que puede practicarse en caso de hidrocefalias no comunicantes u obstructivas y consiste en realizar un orificio, ostoma, en los ventrículos cerebrales

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que la hidrocefalia es una condición crónica que sin un adecuado tratamiento puede llegar a ser mortal.

La hidrocefalia en niños puede ser un signo más de un problema neurológico mayor. Cuando aparece de forma aislada, tanto en niños como en adultos su pronóstico suele ser favorable.

6 Bibliografía

- Hidrocefalias – Síndrome de colapso ventricular. Alberto Puche Mira. S. de Neuropediatría. Hospital U. Virgen de la Arrixaca El Palmar (Murcia).2008.
- Leinonen V, Vanninen R, Rauramaa T. Cerebrospinal fluid circulation and hydrocephalus. Chapter 5. Handbook of Clinical Neurology. Volume 145, 2018.
- Hydrocephalus Association. www.hydrocephalus.org.

- Leiva J, Pons A. Rol de la neurosonografía en la evaluación neurológica fetal
Rev Med Clin CONDES. 2016.
- www.senec.es. Asociación Española de Neurocirugía.

Capítulo 613

EL TCAE EN LA COMUNICACIÓN TERAPEUTICA CON EL PACIENTE

BEGOÑA BORGE CASTRO

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

GRETA LÓPEZ URÍA

1 Introducción

La relación enfermera- profesional sanitario – paciente puede ser analizada desde diferentes puntos de vista, pero, sin duda, la dimensión humanista es la que aporta los elementos fundamentales para poder comprender y ejercitar con excelencia la profesión enfermera.

El papel de la enfermera y el técnico de cuidados auxiliares en enfermería (TCAE), en la relación con el paciente trasciende los cuidados de la enfermedad, la educación sanitaria y la educación para la salud. La práctica de su profesión ofrece a la enfermera numerosas ocasiones para conocer y ayudar al enfermo desde una perspectiva global, como ser humano. El TCAE y la enfermera son los profesionales sanitarios que interaccionan durante más tiempo con el paciente, por lo que se encuentra en una situación privilegiada para ejercer su profesión con excelencia. En los hospitales 24 horas los 365 días del año y en atención primaria con la enfermera comunitaria que sin duda debe ser la líder de los cuidados que precise el paciente y familia en el ámbito domiciliario y comunitario.

En cualquier encuentro entre dos seres humanos los aspectos relacionales y de comunicación aparecen inevitablemente unidos.

Este hecho tiene especial relevancia cuando la relación se establece entre el “cuidador” y el “cuidado”, ya que ni uno ni otro han elegido la oportunidad para mantener dicha relación. El técnico auxiliar de enfermería (TCAE) es el profesional sanitario que más contacto tiene con el enfermo, ya que tiene innumerables ocasiones para observarle y para hablar con él, y, en consecuencia, es la persona que puede conocer y detectar más fácilmente sus necesidades.

El enfermo suele entrar en contacto con la enfermera y el resto de los profesionales sanitarios, en situación de vulnerabilidad, cuando tiene un problema de salud, pero los problemas humanos, incluidos los de salud, no son nunca exclusivamente biológicos, psicológicos, sociales, éticos, etc. sino que forman un todo multifactorial e indisoluble. Ejemplo de ello es la importancia que los factores psicosociales tienen en la génesis, el desarrollo y el proceso de recuperación o curación de muchas enfermedades.

Por ello, además de su capacitación académica y profesional, es necesario que los TCAE conozcan estrategias y ejerciten habilidades sociales y de comunicación para establecer una relación de ayuda adecuada con los pacientes, centrada en la persona como objeto de la intervención.

2 Objetivos

- Describir la forma de conseguir una comunicación terapéutica del TCAE con el paciente, dando sentido a sus reacciones ante la enfermedad o el entorno sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de la comunicación terapéutica, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, comunicación, terapia y paciente.

4 Resultados

- Es de vital importancia la calidad del proceso comunicativo de cara al logro de los objetivos previstos, la intervención TCAE supone una relación con el paciente basada no sólo en el necesario contacto físico y comunicacional, sino también en el manejo de los vínculos afectivos y emocionales que se generan. La relación que se establece entre TCAE y enfermo debe basarse en el reconocimiento mutuo como personas, ya que uno y otro deben sentirse respetados como seres humanos.

El enfermo es una persona que se encuentra en una situación de desprotección, que proyecta sus expectativas de curación sobre el profesional, pero que también puede proyectar sobre él su malestar más íntimo. Es por esto por lo que el profesional no debe perder de vista la totalidad del individuo, y abordar su problemática desde la globalidad. El enfermo debe ser para el profesional sanitario un sujeto activo en primera persona, responsable, cuya participación, comentarios, sentimientos, emociones e ideas aportan gran valor a la acción profesional y a la relación interpersonal, haciéndola más humana.

- La relación terapéutica TCAE profesional sanitario-paciente es el resultado de una actitud profesional y personal del enfermero basada en la aceptación del otro como persona y dirigida a las necesidades de ayuda del paciente. Por tanto, podemos definirla como una “relación de ayuda”. La relación de ayuda se puede incluir en el ámbito de las “psicoterapias inespecíficas”, que se sitúan entre las relaciones interpersonales espontáneas y las relaciones que establecen con sus pacientes los profesionales de las psicoterapias tradicionales.

Numerosos autores definen la Enfermería como una profesión basada en la relación de ayuda, entendida ésta como “acompañamiento a la persona enferma durante una experiencia de recuperación de la salud”. La ayuda, en este caso, no debe entenderse como una ayuda solamente asistencial, sino como una ayuda al proceso de desarrollo de la persona. El concepto de “relación de ayuda” ha sido desarrollado especialmente por la psicología humanista, que la considera elemento facilitador fundamental del crecimiento personal e instrumento que permite descubrir al individuo recursos no conscientes cuando se encuentra en situación de crisis.

5 Discusión-Conclusión

Las problemáticas que plantean las personas con problemas de salud no son nunca iguales unas a otras, dependen fundamentalmente de la vivencia que cada una, como ser humano tiene de su situación. Este hecho implica que el abordaje TCAE, el tratamiento y los cuidados en cada caso son únicos e irrepetibles. Los conocimientos científicos y técnicos de los técnicos auxiliares de enfermería son, sin duda, indispensables a la hora de abordar estas situaciones, pero no serían eficaces si no se tuviera en cuenta el componente humanista que debe acompañar a la práctica enfermera.

La calidad en el desempeño de su profesión exige a los enfermeros, no sólo una formación académica específica, sino también una gran estabilidad emocional, un suficiente nivel de autoconocimiento y disponer de una serie de habilidades o destrezas personales para el manejo de la relación terapéutica. Las principales habilidades con las que debe contar la enfermera y también otro personal asistencial, son: La observación sistemática, la escucha activa y las técnicas de comunicación verbal y no verbal.

Se suele establecer previamente una serie de categorías de observación (aspectos referidos a conductas, acciones, formas de respuesta, etc.) a partir de las cuales realizar la investigación o actuación asistencial.

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. La diferencia entre oír y escuchar es la siguiente: el oír es simplemente percibir vibraciones de sonido, mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo.

6 Bibliografía

- 1. Aguirre Raya, D. 2005. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ. Med.* 19 (3): 25-34.
- 2. Astudillo, W. and Mendinueta, C. 2005. "¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?". *ARS Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos.* 11: 132-138.

- 3. Artús A, Beux V, Pérez S. Comunicación de Malas Noticias. *Biomedicina*. 2012; 7 (1): 28-33.
- 4. Ayuso Murillo D. Empatía y habilidades sociales en enfermeras asistenciales en el servicio madrileño de salud. *Comunitania: International Journal of Social Work and Social Sciencies*. 2016;16: 111- 25.
- 5. González Ortega, Y. 2007. “La enfermera experta y las relaciones interpersonales”. *Aquichan*. 7 (2): 130-138.
- 6. Guibert Reyes, W., Grau Abalo, J. and Prendes Labrada, M^a.C. 1999. “¿Cómo hacer más efectiva la comunicación en salud en atención primaria?”. *Rev. Cuba. Med. Gen. Integr.* 15 (2):176-183.

Capítulo 614

EL TCAE Y LAS RELACIONES INTERPERSONALES CON EL PACIENTE

BEGOÑA BORGE CASTRO

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

GRETA LÓPEZ URÍA

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

1 Introducción

Las relaciones interpersonales son un aspecto central del ejercicio de los profesionales sanitarios. Cuando un profesional de la salud ejerce su profesión, la mayor parte del tiempo dirige su actividad a interactuar con otras personas, sean estas pacientes, familiares, pupilos, colegas, compañeros o tutores, pues las relaciones interpersonales son un aspecto central en su quehacer. En las relaciones que construye, refleja sus ideas, sus valores, su competencia profesional y sus características personales. Y eso es así porque su comportamiento muestra a los demás lo que piensa, lo que le importa, lo que es capaz de llevar a cabo, sus cualidades, sus fortalezas y sus debilidades.

Las características personales que necesita poseer para una relación interpersonal exitosa en el trabajo variarán en función de su manera de concebir la tarea profesional, y de las exigencias que le imponga su rol laboral si trabaja para una

empresa/organización. En este caso, si espera tener una conducta laboral apropiada, se esforzará para mostrar los comportamientos y emociones adecuados a la situación en la que se encuentre, de tal forma que se ajusten a las reglas de relación establecidas. Ahora bien, si su manera de entender el quehacer profesional se ve muy afectada por las exigencias de la empresa, va a experimentar experiencias emocionales que necesitará regular si desea mantenerse en el empleo. Todas estas circunstancias van a determinar sus metas, la importancia que otorgue a las relaciones interpersonales y, en consecuencia, su experiencia emocional. Así, para lograr relacionarse positivamente con las demás personas con las que interactúa y alcanzar metas, necesitará ser capaz de hacer frente a sus problemas y emociones, así como a aquellas que surjan en el curso de la interacción.

Lógicamente, el abanico de disposiciones, tendencias, rasgos, capacidades, habilidades y destrezas personales que ponga en juego va a depender de las exigencias de la situación, de sus valores, su conocimiento, su competencia y, por supuesto, del deseo de utilizarlas.

2 Objetivos

- Establecer recomendaciones para un trabajo eficaz del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el paciente, con respecto a las relaciones interpersonales y su contexto global.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de la comunicación, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, comunicación, relación personal, paciente, destreza.

4 Resultados

- Las relaciones interpersonales que se establezcan dependen en gran medida de lo que se conoce como «Percepción Social», que es el proceso a través del cual se pretende conocer y comprender a otras personas. Y bien es cierto, que muchas veces se trata a los demás no tal y como son realmente, sino tal y como

los percibimos. A veces, ocurre que el profesional se hace una primera impresión, positiva o negativa, de un paciente a quien ni siquiera conoce, y actúa con él, de acuerdo a esa primera impresión.

La Percepción Social permite conocer a las personas, sus características, cualidades y estados internos.

Sus componentes fundamentales son dos:

La realización de atribuciones sobre por qué la gente actúa de la forma en que lo hace

La formación de una impresión general de las personas en función de lo que se sabe, o de lo que cree saber.

- Se necesita conocer las «causas» de los comportamientos de los demás, del por qué han actuado de una u otra manera. Es decir, no nos conformamos simplemente con saber «cómo ha actuado» una persona, sino que también queremos comprender «por qué» lo ha hecho así. El proceso mediante el cual buscamos esta información es conocido como Atribución, y en concreto, hace referencia a los esfuerzos que realizamos para comprender las causas subyacentes a la conducta de los demás, y en algunas ocasiones, también las causas subyacentes a nuestra propia conducta.

La atribución tiene sobretodo una función de control: dado que el mundo en que vivimos es enormemente cambiante necesitamos saber a qué atenernos, necesitamos controlar esa complejidad de nuestro entorno, al menos en el pensamiento, y para ello intentamos hacer un cierto tipo de atribuciones para así hacer más estable nuestro medio, con el fin de poder predecir el comportamiento de los demás e incluso el nuestro propio, y así reducir al mínimo las posibles sorpresas. Esta necesidad constante del ser humano por buscar la causa del comportamiento de los otros es algo central para entender y mejorar las relaciones profesionales, ya que una misma conducta interpersonal tendrá consecuencias muy diferentes en nuestras relaciones dependiendo de cómo la expliquemos, de cómo la interpretemos, o dicho en otros términos, a qué causa la atribuyamos.

Los diferentes elementos informativos que percibimos de un individuo están organizados como un todo, como una gestalt o configuración, de forma que cada rasgo afecta y se ve afectado por todos los demás, generando una impresión dinámica que no es fácil de predecir a partir de los diferentes elementos tomados por separado. En cada impresión, aunque todos los rasgos se relacionan entre sí, hay algunos que tienen un mayor impacto sobre los demás, sirviendo como elementos aglutinadores de la impresión, y que son denominados rasgos centrales.

Nos resultaría útil conocer qué rasgos o características de una persona son percibidos más fácilmente y utilizados con mayor probabilidad en esta primera impresión. Las diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que los atributos que percibimos en primer lugar tienen más probabilidad de ser utilizados que los que percibimos más tarde, esto es lo que se conoce en Psicología.

- La comunicación no verbal. De hecho, en muchas ocasiones, no es tan importante lo que dice una persona, sino cómo lo dice. Así, prestamos mucha atención a la expresión facial, al contacto ocular, la sonrisa, los gestos, la postura, el tono, etc., a la hora de crearnos esa impresión. No obstante, para entender bien como nos hacemos esta impresión hay que considerar dos componentes básicos como son los Esquemas Cognitivos y las Teorías Implícitas de la Personalidad (TIP)

5 Discusión-Conclusión

Nos puede influir lo que se conoce como significado emotivo del estímulo y se refiere al poder que tiene la persona percibida de proporcionarnos consecuencias positivas o negativas. De este modo, es más probable que detectemos indicios positivos en aquella persona de la que depende nuestro puesto de trabajo. Y por último, otro factor que puede influir en la percepción es la experiencia, de modo que los perceptores que tienen más experiencia con cierto tipo de rasgos realizan percepciones más acertadas, pues generalmente calibran la importancia relativa que tanto la propia persona percibida como la situación en la que se encuentran tienen sobre la producción de una determinada conducta.

Para lograr relacionarse positivamente con las demás personas con las que interacciona y alcanzar metas, se necesita ser capaz de hacer frente a los problemas y emociones, así como a aquellas que surjan en el curso de la interacción.

6 Bibliografía

- 1. Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2006
- 2. Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. and Medina López, O.M. 2009. "El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería". *Aquichan*. 9 (2): 127-134.
- 3. Barca Fernandez I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernandez Alarcón

F, Alejandro Lázaro G, Lopez de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones. Madrid: Atención Primaria, 2004.

- 4. Bascuñan ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. *Revista Médica de Chile*. 2005;133: 693-98.
- 5. Eisenberg, N., Fabes and R.A. 1990. "Empathy: conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior". *Motiv Emot*. 14:131-149.
- 6. Gil, F. 1991. Entrenamiento en habilidades sociales en los servicios de salud. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- 7. González de Rivera Revuelta, J.L. 2004. Empatía y ecpatía. *Psiquis*;25 (6):243-45.
- 8. Lolas F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago de Chile. Andrés Bello; 1997.

Capítulo 615

EL TCAE EN LA INFORMACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

BEGOÑA BORGE CASTRO

GRETA LÓPEZ URÍA

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

1 Introducción

La información en la atención sanitaria forma parte de la actividad profesional y representa un valor esencial en todo el proceso asistencial que la organización debe garantizar, así como el debido acompañamiento y apoyo por parte de las personas que el paciente con capacidad de decidir determine, o bien la familia y/o allegados si no tuviera capacidad para tomar decisiones o si se trata de un menor.

La atención sanitaria ha alcanzado avances importantes no solo en el ámbito científico, sino también en el de la relación del ciudadano con la compleja organización sanitaria. Estamos obligados a revisar la información que se facilita y las formas y canales a través de los cuales se comunican los contenidos necesarios, para un ejercicio pleno y satisfactorio del derecho a la protección de la salud, que consagra nuestra Constitución Española.

Con la práctica de una relación de ayuda, en donde el respeto a la dignidad de las personas conlleva indefectiblemente una información asistencial continuada,

adecuada y sistemática que procura una posición central al ciudadano, como sujeto objetivo de la atención sanitaria.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) con respecto a la información y acompañamiento del paciente, dentro de un contexto global.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cuidados de la información sanitaria, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, comunicación, terapia, paciente, acompañamiento, ayuda, necesidad.

4 Resultados

- La información constituye la esencia de la relación entre las personas y promueve un factor primordial de la atención sanitaria que es la relación de comunicación y ayuda con el paciente, a través de la cual se transmiten principios, valores, creencias y emociones, como escucha, empatía, generosidad, seguridad, calma, cercanía, confianza. La información, asimismo, constituye el requisito indispensable para que el ciudadano adquiera más capacidad en el ámbito sanitario para la toma de decisiones compartida con el equipo sanitario e, indudablemente, como factor clave en su educación sanitaria.

- La información para ser personalizada debe ser un factor sensible que diestramente transmita la confianza que dé al paciente y a sus familiares la seguridad de conocer que se encuentra entre profesionales rigurosos y humanos. Hay que incrementar la calidad de la información, como derecho, a pacientes y acompañantes durante todo el proceso asistencial: en la atención primaria, durante el ingreso y el alta en hospitalización, en los servicios de urgencias y en la atención al duelo, mejorando con ello el grado de satisfacción con la atención recibida; alcanza, por tanto al paciente y/o acompañante que acude a los centros sanitarios.

ios a los que se les facilita información clínica y no clínica durante el proceso asistencial.

- Comunicar es intercambiar mensajes entre individuos, donde se articulan múltiples elementos. No solo se pone en juego la palabra, sino también la comunicación no verbal que incluye la mirada, la expresión, la postura, los gestos entre otras cosas. Todas estas características de la comunicación pueden determinar la eficacia del mensaje que se quiere transmitir. Este mensaje debe ser claro, sencillo, breve, con palabras simples no coloquiales y orientado a un objetivo bien definido que el paciente y / o la familia comprendan lo que quiero transmitir.

El receptor, es aquella persona a quien va dirigida la comunicación, quien decodifica el mensaje, debe tener interés por el tema. Debe estar en un momento favorable y con una actitud positiva hacia el emisor ya que los problemas o acontecimientos personales, familiares o laborales pueden disminuir temporalmente la receptividad. Pero además el lugar en que se da la mala noticia no puede ser cualquier lugar, tiene que ser el adecuado y no haya interrupciones. Sabemos que esto no es fácil en la práctica médica habitual, pero debe ser tenido en cuenta.

- El que recibe una mala noticia, recordará quién, en qué lugar, en qué momento y en qué forma le fue comunicada. Más allá de lo que impacta emocionalmente el contenido, la forma en que se le dijo es un factor determinante para la adaptación del paciente y la familia a la nueva situación e influirá en la relación con ese médico en el futuro.

- El médico que dará la noticia debe estar preparado no solo para brindar la información en forma adecuada, junto al equipo sanitario, y apoyar emocionalmente al paciente y a la familia, por tanto, debe tener tiempo, estar preparado y saber como afrontar la situación.

La comunicación de malas noticias es una práctica inherente al acto asistencial, una situación frecuente y una de las tareas más difíciles a las que estamos expuestos porque el hecho de no estar preparados para ello puede comprometer las competencias humana y técnica que necesitamos para hacerlo adecuadamente.

La relación que se establece entre dos seres humanos, el médico intentará ayudar, acompañar al paciente durante el trascurso de la enfermedad y el enfermo se entregará al cuidado de éste. Para que esto suceda, la relación personal asistencial-paciente debe ser adecuada, sino sería utópico hablar de esta manera. La medicina paternalista, ha dejado de ser tal, para dar lugar a nuevas formas de modelos de atención, poniéndose más énfasis en la opinión y la participación de paciente en la toma de decisiones.

5 Discusión-Conclusión

El encuentro entre un profesional sanitario y un paciente es, sobre todo, “comunicación interpersonal”. La comunicación sanitaria es una forma específica de comunicación humana cuyos contenidos tienen que ver con temas de salud. Nos referimos a comunicación clínica para definir aquella que tiene lugar específicamente en el ámbito de la práctica del médico clínico. En la comunicación clínica esta asunción nos dirige no solo hacia los factores que afectan al paciente, sino a los que afectan al médico y cómo el proceso de intercambio entre ambos variará dependiendo de la naturaleza de la situación, La comunicación es un proceso de interrelación entre dos personas en el que ellos mismos establecen cómo se relacionan.

Las interacciones se refieren a las que ocurren entre los participantes en el proceso de comunicación clínica. Estas interacciones incluyen las conductas comunicacionales tanto verbales como no verbales, que aquí quedan definidas como un conjunto de elementos comunicativos agrupados en conductas concretas que a su vez se pueden definir dentro de una serie de objetivos comunicacionales que facilitan la consecución de los objetivos de cualquier interacción clínica (incluyen igualmente las dimensiones de contenido y de relación de los mensajes).

La percepción, emoción y cognición son dimensiones de la experiencia y que es imposible entender una emoción sin tener idea de la experiencia del paciente que evoca esa emoción, la empatía requiere comprender las experiencias. Por esto, una actitud empática supone una vía para reconocer el tipo de problema (su naturaleza) y necesidad del paciente.

6 Bibliografía

- 1. Lipkin, M., Putnam, S.M. and Lazare, A. 1995. The medical interview. Nueva York: Springer-Verlag.
- 2. Lolas F. Más allá del cuerpo. La construcción narrativa de la salud. Santiago de Chile. Andrés Bello; 1997.
- 3. López-Fernández C. Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educ Med.* 2015;16(1):83-92
- 4. March Cerdá, J.C., Danet, A. & García Romera, I. (2015).Clima emocional y liderazgo en los equipos sanitarios de Andalucía. *Index Enferm.* 24 (1-2): 15-28.
- 5. Meneu R. La perspectiva de los pacientes [editorial]. Valencia: Gestión Clínica y Sanitaria; 2002.

- 6. Garcia Milan A. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. Albacete: Revista Clínica de Medicina de Familia; 2009.

Capítulo 616

LA EMPATÍA DEL TCAE CON EL PACIENTE

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

GRETA LÓPEZ URÍA

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

BEGOÑA BORGE CASTRO

1 Introducción

La empatía es algo así como sintonizar con la frecuencia emocional de una persona, lo que nos permite reproducir interiormente sus sentimientos hasta llegar a comprenderlos. La empatía es fundamental para establecer relaciones profundas, y constituye el principio de conexión entre los seres humanos. A través de ella podemos sentirnos partícipes de la experiencia de otros y elaborar experiencias comunes. Su apropiado funcionamiento es necesario para la creación de grupos y para la formación y transmisión de actitudes, valores e identidades grupales, aplicada como técnica es un elemento esencial de toda psicoterapia, y en el ámbito asistencial es clave como elemento de relación terapéutico.

La palabra empathy existe en inglés desde 1904, fecha en la que Webster la recoge por primera vez en su diccionario, evolucionando a través del tiempo, después de algunos cambios menores, a su acepción actual en la que suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal (“ya veo que te sientes mal”) o no verbal

(expresión facial acorde a la situación) (Eisenberg 1990; Lipkin 1995; Müggenburg et al. 2015).

2 Objetivos

- Conocer la empatía en el entorno sanitario.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de empatía con el paciente, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: cuidados, comunicación, empatía, paciente, ayuda.

4 Resultados

La empatía en la asistencia sanitaria radica en un esfuerzo por parte del profesional sanitario en comprender la realidad de alguien que hasta el momento no considerábamos ni familiar ni amigo (Borrell 2011).

La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarlo. Este esfuerzo se efectúa no sólo emocionalmente, sino, también semiológicamente. Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social.

La quinta esencia de la empatía radica en tener una predisposición abierta a la queja y a la demanda que efectúa el paciente, sea quien sea el paciente y sea cual sea la demanda, y tratar de entenderla desde el paciente, no sólo desde mi propia experiencia. Entender esta limitación intelectual forma parte indisoluble de la empatía, porque nos obliga a estar permanentemente abiertos al paciente, entenderlo como una realidad que nunca acabamos de comprender (Borrell 2011).

Empatizar para los profesionales sanitarios significa percibir en profundidad el significado especial y único que para cada enfermo en particular tiene de su enfermedad, cómo la entiende, la siente o incluso el proceso de aceptación de la misma. El tcae debe tener la habilidad de percibir los sentimientos del paciente, “ponerse en su lugar”, para comprender en profundidad su situación. Debe obtener una

percepción particularmente fina y sensible de los sentimientos, vivencias, etc., de la otra persona con la intención de conectar con el mundo interior del otro y el propósito de facilitarle la resolución de sus crisis.

Para mantener una actitud empática, el tcae debe tener la habilidad de identificarse con la situación emocional del paciente, sentir como él, pero también debe tener la habilidad de liberarse de esta identificación y reestablecer la distancia emotiva. El equilibrio entre implicación y retirada emotiva es fundamental para no “quemarse” en el desempeño de la profesión (síndrome de burnout) y para no trabajar desde una excesiva distancia o frialdad con el enfermo.

Somos seres físicos y también seres anímicos con características firmemente establecidas, esto último nos hace iguales y únicos a la vez. Iguales porque todos somos unidades psicofísicas, y únicos en razón de las vivencias que nos han conformado como dicha unidad, pues este ser psicofísico está sometido a una serie de azares y contingencias que lo hacen único y que determinan el yo soy, el yo soy persona.

Si un profesional sanitario es capaz de empatizar correctamente con el enfermo, este último manifestará mayor satisfacción, adherencia al tratamiento y voluntad para entregar información sensible a fin de establecer su diagnóstico y sus cuidados; así mismo, aumentan la participación y la educación del paciente, y se disminuye el malestar emocional incrementando la calidad de vida, según los estudios de Hemmerdinger (2007) y Newmann (2011).

La empatía, definida como los actos con los cuales se aprehende la vivencia ajena, permitiría ver y entender al sujeto como un ser anímico-corporal dialogante, el cual aportaría elementos que, junto a los entregados por el médico, darían una versión más completa de la realidad del enfermar. La relevancia terapéutica de la empatía no solo debe ser entendida como una acción que favorece positivamente la anamnesis, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados, sino también como un elemento clave en la curación y asistencia del paciente y, por lo mismo, un tema para tener en cuenta durante la formación de todos los profesionales sanitarios, debido a su enorme impacto.

Es evidente que los profesionales sanitarios, precisan entrenamiento profesional para desarrollar habilidades que permitan regular la capacidad empática, no sólo en el sentido de aumentarla y aplicarla de manera natural y eficaz, sino también de limitar su expresión cuando esta puede ser perjudicial para el paciente y para nosotros mismos.

5 Discusión-Conclusión

La satisfacción del paciente es una prioridad en la atención sanitaria y en los cuidados de enfermería, y que la satisfacción del paciente se suele medir mediante encuestas estructuradas, en las que se prioriza el trato, la amabilidad y la información recibida por los profesionales sanitarios, todas ellas entroncadas con la empatía y las habilidades sociales, por tanto es clave el que estas habilidades estén desarrolladas si se quiere alcanzar la calidad asistencial en los cuidados que se prestan. La empatía suele definirse como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, ya sea a nivel verbal (“ya veo que te sientes mal”) o no verbal (expresión facial acorde a la situación).

La empatía en la asistencia sanitaria radica en un esfuerzo por parte del profesional sanitario en comprender la realidad de alguien que hasta el momento no considerábamos ni familiar ni amigo. La empatía empieza cuando escuchamos a alguien, sin presuponer nada y con ánimo de ayudarlo. Este esfuerzo se efectúa no sólo emocionalmente, sino, también semiológicamente. Porque la empatía debe ser global y es la comprensión del sufrimiento psicológico, físico y social.

6 Bibliografía

- Russell, M.T. and Karol, D.L. (2013). 16PF-5 Cuestionario factorial de personalidad. Tea Ediciones. Madrid.
- Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. Relación y Comunicación. Ediciones DEA. Grupo Paradigma. 2009.
- Toledo Fernández, A.M. and Torres Pérez, E.M. 2005. “Comunicación social en salud”. Rev. Cuba. Med. Ger. Integr. 21 (5-6): 1-5.
- Van-Der Hofstadt Román CJ, Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián M^a J. Técnicas de Comunicación para profesionales de enfermería. Consellería de Sanidad. Generalitat Valenciana. 2006.
- Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2006
- Báez Hernández, F.J., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L. and Medina López, O.M. 2009. “El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería”. Aquichan. 9 (2): 127-134.

Capítulo 617

EL TCAE EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

BEGOÑA BORGE CASTRO

GRETA LÓPEZ URÍA

1 Introducción

La violencia de género se ve agravada por el desconocimiento de las mujeres y otros colectivos de sus propios derechos, por su limitado acceso a la información, ayuda o protección legal, por la falta de leyes o su aplicación que prohíban efectivamente la violencia en contra de ellos, por el temor y la vergüenza de la denuncia y por la propia formación cultural, en la cual la figura masculina heterosexual se ve como superior. La violencia basada en el género limita el disfrute de los derechos humanos fundamentales.

Este tipo de violencia tiene consecuencias graves para la salud y la vida de las mujeres e impone costes económicos considerables, a nivel de la familia y en los Servicios de Salud. La OMS reconoce que la violencia es un problema de salud pública y señala que a nivel mundial entre un 10 a un 69% de las mujeres han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual, por parte de su compañero. Cada año mueren en el mundo cuatro millones de mujeres víctimas de la violencia.

Según la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM), mostró las siguientes cifras: una de cada cinco mujeres sufre violencia por parte de su pareja actual y una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja, alguna vez en su vida. La atención de la mujer maltratada que acude a los servicios de salud, requiere que el personal (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos...etc.) presenten conocimiento, sensibilidad y la capacitación suficiente para atender la violencia de género. Estos profesionales son los primeros en entrar en contacto con la mujer. Existe una necesidad continua de capacitación efectiva de este grupo laboral, para abordar la problemática de la violencia contra las mujeres.

2 Objetivos

- Conocer la actuación del equipo multidisciplinar para la actuación ante las víctimas de violencia de género.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de violencia de género. Se utilizaron descriptores con las palabras claves: violencia, sanidad, maltrato, entorno sanitario.

4 Resultados

El personal de enfermería debe colaborar en la búsqueda y puesta en práctica de las intervenciones, adquirir conocimientos sobre los diferentes tipos de violencia, la prevalencia del problema y aspectos sobre legislación en materia de violencia de género. Los centros de atención sanitaria son claves para la detección, atención y seguimiento de la violencia de género. El maltrato se presenta de diversas formas en la consulta, ya sea de manera no explícita (malestar físico, hiperfrecuentación, somatización); en forma aguda (lesiones físicas, abuso sexual), con alteraciones conductuales, o bien a través de malestar en la salud sexual y reproductiva.

Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física,

psicológica, sexual, reproductiva y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, suponen pérdidas, a veces irreparables, en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y de sus hijas e hijos.

La mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor. Para el hombre maltratador será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto dificulta que la mujer pueda poner fin a la relación. Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Para que sea consciente del peligro que corre, es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento y que no podrá corregir la conducta de su agresor.

Por lo tanto, en el caso de detección de una situación de Violencia de Género, si la mujer tiene hijas e hijos, es necesario tener presente que requieren de una especial atención desde el sistema sanitario, adquiriendo el personal de Pediatría un papel de gran relevancia, así como la coordinación con las y los profesionales de Trabajo Social dentro del equipo integral de salud. Es importante disponer de herramientas metodológicas para el abordaje de la violencia de género, formación y apoyo o seguimiento continuos, coordinación y trabajo en equipo interdisciplinario, así como desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado a fin de que el impacto emocional que el tratar a víctimas de maltrato, no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre la víctimas, ni en el equilibrio emocional de las y los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Profundizar en aspectos psico-sociales de la violencia de género, analizar los recursos públicos y programas existentes de atención a mujeres y a menores víctimas de violencia de género, estudiar cómo debe ser la intervención desde el punto de vista de la atención médica a estas víctimas e informar sobre los aspectos jurídicos en casos de violencia de género son algunos de los asuntos que se deben abordar en los cursos de formación. Es necesario que la formación impartida a los profesionales sanitarios haga hincapié en el origen social de la violencia de género, un asunto que en la actualidad se reconoce como un verdadero problema de salud pública, y se estudie la forma de proporcionar una atención integral,

continuada y de calidad, desde la perspectiva de género, a las mujeres sometidas a un proceso de violencia de género por sus parejas.

Es importante conocer que la ley establece y especifica los casos en que la salvaguarda de la confidencialidad no es una obligación absoluta y debe revelarse el secreto médico, como ante la sospecha de un delito y en caso de ser llamados a declarar en un proceso judicial. Entre las medidas adoptadas en el último Pacto de Estado contra la Violencia de Género destacan varias en materia sanitaria, como la que incluye la formación en violencia de género en los estudios de los profesionales sanitarios.

Todo el personal sanitario debe mantener una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signos de sospecha. Las características de accesibilidad, contacto directo y continuado de los servicios de atención primaria y el hecho de contar con equipos multidisciplinares, puede facilitar de forma significativa esta detección precoz.

6 Bibliografía

- Real Decreto 95/2009, de 6 de febrero, por el que se regula el Sistema de registros administrativos de apoyo a la Administración de Justicia. Boletín Oficial del Estado, núm. 33, de 7 de febrero de 2009.
- <http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/07/pdfs/BOE-A-2009-2073.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (apartado violencia de género).
- Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud (1996). Prevención de la violencia: una prioridad en salud pública. OMS, Ginebra.
- OPS, División de Salud y Desarrollo (1998). Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Salud familiar y reproductiva. Washington.
- Instituto de Salud Pública (2003). La violencia contra la mujer considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas.
- Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios sociales (2005). Salud para las Mujeres 2004- 2007. Plan de Actuación.

Capítulo 618

LA ACTUACION Y PROTECCION DEL TCAE ANTE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GENERO

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

GRETA LÓPEZ URÍA

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

BEGOÑA BORGE CASTRO

1 Introducción

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 15 que las Administraciones Sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), promoverán las actuaciones de las y los profesionales sanitarios que permitan la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas necesarias para mejorar la eficacia en la lucha contra este tipo de violencia mediante el desarrollo de programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario que permitan impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la recuperación de las mujeres maltratadas.

En abril de 2007, se editó el Protocolo Común de actuación sanitaria contra la violencia de género, como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar unas pautas de actuación homogéneas en los

casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano.

La experiencia acumulada por los servicios de salud de las CCAA, así como la evolución creciente en la evidencia científica respecto a los impactos de la violencia de género en la salud de las mujeres que lo sufren, sus hijas e hijos, así como en relación a contextos de mayor vulnerabilidad, han permitido presentar una nueva edición del Protocolo Común en el año 2012 a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2 Objetivos

- Actualizar el conocimiento basado en la experiencia y la evidencia científica.
- Describir los diferentes recursos disponibles para las mujeres víctimas de violencia de género.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de violencia de género, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: violencia, protocolo de actuación, maltrato, entorno sanitario.

4 Resultados

Las mujeres víctimas de violencia de género no contaban con más ayuda que la propia familia, o sus amistades. En los últimos treinta años, los grupos feministas han empleado sus esfuerzos en la defensa de las mujeres víctimas de esta violencia. Desde la defensa legal, pasando por la acogida en sus propias casas a mujeres amenazadas, hasta la creación de refugios o casas de acogida. En un principio estos esfuerzos se realizaban con sus propios recursos, tanto económicos como materiales y humanos. Posteriormente algunas organizaciones sociales, políticas y religiosas fueron tomando responsabilidades. Más tarde son las administraciones públicas las que comienzan a aportar recursos económicos a estos grupos, y finalmente van asumiendo paulatinamente no sólo el compromiso económico, sino la creación y gestión de distintos recursos.

Los servicios sanitarios cuentan con profesionales de diferentes disciplinas (enfermería, medicina, trabajo social, psicología, matronas, fisioterapeutas, etc.) que existen para coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de las diversas problemáticas a las que procura dar respuesta el sistema sanitario, haciendo posible de esta forma intervenir desde un Modelo de Atención Integral a la Salud.

En muchas ocasiones, se requiere de intervenciones interdisciplinarias con profesionales que no siempre se encuentran en cada Centro Sanitario, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones. La Ley Orgánica 1/2004 en su Título II reconoce a todas las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijas e hijos, con independencia de cualquier condición o circunstancia personal, el derecho a recibir información, asesoramiento, atención de emergencia, de apoyo, de acogida y recuperación integral a través de los servicios, organismos u oficinas de las Administraciones Públicas.

En muchas Comunidades Autónomas se han elaborado protocolos para la actuación coordinada y la colaboración entre los servicios sanitarios, los Cuerpos de Seguridad, los Juzgados y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica y atención integral a las mujeres. Las Casas de Acogida son recursos sociales donde se alojan temporalmente mujeres que han sufrido violencia de género y sus hijas e hijos menores, y en los que se les proporciona un tratamiento integral, promoviendo su autonomía personal y facilitándoles los medios para su inserción social y labora.

Los Centros 24 horas son un recurso público gratuito, cuya finalidad, es procurar atención integral a las mujeres víctimas de malos tratos físicos y/o psíquicos, agresiones sexuales, abusos sexuales o acoso sexual. La atención es prestada por un equipo multidisciplinar formado por trabajadoras sociales, psicólogas y abogadas a través del Servicio de Atención directa o del Servicio de Atención Telefónica. Funcionan ininterrumpidamente las 24 horas del día todos los días del año.

Se recibe una atención directa gratuita en el ámbito social, psicológico y jurídico, por parte de profesionales, durante las 24 horas del día los 365 días del año. Ofrecen una acogida y escucha puntual y permanente, informan sobre los derechos y sobre los recursos existentes para afrontar la situación y ofrecen ayuda profesional para paliar y/o superar las consecuencias del maltrato a través de una intervención psicosocial individual y grupal.

Existen multitud de asociaciones y colectivos sociales a nivel estatal como a nivel

autonómico, que tienen un objetivo común, la necesidad de más concienciación contra todo tipo de violencia y más educación en igualdad.

5 Discusión-Conclusión

Los diferentes medios de protección a las víctimas tienen una serie de características:

Las medidas de protección y seguridad serán compatibles con las que se puedan adoptar en procesos civiles y penales. También se podrán acordar medidas de protección a nivel europeo. En todos los procedimientos de violencia de género, el Juez, de oficio o a instancia de parte deberá pronunciarse sobre la pertinencia o no de la adopción de las medidas protección y de aseguramiento.

Pueden solicitar estas medidas de protección: las víctimas, sus hijos, personas que convivan con ellas o se hallen sujetas a su guarda o custodia, el Fiscal o la Administración de la que dependan las víctimas.

En muchas Comunidades Autónomas se han elaborado protocolos para la actuación coordinada y la colaboración entre los servicios sanitarios, los Cuerpos de Seguridad, los Juzgados y las instituciones encargadas de prestar asistencia jurídica y atención integral a las mujeres.

Se debe continuar con la sensibilización y formación del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud. La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, como los teléfonos móviles e Internet pueden ser una buena práctica que permita difundir ampliamente la información y permitir la interacción entre los interesados de diversos lugares.

6 Bibliografía

- Boletín estadístico anual (2016) sobre violencia de género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- IX Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (2015)
- ONU MUJERES: entidad de las naciones unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es>
- Castellano, M.; Lachica, E.; Molina, A. y Villanueva, H. (2004). Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. Cuadernos de Medicina Forense, 35.

- Antón, J.A. (1998). Medios de comunicación, conflictos y Tercer Mundo, Las raíces de los conflictos. Unidad didáctica 8, Madrid, Observatorio de conflictos, CIP.
- Bandura, A. (1996). Teoría del aprendizaje social. En J. Bryant y D. Zillmann (comp.). Los efectos de los medios de comunicación. Barcelona, Paidós.

Capítulo 619

LOS CUIDADOS AL PACIENTE CON ALZHEIMER

LUIS JESÚS HERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

El alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que cursa con deterioro cognitivo y trastornos conductuales. La disminución de funciones provoca la falta de independencia personal y social en una persona previamente independiente. Carece de tratamiento curativo y dependiendo de su estadio varían sus manifestaciones clínicas.

2 Objetivos

Determinar medidas que deberán tenerse en cuenta al realizar los cuidados de un paciente con alzheimer, para así evitar su agitación y mejorar la relación de ayuda.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre los cuidados al paciente con alzheimer, publicados en revistas indexadas en las bases de datos de Pubmed, Scielo y Cuiden. Para ello se han utilizado los descriptores: cuidados, alzheimer, anciano, demencia.

4 Resultados

La atención al paciente con alzheimer debe ser integral, que garantice un tratamiento individualizado. El cuidador debe estructurar sus actividades cotidianas con respecto a sus hábitos anteriores, conociendo sus preferencias para evitar conflictos. Debe darle el tiempo necesario para sus respuestas, los mensajes serán concisos y directos, dialogando de forma abierta y ayudando a que se exprese, en un entorno tranquilo. Es aconsejable proporcionarle objetos para orientarse, enseñarle reglas memotécnicas y establecer rutinas.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de alzheimer produce un deterioro progresivo de las facultades físicas y mentales que implica una gran dependencia, por lo que los cuidados que deben recibir estos pacientes son imprescindibles para paliar los síntomas de esta enfermedad y proporcionar una mayor calidad de vida.

6 Bibliografía

- Pubmed, Scielo y Cuiden.

Capítulo 620

EL TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LAS CATÁSTROFES

GRETA LÓPEZ URÍA

BEGOÑA BORGE CASTRO

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

1 Introducción

El personal sanitario está obligado a suministrar atención sanitaria inmediata en un rescate y posteriormente trasladar a los enfermos a instalaciones sanitarias adecuadas, para ello, es fundamental llevar a cabo una clasificación adecuada de los pacientes; dicha clasificación tiene el objetivo de priorizar la asistencia a los enfermos y también a priorizar su transporte. La utilización de los planes de emergencia tiene como finalidad minimizar la vulnerabilidad en la que se encuentra una determinada comunidad para hacer frente a una catástrofe ocurrida.

Un plan de emergencia es una organización que engloba los recursos y actuaciones en previsión a que se produzca un desastre con el objetivo de minimizar en la medida de lo posible los daños que puede ocasionar ese desastre tanto a personas en primer lugar como a los bienes de esas personas. En el artículo 20, de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, establece la obligatoriedad por parte de las empresas de analizar los riesgos y adoptar las medidas necesarias para hacer frente a situaciones de emergencia. El Plan de Autoprotección, es por excelencia el plan de emergencia que realiza la empresa.

En relación con la responsabilidad de las administraciones públicas respecto a la protección de bienes ante riesgos, surgen los Planes de Emergencia de Protección Civil definidos como la previsión del marco orgánico y funcional, que incluye los mecanismos que permiten la movilización de los recursos humanos y materiales necesarios para la protección de las personas y bienes en caso de grave riesgo colectivo o catástrofe, donde entra en juego el nivel de coordinación de las distintas Administraciones Públicas llamadas a intervenir.

2 Objetivos

- Analizar los elementos de clasificación de víctimas para priorizar la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sistemática en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de emergencias en catástrofes, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: emergencia, catástrofe y víctimas.

4 Resultados

- La palabra triaje tiene su origen francés, cuyo significado es “clasificar”, se define como el procedimiento médico destinado a obtener la clasificación de los pacientes en categorías en relación a su pronóstico vital, de tal manera que se obtiene un orden de prioridades en su tratamiento en función del plazo de tratamiento o tiempo que puede esperar el tratamiento sin que la situación de la víctima empeore o ponga en peligro su vida. En su definición es importante el pronóstico y el plazo de tratamiento del que se dispone.
- El triaje se utiliza de forma rutinaria en los servicios de urgencias intra y extra-hospitalaria. Si aplicamos el concepto de triaje a una catástrofe, éste se refiere a la clasificación de las víctimas en función a su gravedad y posible pronóstico de las mismas, mediante un sistema de clasificación útil, priorizando el tratamiento en las personas con mayor probabilidad de supervivencias, de tal manera, que las personas con pocas posibilidades de supervivencia recibirán el tratamiento en último lugar.

El triaje de los heridos se justifica por la necesidad de obtener un máximo rendimiento de los recursos disponibles. De forma general las funciones propiamente dichas del triaje se resumen en tres:

- Proteger a los pacientes más urgentes.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios.
- Optimizar los recursos (materiales y humanos).

Para clasificar a las víctimas se realiza un reconocimiento completo y en sentido retrógrado.

Reconocimiento completo: desde la cabeza a los pies, se levantan apósitos y vendajes, se desnuda a los pacientes.

Sentido retrógrado: se evacua a la víctima al destino que se indique previamente

- Objetivos del triaje

Aplicar maniobras salvadoras.

Asistencia inmediata.

Determinar el grado de urgencias.

Atención a los heridos de forma ordenada.

Reducir tiempos de espera.

Evitar la saturación en la urgencia.

Control precoz de infecciones.

Mejora en la calidad asistencial.

Mayor probabilidad de supervivencias.

Controlar el flujo de víctimas.

Utilizar los recursos de manera racional.

Iniciar medidas diagnósticas.

Aportar tranquilidad a los trabajadores.

- Beneficios del triaje:

Optimización de la evacuación.

Disponibilidad de recursos de forma funcional.

Facilitar el trabajo sanitario tras la clasificación de los enfermos.

El objetivo es obtener con la mayor brevedad posible el mayor número de personas supervivientes. Ninguna víctima debe de ser evacuada sin que antes el equipo de triaje la haya valorado, a esta regla existen excepciones:

Condiciones meteorológicas adversas.

Derrumbamientos.

Incendios.

Explosiones.

Oscuridad.

- Una vez que la víctima esté clasificada y evaluada debe de ser trasladada a otro nivel para recibir el tratamiento.
- Las víctimas no se trasladarán en sentido retrógrado.
- El proceso de triaje se realizará en los puntos de norias de evacuación

Es de suma importancia diferenciar tres aspectos en el proceso de triaje:

Inspección: visualización precoz de ellos heridos por su posición y cercanía a los riesgos.

Evaluación: integridad del aparato respiratorio y circulatorio.

Decisión de tratamiento: con los datos recopilados previamente tomar la decisión del tratamiento de elección.

5 Discusión-Conclusión

Es quien vela al paciente, residente, por la noche su descanso y su seguridad, atento a cada cambio que se produce, observando minuciosamente todo su cuerpo para detectar cualquier signo o síntoma importante que denote una alteración de su situación, le ayuda las actividades básicas que necesitas para su día a día, preocupándose por su estado anímico e intentando hacer feliz su estancia.

El trabajo del TCAE conforma un gran equipo humano, ya que en situaciones difíciles somos los que vivimos de primera mano la enfermedad de cada paciente, su mejoría y cómo mantener una calidad de vida optima cada día. “Es un profesional que es capaz de ponerse en nuestro lugar y hacernos más agradable posible esa complicada situación a la que todo/as estamos expuesto o hemos pasado para superar y recuperar la salud”.

6 Bibliografía

- 1. Rivas, M. (2016) Manual de urgencias. Madrid: Panamericana
- 2. Moya, m. (2014) Normas de actuación en urgencias. Madrid: Panamericana
- 3. Adams, H y col. (2008) Medicina de urgencias. Madrid: Panamericana
- 4. Betancourt G. (2011) Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia Cuba: Humanidades Médicas
- 5. astro, F. (2008). Manual de asistencia sanitaria a múltiples víctimas. Valladolid: Consejería de Sanidad.

- 6. Manual de signos cartográficos. Ministerio de defensa. Instituto Geográfico Nacional. República de Argentina. 2010.
- 7. Sistema Informático para la Gestión de Emergencias. España. 2006.

Capítulo 621

EL TCAE EN EL APOYO PSICOLOGICO A LAS VICTIMAS EN CATASTROFES

GRETA LÓPEZ URÍA

NOELIA MAQUEDA GUILLEN

BEGOÑA BORGE CASTRO

ROSA MARIA DIAZ ALVAREZ

1 Introducción

El ser humano por naturaleza presenta siempre un patrón común de aspectos psicológicos tanto durante como después del incidente, independiente del fenómeno vivido. Los aspectos psicológicos comunes durante la experiencia de un desastre giran en torno a los sentimientos de inquietud y vacío unidos al miedo a perder la propia vida y la de los seres queridos.

En este momento predomina en el individuo un fuerte enfrentamiento entre el estado emocional y el estado racional, aunque es frecuente que se desencadene una búsqueda racional de causalidad como mecanismo de control. Otros de los sentimientos que se experimentan con frecuencia, pero siempre en último lugar son la empatía y la solidaridad.

Tras un desastre, la reacción más común primeramente que experimenta un ser humano es la preocupación de qué ha sucedido y la tensión del estado de sus familiares. Posteriormente, el cuadro común que presentará el individuo a nivel psicológico responde principalmente a actitudes de excesivo control con estados

de ansiedad en referencia a la percepción de amenaza constante frente a estímulos externos, a todo este acumulo de sentimientos se une el pánico.

Después del suceso, siendo largo en el tiempo, es común que las víctimas presenten alteraciones del sueño y de la conducta alimentaria unidos a una necesidad constante de contar la experiencia vivida y analizar lo sucedido.

2 Objetivos

- Analizar los elementos de clasificación de víctimas para priorizar la asistencia sanitaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de apoyo psicológico a las víctimas de catástrofes, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: emergencia, catástrofe, víctimas, apoyo, psicología.

4 Resultados

La relación entre el paciente y el personal sanitario tiene una enorme influencia sobre la salud, el funcionamiento y la satisfacción del usuario. De igual modo, el personal sanitario que tenga relaciones satisfactorias con los usuarios es más posible que disfrute con su trabajo y que lo realice de forma más adecuada.

Es muy importante la comunicación verbal y no verbal del paciente, y de mucha importancia en una emergencia la comunicación interpersonal, es la base de una buena coordinación en una emergencia y como consiguiente una atención sanitaria de calidad.

La comunicación es la clave fundamental en el abordaje psicológico del sujeto ante la vivencia de una catástrofe. En el proceso de comunicación se encuentran distintos tipos de lenguajes:

- El lenguaje verbal: compuesto por oral y escrito. Hablar, escribir, escuchar y leer. Es el instrumento más importante para expresarse a diferencia de los animales.
- Comunicación escrita: Utilizando un vocabulario adecuado e información clara y precisa. Teniendo en cuenta la ortografía.

El lenguaje no verbal: compuesto por el cuerpo y los signos. No se usa la palabra. Por ejemplo, la posición de mantenerse erguido. Se debe de tener cuidado con este tipo de comunicación ya que se transmite a través de ella muchas cosas, como seguridad, respeto; a continuación, se desarrollará los aspectos del lenguaje no verbal:

- Contacto ocular. Se debe de mirar a la persona que se habla en el sentido de igual a igual, transmitiendo confianza y seguridad. No se debe ser agresivo con la mirada ni mantenerla durante mucho tiempo para no crear intimidación en la otra persona.
- Expresión facial. La cara es la parte del cuerpo que más transmite, se debe de crear sintonía entre la gesticulación del rostro con las palabras emitidas.
- Postura. La postura correcta es la erguida, inclinándose un poco hacia adelante, sin exagerar los gestos.
- La distancia. La distancia juega un papel muy importante en cuanto al sentido de la confianza, se debe de mantener una distancia media; una distancia corta hace sentir incomodidad a la persona ya que invade su espacio personal, por lo contrario, una distancia larga crea un sentimiento de lejanía y distancia en el mensaje.
- Aspecto. Se debe de mantener un aspecto exterior correcto en cuanto a vestimenta, respetar a la otra persona.

Las manifestaciones que un ser humano presenta ante la vivencia de una catástrofe pueden ser:

Físicas

- Pulso rápido.
- Palpitaciones.
- Sensación de ahogo.
- Tensión muscular.

Cognitivas

- Alerta.
- Negación.
- Desorientación.
- Confusión.

De comportamiento

- Agitación.
- Agresividad.

Emocionales

- Ansiedad.
- Parálisis.
- Pánico.
- Shock.
- Contención emocional.

Las actividades a realizar por el técnico auxiliar de enfermería en esta etapa son: acompañamiento, permitirle llorar, relaciones familiares. Momentos de inhibición y estupor. Cubrir necesidades primarias (comida, mantas...).

La atención psicológica se rige por unos principios básicos, conocidos como los principios de Salomón que consisten en:

- Brevedad.
- Inmediatez.
- Calidez: empatía, escucha activa. Decir a la persona que las reacciones y emociones son normales (adaptativo).
- Expectativas: Planes a corto plazo (acercarlos a la realidad).
- Simplicidad: dejar llorar, abrazo, mano, respirar profundamente.

5 Discusión-Conclusión

La sensación de miedo se define como la percepción de que se está ante una amenaza y que se puede resultar herido, es una reacción individual. El pánico es un miedo colectivo intenso. Tiende a contagiarse y se pueden llegar a situaciones de pérdida de control y huida masivas. Una situación de duelo es aquella en la que una persona o grupo de personas sufren la pérdida de un ser querido, reorganizan su vida y siguen viviendo sin la persona fallecida.

Se va produciendo una recuperación paulatina se afirma uno mismo como persona. Se afronta la vida sin la persona querida y se hace referencia a ella de una forma menos emotiva (cuando murió mi marido), aceptación de la muerte del ser querido, nueva forma de interpretar la realidad.

Entre las actividades con mayor éxito ante una situación de duelo se encuentran:

- Mostrarse accesible y humano.
- Información tranquilizadora.
- Retirarse a tiempo.
- Vigilar las emociones.

La psiquiatra suizo-estadounidense Elisabeth Kübler-Ross estableció el modelo

de duelo, comúnmente conocido como las cinco etapas del duelo, esta etapa son las siguientes:

- Negación:

La negación es solamente una defensa temporal para el individuo. Este sentimiento es generalmente reemplazado con una sensibilidad aumentada de las situaciones e individuos que son dejados atrás después de la muerte.

- Ira:

Una vez en la segunda etapa, el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Debido a la ira, esta persona es difícil de ser cuidada debido a sus sentimientos de ira y envidia. Una vida extendida es realizada con un poder superior a cambio de una forma de vida reformada.

Toda ayuda y apoyo psicológico que la persona afectada reciba por personal sanitario, será de gran ayuda a superar todo el trauma causado por la catástrofe sucedida a la víctima.

6 Bibliografía

- Amudio, T (2011) Manual de urgencias de la Cruz Roja: técnicas y procedimientos. México: Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana
- Adams, H y col. (2008) Medicina de urgencias. Madrid: Panamericana
- Betancourt G. (2011) Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia Cuba: Humanidades Médicas
- Recio, J (2007) Emergencias sanitarias y dispositivos de riesgo previsible. Vigo: Ideas propias
- Castro, F. (2008). Manual de asistencia sanitaria a múltiples víctimas. Valladolid: Consejería de Sanidad.
- Rivas, M. (2016) Manual de urgencias. Madrid: Panamericana

Capítulo 622

GESTION DE LA HISTORIA CLINICA PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARTA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La historia clínica (HC), comprende un conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada pacientes, con la identificación de todos los profesionales que han intervenido en ellos, con objetivo de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente.

Es uno de los elementos mas importantes de la relación entre medico y paciente. Esta relación, objeto esencial de la medicina, se encuentra consagrada en la ley 23/1981, la cual expresa en su artículo IV.

2 Objetivos

- Definir y analizar las funciones de la historia clínica (HC) del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el concepto de historia clínica en el marco legal español. Se ha

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

4 Resultados

- Nuestra legislación define la HC, como conjunto de documentos que contiene los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole. Es la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

La HC tiene que garantizar unas funciones determinadas que van desde la asistencia, que siempre ha sido su aspecto más importante, la docente, la investigación, la gestión clínica y la planificación de recursos asistenciales, aspectos jurídico-legales y por qué no el control de la calidad asistencial.

Debe ser única para cada persona acumulando toda su información clínica y además ser integrada de forma que contenga la información de todos los contactos y episodios del paciente.

La recopilación de toda esta información sanitaria da lugar a un concepto más amplio que la HC que no es más que la historia de salud.

5 Discusión-Conclusión

En estos momentos se está tratando de cambiar el soporte papel por el soporte electrónico, mucho más flexible, mucho menos voluminoso y supuesta mente más fácil de utilizar. Es de vital importancia el conocimiento del manejo de la HC por sus repercusiones ético-legales, así como la privacidad y derecho a la intimidad del paciente recogidos ambos en la legislación española vigente.

6 Bibliografía

- <https://www.gestion-sanitaria.com/1-historia-clinica-electronica>.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 623

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA PARA EL BUEN DESCANSO DEL PACIENTE

BELEN GASCÓN PÉREZ

SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO

1 Introducción

Las personas que padecen un proceso de enfermedad tienen un gasto adicional de energía debido a que la necesidad de descanso y sueño aumenta. Hipócrates ya afirmaba que “el descanso nocturno es un factor importante en el proceso salud-enfermedad”. La enfermedad produce una elevada incidencia de los trastornos del sueño, en la hospitalización existe una alta probabilidad de padecer insomnio agudo, que se caracteriza por la dificultad para iniciar y mantener el sueño y se asocia a síntomas diurnos como la somnolencia diurna excesiva y alteraciones del ánimo.

Siguiendo el modelo de las 14 necesidades fundamentales del ser humano de Virginia Henderson la necesidad de sueño y descanso se refiere a la capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta y con renovada iniciativa.

Así pues la necesidad de sueño y descanso es una necesidad básica del ser humano y es fundamental para la recuperación de la salud que el paciente tenga un buen descanso, por ello es labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que le atiende tener en cuenta los factores que dificultan el sueño e intentar actuar

sobre ellos con el fin de minimizar su impacto sobre el descanso del paciente. Las funciones del sueño son las siguientes:

Función protectora: homeostasis del sistema nervioso central (SNC) y del resto de tejidos.

Función restauradora: renovación de sustancias gastadas durante el día por ejercicio físico o cognitivo.

Función conservadora de energía: restablece los almacenes de energía celular.

Función de aprendizaje y memoria: se consolida la información adquirida durante la vigilia.

El sueño es cíclico y se divide en ciclos de aproximadamente 90 minutos que se repiten durante las ocho horas recomendables, pudiendo encadenar entre cuatro y seis ciclos seguidos. La fisiología del sueño se caracteriza por dos fases, REM o sueño paradójico y NREM, dentro de la fase NREM hay cuatro etapas:

- Fase I. Somnolencia: etapa de transición que dura unos diez minutos.
- Fase II. Sueño ligero: ocupa aproximadamente el 50% de los ciclos de sueño, la respiración y el ritmo cardíaco se van ralentizando. Dentro de esta fase se suceden etapas de gran actividad cerebral con otras de menor intensidad, lo que hace que sea muy difícil despertarnos.
- Fase III. Sueño superficial: suele aparecer pasados 30 minutos de sueño y es la etapa de transición hacia el sueño profundo, esta fase dura unos 2 - 3 minutos aproximadamente y nuestro cuerpo se encuentra en un estado de relajación profunda.
- Fase IV. Sueño profundo: constituye el sueño más profundo y combinado con la fase III se conoce como sueño Delta. Suele ocupar aproximadamente un 20% del total del ciclo del sueño. Es la fase que determina una buena o mala calidad del sueño en términos de su eficiencia, esto es, la experiencia subjetiva de que el sueño ha sido o no reparador.

- Fase REM (rapid eye movement) se conoce como etapa de sueño paradójico porque en él aparece una atonía muscular generalizada, ocupa un 25% de nuestro ciclo del sueño, y su duración es entre 15 y 30 minutos. Se denomina fase de rapid eye movement debido al movimiento constante de los globos oculares bajo los párpados. Se caracteriza por tener una alta actividad cerebral, pero nuestros músculos se encuentran bloqueados. Es la fase en la que soñamos y captamos información del exterior.

A lo largo de la noche, el sueño lento (NREM) se alterna con sueño paradójico (REM). Se presentan varios ciclos de sueño, el primero comienza con el adormec-

imiento y termina con el final de la primera fase REM, a continuación comienza el segundo que finalizará al terminar la segunda fase REM. Cada ciclo está constituido por períodos NREM y REM (sueño superficial – sueño profundo – sueño REM). En el adulto, suelen aparecer cuatro o cinco de estos ciclos cada noche.

Para conseguir lo que denominamos “sueño reparador” se deben alcanzar todas las etapas que completan un ciclo de sueño. Si una persona se despierta en alguna fase de estos ciclos, el descanso se interrumpe y el proceso debe reiniciarse desde el principio de la primera fase NREM. Así, cuantas más veces se despierte un individuo en la noche, más improbable es que el descanso sea reparador. La ausencia de sueño reparador puede llegar a retrasar el proceso de recuperación de la enfermedad, aumentando la morbilidad y mortalidad.

Se deben aclarar las siguientes definiciones:

- Bienestar personal: alcance de la percepción positiva del estado de salud propio.
- Ritmo circadiano: cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo diario, y que responden, principalmente, a la luz y la oscuridad en el ambiente de un organismo. Dormir por la noche y estar despierto durante el día es un ejemplo de un ritmo circadiano relacionado con la luz.
- Alimentos estimulantes: ciertas bebidas como el té, café, cola alteran el patrón de sueño ya que contienen sustancias como la cafeína que tienen un efecto estimulante del sistema nervioso central provocando insomnio.
- Melatonina: hormona que se produce, principalmente, en la glándula pineal, y participa en una gran variedad de procesos celulares, neuroendocrinos y neurofisiológicos, como controlar el ciclo diario del sueño.
- Higiene del sueño: conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales destinadas a promover el sueño saludable, desarrollada originalmente para su uso en el tratamiento del insomnio leve a moderado.
- Insomnio: dificultad para conciliar el sueño y quedarse dormido.
- Apnea del sueño: trastorno en que la persona deja de respirar durante 10s o más, en forma repetitiva, mientras está dormida. Lo más frecuente es que se deba a pérdida del tono en los músculos de la faringe, lo cual permite que ocurra el colapso de las vías respiratorias.
- Narcolepsia: estado en que no se puede inhibir el sueño REM durante los períodos de vigilia. En consecuencia, sobrevienen durante el día episodios de sueño involuntarios con duración de unos 15 minutos cada uno.
- Hipersomnia: Sueño excesivamente prolongado y profundo.
- Disomnias: trastornos del sueño caracterizados por problemas en la cantidad, calidad y horario del sueño.

- Parasomnias: Trastornos del sueño entre los que se incluyen las pesadillas, los terrores nocturnos y el sonambulismo.

2 Objetivos

- Conocer los factores que pueden influir en la calidad del sueño del paciente hospitalizado.
- Determinar las actuaciones para mejorar el descanso nocturno de los pacientes en la medida de nuestras posibilidades como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

Palabras clave: Necesidades Virginia Henderson, Fases del sueño, Funciones del sueño, Cuidados de enfermería y descanso.

4 Resultados

- Durante la hospitalización los pacientes sufren trastornos del sueño debido a factores tanto intrínsecos, que son propios del paciente, como extrínsecos, que son factores ambientales, estos últimos son los que el personal de enfermería puede modificar y sobre los que puede actuar.

Factores internos: dolor agudo, molestias de la enfermedad, ansiedad, la edad, etc.

Factores externos: ruidos, presencia de luz continua, falta de intimidad, ambiente nuevo, características de la cama, compañero de habitación, temperatura ambiental, interrupciones del personal de enfermería, sujeciones físicas y olores nocivos.

- Es labor del personal de enfermería tener en cuenta estos factores, que dificultan el sueño del paciente hospitalizado, e intentar actuar sobre ellos con el propósito de minimizar su impacto sobre el descanso del paciente. El técnico en cuidados

auxiliares de enfermería (TCAE), cumpliendo con sus responsabilidades como cuidador, puede intervenir en los siguientes factores externos:

Ingesta de bebidas o comidas que faciliten el sueño y evitar aquellas que sean estimulantes.

Explicarle los beneficios de la relajación para reducir la ansiedad y darle a conocer los tipos de relajaciones disponibles (relajación muscular progresiva de Jacobson, terapia musical, concentración en la respiración, etc.). Animarle a que realice regularmente la terapia de relajación.

Manipular el entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima. Para ello se puede limitar el nivel de ruido ambiental, alarmas, TV, conversaciones junto a la cama del paciente. Cerrar la puerta de la habitación. Hacer respetar los horarios de visitas. Ofrecer tapones de oídos y desconectar teléfonos en la habitación en horarios de descanso. Ofrecerle una manta si tiene frío.

Atenuar la exposición a la luz a partir de las 21:00 horas, si es preciso se puede ofrecer una máscara para los ojos.

Aconsejar no dormir la siesta durante el día.

Intentar respetar el ciclo de 90 minutos de sueño si se precisa hacer alguna intervención como puede ser un cambio postural, cambio de pañal, etc.

Evitar dar portazos o hacer ruidos innecesarios. Apagar las luces de las zonas comunes. No murmurar en los pasillos y hablar en voz baja en general.

5 Discusión-Conclusión

La falta de sueño repercute en el proceso salud-enfermedad. Los profesionales de enfermería, como equipo multidisciplinar, debemos velar por el cuidado del paciente interviniendo con actuaciones encaminadas a mantener la necesidad fundamental de dormir y descansar, colaborando con ello en mejorar la calidad de vida del paciente.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), para fomentar el sueño de los pacientes, ha de desarrollar las siguientes actividades: controlar que se realice una ingesta adecuada, explicar técnicas de relajación, controlar factores ambientales creando un ambiente tranquilo y de apoyo, evitar interrupciones innecesarias, permitir periodos de reposo y evitar hacer ruidos.

6 Bibliografía

- 1. https://es.wikipedia.org/wiki/Catorce_necesidades_fundamentales.
- 2. Revista de Neurología - Sociedad Española del Sueño. [https:// ses.org.es](https://ses.org.es) > docs.
- 3. https://es.wikipedia.org/wiki/Fases_del_sue%C3%B1o
- 4. Algunos aspectos fisiológicos acerca del sueño. LDC Castilla, DLM Meza Duazary, 2005 - redalyc.org
- 5. Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso AM Cordero, DJF Lorenzo, GO Muñoa.
- 6. El descanso de nuestros pacientes.¿ Se puede descansar en el hospital?JC Angulo, MCT García - Enfermería global, 2002 – revistas.um.es

Capítulo 624

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA

ROSA MARÍA GIL OLMOS

ISABEL GONZÁLEZ GARCIA

JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son heridas o lesiones de la piel en las que ésta pierde su integridad, se rompe, debido a un insuficiente aporte de oxígeno y nutrientes y, que se producen por la presión continua del tejido sobre dos planos duros. La presión normal de un capilar es 16-33mm Hg, por lo que cualquier presión externa puede producir cambios, evitando que pase la sangre y matando el tejido. La necrosis isquémica es la muerte de tejidos por la no existencia de oxígeno en tejidos que cubren prominencias óseas, en zonas de apoyo prolongado. Una vez que la piel se rompe, se forma una úlcera dolorosa, que cicatriza con gran lentitud, lo que va a favorecer la invasión de microorganismos y que puede acabar afectando al músculo y hueso e incluso provocando una septicemia (infección en la sangre).

2 Objetivos

Objetivo general.

- Analizar la formación de úlceras por presión y sus fases

Objetivos específicos.

- Identificar las medidas de prevención de úlceras por presión
- Describir el proceso de curación de una úlcera por presión.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las úlceras no aparecen de repente. El tamaño de la lesión externa no suele corresponderse con la interna. La piel es el órgano más externo del cuerpo humano, consta de una estructura de tres capas: epidermis, dermis e hipodermis. Por ello, las fases en las que evolucionaría una úlceras serían las siguientes:

- Fase pre-úlcera o eritomatosa el enrojecimiento de la piel no desaparece al dejar de ejercer presión sobre la piel.
- Fase úlcera inicial de grado 1: la piel está agrietada y con vesículas.
- Fase úlcera de grado 2 o excoriativa: piel de color grisáceo o negruzca (escara) que nos indica necrosis.
- Fase úlcera de grado 3 o necrótica: pérdida total del grosor de la piel, afectando al músculo.
- Fase úlcera de grado 4: afecta al hueso provocando la destrucción progresiva de la zona y la colonización por microorganismos.

Dependiendo de la posición que el paciente adopte, la úlceras se localizan en distintas partes del cuerpo, siendo las de mayor riesgo: omoplatos, codos, tuberosidad isquiática, glúteos, maleolos y talones. La zona más afectada es el sacro. Además, existen otras úlceras menos frecuentes llamadas Iatrogénicas que aparecen en: labios, lengua, faringe, traquea, mucosa nasal, esofágica o gástrica, uretra, meato y mucosa rectal, que se forman debido a los tratamientos por intubación o sondas. Los factores de riesgo para la aparición de las úlceras pueden ser:

- Los extrínsecos: actúan desde el exterior por presión, roce de la piel, fricción, humedad de la piel...

- Los intrínsecos: actúan desde el interior y son los propios de cada persona (obesidad, delgadez, sensibilidad de la piel, inmovilidad, movilidad reducida, edad avanzada, deficiente vascularización de la piel...).

Para el diagnóstico de riesgo que presenta un paciente de padecer úlceras, existen diversas escalas. El uso de éstas nos permite identificar a los más susceptibles. La más utilizada es la Escala de Norton. Es sencilla, de fácil manejo, consta de cinco parámetros. El valor 1 es el de mayor deterioro y el 4 el de menor. Cuanto menor es la puntuación, mayor es el riesgo de padecer úlcera por presión. En la escala de Norton se valora el estado físico y mental, la incontinencia, la actividad y la movilidad.

Por otro lado existen una serie de actividades que se deben llevar a cabo sistemáticamente y con rigurosidad, tanto en pacientes de riesgo como en los que ya presentan lesiones para ayudar a evitar la formación de las úlceras. Se realizan en la propia habitación y se utilizan almohadas, cojines, lociones para masaje... La eliminación o disminución de la presión y el tiempo, mediante los cambios posturales y los ejercicios (movilizaciones articulares, rotación de pies y manos, laterización de cabeza, flexión y extensión...). Los dispositivos de acomodación como los colchones antiescaras, flotadores, etc. Y muy importante, la eliminación de la fricción, que se consigue no arrastrando al paciente sobre la cama o silla, sino que se debe levantar su cuerpo. La ropa de cama se debe cambiar tantas veces como sea necesario para que se mantenga siempre seca y lo más estirada posible, sin arrugas. La sábana encimera debe tener una holgura suficiente para permitir el movimiento.

Por último, cuando las úlceras ya se han formado hay que tomar medidas para curarla. La curación es difícil y larga. Según la fase en la que se diagnostica los tratamientos son distintos. La mayoría están basados en el uso de los apósitos especiales "Cura en Húmedo". Las vendas ayudan al proceso de curación manteniendo la úlcera húmeda y creando una barrera contra las infecciones. Los geles, cremas, aceites ayudan en la hidratación. La piel perilesional debe estar lo más seca posible. Para que la lesión se cure no debe tener tejido dañado o infectado, teniendo que ser necesario el desbridamiento de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Diariamente en España se atienden, aproximadamente unas 60000 personas con UPP aunque estos datos podrían variar. El investigador Pam Hibbs, afirma que

con los métodos, medios y cuidados adecuados las úlceras se podrían prevenir. Para llevar a cabo medidas preventivas, es muy importante un buen diagnóstico y valoración del paciente, aplicando el protocolo de prevención. Una vez que aparecen lo más importante es su curación y la prevención de aparición de otras nuevas. El alto porcentaje de pacientes diagnosticados de UPP y la necesidad de prevenir esta patología, fue determinante para la formación de comités especializados. Las úlceras se pueden prevenir, pero también se pueden curar. La aparición de esta patología infuirá en la estancia hospitalaria y aumentando el tiempo de recuperación.

6 Bibliografía

- EAPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) comité especializado.
- GNEAU-PP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas) Comité especializado a Nivel Europeo.
- Estudio de prevalencia y tendencias de prevención de UPP en España (2005)
- Revistas de carácter científico
- Alcalá Grupo Editorial 2004, UPP Actualización y Puesta al Día.

Capítulo 625

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS DE LA FORMACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN. PREVENCIÓNES.

MARGARITA CARREÑO MANEIRO

ANA OVIES ROZADA

SILVIA CAMPO GARCIA

JUDIT GUTIERREZ CADENA

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

1 Introducción

En el desarrollo de úlceras por presión (UPP), predominan diferentes factores de riesgo. Estos se encasillan en: intrínsecos o no modificables. Se utilizan para evaluar el riesgo de sufrir UPP.

Estos son:

- Estado general de salud de la persona.
- Movilidad.
- Edad.
- Nivel de hidratación de la piel.
- Padecimiento de otras patologías.

Estos factores están directamente ligados a la persona y existen distintas escalas para determinar el grado en el que se encuentran cada uno de ellos. En general, de éstos factores y de cómo influyen en el desarrollo de UPP, podríamos decir que:

- Cuanto peor sea el estado de salud de la persona, más riesgo hay de sufrir UPP.
- Las personas con movilidad reducida aumentan el riesgo de sufrir UPP.
- Una buena nutrición ayuda a la curación de las UPP, y hace un poquito más difícil su aparición.
- La edad de la persona también es un punto importante a tener en cuenta. A más edad, mayor es el riesgo, pues la piel está más deteriorada.
- Es conveniente mantener la piel bien hidratada y así reducir el riesgo de UPP.
- El padecimiento de otras patologías (por ejemplo, la diabetes) incentivan la aparición de UPP.

Extrínsecos o modificables. Podemos enumerar cuatro:

- Presión: carga o fuerza ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea. Interrumpe la circulación de la sangre, dando paso a UPP. Afecta a los tejidos más profundos.
- Fricción: Fuerza que actúa produciendo roces debido a los movimientos del cuerpo.
- Cizallamiento: combina los efectos de la presión y la fricción.
- Humedad y temperatura: condiciones de humedad y temperatura del tejido y de la superficie de contacto. Se tiene en cuenta el calor y el efecto de la humedad en la piel.

Estos factores pueden ocasionar lesiones de distintos grados y en diferentes sitios. Contamos con una clasificación que contempla cuatro grados:

- Grado I: eritema que no palidece tras presionar. Piel intacta.
- Grado II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.
- Grado III: pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.
- Grado IV: pérdida total del grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular.

Los lugares más comunes para las UPP son: trocánteres, sacro, glúteos y talones. Estas heridas implican una reducción de la calidad de vida de la persona, pero también podrían comprometer su vida con posibles sepsis procedentes de las UPP. Es tanta la repercusión de éste problema, que deberíamos estar todos formados

para su tratamiento. Es igual de importante conocer los factores de riesgo que los factores de prevención para evitar cuantos más casos mejor

2 Objetivos

- Analizar ambos factores para actuar como es debido y, así, disminuir la prevalencia en la población geriátrica.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de artículos científicos pertenecientes al intervalo 2007-2019 en la base de datos de Cuiden. De los más de 50 artículos encontrados, se ha hecho uso de los 10 más actuales para ayudarnos a definir nuestra investigación.

4 Resultados

Es necesario conocer cada factor, sea intrínseco o extrínseco. Nosotras haremos más hincapié en los factores sobre los que se puede actuar. Dentro de este apartado, y ya que están relacionados entre sí, hablaremos también de la prevención.

- Factores de riesgo intrínsecos o no modificables: como ya sabemos, el estado general de salud de la persona es esencial para conocer sus riesgos. Una persona con movilidad reducida es mucho más vulnerable a padecer UPP, ya que hay que estar pendiente de ella. El estado nutricional hay que tenerlo en cuenta porque también depende de él el riesgo de padecer éstas heridas. Estar ligado a otras patologías puede hacer que las UPP sean más difíciles de afrontar, por ejemplo, una persona con diabetes está más predispuesta a padecerlas por mínimos traumatismos, lo que no ocurre en personas sin ésta patología, las personas con diabetes también se enfrentan a una curación mucho más lenta de lo normal de sus UPP. Tener antecedentes de UPP en las zonas de riesgo también favorece su aparición. Aún más cuando su curación y cicatrización no ha sido efectiva al 100%.
- Factores de riesgo extrínsecos o modificables y su prevención: como ya dijimos, los cuatro factores más importantes de éste apartado son la presión, la fricción, el cizallamiento y la humedad y temperatura. La inmovilidad es el problema al

que más afectan éstos factores extrínsecos. Requiere cumplir una serie de pautas para evitar la aparición de UPP: cada 2/3 horas se debe cambiar de posición a la persona encamada, si su salud lo permite. Se debe comprobar que no haya arrugas en su cama y que los puntos de apoyo generen una presión mínima, utilizando para ello dispositivos que distribuyan la superficie de contacto, como colchones y cojines de aire y taloneras. Si el paciente puede caminar algo o simplemente pasar de cama a sillón, sería un gran paso.

Debemos hacer un cuidado exhaustivo de la piel, realizando una valoración diaria para detectar cualquier anomalía cuanto antes. La piel ha de quedar limpia, usando siempre jabones neutros y agua tibia para su limpieza y prestando especial atención a los pliegues, limpiando, secando e hidratándolos, usando cremas para ello. Debemos evitar el uso de alcoholes (colonia, desodorantes, etc) directamente en la piel. Las prendas de vestir deberían ser de algodón y amplias, al igual que el calzado. Las incontinencias generan humedad. Esta es un gran enemigo y se debería tratar cuando sea posible. Si no es así, se debe realizar un cuidado óptimo de la piel que reduzca el riesgo de UPP, realizando cambios de pañal y empapadores con la frecuencia que esa persona necesite.

La malnutrición es otro factor del que debemos estar pendientes y actuar para que la persona se nutra correctamente, indicando qué debe comer e incentivando al consumo de agua, que en ésta población suele ser escaso. El mal control de algunas enfermedades (diabetes, déficit sensorial, déficit neurológico, enfermedad cardiovascular...) aumenta las lesiones de la piel. Por ello se deben seguir las instrucciones médicas adecuadas para un mayor control de éstas patologías, donde, a parte de ellas, puede surgir ésta complicación y generar otros problemas de salud más importantes que pueden poner en riesgo hasta la vida de la persona.

En los mayores, el consumo de alcohol y/o tabaco influye en la formación de UPP. Podemos deducir que los malos hábitos (tóxicos, mala nutrición, falta de higiene, sedentarismo...) afectan a las UPP, pero también son factores de riesgo por sí mismos. Todo ello hace que se creen patrones de vida saludable para formar parte de la prevención y el tratamiento de UPP.

La prevención es la medida más eficaz y más barata para solucionar éste problema. Se debe realizar cuando se den los factores de riesgo mencionados anteriormente (inmovilidad, incontinencia, malnutrición, edad avanzada, otras patologías). Por ello se debe formar tanto a las personas en riesgo como a los cuidadores que se encargan de los mayores dependientes, como medida de prevención. Esta formación se realiza por profesionales de la salud, destacando el papel de enfermería,

ya que son los profesionales situados más cerca de la población y esto está incluido en su mapa de competencias. Estos profesionales deberán responsabilizarse además de los cuidados de pacientes ingresados en el hospital y de realizar todas las acciones a su alcance para proteger las zonas de riesgo. La actitud mental es muy importante, ya que si se tienen conocimientos pero hay desmotivación, falta de tiempo o apatía propia, es difícil que se den estas condiciones que aumentan la salud y calidad de vida y disminuyen el riesgo. Cargas de trabajo elevadas o estrés en el trabajo, pueden conducir a la reducción de tiempo y, por tanto, de algunas medidas preventivas, perjudicando al paciente y a ellos mismos, sintiéndose culpables.

En los cuidadores, además de la falta de información, el “síndrome del cuidador quemado” puede llevar a no realizar ciertas acciones y provocar la aparición de estas heridas tan problemáticas. Destacar que las escalas más utilizadas para evaluar el riesgo de UPP utilizan los criterios de estado físico general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia ya que se ha demostrado que son los factores que más intervienen en la formación de UPP. Podemos decir que la evaluación de los factores de riesgo conduce a la educación sanitaria y, por lo tanto, genera prevención.

5 Discusión-Conclusión

Con nuestra investigación deducimos que son muchos los factores de riesgo implicados en el desarrollo de UPP. Unos son controlables y otros son muy difíciles de controlar. Los factores que más influyen son las lesiones físicas o patológicas, la falta de higiene, la inmovilidad, los tratamientos inmunosupresores, las rozaduras y otros que implican a los profesionales de la salud o cuidadores de los enfermos.

Como medidas de prevención, se debe cuidar la piel y mantenerla limpia y seca, reducir la presión, aumentar la movilidad en la medida de lo posible y cuidar y proteger las superficies de apoyo.

La educación sanitaria y la formación en este campo hace posible el conocimiento de cómo prevenir las UPP y cuáles son los factores que pueden precipitar que aparezcan. Por ello, toda persona en riesgo o cuidadores, ya sean profesionales o familiares, deben estar al tanto de todo lo citado en esta investigación.

6 Bibliografía

- “Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática”. Medicina intensiva. Serano, L. Méndez, L. Cebollero, F.C. y Rodríguez, J. (2017).
- “envejecimiento cutáneo y dermatoporosis”. Enfermería Dermatológica. Llatas, F., Pujalte, B., Areosa, A. y Prieto, J.R. (2013).
- “Caracterización de la salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. Ciencia y Enfermería. Soto, O. y Barrios, S. (2012).
- “úlceras por presión en el enfermo crítico: detección de factores de riesgo”. Enfermería intensiva. Roca, A., Velasco, M.C., Rubio, I., García, N. y Anguera, L. (2012).
- “Frecuencia de casos de úlceras por presión y factores asociados a su desarrollo en adultos mayores hospitalizados en servicios de Medicina de un hospital general”. Revista Médica Herediana. Peralta, C.E., Varela, L.F. y Gálvez, M. (2009).
- “Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima”. Rev. Enferm. Herediana. Eleonora, G. y Gissela, P. (2008).
- “Escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión”. Gerokomos. García, F.P., Pancorbo, P.L., Soldevilla, J.J. y Blasco, C. (2008).
- “Factores de riesgo en el desarrollo de úlceras por presión y sus implicaciones en la calidad de vida”. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontología. Lobo, A. (2008).
- “Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas”. Enfermería Intensiva. Ramos, C.Q. y Díez, R.G. (2008).
- “Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado”. Revista Rol de Enfermería. Martínez, F., Soldevilla, J.J., Verdú, J., Segovia, T., García, F.P. y Pancorbo, P.L. (2007).

Capítulo 626

UPP: ULCERAS POR PRESION

EVELVINA ALVAREZ CAYUELA

1 Introducción

Las úlceras por presión pueden producirse en personas de todas las edades, sobre todo en pacientes de edad avanzada que permanecen largos periodos de tiempo inmovilizados. La piel se debe de conservar limpia e hidratada, sin solución de continuidad, con buena vascularización y por supuesto, ante la más mínima señal de sufrimiento en la piel, se deberán poner medidas para evitar la aparición de lesiones en dicha piel.

2 Objetivos

- Determinar recomendaciones para prevenir la aparición de las úlceras por presión en pacientes encamados.

3 Metodología

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

Se ha realizado una búsqueda sistemática en la que se han encontrado 157 artículos de los cuales 50 han sido revisados.

4 Resultados

- Mediante el uso de medidas terapéuticas se ve una disminución en la aparición de úlceras en estos pacientes. Las recomendaciones son las siguientes:

Los apósitos hidrocelulares en los talones, ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de apoyo del paciente.

Ésto acompañado de medidas que alivien la presión mediante la colocación de almohadas, colchones anti escaras y realizando el uso de los cambios posturales, en el caso que el paciente ya presente alguna ulcera se ve una gran mejoría en la misma.

Es muy importante el aporte de ácidos grasos ante el menor indicio que sospecha de aparición de úlceras por presión.

Se debe de evitar el contacto del paciente con humedades, también se debe evitar las fricciones y el cizallamiento de la piel.

5 Discusión-Conclusión

Una buena coordinación y educación del personal implicado en el cuidado del paciente, acompañado de medidas terapéuticas hacen que se pueda prevenir la aparición de las úlceras por presión

Es por tanto, el trabajo del auxiliar de enfermería fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/Clasificaci
- gneaupp.info/seccion/campaigns/stop-a-las-upp/
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 627

LA HIGIENE DE UN PACIENTE ENCAMADO EN UN ENTORNO HOSPITALARIO REALIZADO POR TCAE

MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ

MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS

ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO

ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ

DAVID HUERTA ALONSO

1 Introducción

La piel está formada por las diferentes capas y cada una de ellas tienen funciones determinadas, son la Epidermis (cumple una importante función de revestimiento y protección, permite crear una barrera al paso de microorganismos como bacterias, hongos, parásitos y virus), Dermis y Capa de grasa subcutánea. La piel es una de las primeras barreras biológicas, motivo por el que la piel debe mantenerse limpia, sin cortes o lastimaduras, por donde entrarían agentes biológicos patógenos (bacterias, arqueas, virus, hongos...), capaces de colonizar al organismo y producir enfermedades.

Después de la introducción de la necesidad de una buena higiene personal, para evitar riesgos de enfermedades, nos centraremos en las técnicas como realizar

el aseo a un paciente encamado, llevado a cabo por TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería), donde el aseo debe llevarse a cabo más concienzudamente si cabe.

Nuestro cuerpo está recubierto con la piel, órgano más grande del cuerpo y lo cubre completamente. Además de servir como protección contra el calor, la luz, las lesiones y las infecciones, la piel también regula la temperatura del cuerpo, almacena agua y grasa, es un órgano sensorial, impide la pérdida de agua e impide el ingreso de bacterias. A lo largo de todo el cuerpo, las características de la piel varían (por ejemplo, su grosor, color y textura). Por ejemplo, la cabeza contiene más folículos capilares que cualquier otro lugar, mientras que las plantas de los pies no contienen ninguno. Así mismo, las plantas de los pies y las palmas de las manos tienen una piel mucho más gruesa que otras áreas del cuerpo.

Una o lo más importante es ponerse en la situación de la persona que vamos a asear, tenemos que tener en cuenta el pudor de la persona, no es agradable mostrar tu desnudez cuando tú no lo has elegido, cuando te ves vulnerable e indefenso. Por ello hay que tener empatía. Debemos tener la capacidad de ponerse en el lugar del paciente, debemos comprender al otro como sujeto con una experiencia propia

La higiene personal no sólo es equivalente de limpieza sino también de salud y es por esto que se va a tratar este tema en esta capítulo.

2 Objetivos

- Justificar la higiene en el paciente encamado dentro del entorno hospitalario.
- Describir el aseo según región corporal como función del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

- La higiene corporal siempre ha formado parte de la historia de la humanidad, y aunque ha pasado por épocas donde su importancia para la salud ha podido ser poco valorada, pero nunca ha dejado de aplicarse de un modo u otro modo. Actualmente las sociedades modernas disfrutan de mayores facilidades para la obtención de medios que facilitan la higiene corporal. Los hábitos de higiene corporal son indispensables para la prevención de enfermedades y conservar las mejores condiciones de salud en las que la higiene corporal en cualquiera de sus dimensiones (bucodental, cabello, piel corporal, óptica, podal, íntima, manos...) puede ser responsable.

La empatía es una habilidad que se inicia en nosotros mismos y que resulta fundamental para la vida en general, pero absolutamente necesaria en la relación que se establece entre el profesional de la salud y el paciente, primordial por el TCAE cuando va a asear a un paciente.

- Se actuará con método durante el aseo. Se limpiará cada zona del cuerpo una a una. La secuencia de los gestos seguirá este orden:
- Preparación del material, que se instalará al alcance de la mano.
- Posición sistemática del enfermo, lo más cómoda posible, reduciendo al máximo los movimientos.
- Protección del enfermo y de la cama.
- Evacuación de las aguas, ropas sucias, etc.
- Volver a poner todo en orden.
- Los cuidados se administrarán desde la derecha, a excepción del lavado que se hará desde arriba hacia abajo.

El aseo completo no solo debe realizarse una vez al día, sino que debe realizarse tantas veces como sea necesario.

Debemos:

- Procurar preservar la intimidad del paciente, manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible.
- Evitar que en la habitación haya corrientes de aire. La temperatura ambiental propicia es de 24° c aproximadamente.
- La temperatura del agua para el baño entre 37-40 ° c.
- Se prepara el material necesario y tenerlo a mano.
- Colocar al paciente en la posición más cómoda posible.

Material y procedimiento:

- Elementos de protección: hule, sábana pequeña y manta de baño.
- Elementos de lavado: toallas, guantes, esponjas, palangana, agua, jabón, crema hidratante, jarra, etc.
- Elementos de recambio: ropa del enfermo y la ropa de la cama.
- Elementos de evacuación: orinal plano o cuña, bolsa para la ropa sucia o cubo, etc.

Para hacer el baño completo en cama se procede de la siguiente manera:

- El TCA debe lavarse las manos previamente.
- Retirar la colcha y la manta de la cama. Tapar al enfermo con una manta de baño. El aseo se realiza por partes, haciendo enjabonado, enjuague y secado antes de pasar a la zona siguiente.
- En todos los pasos a seguir se colocará la toalla de forma que proteja la almohada o la cama.- El orden de lavado es el siguiente:

I. Cara y cuello: se pondrá una toalla debajo de la cabeza del paciente. Elevar la cabecera de la cama hasta una posición de sentado o semi-sentado (posición de Fowler o semi-Fowler).

Se humedecerá la manopla con agua y se evitará usar jabón, salvo que el paciente lo solicite.

Se secará con la toalla dando pequeños toques suavemente.

A continuación, se lavará el cuello y las orejas, para lo que sí se usará jabón.

Para lavar los ojos se utilizarán gasas (torundas) previamente humedecidas con suero fisiológico, desde el ángulo interno al externo del ojo. Las gasas usadas se irán depositando en una riñonera o bandeja.

El conducto auditivo se lavará con un algodón.

Igualmente se limpiarán las fosas nasales de aquellas personas que no pueden sonarse por sí solas, ya sea de los pacientes inconscientes y de los pacientes sometidos a oxigenoterapia.

II. Brazos, antebrazos y manos: se coloca una toalla extendida bajo el brazo que se va a lavar, dejando al descubierto sólo esa parte del cuerpo.

Se coge el brazo por la muñeca y se enjabona desde el hombro hasta esta última, incluida la axila.

Se aclara y se seca por presión.

Una vez el brazo esté seco, se mete la mano en la palangana y se enjabona el dorso y la palma, así como cada uno de los dedos cepillando las uñas; se aclara y se seca haciendo hincapié en los espacios interdigitales.

Se retirará la toalla que hay debajo del brazo y se cubrirá con la toalla que cubre el cuerpo.

Se procederá igual para el otro brazo. Se cambiará el agua cuantas veces sea necesario, bien sea por suciedad, porque esté demasiado jabonosa o porque se enfríe.

III. Tórax y abdomen:

Se dejará al descubierto el tórax, hay que enjabonar con movimientos circulares, y aclarar y secar por presión.

Si se está lavando a una mujer se debe incidir en secar muy bien la piel situada bajo los pechos, ya que en las zonas con pliegues y húmedas crecen fácilmente los gérmenes que irritan la piel.

Una vez se haya secado el tórax se cubrirá con una toalla y se descubrirá el abdomen, para que éste sea enjabonado, aclarado y secado por presión.

Por último se cubrirá el tórax y el abdomen.

IV. Espalda y glúteos:

Se colocará al paciente en posición decúbito lateral, dejando al descubierto la espalda hasta la cintura.

Se comienza enjabonando la nuca, los hombros y la espalda, realizando el enjabonado con movimientos circulares, y luego se aclara y se seca por presión.

Se cubrirá la parte del cuerpo que se ha lavado y se descubrirá desde la cintura hasta los glúteos, procediendo a su aseo.

Se debe aprovechar este momento para evaluar el estado de la piel y realizar un masaje que active la circulación sanguínea en esa zona que es especialmente propensa a la aparición de las úlceras por presión.

V. Piernas y pies:

Se colocará una toalla extendida bajo la pierna que se va a lavar. Después se descubre la pierna, sujetándola desde el tobillo; se enjabona, se aclara y se seca por presión, desde el muslo hasta el tobillo, sin olvidar las ingles.

Se flexiona la pierna, si el enfermo puede, y se mete el pie en la palangana y se enjabona; se cepillan las uñas y se aclara; se secará muy bien el pie incidiendo en los espacios interdigitales.

Se retira la toalla y se procede igual con la otra pierna.

Se cambiará el agua cuantas veces sea necesario, bien sea por suciedad, porque esté demasiado jabonosa o porque se enfríe.

VI. Genitales:

El cuidado perineal es parte del baño en cama y es un procedimiento embarazoso para la mayoría de los pacientes; la/el personal de Auxiliar de enfermería también lo puede considerar así, particularmente si el paciente es del sexo contrario.

Se pone al enfermo en posición decúbito supino.

Hay que comprobar que la cama está protegida con un empapador de celulosa y se colocará la cuña bajo la pelvis.

Se le pide al paciente que eleve los glúteos mientras se apoya en los talones con las piernas flexionadas.

Se puede preguntar al paciente si quiere él mismo asearse los genitales; si es así, se le colocará todo el equipo a su alcance y se le explicará el procedimiento que debe seguir.

Higiene perineal en la mujer: Colocar la cuña a la paciente. o Lavar el pubis y los labios mayores. o Separar los labios mayores con una mano y lavar con la otra los labios menores, vestíbulo perineal y región anal limpiando de arriba hacia abajo y de dentro hacia fuera, en un solo movimiento, desechando el paño de celulosa cada vez. o Aclarar con agua a chorro y secar cuidadosamente de la misma forma, prestando especial atención a los pliegues.

Higiene perineal en el hombre: Colocar la cuña al paciente. o Lavar los genitales externos. o Retraer con suavidad el prepucio y lavar el glande y el surco balano-prepucial, desechando el paño de celulosa cada vez. o Aclarar y colocar el prepucio en su sitio. o Lavar la zona escrotal y anal. o Secar la zona cuidadosamente, prestando especial atención a los pliegues cutáneos.

VII. Cabello:

Colocar la cama en posición horizontal.

Colocar al paciente en decúbito supino.

Retirar el cabecero de la cama. Si no es posible situar al enfermo en diagonal sobre la cama, de forma que quede libre la cabeza.

Retirar la almohada.

Colocar un empapador debajo de los hombros del enfermo.

Poner una toalla alrededor del cuello, torundas de algodón o tapones de cera taponando los oídos y una toalla pequeña sobre los ojos

Colocar la palangana debajo de la cabeza del enfermo apoyándola en un banquillo si fuera necesario.

Enjabonar el pelo.

Aclarar muy bien echando el agua con una jarra asegurándonos de que el agua caerá sobre la palangana.

Peinar y secar con secador de pelo.

Retirar las torundas de algodón.

Retirar las toallas y comprobar que la cama no esté húmeda.

Una vez que se ha finalizado el aseo:

- Se ayudará al paciente a ponerse la ropa interior y el camisón o el pijama. Se peinará al paciente si no puede hacerlo por sí solo, se le pondrá colonia si quiere y, si es necesario, se le cortarán las uñas y se limarán.
- Se cambiará la ropa de la cama o se arreglará, según sea necesario, dejando al paciente acomodado, con las barandillas en ambos lados de la cama elevadas y con el timbre a su alcance.
- Se recoge el equipo, se retira y se coloca en su sitio.
- El profesional se quita los guantes y se lava las manos.
- Se anotará en el registro cualquier tipo de anomalía que se aprecie durante el baño y se le comunicará al enfermero, como por ejemplo rojeces en la piel, erupciones, disnea, extremidades débiles, etc.

En las personas enfermas, tanto las hospitalizadas como las que no, la higiene alcanza una importancia grande en cuanto que pasa a depender, en muchas ocasiones, del grado de dependencia o de las capacidades para realizarla. Así, la higiene de los pacientes enfermos, sobre todo hospitalizados, recae en el Auxiliar de enfermería, lo que exige una serie de atenciones a las necesidades de los pacientes en cuanto a la higiene corporal.

5 Discusión-Conclusión

La higiene una suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades. Si existe falta de higiene personal corporal, el padecimiento es más grave ya que el organismo se hace menos resistente. El Auxiliar de enfermería es el responsable de la limpieza del enfermo. En las personas enfermas la higiene debe hacerse más escrupulosamente que en un individuo sano, ya que los cuidados de limpieza se efectúan con objeto de que la piel cumpla eficazmente sus funciones.

La higiene es clave para conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente, para alcanzar su mayor seguridad y para evitar infecciones que son las causantes de complicaciones importantes en su estado de salud. Esta circunstancia no conforma hechos aislados ya que, a tenor de las últimas cifras sobre el asunto, las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria afectan a entre el 5 y el 10 % de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios.

6 Bibliografía

- Enfermería Clínica técnicas y procedimientos. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2003
- Cuidados integrales al paciente encamado. Vol. I [Monográfico] Rev Rol de enfermería. Mayo; 2007
- Cuidados integrales al paciente encamado. Vol. II [Monográfico] Rev Rol de enfermería. Sept; 2007
- Pearson. Fundamentos de Enfermería Conceptos, procesos y prácticas. Vol. 1; 2008
- Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R et al. Procedimientos y técnicas de enfermería. Rol; 2006

Capítulo 628

MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LOS HOSPITALES

LORENZO GAYO GONZÁLEZ

1 Introducción

En los últimos años se ha observado un aumento importante de los microorganismos resistentes en los hospitales. Esta situación ha estado esencialmente propiciada por el uso de antimicrobianos y a la que también han contribuido las particulares características ecológicas de los hospitales, en los que es fácil la selección de estos microorganismos y su transmisión entre pacientes y el personal laboral. Hasta hace unos años se consideraba a los hospitales como compartimentos estancos en los que se establecían políticas de uso de antimicrobianos y de control de infección sin tener en cuenta su interrelación con otros compartimentos. En la actualidad, se han acumulado evidencias que demuestran que con frecuencia los pacientes que acuden a los hospitales están colonizados o infectados por bacterias resistentes y multirresistentes. En el hospital, estas poblaciones bacterianas son amplificadas por mecanismos de selección y es fácil que se produzca la transmisión con otros pacientes o con los propios trabajadores.

2 Objetivos

-Explicar la importancia del lavado de manos como medida preventiva para disminuir los microorganismos multirresistentes en los hospitales.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene de manos y el uso correcto de guantes son las principales medidas para prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y evitar la diseminación de microorganismos multirresistentes. Realizar limpieza de superficies con productos que garanticen la eliminación de microorganismos patógenos con una frecuencia diaria y además, una limpieza terminal o exhaustiva y completa al alta o traslado del paciente. Implantar medidas de prevención y control, a través de la higiene y el adecuado uso de los antimicrobianos disponibles, así como la comunicación precoz de posibles casos de infección o colonización por estos gérmenes. Todo ello, a través de medidas de formación y asesoramiento, facilitadas por la coordinación y el apoyo del sistema sanitario público, muy especialmente desde el ámbito de la vigilancia epidemiológica. Influye muy positivamente en la erradicación de la transmisión de microorganismos.

5 Discusión-Conclusión

La transmisión de microorganismos multirresistentes constituye en la actualidad, una amenaza para la salud pública a nivel mundial, hasta el punto de poner en riesgo todos los logros alcanzados en el ámbito de las enfermedades infecciosas a lo largo del pasado siglo. Su incidencia es un indicador de la calidad asistencial prestada, por eso es muy importante la implicación y la cooperación entre profesionales sanitarios en todos los ámbitos asistenciales.

6 Bibliografía

-Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de las Infecciones Nosocomiales.

- Complejo Hospitalario de Cáceres. Protocolo de Vigilancia y control de microorganismos multirresistentes.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención en salud.
- Hospital de Donostia. Osakidetza. Medidas de aislamiento y otras precauciones para pacientes con enfermedades transmisibles.

Capítulo 629

VASECTOMÍA: MÉTODO ANTICONCEPTIVO MASCULINO.

ZULAICA VIJANDE FERNÁNDEZ

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

ANA BELÉN RECIO GARCÍA

LAURA LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA SÉSAR NAVAL

1 Introducción

La vasectomía es un método anticonceptivo para el hombre fácil y muy seguro que puede ser reversible pero mayoritariamente es definitivo. Es una técnica que consiste en la sección de los conductos deferentes por los cuales pasan los espermatozoides desde los testículos hasta la uretra.

Una vasectomía es una cirugía sencilla que realiza un médico en un hospital o una clínica. Los pequeños conductos del escroto que transportan el esperma se cortan o bloquean, por lo que el éste no puede salir del cuerpo y provocar un embarazo. El procedimiento es muy rápido, y se da el alta ese mismo día. Además, tiene una altísima efectividad para evitar embarazos, casi del 100%. Existen dos tipos de vasectomía: el método con incisión y el método no quirúrgico (sin corte). Los métodos sin corte reducen el riesgo de infección y otras complicaciones, y en general tardan menos tiempo en cicatrizar.

2 Objetivos

- Describir la técnica de la vasectomía.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos en los siguientes buscadores: Medine Plus, Cochrane y PubMed. Para la búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: método anticonceptivo masculino, espermatozoides, eyaculación, esterilización masculina.

4 Resultados

El principal objetivo de la Vasectomía es evitar el embarazo ya que se incluye dentro de los métodos anticonceptivos masculinos.

El término “vasectomía” proviene de los conductos del escroto que se bloquean durante el procedimiento: los conductos deferentes (del latín vas deferens). Es una técnica quirúrgica que se realizará bajo anestesia local, previamente se rasurará y limpiará el escroto para que el cirujano inyecte la anestesia.

Posteriormente, se realizará una pequeña incisión en la parte superior del escroto por la que se extraen los conductos seminales, se cortan y se ligan quedando separados entre sí. Después, se sutura la herida con 1 o 2 puntos reabsorbibles. En algunos casos necesario. Se recomienda no tomar antiinflamatorios, como el ácido acetilsalicílico, por lo menos una semana antes y después de la intervención por el riesgo de hemorragia. Ésta técnica tiene menos de un 4% de complicaciones (hematomas, dolor o infecciones).

5 Discusión-Conclusión

Además de ésta técnica, existe la vasectomía sin bisturí, descrita por el Dr. Li Shliangning en 1974 y el Dr. M. Goldstein en 1985. La vasectomía sin bisturí conlleva menos complicaciones que la tradicional. Las relaciones sexuales de los hombres con vasectomía no sufren cambios, el líquido eyaculado no contiene espermatozoides, para ello será necesario 2-3 meses tras 20/25 eyaculaciones.

6 Bibliografía

- Revisión bibliográfica, Revisión bibliográfica a través de las bases de datos: SCIELO, PubMed, Cochrane, Cochrane Plus y el buscador Google académico
- Chronic testicular pain following vasectomy.
- Davies AH, Sharp RJ, Cranston D, Mitchell RG. The long-term outcome following special clearance after vasectomy. Br J Urol.
- World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction.

Capítulo 630

LA IMPORTANCIA DEL TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

La piel es la cubierta exterior del organismo y el órgano más amplio del cuerpo, constituye una barrera de separación entre el medio interno y externo. Así mismo las mucosas que presentan las funciones de protección, secreción y absorción, las mismas que constituyen la puerta de entrada para las infecciones en los hospitales por lo que es indispensable aplicar medidas de higiene para evitar la proliferación de bacterias. La higiene se ocupa de los procedimientos que contribuyen para alcanzar y desarrollar una óptima estado de bienestar en el ser humano. El aseo, es muy importante y es un escalón para alcanzar la salud, ayudando a mejorar las condiciones de vida, y a evitar la proliferación de microorganismos patógenos para prevenir enfermedades, conservar la piel en un buen estado; contribuyendo al bienestar físico, social y mental del paciente En este contexto es indispensable dar cumplimiento a las reglas de higiene, más aun en pacientes encamados, que requieren ayuda, es allí donde el personal auxiliar de enfermería

interviene, debiendo estar suficientemente capacitados para realizar esta actividad con una actitud responsable y humana.(Gía 1).

En un paciente encamado nos referimos a inmovilidad aguda cuando se habla de una duración de al menos tres días, provocada por medicamentos, fracturas, operaciones quirúrgicas, alteraciones electrolíticas e infecciones; y crónicas debido a enfermedades que afectan al sistema musculo-esquelético o a trastornos sensoriales, aunque puede ser por los múltiples factores. Por ello serán pacientes que requieran cuidados específicos que no puedan realizar por sí mismos de manera independiente y consecuentemente necesiten ciertos cuidados específicos tanto para tratar su causa principal de encamamiento, como cuidados generales relacionados con el proceso en cama y las complicaciones potenciales que conlleva el hecho de estar postrados en cama. (Leal2).

2 Objetivos

- Establecer el proceso y técnica de una correcta higiene en paciente así como sus cuidados para el máximo bienestar del paciente.

3 Metodología

Se han buscado revisiones bibliográficas y búsquedas de artículos en bases de datos, protocolo, manuales y revistas científicas como Scielo. También en guías de hospitales se ha recopilado información sobre el paciente encamado, así como, de las lesiones potenciales que sufren por falta de movilidad entre los años 2000 y 2017.

También se han revisado artículos buscados en Google Académico utilizando palabras clave como “paciente encamado”, “inmovilidad” y “cuidados enfermería”.

4 Resultados

Existen diferentes puntos a tener en cuenta en el paciente encamado como son: la piel, la alimentación, la higiene, la movilización y el sistema músculo-esquelético evitando la atrofia muscular.

- La técnica del aseo es un proceso desarrollado paso a paso en forma ordenada, mediante el cual se consigue la eliminación de las impurezas de la piel del paciente, por ende contribuye a disminuir los microorganismos patógenos; procedimiento que al realizarlo en forma correcta orienta a mantener las condiciones

de higiene optimas, mejora la circulación, y favorece el bienestar y confort del paciente, incide positivamente en su autoestima, en la reinserción en su medio y facilita la exploración médica. (Manzano et al 3).

El procedimiento durante el aseo del paciente encamado. Proteger la intimidad del paciente con un biombo si hay más pacientes en la habitación o cerrando la puerta. Colocar al paciente en decúbito supino. Para facilitar el procedimiento. Retirar la ropa de cama, doblándola en acordeón hacia el extremo inferior, dejar la sábana superior sobre el paciente desvestido. Dejar libre o descubierta únicamente la zona del cuerpo que se le va a lavar siguiendo el siguiente orden: ojos, cara; cuello y hombros; brazos, manos y axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espaldas y nalgas; región genital. Lavar cada zona, aclarar y secar inmediatamente, con la finalidad de evitar que el jabón permanezca demasiado tiempo en la piel mano y dorso, aclarar y secar; continuar lavando las veces que sea necesario.

Es indispensable durante la ejecución de la técnica, motivar al paciente para que mantenga hábitos de higiene que van a contribuir con su bienestar. La habitación debe estar limpia y ordenada, tener buena luz y evitar corrientes de aire. Es fundamental respetar la intimidad del paciente. El aseo del paciente en cama se lo debe realizar con una actitud de mimo y cuidado y no se debe actuar con brusquedad. El Aseo de la región perineal; en las mujeres se lava de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás; este orden es importante para evitar la contaminación de los genitales con microorganismo de la región anal. En los hombres se procede a limpiar los pliegues inguinales y el escroto, retrayendo el prepucio para limpiar el glande y el canal balano-prepucial, terminando con el ano. Si el paciente puede realizar el aseo de sus genitales, se le facilitará los utensilios necesarios para que lo realice por sí mismo. Si no es así se procede a realizarle el aseo colocándolo en posición decúbito supino.

El aseo del paciente encamado se realizará diariamente de preferencia en la mañana y tantas veces como sea necesario. Es importante observar el estado de la piel del paciente aprovechando el aseo, si se observa algunas anomalías, comunicar al médico o a la enfermera. El afeitado se realizará después del aseo general en los varones. Solicitar la colaboración del paciente en el aseo personal para potenciar su autonomía y hacer participar en su proceso curativo. (Zubeldia 4).

El aseo y arreglo personal muestran una imagen agradable de las personas y las hacen sentirse mejor con ellas mismas, evitando por otro lado las úlceras o es-

caras, facilitando la circulación sanguínea y la integridad de la piel. Frente a estas condiciones, la Técnico Auxiliar de Enfermería para el eficiente desempeño de su labor tiene que desarrollar habilidades y destrezas para desempeñar un papel práctico, humano, científico, con principios éticos y responsabilidad de cuidado directo al adulto mayor en los niveles de atención, de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, curación de los pacientes de mínimo y moderado riesgo, integrado al equipo de trabajo de salud, liderado por la profesional de enfermería vinculándose a la colectividad y actualizándose en lo científico tecnológico, derechos y programas con el fin de lograr la máxima satisfacción de las necesidades básicas de la persona adulta mayor, la familia del paciente y la comunidad. Por lo antes expuesto, se resalta la importancia de la aplicación correcta del baño de del paciente encamado, de ahí que en el presente trabajo se describe al detalle su ejecución; con la seguridad que el material expuesto pueda servir como medio de consulta para profesionales o familiares del adulto mayor en estado de encamamiento. (Córdova et al 5).

5 Discusión-Conclusión

6 Bibliografía

- 1. Gía Belduma, Yolanda. Técnica de aseo del paciente encamado. BS thesis. 2010.
- 2. Leal, L. Actualización de los cuidados de Enfermería al paciente encamado. Diss. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. España: Universidad de Rioja, 2017.
- 3. Manzano, Jorge Luis Pérez, et al. "Intervención educativa en cuidadores de adultos mayores encamados en el hogar." *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 40.1 (2014).
- 4. Zubeldia Etxeberria, Josune. "Estudio comparativo de dos técnicas de aseo en el paciente encamado." (2014).
- 5. Córdova Leiva, Berta Irene. "Técnica de baño de esponja del paciente geriátrico encamado". BS thesis. 2009.

Capítulo 631

CUIDADOS EN ROTURAS DE CADERA

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

1 Introducción

La mayoría de las fracturas de cadera en los ancianos son debidas a la osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad esquelética progresiva y sistémica, caracterizada por un descenso de la masa ósea y deterioro en la microarquitectura del hueso, que aumenta su fragilidad y el riesgo de fracturas (Consensus, 1991). Con ella, la actividad de los huesos se deteriora, produciendo una pérdida excesiva de hueso, los cuales se vuelven más débiles, delgados y propensos a fracturas. Se conoce como la enfermedad silenciosa, porque se puede sufrir durante años y no saberlo hasta que se produce la ruptura de un hueso. Para saber la fortaleza de los huesos se puede realizar una densitometría, que consiste en medir la densidad del hueso mediante rayos-X, es decir, su cantidad de calcio.

Existen una serie de factores de riesgo tanto para sufrir osteoporosis como para una fractura, entre los que se encuentran:

- Edad superior a 65 años.
- Sexo femenino.
- Ser de raza caucásica o asiática.
- Poseer alguna fractura previa de muñeca, vértebras, cadera o húmero.
- Riesgo más elevado en pacientes con ascendientes de primer grado con rotura de cadera.
- Abusar del alcohol, la cafeína o el tabaco.

- Uso de algunos medicamentos: glucocorticoides, inhibidores de la aromatasa y algunos anticonvulsivos.
- Índice de masa corporal inferior a 20, o mucha pérdida de peso.
- Escasa actividad física.
- Ingesta insuficiente de calcio y vitamina D, y poca exposición a la luz del sol que impide la síntesis de vitamina D.
- Riesgo incrementado de caídas.
- Haber sufrido alguna caída más en el último año.
- Inmovilización prolongada.
- Osteoporosis secundaria a otras enfermedades: endocrinas, reumatológicas, gastrointestinales, neoplasias, renales, esclerosis múltiple, etc.

Aproximadamente el 50% de las mujeres mayores de 50 años va a sufrir alguna rotura de huesos a lo largo de su vida, bien de cadera, muñeca o vértebras (éstas las más frecuentes).

En la lesión de cadera está afectado el hueso del muslo, es decir, el fémur. Pueden ser fracturas INTRACAPSULARES O MEDIALES, que se localizan en la cabeza y el cuello del fémur, o EXTRACAPSULARES o LATERALES, localizadas en las regiones cervicotrocantérica, pertrocantérica y subtrocantérica de la cadera.

Normalmente, la fractura de cadera se produce después de una caída. Si usted nota que no puede levantarse o pararse después de ella, llame al médico para que éste le haga una radiografía y determine la ruptura de la cadera.

Los principales síntomas son: dolor intenso en la zona de la cadera o en el área pélvica, moratones o hinchazón de la cadera, incapacidad de soportar peso en la cadera, dificultad para caminar y puede que la pierna lesionada esté girada hacia afuera y sea más corta que la otra pierna.

2 Objetivos

- Conocer la causa de las fracturas de cadera, su prevención y recomendaciones.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, Medline, Cochrane y Scielo de los estudios más relevantes sobre fracturas de cadera y osteoporosis.

4 Resultados

- Las fracturas de cadera se tratan con técnicas de ortopedia, que es la ciencia que corrige los problemas relacionados con los huesos, músculos o articulaciones.

Existen dos tipos de intervención quirúrgica para estos casos:

A). Estabilización del lugar de la fractura mediante material metálico (placas, tornillos o clavos). Suelen utilizarse para las fracturas extracapsulares ya que en ellas el riesgo sanguíneo que se conserva es suficiente y se pueden reparar.

B). Realización de una artroplastia, mediante la que se reemplaza total o parcialmente la articulación coxofemoral por una articulación artificial (prótesis). Para ello se utilizan componentes metálicos (cromo, cobalto, molibdeno, titanio, oxinimum), cerámicas y polietilenos combinados de distintas formas para alargar la vida de la prótesis a base de disminuir la fricción entre las distintas piezas.

En el caso de las fracturas intracapsulares existe el riesgo de que se interrumpa el riego sanguíneo vital de la cabeza del fémur, que se traduce en la muerte del tejido óseo. Por esta razón, el tratamiento elegido suelen ser las artroplastias.

Después de retirar los puntos de sutura, el médico establece un plan de trabajo: comenzar rehabilitación progresiva mediante movilizaciones pasivas de todo el miembro inferior, evitando los movimientos de rotación externos y abducción. Estos movimientos se evitan para que no aparezca una luxación o dislocación de la cadera en el primer periodo de la recuperación, mediante la colocación de una almohada entre las piernas en los periodos de descanso en cama para que éstas no se cierren completamente o se crucen. También se inicia la deambulación.

- En la recuperación lo más importante es mantenerse activo, siguiendo las pautas propuestas por el fisioterapeuta y no dejar de usar las muletas, el andador o el bastón sin que el médico nos lo recomiende. Utilizar medias de compresión durante las 2 o 3 primeras semanas.

También se debe procurar no sentarse durante más de 45 minutos en la misma posición ni estar tumbado durante largos periodos de tiempo para evitar la aparición de úlceras por decúbito. No utilizar sillas en las que la rodilla esté por encima de la cadera y no cruzar las piernas, sentarse en un asiento del inodoro elevado durante las 2 primeras semanas, no agacharse, ni dormir boca abajo ni sobre el lado operado. Tampoco se deben poner los pies hacia fuera o hacia dentro ni conducir hasta que el médico nos lo autorice.

Mantener una higiene adecuada de la herida y mirar diariamente si hay algún signo de infección.

Se debe de evitar cualquier tipo de caída (retirar alfombras, cables, y aumentar la seguridad en los baños), no cargar las manos cuando se dé la vuelta porque se puede perder el equilibrio y necesitarlas, colocar las cosas de manera accesible en casa y no subir las escaleras.

- Otras medidas a tener en cuenta para la recuperación integral del paciente son: llevar una dieta adecuada que aporte suficiente calcio, fósforo y minerales para la formación de hueso y tratamientos para no tener dolor en la recuperación (tomar analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos o realizar terapias como los bloqueos nerviosos, la acupresión o la terapia de relajación muscular).

Además, se pueden utilizar terapias de frío y calor para ayudarle con los ejercicios. El hielo ayuda a disminuir la hinchazón y el dolor (aplicando bolsa de hielo picado durante 10-20 minutos). Se puede aplicar una almohadilla caliente eléctrica sobre la zona de la cadera (también 10-20 minutos) que relaja los músculos y aumenta la amplitud de movimiento de la cadera. En ambos casos hay que comprobar la temperatura antes de aplicarla en la zona porque la operación puede reducir las sensaciones en la cadera.

El ejercicio físico puede aliviar el dolor y la rigidez de las articulaciones, fortalece los músculos, aumenta la circulación sanguínea y la condición física general y evita lesiones en la nueva articulación. Al principio se realizan las actividades propuestas por el fisioterapeuta que sirven para aumentar la extensión del movimiento fortalecer los músculos. Después, y siempre bajo control médico, intentar hacer ejercicios como caminar, montar en bicicleta estática y apuntarse a natación. Siempre evitar aquellos ejercicios o deportes en los que haya que correr o trotar, como el tenis o el baloncesto, para no dañar o aflojar la nueva articulación de la cadera

5 Discusión-Conclusión

Lo más importante de todo es prevenir la osteoporosis, sobretodo en mujeres. Para ello se recomienda no consumir alcohol ni fumar, tomar suficiente calcio y fósforo en la dieta para que los huesos estén fuertes, vitamina D para mejorar la reabsorción de calcio por los huesos (para que funcione adecuadamente también es necesaria la exposición moderada al sol), realizar ejercicio de forma regular para tener los huesos y músculos fuertes, tomar suplementos de calcio si son necesarios y bajo prescripción médica, utilizar terapias de estrógenos en mujeres postmenopáusicas con riesgo de padecer osteoporosis y evitar ciertos

medicamentos que aumentan la velocidad de pérdida ósea si no se administran adecuadamente (esteroides, anticonvulsionantes, anticoagulantes y tratamientos para el tiroides). Es importante evitar las caídas y golpes, tanto para que no se produzcan las fracturas como durante la recuperación de la operación.

Después de la operación lo principal es cuidar los movimientos al principio para que no se produzca la luxación de la cadera, seguir los consejos del fisioterapeuta relacionados con la rehabilitación, mantenerse activo pero sin realizar ejercicios ni movimientos bruscos y no aumentar de peso.

6 Bibliografía

- 1. Baccaro LF, Conde DM, Costa-Paiva L, Pinto-Neto AM. The epidemiology and management of postmenopausal osteoporosis: a viewpoint from Brazil. *Clin Interv Aging*. 2015;10:583-91.
- 2. León Vázquez F, Bonis J, Bryant Cerezo V, Herrero Hernández S, Jamart Sánchez L, Díaz Holgado A. Prevención de fractura osteoporótica en España: uso de fármacos antes y después de una fractura de cadera. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*. junio de 2015;7(2):54-62.
- 3. La continuidad de cuidados de los pacientes intervenidos de fractura de cadera [Internet]. [citado 1 de enero de 2020].
- 4. Handoll HH, Sherrington C, Mak JC. Interventions for improving mobility after hip fracture surgery in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011 [citado 1 de enero de 2020];(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/>.
- 5. Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [citado 1 de enero de 2020].

Capítulo 632

TRAQUEOTOMÍA Y TRAQUEOSTOMÍA; DEFINICIÓN, DIFERENCIA Y SUS COMPLICACIONES

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

RAQUEL GRANDA PÉREZ

1 Introducción

La traqueotomía puede ser de las técnicas quirúrgicas más antiguas. La primera, se cree que fue realizada por los egipcios en torno al año 3600 a. C. Pero bajo documentación, nos remontamos al año 1546, en el que un médico italiano Antonio Musa Brassavola, realizó una traqueotomía acertada, a un paciente, por una obstrucción de amígdalas.

2 Objetivos

- Establecer la diferencia entre traqueotomía y traqueostomía.
- Identificar las complicaciones más frecuentes en pacientes traqueostomizados.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos a través de plataformas on-line como Pubmed , Google académico, elsevier, Scielo. Y artículos en revistas de ámbito sanitario. Se emplean como palabras clave: Práctica quirúrgica, abertura, respirar, biopsia, corto y largo plazo.

4 Resultados

- La traqueotomía se define como una práctica quirúrgica que se caracteriza por un corte quirúrgico de la tráquea, con el único fin de extraer cuerpos extraños, reparar lesiones locales o para realizar biopsias. En la mayoría de los casos la traqueotomía es temporal, es más suele cerrarse inmediatamente después.

- Una traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que se utiliza para crear un estoma (o abertura) en el cuello, a la altura de la tráquea, para obtener un nuevo canal de respiración. Esta operación se realiza uniendo los bordes de una incisión en la piel, realizada en el cuello, al tubo traqueal. Cuando las dos aberturas están conectadas, se introduce un pequeño tubo (tubo de traqueostomía), lo que hace que el aire fluya hacia los pulmones y el paciente pueda respirar. La traqueostomía suele ser un remedio a largo plazo.

- Dentro de las complicaciones de las traqueostomías, las más frecuentes entre otras son:

Decanulación imprevista: se trata de cuando se sale la cánula del sitio sin posibilidad de recolocar, bien por una manipulación inadecuada, por el propio esfuerzo de la tos, o por una incorrecta fijación al cuello. El paciente presentará una fatiga importante, ante esto, se tiene que ver cómo está el estoma, recolocar la cánula con el fiador, sin forzar, incluso colocar una cánula más pequeña, comprobar la vía aérea y fijar al cuello, pero si fuera imposible colocarla y el enfermo presenta una disnea importante, remitir al otorrino.

Obstrucción por tapones mucosos: La falta del calentamiento del aire por la nariz hace que las secreciones se sequen y espesen obstruyendo la traquea. Esto hace que el paciente sienta dificultad respiratoria, por lo que habrá que aspirarle o cambiarle el mandril, es muy importante una correcta hidratación.

Fístulas: es una complicación poco frecuente pero grave en los pacientes traqueostomizados, puede deberse a varios factores, como, llevar mucho tiempo, o una mala posición de la cánula, una necrosis, la alta presión del balón endotraqueal. Para poder tratar una fístula, es preciso un tratamiento quirúrgico.

Granulomas: son los nódulos inflamados, tienden a sangrar, son el resultado de una infección local postoperatoria, o una maña praxis, el paciente presenta sangrados, y como solución está la cauterización química con nitrato de plata, o el láser.

Hemorragias: se pueden dar por varios motivos, como balones hiperinsuflados, traqueotomías bajas, por cánulas largas, necrosis...

El tratamiento sería tapparla zona, usar una cánula con balón y aspirar el sangrado.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier complicación que se presente en un paciente traqueostomizado, ha de ser tratada de manera inmediata, por suerte, los problemas suelen darse al principio, cuando el paciente aún se encuentra ingresado, y se solucionan vertiginosamente. Es conveniente informar al paciente y familiares del cuidado de una traqueostomía y así evitar complicaciones futuras.

El personal sanitario debe mantener una limpieza y desinfección correcta en las cánulas para evitar infecciones, y dar las pautas correspondientes al paciente para su vida fuera del hospital.

6 Bibliografía

- www.mayoclinic.org/es.
- www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-laenfermeriareal.com/.
- [wikipedia.org/ scielo.isciii.es](http://wikipedia.org/scielo.isciii.es).

Capítulo 633

FIBROSIS PULMONAR, QUE ES Y CUIDADOS PARA CONVIVIR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

RAQUEL GRANDA PÉREZ

1 Introducción

Para poder hablar de una enfermedad pulmonar, lo primero que se debe hacer es definir el órgano afectado, en este caso, los pulmones, pertenecen al aparato respiratorio, y son dos órganos de aspecto blando y esponjoso, son los encargados de realizar el intercambio gaseoso entre el aire y la sangre.

Las personas con enfermedades pulmonares muestran una dificultad para respirar. La fibrosis pulmonar es una enfermedad crónica que afecta a ambos pulmones, se caracteriza por una cicatrización progresiva (Fibrosis) haciendo que el pulmón pierda elasticidad, dando como resultado un aspecto engrosado y rígido. Esas cicatrices, pueden deberse a varios factores, pero cuando la causa no es concreta, lo definimos como fibrosis quística idiopática.

A medida que avanza la enfermedad, la dificultad para respirar es mayor, y el problema es que el daño no es reversible, pero con terapias, actividad física y

medicación se puede mejorar la calidad de vida.

2 Objetivos

- Conocer los síntomas de la fibrosis pulmonar.
- Descartar cualquier otra enfermedad respiratoria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica utilizando Google Académico, Scielo, medline, Pubmed; Roche, artículos y revistas sanitarias. Se usan como palabras clave: pulmones, cicatrización progresiva, elasticidad, rígido, calidad de vida.

4 Resultados

Los síntomas de la fibrosis pulmonar pueden confundirse con los de otra enfermedad respiratoria por lo que, es muy importante realizar un diagnóstico correcto. Bajo estos síntomas:

- Tos seca y recurrente.
- Dolor de articulaciones.
- Respiración superficial y rápida.
- Pérdida de peso involuntaria.
- Acropaquia (ensanchamiento y redondeo de las uñas).

Es importante acudir al médico y que haga las pruebas pertinentes, como una entrevista, una exploración física, y una analítica completa, también puede pedir pruebas de diagnóstico por imagen como: radiografías, ecocardio.

Pruebas de función pulmonar: Espirometría, Oximetría de pulso, Prueba de esfuerzo, gasometría arterial.

Muestra de tejido: Biopsia, Broncoscopia.

Existen muchos tipos de Fibrosis pulmonar, la más común es la idiopática, por no tener una causa conocida. La edad más común para empezar con los síntomas es entre los 50-70 años, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, aunque va en aumento. Como factores de riesgo podemos destacar:

Enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, la esclerodermia, etc), antecedentes familiares, humo del tabaco, reflujo esofágico, exposición a productos químicos peligrosos, edad, tratamientos oncológicos.

Como en muchas enfermedades sin causa aparente, los buenos hábitos harán que los síntomas disminuyan, como evitar el sedentarismo y practicar ejercicio moderado regularmente, como caminar o montar en bicicleta estática. A veces será necesario utilizar oxígeno durante el ejercicio para ayudar a mantener la función pulmonar, reducir el estrés y mejora el estado de la salud. Los programas de rehabilitación pulmonar para aprender técnicas de respiración, ayudan a mejorar la calidad de vida. Se debe controlar la dieta: Comer de manera sana y equilibrada y estar bien hidratado, es un aspecto relevante.

Los enfermos de fibrosis quística pulmonar, les puede resultar más incomodo respirar con el estómago completamente lleno, ya que el diafragma no puede expandirse, y al no tener sitio puede llegar la sensación de ahogo. Es conveniente hacer comidas más frecuentes y menos abundantes. Para hacer fácil las digestiones nocturnas sería conveniente evitar alimentos grasos y fritos y bebidas gaseosas. Con todas estas recomendaciones y evitando el estrés así como durmiendo las horas reglamentarias, harán más fácil convivir con la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Hay que ser conscientes de que es una enfermedad crónica, y que actualmente no hay un tratamiento eficaz para detener la enfermedad, el médico es que evaluará la enfermedad, aplicando el tratamiento más adecuado.

6 Bibliografía

- [mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pulmonary-fibrosis/diagnosis-treatment](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pulmonary-fibrosis/diagnosis-treatment).
- rpp.pe/vital/salud/ciencia-y-buenos-habito medlineplus.gov.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 634

PIEL DEL ANCIANO. CUIDADOS DEL TCAE.

M^a DEL MAR VALLINA ALONSO

ANA BELEN VALLINA ALONSO

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

1 Introducción

La piel es el órgano sobre el cual se evidencia más claramente el envejecimiento. Esto es debido, a que se ve afectada por varios factores de manera simultánea: factores genéticos, factores ambientales y factores hormonales (estos últimos especialmente en la mujer). Este órgano desempeña una gran variedad de funciones muy importantes para nuestro bienestar como son: la protección frente agresiones externas, absorción de los rayos ultravioleta, producción de vitamina D, termorregulación, protección ante agentes patógenos, recepción de estímulos sensoriales y la impermeabilización.

El motivo por el cual, el cuidado de la piel cobra especial importancia en el anciano, es debido a las alteraciones que sufre en sus capas (dermis, epidermis, hipodermis). Por ejemplo: en la epidermis hay un descenso en el número de células epidérmicas y los melanocitos disminuyen un 10-20 % cada diez años de vida; en la dermis hay una reducción de su grosor y una disminución de las glándulas sudoríparas, vascularización y colágeno.

Todos estos cambios, hacen que la piel de anciano sea más seca, frágil, arrugada, pálida, menos elástica y se vean afectadas funciones tan importantes como la sudoración, regulación de la temperatura, cicatrización de heridas, etc.

Estas características de la piel en el anciano, facilita la aparición de lesiones cutáneas como las úlceras (úlceras por presión, úlceras arteriales, úlceras venosas) y las lesiones producidas por la humedad.

De entre todas las lesiones cutáneas, señalaremos a las úlceras por presión (UP) como las más importantes por su incidencia. Ya que según diversos estudios cifran en un 3-11% la tasa de pacientes que ingresados en un centro hospitalario desarrollan una UP. Relevante también es el dato de que el 60% de los pacientes con UP, han desarrollado la patología en el hospital. Y que estos tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27 %.

2 Objetivos

- Describir los cuidados básicos que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe realizar en la piel del anciano, así como la prevención de lesiones.
- Establecer recomendaciones para un correcto estado nutricional, hidratación así como educación sanitaria al paciente.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema en distintas fuentes. Por un lado, fuentes primarias como revistas y libros y por otro, fuentes secundarias, como las bases de datos Medlineplus y Pubmed.

Los criterios de inclusión utilizados son: Temas relacionados con la piel del anciano. Textos en español, con disposición completa y gratuita y sin restricción en el año de su publicación.

Los criterios de exclusión son: Publicaciones en un idioma distinto del español.

Palabras clave: Anciano, piel, cuidados, úlcera.

Palabras clave: Anciano, piel, cuidados, úlcera.

4 Resultados

Para conseguir un buen estado de salud en la piel senil, el técnico auxiliar de enfermería debe tener en cuenta una serie de cuidados básicos, medidas fotopro-

tectoras y, una buena limpieza, hidratación y dieta.

Cuidados básicos del TCAE:

- Evitar ropas de lana y poliéster y en su lugar vestir prendas holgadas y de tejidos naturales como el algodón.
- Evitar el alcohol y el tabaco.
- Mantener el ambiente húmedo.
- Corte de las uñas de los pies por un podólogo, especialmente en ancianos diabéticos.
- Motivar al anciano para la realización de cierta actividad física y deambulación.
- Favorecer la distracción, relajación y estimulación cutánea.
- Cuidado con las medicaciones o la exposición a sustancias químicas.
- Revisión frecuente de la piel.

Además el TCAE adoptará medidas específicas: medidas fotoprotectoras:

- Usar fotoprotectores de alta protección durante la exposición al sol.
- No tomar baños de sol prolongados.
- Evitar tomar el sol entre las 10 y las 15 horas.
- Utilizar gafas de sol, sombreros.

Limpieza e hidratación:

- La limpieza de la piel debe realizarse para eliminar la suciedad y mal olor. Esta limpieza debe realizarse con geles suaves, diseñados especialmente para los ancianos. Serán productos compatibles con su Ph (avena, glicerina) y que no desengrasen en exceso la piel seca del anciano.
- El secado se debe realizar con pequeños toques, sobre la piel húmeda y no frotando. Hay que prestar especial atención en el secado de los pliegues cutáneos, para evitar maceraciones.
- La higiene diaria, se realizará con agua tibia, baños no prolongados y utilizando jabón solo en los lugares necesarios.
- Se evitarán los desodorantes genitales y axilares.
- Se realizará una hidratación de la piel con productos emolientes como la parafina, la lanolina y los aceites minerales. Estos productos aportan hidratación a la dermis, ejercen una barrera a la evaporación transcutánea del agua, evitan la sequedad cutánea y protege a la piel de cambios ambientales.

Dieta:

Nuestra alimentación influye directamente en el estado de salud de la piel. Dadas las peculiares características de esta en el anciano, una dieta sana, variada y equilibrada es imprescindible. Es muy habitual, encontrarse ancianos con un estado

nutricional deficitario. Esto es debido, a la unión de varios factores: falta de piezas dentarias, falta de apetito, disfagia, vómitos, diarreas y la habitual falta de recursos monetarios de este sector de la población.

Las vitaminas son básicas en esta etapa para la piel.

El déficit más importante lo encontramos en la vitamina D, ya que para su correcta absorción es necesaria la exposición solar. Y es muy habitual que el anciano este incapacitado o institucionalizado. Por ello es recomendable la exposición al sol al menos 15 minutos dos días a la semana de manos y cara.

Las proteínas favorecen el buen estado de las estructuras corporales del anciano. Es aconsejable aumentar su ingestión diaria, especialmente las de origen animal. Los lípidos favorecen la formación de las membranas celulares y ayudan a absorber al cuerpo las vitaminas liposolubles.

Por último y no menos importante. La cantidad de agua, es otro de los elementos para una buena alimentación.

Es muy frecuente encontrarse ancianos con un bajo nivel de hidratación. Esto es debido a la alteración de los mecanismos fisiológicos de la sed, el consumo de diuréticos y la peor tolerancia a los líquidos debido a diversas enfermedades. Por ello debemos educar al anciano para que la ingesta de agua, sea un hábito en su día a día.

Úlceras por presión:

Las úlceras por presión es la lesión cutánea más común en los ancianos. Por ello vamos a destacar los cuidados de prevención del TCAE ante estas lesiones. Según el Grupo Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP), “las úlceras por presión son lesiones localizadas en la piel o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión o de presión en combinación con cizalla”. La prevención se basará en un análisis personalizado del riesgo de cada anciano y la aplicación de distintas medidas:

I. Medidas para disminuir o eliminar la presión

- Movilización: Un objetivo prioritario es que el anciano pueda deambular y realizar actividad física en la medida de sus posibilidades.
- Cambios posturales: En ancianos encamados o en sedestación se aconseja un plan de cambios posturales.
- Uso de superficies especiales para la reducción de la presión.
- Vigilar la sondas y catéteres. Observar sus puntos de apoyo, que estos no queden debajo del paciente.

II. Medidas para evitar o disminuir la fricción y la cizalla:

- Realizar los cambios posturales sin arrastrar al anciano. Se utilizarán dispositivos de movilización si fueran necesarios.
- Se usarán cremas hidratantes. Pero sin realizar fricción ni masaje brusco.
- No se harán masajes sobre las prominencias óseas ni superficies enrojecidas.
- La cama debe estar limpia, seca y sin arrugas.

III. Medidas para evitar la humedad:

- Secar la piel después del aseo con suavidad.
- Vigilar la sudoración.
- Vigilar la incontinencia.
- Usar dispositivos colectores de drenajes y vigilar que no se produzcan fugas.
- Empleo de pastas o cremas protectoras que hagan de barrera en aquellas zonas de piel sana expuestas a la humedad.

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia del papel que desempeña la piel en nuestro organismo y las características de esta en el anciano, debemos basar nuestras actuaciones en la prevención y educación como mejor estrategia para tener una piel saludable en las personas ancianas.

La aplicación de cuidados, una dieta adecuada, hidratación y protección del sol ayudarán de forma considerable a evitar úlceras y lesiones importantes. Permitiendo esto una mejor calidad de vida en el anciano.

6 Bibliografía

- Jorge Tirado-Cedaño, Sandra Martínez-Raygada. Cuidados de la piel del anciano. *Dermatol Perú* [Internet]. 2008 [citado 26 diciembre 2019]; 18(2):106-110.
- G. Bravo Fernández de Araoz, S. Corrales Fernández, R. Jiménez Fernández, J. J. Baztán Cortés. Úlceras por presión. En: Jesús Pérez del Molino Martín, coordinador.
- Mercè Marimon, Antonieta Garrote. La piel senil. Elsevier [Internet]. 2003 [citado 26 diciembre 2019]; 22(11):80-86.
- Regina Cardelús, Agustín García, Manuela Heredia, Concepción Romo, Carlos Galindo. Úlceras por presión. En: Equipo Macmillan Profesional, editor. *Técnicas Básicas de Enfermería*. 1ª ed. Madrid. Macmillan Ibérica S.A.; 2015. p. 122-147.

Capítulo 635

NUTRICION ENTERAL A TRAVES DE SONDA NASOGASTRICA POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

NOELIA ALVAREZ FERNANDEZ

MARIA ARANTZAZU RENDUELES IGLESIAS

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

ESMERALDA MEANA PIÑERA

1 Introducción

La alimentación en la historia de la humanidad ha sido relacionada con el desarrollo de las distintas civilizaciones y culturas.

La alimentación es una forma de proporcionar al cuerpo alimentos; y es el mecanismo por el cual el ser humano se proporciona sustancias aptas para el consumo, de modo voluntario y consciente. Dentro de los alimentos nos encontramos los nutrientes formados por:

- Energía según su estructura química son, monosacáridos, disacáridos y polisacáridos.
- Lípidos o grasas: formados por carbono, oxígeno, hidrógeno y en ocasiones por nitrógeno, azufre y fósforo. Tiene como funciones la reserva energética, estructural y reguladora. Los ácidos grasos se clasifican en lípidos simples y complejos.

- Proteínas: formados por carbono, hidrogeno, oxígeno, nitrógeno y a veces como fósforo y azufre. Forman parte de la estructura básica de los tejidos, desempeñan las funciones metabólicas y reguladoras.
 - Vitaminas: no aportan energía, son nutrientes no energéticos que el ser humano no sintetiza por lo que se obtendrán a través de los alimentos excepto la vitamina D que se forma en la piel y las vitaminas K, B1, B12 y ácido fólico se forma en la flora intestinal su función principal es participar como regulador en los procesos metabólicos. Se clasifican en liposolubles e hidrosolubles.
 - Minerales: son componentes inorgánicos necesarios para la elaboración de tejidos , síntesis de las hormona s se dividen en tres grupos; macroelementos, microelementos y oligoelementos.
- Sin embargo la nutrición es un conjunto de procesos por los cuales el organismo recibe, utiliza y transforma los nutrientes para obtener energía de forma inconsciente e involuntaria
- Una de las técnicas de alimentar y aportar nutrientes directamente al estomago seria la nutrición por sonda nasogástrica.

2 Objetivos

- Determinar las funciones y cuidados del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el paciente que se alimenta por nutrición enteral, controlando sus complicaciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La nutrición enteral es el aporte alimenticio realizado a través de una sonda que va directa hasta el estómago o intestino delgado. Se realiza en pacientes que no pueden tomar alimentos por la boca, ni utilizar algún tramo del tubo digestivo.

Se emplea en situaciones en los que existen lesiones en la cabeza o cuello, en politraumatizados, intubación endotraqueal, grandes quemados, trastornos de la conciencia, anoréxicos y ancianos debilitados.

- El técnico en cuidados auxiliares prepara el material que constara de:

Dieta enteral.

Vaso con agua.

Jeringa de alimentación.

Batea.

Guantes.

Servilleta.

- Protocolo de actuación:

Lavarse las manos y ponerse los guantes.

Explicar el procedimiento al paciente.

Poner al paciente en posición cómoda (Fowler).

Colocarle la servilleta.

Comprobar la caducidad del producto.

Destapar la sonda e introducir 30ml de agua anterior mente se comprueba el contenido gástrico.

Cargar la jeringa con el preparado alimenticio que estará templada al baño maría.

Conectar la sonda con la jeringa e introduciremos el alimento despacio y de forma continúa ejerciendo una ligera presión.

Cuando se introduzca el volumen indicado se volverá a irrigar la sonda con 30ml de agua para que no se forme costra, ni se obstruya y se reproduzcan bacterias.

Tapar de nuevo la sonda.

Retiraremos el equipo.

Se dejará al paciente en esa posición durante un tiempo para prevenir el reflujo.

Observar la tolerancia del paciente a la dieta.

Anotar las incidencias y comunicar lo observado a la enfermera.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) por medio de la alimentación enteral a través de la sonda nasogástrica evitara la desnutrición o deshidratación de los pacientes que no puedan o quieran alimentarse por vía oral de manera adecuada evitando también consecuencias negativas en el tratamiento y recuperación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Una buena formación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería asegurara una a tención de calidad hacia el paciente que asegure su confort y bienestar general disminuyendo los efectos secundarios que se puedan acarrear y favorecer los aspectos de la vida de los pacientes.

6 Bibliografía

- www.chospab.es <https://www.geriatricarea.com>.
- <https://medlineplus.gov> <https://www.significados.com>.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 636

LA MATERNIDAD SIGLO XXI: FUNCIONES DEL TCAE ANTE PACIENTES DE EDAD MADURA CON EMBARAZOS

SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ

JOSE LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

JORDANIA YELUL RAMOS

ADRIANA TOMA

1 Introducción

Introducción:

La maternidad se define como la circunstancia de la mujer que ha sido madre.

El sentimiento maternal se desarrolla a partir del nacimiento de un hijo, con anterioridad al embarazo suele ocurrir que la mujer desarrolle un sentimiento de anhelo de tener educar y cuidar un hijo.

Embarazo: Es el periodo que transcurre en la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los cambios tanto fisiológicos morfológicos que experimenta la mujer (OMS), actualmente la edad de la mujer adulta que es madre ha aumentado a lo largo de los años, actualmente la edad del primer

hijo suele ser entre los 30 35 años que en años anteriores o mejor dicho en épocas anteriores solía ser en edad mas temprana. Todos estos datos aparecen relacionados y analizados en el Instituto Nacional de Estadística.

Según diferentes estudios ,los factores sociales, psicológicos y económicos que repercuten en la mujer es la mayor influencia para analizar el motivo de tantos embarazos tardíos ,el factor económico es uno de los mas importantes a la hora de determinar para la mujer ,en este caso la mujer ha tenido problemas durante mucho tiempo por la conciliación laboral ,de su vida personal y laboral ,ya que actualmente el papel de la mujer en la vida laboral es muy activa y actualmente tiene muchas mas derechos en ese aspecto que en épocas anteriores.

El embarazo en edad adulta (refiriéndonos siempre a edades entre 35 años en adelante), tiene aceptación y no aceptación, es decir, nivel social hay personas que utilizan la expresión a la edad de ser abuelas son madres ,dando lugar a la cuestión ética de la edad de la madre y la perspectiva de vida de los padres de ese bebe dependiendo edad de los padres los tratamientos de fertilidad, fecundación in vitro etc, así como parejas del mismo sexo que desean tener hijos y deciden el método más favorable para ellos, incluso planteándose la adopción o ya un tema de más actualidad, como es la Gestación Subrogada no legalizada en España y en otros países.

Existe actualmente un debate social y moral ante todas este tipo de formas de plantearse la maternidad que existen actualmente, según mi criterio, la mujer debe tenerla cuando se sienta capacitada para ello, en pareja en solitario o cualquier método legal que pueda permitirse para mantener su maternidad en un plano económico y calidad de vida favorable para la mujer y el bebé, siempre y cuando teniendo en cuenta los factores de riesgo que si realmente existe en mujeres de edades comprendidas entre los 35 y los 45 años.

Diferentes revistas científicas y así proyectos de personal sanitario realizados analizando a las pacientes en dichas situaciones, factores de riesgo, mortalidad maternal, mortalidad infantil, sobrepeso de la madre, hábitos pocos saludables como puede ser el tabaco.

La literatura biomédica confirma que el binomio entre madre e hijo en edades mayores a 35 años trae complicaciones así como las madres menores a 19 años .

La gestación subrogada o mal llamada digamos, vientre de alquiler o maternidad subrogada es una técnica de reproducción asistida reconocida en el ordenamiento

jurídico desde 1988, pero en nuestro país este procedimiento no está legalizado aunque existen diferentes asociaciones que gestionan la posibilidad a parejas de poder realizar este procedimiento en otros países donde está legalizado, debido al mal llamado miedo que los propios doctores le infieren a la paciente de edad avanzada, algunas mujeres en esta situación se plantean esa posibilidad de la gestación subrogada, con sus ahorros de toda la vida viajan a otro país con la ayuda de estas asociaciones para hacer realidad su sueño de ser padres.

Como conclusión a este capítulo, después de realizar diferentes investigaciones en diferente bibliografía y diversas revistas científicas he llegado a las siguientes conclusiones:

- Una mujer de 45 años puede tener la posibilidad de ser madre.
- Se tiene que tener en cuenta patologías hereditarias de la mujer.

Así como el estado físico entendiéndolo por tal, el peso de la paciente, una mujer con sobrepeso tendría menos posibilidades de quedarse embarazada, así como sus hábitos poco saludables como puede ser el tabaco o el alcohol.

2 Objetivos

Como objetivo de este estudio, se establece que hay un número de mujeres que sobrepasan los 35 años que tienen su primer hijo, importante es el estudio de esas madres gestantes de esa edad para analizar cualquier riesgo de estado de salud que posteriormente vaya a repercutir en la salud del futuro bebé.

Una mujer en buen estado físico y una atención adecuada en su estado de embarazo tiene un número elevado de posibilidades de tener un parto normal y con éxito.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Donoso, B., & Oyarzún, E. (2012). Embarazo de alto riesgo. *Medwave*, 12(05).
- López, M. E. G., & Calva, E. A. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), 53-61.
- Gómez-López, M. E. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción humana*, 21(2), 111-121.
- Lafaurie, M. M. (2011). Vivencias de gestantes con embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, 15-28.
- Gómez López, M. E., Aldana Calva, E., González Campillo, G., Mota González, C., & Sánchez Pichardo, M. A. (2009). Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Terapia psicológica*, 27(2), 215-225.
- Faneite, P., González, M., Rivera, C., Linares, M., & Faneite, J. (2000). Incidencia y factores prenatales en el embarazo de riesgo. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 60(4), 217-21.
- Velázquez, L. (2018). Algunos aspectos acerca del consentimiento informado en la gestación subrogada. *Dilemata*, (26), 15-25.
- Plaza, C. Á. (2014). La diversidad familiar y la divulgación de los orígenes genéticos a los niños nacidos a partir de donantes y/o gestación subrogada. *IM-Pertinente*, 2(1), 17-43.
- Alvarado, R., Medina, E., & Aranda Ch, W. (2002). El efecto de variables psicosociales durante el embarazo, en el peso y la edad gestacional del recién nacido. *Revista médica de Chile*, 130(5), 561-568.
- Dois Castellón, A. (2012). Actualizaciones en depresión posparto. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(4), 0-0.
- Urdaneta, J., Rivera, A., García, J., Guerra, M., Baabel, N., & Contreras, A. (2011). Factores de riesgo de depresión posparto en púerperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 76(2), 102-112.
- Rojas, G., Fritsch, R., Guajardo, V., Rojas, F., Barroilhet, S., & Jadresic, E. (2010). Caracterización de madres deprimidas en el posparto. *Revista médica de Chile*,

138(5), 536-542.

Capítulo 637

VIOLENCIA OBSTÉTRICA

YOANA PARAPAR MURIAS

1 Introducción

Son aquellos actos ejecutados por el personal de salud que consisten en no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas:

- Obligar a la mujer a realizar el expulsivo en posición de litotomía.
- Obstaculizar el piel con piel sin causas médicas justificadas.
- Alterar el proceso natural del parto, mediante técnicas de aceleración, sin obtener el previo consentimiento voluntario de la mujer.

El objetivo principal de esta revisión es dar a conocer estos sucesos ya que son considerados una forma de violencia de género, para así promover un cambio en la atención sanitaria en la que la mujer sea la total protagonista de su propio parto.

2 Objetivos

- Analizar la prevalencia de la amniotomía, la administración de oxitocina, la inducción del parto y de la posición de litotomía en España.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión de artículos relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

En España el 46% de los partos se realizan amniotomías, el 53% se le administra oxitocina, el 19% son partos inducidos, el 87% realizan el expulsivo en posición de litotomía. Estas cifras encuentran amparo en el artículo 43 de la constitución, la ley General de sanidad y en distintas normativas autonómicas que van avanzando en la regulación de la atención al parto normal, la humanización de los partos intervenidos y las cesáreas.

5 Discusión-Conclusión

El marco jurídico español no cuenta con una ley específica sobre violencia obstétrica. Hace falta más transparencia en las estadísticas de parto que muestren: marcadores de calidad, porcentajes de bebés que no son separados de sus madres al nacer y porcentajes de episiotomías.

6 Bibliografía

- Artículo de Irene Olza siquiatra perinatal y directora del instituto europeo de salud mental perinatal.

Capítulo 638

ASEO PACIENTE ,GESTIÓN Y REALIZACIÓN Y FUNCIONES PERSONAL ENFERMERIA Y TCAE (SERVICIOS ESPECIALES UCI ,URGENCIAS ETC)

JOSE LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ

ADRIANA TOMA

JORDANIA YELUL RAMOS

1 Introducción

Las necesidades se encuentran jerarquizadas en cuanto a su consecución u orden prioritario y las necesidades básicas son la base de la pirámide para satisfacer las demás .Gómez de Enterría, J. (2013).

El término higiene designa al conjunto de y Técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, La higiene ostenta tres concretos objetivos , mejorar , prevenir y conservar la salud.

La higiene tiene por objeto el estudio de los medios, procedimientos y hábitos para conservar la salud del individuo y evitar las enfermedades. Es una necesidad

básica, que son aquellas que se deben satisfacer para conseguir el estado completo de bienestar físico, mental y social, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo ,

Con estas actividades siempre hay que tener en cuenta una serie de objetivos que no se pueden separar de las técnicas de higiene. Respetar la intimidad del paciente ,procurar su bienestar y proporcionarle una educación adecuada, con el fin de que tras el periodo de cuidados, el paciente o su familia sean capaces de llevar a cabo estas actividades por si mismos.

En el caso del adulto no auto suficiente: El personal auxiliar y de enfermería aplicarán los protocolos establecidos en las unidades, plantas, residencias, centros o domicilios donde se encuentre, los cuales siguen habitualmente medidas higiénicas básicas, repartidas en baño diario por la mañana y cuidados de tarde-nocturnos.

Cuidados matutinos: Despertar al paciente, dependiendo de la situación del enfermo, se le acompaña al baño o se le proporciona la cuña o botella. , si el paciente está encamado, el aseo se hará en la cama. ,si i es independiente, se le proporciona el material necesario para que lo realice .

¿Que material necesitamos?

Material necesario: Toalla , esponja desechable jabonosa , jabón líquido o gel de baño (ph neutro si es posible), peine o cepillo , ropa personal ,colonia , cepillo dental y pasta dentífrica.

- Cuidados:

Cuidados tarde-nocturnos: Comprobar que la cama esté limpia y sin arrugas, Lavado de cara, boca y manos antes de dormir y si es necesario baño. Crear un ambiente relajado y tranquilo.

- Paciente autónomo:

La higiene en el adulto autónomo: Los objetivos son, prevenir alteraciones en la piel, prevenir infecciones. Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.

Estimular la circulación sanguínea, debemos observar el estado de higiene y valorar la frecuencia habitual de higiene general, explorar factores culturales que puedan influenciar en las creencias sobre el significado, frecuencia y forma de realizar la higiene, comunicar al enfermo la necesidad del baño y cómo se debe

llevar a cabo, teniendo en cuenta sus creencias y valores culturales. Proporcionar todo el material necesario e indicarle que no se encierre en el baño e informarle acerca del uso del timbre del aseo en caso de que nos necesite. Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el paciente han sido eficaces. Registrar las incidencias y respuesta del paciente.

La higiene del enfermo encamado: Mantener la piel y sus anejos limpios y en buen estado. ,limpiar la piel para eliminar residuos corporales, prevenir alteraciones de la piel. , prevenir infecciones , contribuir a la comodidad y bienestar físico y psíquico. ,estimular la circulación sanguínea, promover el tono muscular adecuado, educar al paciente y familia sobre los cuidados de higiene.

Material necesario: Ropa limpia de cama y del paciente,toallas (una de baño y otra para la cara), 2 palanganas. ,1 jarra. , cuña. , artículos de higiene personal: peine, cepillo, colonia, desodorante, etc. , cortaúñas, carro de ropa sucia,guantes no estériles.esponja.,jabón de pH neutro o antiséptico. , empapadores y pañales (si es preciso) , crema hidratante o vaselina líquida. ,gasas estériles, suero fisiológico, pijama o camisón limpio,bolsas para ropa sucia y basura, registros de enfermería .

Preparación del material: Lavarse las manos., elegir guantes adecuados, preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente., colocarse los guantes no estériles.

Preparación del paciente: Tranquilizarle e informarle del procedimiento,verificar la correcta identificación., preservar y proteger su intimidad. , si está consciente, le informaremos y se le colocará en la posición adecuada, dependiendo de su patología (habitualmente en decúbito supino), determinar el conocimiento sobre el procedimiento y si lo comprenden él y su familia, solicitar colaboración del paciente y familia. ,favorecer el autocuidado y estimular la participación de la familia si así lo desean. Mantener la temperatura del agua entre 35 °C – 36 °C,la temperatura ambiente entre 24 °C – 25°C,evitar corrientes de aire en la habitación, proteger al paciente de caídas,poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino, retirar la almohada si no está contraindicado. Leal, L. C. (2017).

La ejecución del aseo es diferente en planta que en ucis o en urgencias ,en ucis participa el o la enfermera a la realización debido a el estado crítico que se encuentra el paciente

Ejecución del aseo paciente encamado : Retirar la ropa encima de la cama, salvo

la sábana superior. ,desnudar al paciente, manteniéndolo siempre cubierto con la sábana encimera, excepto la zona que estemos lavando. La ropa sucia se introducirá en bolsas destinadas a ello (nunca se tirará al suelo), comprobar la temperatura del agua. ,lavar la cara, sin jabón, procediendo por este orden: ☒ Ojos , Boca , Nariz , Orejas Se limpiarán por su parte externa y posterior, continuar por el cuello , enjuagar y secar. Se ha de enjabonar friccionando suavemente, con movimientos circulares.

El secado se hará por empapamiento y no por fricción, sobre todo en las zonas donde exista más riesgo de que la piel sufra lesiones ,continuar con los brazos, desde la muñeca hasta la axila. Enjuagar y secar. Acercar la palangana a las manos del paciente, incorporarlo y permitirle introducir las manos y que se las lave si puede hacerlo; si no pudiese lo haríamos nosotros. Secar las manos, incidiendo sobre todo en los espacios interdigitales, revisar el estado de las uñas y cortarlas si fuera preciso. Cambiar el agua, jabón y esponja. Lavar el tórax, insistiendo en los pliegues submamaros, (en el caso de mujeres) y también en el resto de pliegues en caso de obesidad o ancianos. Enjuagar, secar y cubrir con la sábana. Lavar el abdomen hasta las ingles, observando si existen depósitos de suciedad en el ombligo. Enjuagar y secar. Lavar muslos, enjuagar y secar. , lavar piernas y pies, introduciendo éstos últimos en la palangana. Secar bien los espacios interdigitales, revisar el estado de las uñas, cortándolas en caso necesario. Cambiar el agua, jabón y esponja.Lavar genitales,

La higiene de la boca: Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería en la cavidad bucal (lengua, dientes, encías, paladar y labios), cuando el paciente presenta limitación para realizar su propia higiene. Estas medidas están encaminadas a mantener la cavidad bucal limpia e hidratada.Ferreira, R. C., Rocha, E. S., Coutinho, N. N., de Freitas Ribeiro, M. T., de Magalhães, C. S., & Moreira, A. N. (2006)

La higiene de los ojos es el conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería encaminadas a mantener la higiene y buen estado de los ojos. El objetivo es proporcionar el aseo necesario para mantener los ojos limpios y húmedos. , evitar ulceraciones, evitar la desecación de la córnea ,la irritación, infecciones, edemas palpebrales y erosiones corneales. Arcos Aldás, M. E., & Castro Cuji, V. M. (2016).

La higiene de los genitales es el conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería para conservar limpia y en buen estado la piel de la zona perineal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene. Los Objetivos

son, mantener limpios los genitales del paciente, cubriendo así las necesidades higiénicas de los mismos, prevenir y evitar infecciones urinarias, prevenir y evitar ulceraciones, contribuir al bienestar y comodidad del paciente. Raffo, D. (2017).

La higiene de los pies es el conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería encaminadas a cuidar los pies del paciente, cuando éste presenta limitación para hacerlo por sí mismo, los objetivos son, mantener los pies limpios y así mantener cubiertas las necesidades de higiene, prevenir y evitar infecciones, prevenir y evitar ulceraciones, prevenir deformaciones y lesiones, mejorar la circulación y movilidad y contribuir al bienestar y comodidad del paciente. Beovides, T. G., Gourlot, C. R., & Suárez, L. F. R.

Los cuidados de las uñas es el conjunto de actividades dirigidas al cuidado, aseo e higiene de las uñas, los objetivos son mantener higiene y buen aspecto de las uñas, evitar infecciones, ulceraciones y deformidades y el mantenimiento de la autoimagen debemos de cortar las uñas en línea recta en pies y de forma ovalada en manos y evitar cortarlas demasiado.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proporcionar bienestar al paciente.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar bienestar al paciente.
- Fomentar la comunicación con el paciente.
- Estimular la circulación.

3 Metodología

Para realizar este capítulo la información se ha obtenido de diferentes bases de datos como PubMed, Scopus, y se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Académico con los siguientes descriptores: "Higiene", "Aseo", "Paciente", así como búsqueda bibliográfica a través de revistas científicas y libros sobre el tema a tratar.

4 Bibliografía

- Gallego, T. C., Rangil, P. R., Ruiz, F. M., de la Cuesta, Y. C., & Lizcano, M. T. (2002). Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enfermería intensiva*, 13(2), 47-56.
- Darvishi Khezri, H., Haidari Gorji, M. A., Morad, A., & Gorji, H. (2013). Comparación de los efectos antibacterianos de aseos bucales con matrica, Persica y gluconato de clorhexidina en pacientes de UCI con ventilación mecánica: ensayo clínico doble ciego y aleatorio. *Revista chilena de infectología*, 30(4), 361-367.
- Ordóñez González, G. J. (2009). Técnica de aseo perineal femenino (Bachelor's thesis).
- Llatas, F. P., Pujalte, B. F., Areosa, L. A., & Prieto, J. R. (2013). Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería Dermatológica*, 7(18), 14-25.
- CORDOVA LEIVA, B. I. (2009). Técnica de baño de esponja del paciente geriátrico encamado (Bachelor's thesis).
- Llatas, F. P., Pujalte, B. F., Areosa, L. A., & Prieto, J. R. (2013). Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas.
- Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería Dermatológica*, 7(18), 14-25.
- López-Checa, C. (2015). Prevención de úlceras por presión en pacientes adultos encamados: revisión narrativa.
- Rangil, M. A. R., Gallego, T. C., Lizcano, M. T., Ruiz, F. M., de la Cuesta, Y. C., Rivera, S. A., ... & Robledo, M. A. (2002). Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 13(2), 47-56.
- Castañón-González, J. A., Barrientos-Fortes, T., & Polanco-González, C. (2016). Reflexiones sobre el proceso de atención en los servicios de urgencias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(3), 376-379.
- Lepine, M. I., & Pazos, J. E. (2007). Asistencia médica y de enfermería al paciente que va a fallecer en urgencias. *emergencias*, 19, 201-210.
- Tomicic, V., Espinoza, M., Andresen, M., Molina, J., Calvo, M., Ugarte, H., ...

& Esteban, A. (2008). Características de los pacientes que reciben ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos: primer estudio multicéntrico chileno. *Revista médica de Chile*, 136(8), 959-967.

- Aibar Remón, C., Rabanaque Hernández, M. J., & Gómez López, L. I. (1997). Infección nosocomial en pacientes quirúrgicos. Problemas de medición y de comparación de resultados. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 257-268.

- Jdayah Ramilo, M. (2018). Humanización de las unidades de atención a pacientes críticos (UCIs): Percepción de los familiares e inclusión de los mismos en el proceso asistencial.

- Vázquez Belizón, Y. E., González Aguilera, J. C., González Pompa, J. A., García, S., & Lázaro, A. (2013). Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. *Medisan*, 17(8), 3068-3076.

Capítulo 639

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARÍA MARTÍN ÁLVAREZ

ELENA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ALBA QUINTANA FERNÁNDEZ

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARTA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión presentan dificultades para poder tener una buena calidad de vida ya que pueden ser molestas, dolorosas y olorosas. Su aparición provoca un ascenso de la morbilidad y un aumento del gasto socio-sanitario.

Las úlceras por presión son lesiones en la piel como resultado de la unión de diversos factores externos y diferentes desarrollos fisiológicos, como por ejemplo la presión continuada en diferentes partes del cuerpo. La forma de desarrollo de una úlcera por presión se debe a la presión sometida a determinada zona y el estado físico que presente el paciente. Con mayor frecuencia se presenta en personas de avanzada edad, ya que su estado físico está más deteriorado.

Para su prevención y tratamiento se precisa de diferentes recursos para reducir al máximo posible su aparición. Es importante conocer los factores de riesgo princi-

pales para poder actuar en consecuencia, los cambios posturales son empleados para evitar su desarrollo.

2 Objetivos

-Conocer los diferentes factores de riesgo que implican la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

3 Metodología

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

Los descriptores utilizados son en español: úlceras, prevención úlcera, factores de riesgo. Se utilizaron criterios de inclusión: artículos desde el 2015 en adelante y de exclusión artículos en inglés.

4 Resultados

La prevención significa la medida más eficaz a la hora de evitar la aparición de úlceras por presión. Deben existir una serie de conocimientos en las personas implicadas en su cuidado y ésta educación es adquirida por los diferentes profesionales sanitarios. Estos profesionales deben hacerse cargo de adoptar las medidas necesarias para proteger las zonas de riesgo en los enfermos.

Los factores de riesgo para la aparición de úlceras por presión (UPP) son los siguientes:

-Inmovilización: además de los diferentes cambios posturales a realizar, debemos dar importancia especial a factores como por ejemplo la nutrición, motivando la ingesta de líquidos y aportando nutrientes esenciales necesarios para un progreso adecuado evitando su aparición.

-Otro factor de riesgo que motiva la aparición de úlceras son las incontinencias urinarias que suponen humedad en determinada zona de la piel, y para ello se deben realizar cambios de pañal y empapador de manera periódica. Es importante

una revisión diaria de la piel de estos pacientes, visualizando diferentes cambios de color en la piel, temperatura y cualquier cambio destacable.

-En cuanto a una mala higiene, sabemos que la higiene juega un papel esencial, hidratándola, aplicando para ello lociones hidratantes con frecuencia.

-El estado de objetos que tocan al paciente: dar importancia al estirado de las sábanas a la hora de realizar la cama, ya que los pliegues ocasionan roces con la piel de estos pacientes que pasan horas en la misma postura.

-No aplicar dispositivos complementarios para favorecer la vascularización del paciente: existen dispositivos complementarios a los diferentes cambios posturales realizados por el personal sanitario, como son los colchones antiescaras y taloneras.

La inmovilidad es el factor de riesgo principal, se deben hacer cambios posturales cada ciertas horas especialmente en pacientes encamados y aquellos que no lo están precisarán la realización de actividad física de forma activa o pasiva.

5 Discusión-Conclusión

Pueden influir diferentes factores que eluden la aparición de úlceras por presión como pueden ser llevar un control en diferentes variables, por ejemplo el peso, los pliegues en la piel que presente el paciente, una buena nutrición, una correcta higiene, una buena hidratación y una correcta realización de la cama en pacientes encamados, estirando las sábanas para que no presenten arrugas.

La educación sanitaria por parte del personal sanitario en la prevención de las úlceras por presión resulta esencial para disminuir la morbilidad en estos pacientes.

6 Bibliografía

- Martínez Mateo M., García Herrera D. ¿Qué es más eficaz para la prevención de úlceras por presión: cambios posturales o superficies de apoyo?.
- Balaguer Orellana M., Llorente Ruiz G., García Rodríguez D. Factores de riesgo y prevención de las úlceras por presión. Investigación en salud y envejecimiento. [citado 2019 Dic 28] ; (5): 25-28.
- Vallés Suárez M.C et al. Análisis de prevención y tratamiento de las úlceras por presión. ed. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud 2016; p389-394.

Capítulo 640

PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

MARIA EUGENIA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

Las úlceras por presión, también llamadas úlceras de decúbito o escaras, son zonas de la piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante un largo periodo de tiempo. Se suelen formar en las prominencias óseas, donde los huesos están más cerca de la piel, como son los tobillos, talones, caderas y coxis. Las personas que corren más riesgos de padecer úlceras de decúbito son las que tienen una enfermedad que las limita para cambiar de posición, o personas que pasan mucho tiempo en una cama o una silla.

2 Objetivos

Realización de un conjunto de actividades para prevenir la formación de escaras, y cuidados y tratamientos de las escaras para disminuir, y posteriormente curar.

3 Caso clínico

Se realizará valoración correcta del grado en que se encuentra la úlcera para proceder a un adecuado cuidado. Las clasificaremos en diferentes estadios y aplicaremos distintos protocolos:

- Prevención de riesgos.
- Correcta desinfección y uso de pomadas.

- Utilizaremos apósitos oclusivos o semioclusivos.
- Procesos de acción desbridante.
- Protocolo de úlceras infectadas.

Protocolo A:

- Úlceras en estadios I, piel roja que no cede al desaparecer la presión.
- Estadio II, pérdida de continuidad, vesículas y flictenas.
- Estadio III, pérdida de tejido que se extiende hasta dermis profunda e hipodermis.

Protocolos B y C: actuación según la característica que presente en cada fase.

- Necrosis: desbridamiento.
- Exudación: absorción del exceso de exudado.
- Cavitación: rellenar con productos específicos.
- Estadio IV: hay pérdida total del espesor de la piel, destrucción, necrosis del tejido y lesión en músculo y hueso.

Se sigue la misma indicación que en el estadio III, y si hay signos de infección será el médico el encargado de instaurar el tratamiento adecuado.

Las úlceras o escaras pueden aparecer rápidamente; se pueden tomar medidas para ayudar a prevenirlas realizando cambios de posición frecuentes cada dos o tres horas, higiene diaria, manteniendo un buen nivel de hidratación de la piel, colchones antiescaras para eliminar la presión, evitar arrugas, un buen estado nutricional, y vigilar zonas de riesgo. Los signos que nos advierten de una úlcera por presión son piel enrojecida y eritema; según el grado de la úlcera, la pérdida de tejido se puede extender hasta lesiones profundas que afectan al músculo y hueso.

4 Resultados

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que los tres principales factores que contribuyen para el desarrollo de úlceras son: presión, fricción y rozamiento. Que la inmovilidad es otro factor determinante; que son muy importantes las medidas de prevención y que una vez que se producen, lo importante es tratarlas adecuadamente según el grado de afectación

6 Bibliografía

Se realiza una revisión bibliográfica en diversas bases de datos (Scielo, Dialnet y PubMed).

Capítulo 641

PROTOCOLOS Y CONSEJOS PARA EL CUIDADO DE LA TENSIÓN ARTERIAL.

MARIA EUGENIA RODRIGUEZ DIAZ

1 Introducción

La tensión arterial manifiesta la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea la sangre. La tensión arterial se considera normal en torno a 120/80 mm Hg. A partir de 130/80 mm Hg se considera hipertensión en diferentes grados.

La hipertensión arterial puede ser causada por diferentes factores, obesidad, estrés, ingesta excesiva de alcohol, consumo de sal, antecedentes familiares, diabetes, tabaquismo, ciertas medicaciones como pastillas para adelgazar, corticosteroides. Los síntomas van desde cefalea, náuseas, alteraciones en la visión y epístasis.

2 Objetivos

- Determinar las recomendaciones y los cuidados en pacientes hipertensos para evitar el avance de la enfermedad y sus posibles complicaciones

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Como objetivo principal del tratamiento sería reducir la presión arterial para evitar un mayor riesgo de presentar problemas de salud causados por tener la presión arterial elevada.

Entre las recomendaciones están los cambios en el estilo de vida, como son la alimentación cardiosaludable, ingerir mucha agua, ingesta de potasio y fibra, ejercicio físico 3-4 días a la semana (adaptado a la posibilidades de cada persona), no fumar, no consumir alcohol en exceso, dieta baja en sal, reducir el estrés mediante métodos de relajación, y mantener el peso adecuado saludable

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las veces se puede mantener controlada, sobre todo con cambios en el estilo de vida, y si es necesario, con medicación. Es recomendable un buen control de cifras para evitar posibles complicaciones futuras como pueden ser insuficiencia cardíaca, problemas en la visión, riego sanguíneo deficiente en las piernas, sangrado de la aorta, accidente cerebro vascular, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 642

ACERCAMIENTO DEL TCAE A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ELISA NATIVIDAD GARCIA BLANCO

MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ

ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo de una zona sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte (cama o silla), que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a esa zona, por el aplastamiento de los vasos sanguíneos que se produce, como por ejemplo, los tobillos, los talones y las caderas.

La presencia de úlceras por presión se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad. Dentro de los posibles factores de riesgo relacionados con las úlceras por presión, tenemos como uno de los más importantes la situación nutricional, ya que este no solo aumenta el riesgo de la posible aparición de las UPP, sino que además puede favorecer su empeoramiento cuando estas aparecen. El correcto aporte de micro y macronutrientes es muy importante en esta patología.

La aparición de estas úlceras tienen como base física la relación que se presenta entre la presión ejercida y la intensidad de la misma con el tiempo de aplicación .

Es característico de este tipo de úlceras el que sin existir una gran superficie afectada haya una base extensa dañada. La formación de úlceras por presión agrava enormemente el pronóstico del paciente, por eso es tan importante la prevención.

2 Objetivos

- Saber los factores de riesgo que favorecen la aparición de la úlceras por presión, proceso de formación, escalas, cuidados y tratamiento de prevención.
- Profundizar en el conocimiento de este tema tan importante para nuestro sector sanitario.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha tenido en consideración las siguientes palabras clave: UPP, úlcera, nacidos grasos, factores intrínsecos, factores intrínsecos, cuidados paciente. Se han considerado bases de datos de google académico, documentación literaria publicada sobre el tema en soporte físico, pubmed y se han tenido en cuenta textos completos y actuales, con un periodo de tiempo comprendido entre los años 2005 y 2019.

4 Resultados

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

- Déficit nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficit sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

Derivados del tratamiento - Inmovilidad impuesta por tratamiento.

- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.
- Situacionales.
- Falta de higiene. Arrugas en la ropa. Objetos de roce. Inmovilidad por dolor, fatiga.

Del entorno.

Falta o mala utilización del material de prevención. Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica. Sobrecarga de trabajo. Falta de criterios unificados en la planificación de las curas. Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes. Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

Valoración clínica. Es esencialmente interdisciplinaria, desempeñando el personal de enfermería un papel primordial.

Valoración del paciente: las úlceras por presión no cicatrizan a menos que las causas de fondo sean tratadas eficazmente. Una valoración general debe incluir la identificación y el tratamiento efectivo de la enfermedad, los problemas de salud, el estado nutricional, el grado de dolor y los aspectos psicosociales que puedan haber situado a la persona en riesgo de desarrollar UPP. Todos los pacientes deber ser evaluados mediante escalas de valoración de riesgo con el objetivo de iniciar cuanto antes las medidas de prevención.

Este riesgo debe ser revalorado a intervalos periódicos y cuando se produce algún cambio en el nivel de actividad o movilidad. La escala de Braden y la escala de Norton son los instrumentos más utilizados para identificar a los pacientes de edad avanzada con riesgo de desarrollar UPP. La escala de Braden tiene una sensibilidad del 83-100% y una especificidad del 64-77%; la escala de Norton tiene una sensibilidad del 73-92% y una especificidad del 61-94%. Otras escalas son: Waterlow, Arnell y las derivadas de Norton. Las pruebas imprescindibles de laboratorio incluyen: hemograma, coagulación, VSG y bioquímica completa.

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya: a) Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes. b) Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo.

- Estadio I: eritema cutáneo que no palidece. En paciente de piel oscura observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. Pérdida de piel de espesor parcial que involucra la epidermis, dermis o ambas.
- Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén. En este estadio, como en el III, pueden presentarse lesiones con caverna, tunelizaciones o trayec-

tos sinuosos.

En todos, retirar el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera. Área: registrar el diámetro de las lesiones circulares y las longitudes perpendiculares mayores de las lesiones irregulares.

Profundidad:

- Grado I: afecta epidermis y deja expuesta dermis subyacente.
- Grado II: afecta toda la piel hasta la grasa subcutánea.
- Grado III: llega hasta la fascia profunda.
- Grado IV: la necrosis abarca músculo y llega a afectar articulaciones y hueso.

Secreción de la úlcera: estimar la cantidad, identificar el grado de olor y purulencia. Tejido existente en el lecho ulceral: si existe tejido de epitelización, de granulación, esfacelado y/o necrótico, y tunelizaciones o fistulas.

Estado de la piel perilesional: diferenciar la celulitis del eritema circunferencial que rodea la mayoría de las heridas en vías de cicatrización; buscar dolor, calor y enrojecimiento. Presencia o ausencia de dolor relacionado con la lesión.

Para la valoración del Riesgo de UPP, se recomienda utilizar de forma sistemática, una escala de valoración del riesgo de UPP validada (BRADEN, EMINA).

Ahora hablaremos de las recomendaciones basadas en el tratamiento de las Úlceras por Presión (UPP).

Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sometida a presión y extenderlos con suavidad en zonas de riesgo. Las personas de riesgo deben ser situadas sobre superficies especiales para el manejo de la presión en función del riesgo. En todas las instituciones de salud y niveles asistenciales, las personas que se consideran con riesgo de desarrollar úlceras por presión deben tener un plan de cuidados escrito y personalizado de prevención que debe incluir la utilización de superficies especiales para la redistribución de la presión. Utilizar apósitos de espuma de poliuretano en prominencias óseas para prevenir la aparición de UPP. Debe realizarse una protección especial de los talones. Los apósitos especiales de espuma de poliuretano han demostrado mayor eficacia y ser más costo efectivo que el uso de vendajes almohadillados. Como norma general limpiar las heridas con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo potable. La limpieza y el desbridamiento minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos. La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas. La asociación con apósitos de plata la hace

aún más eficaz. Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local (p.e. sulfadiazina argéntica) en úlceras limpias que no curan o continúan produciendo exudado después de 2 a 4 semanas de cuidados óptimos. Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección. La prevención de la infección mediante el uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no parece una medida recomendada y se dispone de evidencia de que su uso no tiene una utilidad manifiesta, al menos usados de manera sistemática. La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional. No hay diferencias en la efectividad clínica (cicatrización) de un tipo de producto de tratamiento en ambiente húmedo sobre los otros, por tanto para su selección considere otros elementos como: el tipo de tejido, el exudado, la localización, la piel perilesional y el tiempo del cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La educación del personal sanitario ha sido reconocida como un componente integral de la prevención de úlceras por presión. Estos programas educativos están dirigidos a influir en el cambio de comportamiento por parte del profesional de la salud, para fomentar prácticas preventivas con el objetivo de reducir la incidencia del desarrollo de úlceras por presión.

Los factores de riesgo mejor conocidos son la incontinencia, la inmovilidad, presión mantenida o la desnutrición. Las intervenciones de enfermería mejor conocidas son cuidados de la piel, mantener la cama limpia y los cambios posturales. El uso de superficies de alivio de la presión, la educación al paciente y la clasificación de la upp están entre las intervenciones enfermeras conocidas por un menor número de profesionales.

Existe un aceptable nivel de conocimientos de las recomendaciones para la prevención y cuidados de las upp, siendo superior el índice de conocimientos de factores de riesgo y prevención al de tratamiento. La formación específica sobre upp mejora este índice de conocimientos.

Las UPP se convierten en un motivo de sufrimiento para aquellas personas que las padecen, ya que los pacientes que las sufren sienten dolor, incomodidad, miedo y pierden autonomía, limitando así su posibilidad de relación social, debido a la dificultad que presentan para movilizarse. Asimismo, dichos pacientes deben afrontar el riesgo de infección y sepsis que presenta la propia úlcera.

6 Bibliografía

- Luis, D. D., & Aller, R. (2007, July). Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. In *Anales de medicina interna* (Vol. 24, No. 7, pp. 335-338).
- Soto Fernández, O., & Barrios Casas, S. (2012). Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 61-72.
- Ramos, C. Q., & Díez, R. G. (2008). Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. *Enfermería intensiva*, 19(1), 23-34.
- Yepes, D., Molina, F., León, W., & Pérez, E. (2009). Incidencia y factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. *Medicina intensiva*, 33(6), 276-281.
- ARELI, M. M. (2003). Úlceras por presión. <https://www.geriaticarea.com/>.

Capítulo 643

ACTUACION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAIDAS

LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ

MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ

YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ

ANA ISABEL GARCIA LOPEZ

ANDREA ISABEL LLERA PEÑA

1 Introducción

La definición de actuación prevención de las caídas es el conjunto de actividades que planifica la enfermera para pacientes con riesgo de lesiones por caídas. Los pacientes de riesgo son considerados aquellas personas mayores de 75 años, o de 70-74 con uno o más de los siguientes factores: alteración cognitiva, alteración del equilibrio, de la marcha, debilidad muscular, uso de medicamentos psicotropos o cardiológicos (benzodicepinas, antihipertensivos...) y uso de 4 o más medicamentos. El equipo que podemos necesitar para evitar caídas pueden ser camas con barras laterales subidas, puntos de apoyo como andadores, muletas, bastones.

2 Objetivos

- Establecer las acciones a realizar por el equipo de enfermería en la prevención de caídas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Mediante criterios de evaluación:

- Registro de valoración de riesgo de caídas o lesión. Aplicada escala de valoración de riesgo.
- Registradas las medidas preventivas.

La habitación este libre de obstáculos. Medidas de contención: conjunto de acciones que se llevan a cabo con el fin de inmovilizar a un paciente en la cama cuando el resto de medidas tomadas no hayan sido efectivas .Se informara al paciente y a la familia de las necesidades de la contención y de las conductas necesarias para el cese de la intervención.

Realizaríamos lavado de manos, trasladaríamos el material necesario a la habitación del paciente, preservar la intimidad del paciente, informar al paciente y a la familia de la necesidad de las necesidades de la contención y de las conductas necesarias para que no ocurra nada malo. Avisar al personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de contención. El personal que vaya a intervenir en la contención no llevará objetos que puedan producir daño o romperse .

Colocar al paciente en la posición anatómica correcta para realizar dicho procedimiento. Con todas estas medidas intentar evitar en lo posible caídas por toma de medicamentos, por fragilidad o por desorientación procurando que todo sea lo mas seguro posible.

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda que con el tipo de población de personas mayores que existe y el estilo de vida que llevan es importante prevenir dentro de lo posible que se mantengan sus calidades y su entorno.

6 Bibliografía

- pagina segg en intenet

Capítulo 644

CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DISFAGIA

BELEN GASCÓN PÉREZ

SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO

1 Introducción

La deglución es el proceso de ingesta del alimento desde la boca hasta la faringe y después hasta el esófago. Es una acción muy compleja, en la que participa el cerebro, los nervios y unos treinta músculos de la cara, boca y garganta.

Consta de las siguientes fases:

- Fase oral: a su vez se divide en dos fases, la fase preparatoria, que es una fase de control voluntario e implica la introducción de líquidos o sólidos en la boca y su manipulación para obtener la consistencia necesaria para la deglución; y la fase oral expulsiva, en esta fase el bolo alimenticio es empujado hacia atrás.
- Fase faríngea: es una fase de control involuntario. El bolo pasa de la faringe al esófago, al mismo tiempo la vía respiratoria se cierra temporalmente para prevenir la entrada de alimento o líquido en los pulmones. El alimento pasa a través de la laringe por peristaltismo, la musculatura de la faringe se contrae y mueve el bolo a través, ayudado por la gravedad.
- Fase esofágica: es una fase de control involuntario (esencialmente refleja). El bolo es conducido desde la faringe al estómago a través del esófago.

Hay enfermedades que producen una alteración de la función cerebral o de alguno de los nervios y músculos que utilizamos para tragar provocando disfagia

que es un síntoma caracterizado por la dificultad o incapacidad para deglutir los alimentos (líquidos, sólidos o ambos), e incluso la saliva, por afectación de una o más fases de la deglución.

Las complicaciones de la disfagia dependen de su gravedad. Puede dar lugar a atragantamientos e infecciones respiratorias graves (neumonías), por el paso de alimento hacia los pulmones, las complicaciones respiratorias suponen la principal causa de mortalidad en pacientes afectados por disfagia. Otra posible complicación es que aparezca deshidratación y desnutrición, debido a que el paciente coma y/o beba de manera insuficiente, con pérdida progresiva de la masa muscular, cambios del sistema inmunitario y problemas para la cicatrización de las heridas, esto puede originar estancias hospitalarias prolongadas.

Existen dos tipos de disfagia:

Disfagia esofágica: dificultad para progresar el bolo alimenticio desde el esófago hasta el estómago. Cuando los síntomas aparecen tanto al ingerir líquidos como sólidos, suele ser un trastorno funcional. Si se produce sólo al ingerir sólidos es probable que la disfagia se deba a una obstrucción mecánica.

Disfagia orofaríngea: afecta a la fase oral y faríngea de la deglución, es la forma más común de disfagia y está provocada por alteraciones neuromusculares (accidente cerebrovascular, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, parálisis de la lengua, esclerosis lateral amiotrófica...) causantes de debilidad o incoordinación. Los pacientes tienen dificultad para tragar y apuntan al cuello como la zona que origina el problema. Afecta fundamentalmente la capacidad para deglutir los líquidos. Los síntomas son:

- Dificultad al inicio de la deglución.
- Babeo frecuente, dificultad para el control de la saliva.
- Necesidad de tragar varias veces para deglutir la misma cucharada.
- Tos y/o carraspeo persistente, durante o después de las comidas.
- Cambios en la voz, ronquera o afonía coincidiendo con las comidas.
- Episodios de sofocación durante las comidas.
- Atragantamientos frecuentes.
- Mantener la comida en los carrillos, en las encías o bajo la lengua, después de haber tragado.
- Comer más despacio de lo habitual, tragar la comida en pequeñas cantidades, poco a poco.
- Desinterés por la comida, ya que debido a las dificultades les supone un gran esfuerzo.

- Cambios en los hábitos alimenticios, dejan de consumir ciertos alimentos por miedo a los atagantamientos.

La disfagia es un síntoma bastante frecuente cuya prevalencia aumenta con la edad. En pacientes mayores de 84 años hospitalizados por neumonía más de la mitad cursa con síntomas de dolor, estrés y malestar relacionados con el consumo de sólidos y líquidos: sensación de ahogo al comer, tos persistente, irritación de la garganta, incapacidad para tragar líquidos y pérdida del apetito.

DEFINICIONES

- Afagia: imposibilidad para la deglución.
- Odinofagia: dolor desencadenado por la ingesta de determinados alimentos, especialmente líquidos fríos o calientes.
- Aspiración: es la canalización de alimentos, líquidos, saliva, fármacos orales o contenido gástrico, en una dirección errónea, hacia la laringe y las vías respiratorias inferiores.
- Falsa vía: es todo proceso que finaliza en la inhalación de sustancias, ya sean sólidas o líquidas, destinadas a ser deglutidas o vomitadas.
- Neumonía por aspiración: neumonía cuya causa es una aspiración por regurgitación del material bien de la orofaringe, bien del tracto digestivo; material que pasa al árbol bronquial por un fallo en los mecanismos fisiológicos de defensa contra la aspiración. Si el material no es expulsado puede progresar hasta los bronquiolos de menor calibre. Dado que se trata de material séptico (contiene bacterias) puede provocar una neumonía.
- Desnutrición: estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas, causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo.
- Sarcopenia: síndrome que se caracteriza por la pérdida progresiva y generalizada de la masa y la fuerza del músculo esquelético, que conlleva el riesgo de algún tipo de evolución adversa como discapacidad física, disminución de la calidad de vida y muerte.
- Fagofobia: rechazo a deglutir alimentos.
- Xerostomía: boca seca.

2 Objetivos

- Ser conscientes de la importancia de priorizar la seguridad del paciente con disfagia.

- Ampliar y actualizar conocimientos sobre los cuidados recomendables en el paciente con disfagia para evitar que se produzca aspiración.
- Identificar las diferentes texturas de los alimentos.
- Reconocer que alimentos presentan texturas de riesgo para el paciente con problemas de deglución.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica mediante las bases de datos Elsevier, Redalyc, Scielo y en páginas web con el buscador Google académico.

Palabras clave: disfagia, trastornos de deglución, cuidados disfagia.

4 Resultados

En la atención a los pacientes con disfagia las recomendaciones dietéticas tienen como objetivo que el paciente pueda alimentarse con seguridad, reduciendo al máximo las complicaciones respiratorias, y en suficiente cantidad, para mantener o conseguir un buen estado nutricional y de hidratación. Así pues la dieta del paciente con disfagia deberá adaptarse para cumplir con tres objetivos prioritarios: prevenir la desnutrición, la deshidratación y la aspiración.

Recomendaciones para los cuidados que se han de llevar a cabo en un paciente con disfagia:

- Procuraremos un ambiente tranquilo y agradable, sin prisas, para disminuir el riesgo de aspiración y atragantamiento. Si debido a las prisas incrementamos el volumen que el paciente puede tolerar se puede complicar el proceso deglutorio con acúmulo de residuos en faringe, penetraciones o aspiraciones. No le forzaremos si hay rechazo insistente, si está muy ansioso o adormilado, el paciente debe estar alerta y tranquilo.
- Debemos de tener en cuenta que el tiempo que necesita para alimentarse es mayor, por lo que intentaremos programar las comidas para momentos en que esté descansado y cuando dispongamos de tiempo suficiente. En caso de que muestre fatiga muscular aumentaremos el número de tomas al día y disminuirémos la cantidad. La duración de la comida no deberá ser mayor de 30-40 minutos.
- La postura del paciente es muy importante para facilitar el proceso deglutorio y evitar atragantamientos. Elevaremos la cabecera de la cama hasta que las caderas estén dobladas en un ángulo de 90° y la cabeza esté ligeramente inclinada hacia

delante. Si está en una silla lo colocaremos sentado con la espalda recta y los pies apoyados en el suelo. Deberá permanecer en esta posición como mínimo 30 minutos después de terminar de comer. Es aconsejable dejar transcurrir 1-2 horas desde la cena hasta la hora de acostarse para asegurar que no quedan restos de comida en boca y esófago.

- Cuando nos dispongamos a darle de comer (en caso de falta de autonomía para la nutrición) debemos situarnos frente al el y a la altura de sus ojos, o un poco por debajo de ellos, para evitar que eleve la cabeza y trague en esa posición.
- El tratamiento postural y compensatorio va a depender de dónde se encuentre la afectación predominante de la deglución: en caso de hemiplejías se deberá rotar la cabeza hacia el lado dañado, bajando la barbilla, así dejaremos libre y sin opresiones el lado sano para el paso del bolo alimenticio. Si existe reducción del cierre labial: debe inclinarse ligeramente la cabeza hacia atrás. Cuando existe reducción de los movimientos de la lengua: debe inclinarse ligeramente la cabeza hacia atrás y colocar los alimentos en la mitad posterior de la misma. Cuando hay un retraso en el inicio del reflejo deglutorio: debe inclinarse la cabeza hacia delante para realizar los tragos supraglóticos.
- Se puede dar masaje en la mandíbula cuando hay cierre.
- Hemos de realizar una adecuada limpieza bucal, antes y después de la ingesta, para evitar colonizaciones bacterianas que, en caso de aspiración, podrían provocar una infección en los pulmones. Si lleva prótesis dentales se deberá asegurar su fijación antes de iniciar la ingesta, si no es así, es preferible que coma sin ellas adaptando la comida. Tras la ingesta nos aseguraremos que no tenga restos de alimentos en la cavidad oral o faringe para prevenir atragantamientos.
- Es preferible iniciar con alimentos fríos e intentar, en la medida de lo posible, acercarse a las preferencias del paciente.
- Utilizaremos como utensilio para la administración del alimento la cuchara, ya que la presión que ejerce sobre la lengua al introducirla en la boca favorece el reflejo para tragar. Evitaremos el contacto de la cuchara con los dientes para no desencadenar el reflejo de morderla. No utilizaremos jeringas o pajitas.
- En cuanto a la cantidad es aconsejable usar el volumen de la cuchara de postre, los volúmenes pequeños son más fáciles de tragar. Para estimular el apetito y la producción de saliva permitirle oler y probar.
- Los líquidos se han de consumir entre bocados. Utilizaremos espesante comercial de almidón modificado de maíz (son productos farmacéuticos que se añaden a los líquidos para darles mayor consistencia), también es útil el uso de aguas gelificadas. No así las gelatinas que se disuelven y trocean en la boca al entrar en contacto con la saliva.

- Hemos de vigilar la aparición de síntomas como tos, disnea o babeo, que indiquen dificultad para masticar alimentos, especialmente líquidos poco densos.
 - Orientaremos al paciente para que no reprima la tos, dar tiempo suficiente para compensar los déficit motores orales y el retraso del inicio del reflejo deglutorio.
 - Evitaremos hablar con el paciente durante la comida, el paciente no debe hablar mientras come para disminuir el riesgo de atragantamiento. En ocasiones es conveniente evitar las comidas con mucha gente.
 - Se recomiendan bolos fríos, helados y sabores ácidos para la estimulación sensorial. En general los alimentos con alta densidad de nutrientes, textura homogénea y de sabor ácido o dulce se tragan mejor que los líquidos, salados y tibios.
- En caso de que se produzca un ataque de tos o un atragantamiento se deberá tranquilizar al paciente, levantarlo y estirar los brazos y tronco superior para facilitar la progresión del bolo.

Rutinas que ha de adquirir el paciente durante la ingesta:

- Cantidades pequeñas.
- Cerrar los labios.
- Masticar.
- Pausa.
- Tragar.
- Pausa.

En la alimentación del enfermo con disfagia la textura y el volumen de los alimentos deben adaptarse a la capacidad del paciente para deglutirlos con seguridad y eficacia. Con las diferentes consistencias se evita al máximo el riesgo de complicaciones.

Niveles de consistencia:

- Viscosidad baja: líquido (agua, café, infusiones, leche).
- Viscosidad media: néctar (zumo de melocotón o tomate, yogur líquido). Puede beberse sorbiendo por una pajita. Puede beberse en taza. Al decantar el líquido espesado cae formando gotas espesas. Al cogerlo con una cuchara no mantiene su forma.
- Viscosidad intermedia: miel (similar a la miel). No puede beberse con pajita. Se puede tomar en taza o con cuchara. Al decantar el líquido espesado cae formando gotas espesas. Al cogerlo con una cuchara no mantiene su forma.
- Viscosidad alta: pudding (flan, gelatina, natillas). No puede beberse. Solo puede tomarse con cuchara. Al decantar el líquido espesado, éste cae en bloques. Al cogerlo con una cuchara sí mantiene su forma.

Niveles de volumen:

- Volumen alto: alimentación con cuchara sopera rasa.
- Volumen medio: alimentación con cuchara de postre.
- Volumen bajo: alimentación con cuchara de café.

Hemos de evitar que consuma los siguientes alimentos ya que presentan texturas difíciles o de riesgo:

- Dobles texturas: mezclas de líquido y sólido: sopas con pasta, verduras, carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos.
- Alimentos pegajosos: bollería, chocolate, miel, caramelos, plátanos, pan.
- Alimentos que se dispersan en la boca: guisantes, arroz, legumbres enteras (lentejas, garbanzos), pasta.
- Alimentos que desprenden agua al morderlos: melón, sandía, naranja, pera de agua.
- Alimentos fibrosos: piña, lechuga, apio, espárragos.
- Alimentos con pieles y grumos, huesecillos, tendones y cartilagos, pescados con espinas.
- Alimentos con pieles o semillas: las frutas y vegetales que incluyen piel y/o semillas (mandarinas, uvas, tomate, guisante, soja).
- Alimentos que se desmenuzan en la boca: tostadas y biscotes, galletas, patatas tipo chips y productos similares, queso seco, pan.
- Alimentos duros y secos: pan de cereales, frutos secos.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia es un síntoma caracterizado por la dificultad o incapacidad para deglutir los alimentos. La dieta en el paciente con disfagia es fundamental para prevenir la desnutrición, deshidratación y aspiración.

En la atención a los pacientes con problemas de deglución las medidas dietéticas desempeñan un papel primordial y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería hemos de conocerlas y seguirlas para garantizar la seguridad del paciente y evitar las posibles complicaciones, como son atragantamientos y aspiraciones. A su vez hemos de evitar que el paciente consuma alimentos con texturas difíciles o de riesgo.

6 Bibliografía

1. Prevalencia de disfagia en unidad de cuidados especiales L Hincapie-Henao, LE Lugo, SD Ortiz, ME López - CES Medicina, 2010.
2. Detección de disfagia en mayores institucionalizados MIF López, JFG Gollarte, JJB Trelis, OJ Vidal - Revista Española, 2012.
3. Plan de cuidados de enfermería en pacientes geriátricos con disfagia. DL González, JLL González, MJL Guerrero - Enfermería Global, 2004 - revistas.um.es.
4. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual JJB Trelis, MIF López - Nutrición Hospitalaria, 2002 - nutricionhospitalaria.com.
5. Disfagia – SEGG.es <https://www.segg.es> › download › tratadogeriatría › PDF.
6. Causas y diagnóstico de la disfagia M Velasco, P García-Peris - Nutrición Hospitalaria, 2009.

Capítulo 645

EL AUXILIAR DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE QUEMADOS

MARIA INES ACEVEDO FERNANDEZ

1 Introducción

La piel es considerada como el mayor órgano del cuerpo, es muy importante para nuestra salud y bienestar, actúa como defensa del organismo frente a bacterias y virus, regula la temperatura y mantiene el equilibrio de líquidos. Esta formada por epidermis, dermis e hipodermis. Epidermis: es la capa más externa, su función es defensiva, a su vez tiene cinco capas de células: estrato córneo, lúcido, granuloso, espinoso, germinativo.

También tiene anejos cutáneos: pelos, uñas, glándulas sebáceas, y sudoríporas. Dermis: es la capa media de la piel, dividida por dos subcapas (el estrato reticular o el estrato papilar) sus principales componentes son el colágeno y la elastina, es rica en vasos sanguíneos y linfáticos, así como receptores sensitivos y raíces pilosas.

La dermis protege el cuerpo de influencias externas irritantes. Hipodermis: es la capa más interna compuesta de adipocitos, fibras colágenas especiales y vasos sanguíneos, su principal función es el almacenamiento de energía y aísla el cuerpo.

La piel actúa como defensa frente a:

- Frio, calor y radiación: la piel transforma los rayos del sol en vitamina D, protege el cuerpo frente a las agresiones ambientales y regula la cantidad de agua que pierde.

- Presión, golpes y abrasión: protege el tejido muscular y la fascia subyacente a modo de almohadilla.
- Bacterias y virus: la epidermis actúa como primera barrera defensiva y además la piel tiene su propio sistema inmunitario.
- Regula la temperatura: enfría o calienta el cuerpo cuando es necesario.
- Controla la sensibilidad: a través de las terminaciones nerviosas (tacto, dolor, presión, etc.).
- Regeneración: la piel es capaz de regenerarse, reparando algunas heridas.
- Capacidad diagnóstica: a través de su morfología o coloración, también pueden realizarse pruebas diagnósticas o pruebas de alergia.
- La piel sirve para aplicar tratamientos tópicos o inyectables.

Definición de quemadura:

Es una lesión térmica que daña los tejidos blandos o los destruye. Puede ocurrir por agentes físicos (calor, frío, radiaciones, electricidad) agentes químicos o biológicos.

La gravedad de la lesión va a depender de:

- La cantidad de calor.
- El tiempo de exposición.
- Partes del cuerpo afectadas.
- Tamaño de la quemadura.
- El estado físico del paciente anterior del accidente.
- La edad.
- Si además de las quemaduras hay lesiones por inhalación.

Los grupos de mayor riesgo por quemaduras son los bebés y los ancianos. A partir de 70° de exposición se va a producir necrosis de la epidermis y dependiendo de la gravedad se necesitará estancia hospitalaria.

Principales agentes que causan quemaduras:

- Agentes físicos: sol, calor, líquidos calientes, fuego, electricidad, frío, radiaciones.
- Agentes químicos: ácidos, hidrocarburos, álcalis, medicamentos.
- Agentes biológicos: sustancias irritantes de animales y residuos vegetales.

Las quemaduras afectan prácticamente a todos los órganos:

- Alteración hemodinámica: la necrosis provocada por la quemadura provoca una pérdida de integridad capilar, produciéndose edema.
- Alteraciones metabólicas: se produce aumento importante del gasto metabólico, disminución del contenido protéico corporal y aumento de los requerimientos

nutricionales.

- Alteraciones respiratorias: es la causa más frecuente de muerte durante los primeros días el 50% de los pacientes fallecen por esta causa.
- Alteraciones renales: la complicación más frecuente en el paciente quemado es la hipoperfusión renal. En torno a un 80% de los pacientes quemados fallecen por esta causa.
- Alteraciones hematológicas: se puede producir hemólisis intravascular, aumento del hematocrito, leucocitosis con neutrofilia, trombocitopenia y trombocitosis.
- Alteraciones inmunológicas: la infección es la primera causa de muerte, la agresión térmica destruye la primera capa perdiéndose su protección inmunológica, facilitando la colonización de gérmenes agresivos y virulentos.
- Alteraciones termoreguladoras: ante la pérdida de piel la regulación se pierde, en las primeras horas puede producirse hipotermia.

Para valorar la extensión quemada se utiliza la regla de los 9 de wallace:

- Cabeza y cuello: 9%.
- Miembros superiores: 18%.
- Tronco: 36%.
- Miembros inferiores: 36%.
- Periné: 1%.

Según la profundidad:

- 1ª Grado: superficiales solo afectan la epidermis, se conserva la integridad de la piel y duelen.
- 2ª Grado: dañan el estrato dérmico de forma parcial, suelen aparecer ampollas y es doloroso.
- 2ª Grado: profundo está afectada la dermis reticular, son poco dolorosas, algunas requieren desbridamiento o injertos.
- 3ª Grado: afecte a las terminaciones, los anejos cutáneos, hay destrucción total de la piel, no hay dolor, requieren tratamiento quirúrgico o amputación.

2 Objetivos

- Conocer las necesidades y tareas que debe realizar el auxiliar de enfermería, ante un paciente en la unidad de quemados.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos, como Google académico, Jurn, Dialnet, etc.

La búsqueda fue selectiva desechando aquellos artículos que no se ajustaban al contenido del capítulo.

Palabras clave: quemados, terapias, riesgo.

4 Resultados

El auxiliar de enfermería como parte integrante de un equipo interdisciplinar en la unidad de quemados, ejerce unas funciones de asistencia tanto al paciente como al personal facultativo.

Tratamiento del dolor:

- Proporcionar la analgesia adecuada.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en el bienestar del paciente.
- Aliviar y acomodar con cambios posturales adecuados a las lesiones.

Riesgo de infección:

- La prevención de la infección comienza por un tratamiento adecuado.
- Fisioterapia respiratoria.
- Soporte nutricional precoz.
- Reanimación volémica adecuada.

Alteración de la integridad de la piel:

- Revisar los vendajes vigilar que no haya mal olor, fiebre, celulitis, exceso de exudado o signos de infección.
- Preparar campo estéril y mantener una asepsia máxima durante las curas.
- Aplicar agentes tópicos.
- Asegurar posturas de confort durante el cambio de vendajes.

Deterioro de la movilidad física:

- Prevenir las caídas.
- Fomentar la realización de ejercicios.
- Ayudar al paciente teniendo en cuenta el dolor, la resistencia y la movilidad.
- Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la marcha.

Insonmio, ansiedad y malestar físico:

- Colocar la zona afectada siempre en una buena posición y con férulas, necesarias para prevenir contracturas.
- Mantener reposo de los músculos.
- Fomentar terapias de relajación.
- Asegurar un ambiente adecuado, que permita la tranquilidad y relax.
- Proporcionar medicación para conseguir el descanso necesario.

Autocuidado y baño:

- Facilitar que el paciente se bañe solo, si es posible, determinar la ayuda que necesita.
- Mantener la piel hidratada.
- Evitar la exposición del sol.
- Utilizar jabones neutros, cremas hidratantes sin perfumes y mantener la piel seca y limpia.

Terapia nutricional:

- Evaluar el estado nutricional de forma individualizada y proporcionar de forma precoz, una dieta con elevado valor proteico.
- Iniciar alimentación enteral si precisa.
- Hidratar.
- Realizar balance hídrico cada 24 horas.

Monitorización del paciente:

- Es necesaria para tener controladas las constantes vitales.

Vigilar las excreciones:

- Control de deposiciones (número y aspecto).
- Control de las micciones.

5 Discusión-Conclusión

El paciente quemado es un paciente complejo, que precisa del trabajo coordinado del equipo sanitario multidisciplinar, por lo que requiere el trabajo conjunto de todos ellos. El auxiliar de enfermería debe tener los conocimientos necesarios para estar en esta unidad.

6 Bibliografía

1. Perez M, Lara J, Ibañez J, Cagigal L, León LM. Guía de actuación ante el paciente quemado. Unidad de Enfermería de Quemados. Hospital RV. Carlos Haya 2006.
2. OMS. Quemaduras. OMS España 2016.
3. Lorente J.A, Esteban, Cuidados intensivos del paciente quemado. Editorial Espringer. Barcelona 1998.
4. Guía clínica para el paciente gran quemado. Hospital de urgencia Asistencia pública, Servicios de quemados 2006.
5. Pérez Boluda M, Lara Montenegro J, Ibañez Mata J, Cagigal Gonzalez L, León Llerena CM. Guía de actuación ante el paciente quemado. Hospital R.V Carlos Haya Malaga 2006.
6. Collado Delfa JM, Barret Nerin JP, Dominguez Sampedro P, Moreno Remos C, Sanchez Vallejo JL, Oliveras Gil M. Protocolo de actuación inicial al quemado. Marzo 2014.
7. Guía de práctica clínica para el paciente que sufre quemaduras. Sevilla: Servicio Andaluz (Consejería de salud) 2011.
8. Mora Martínez JR. Valoración de las quemaduras. Enf. Científica. Marzo.
9. Garcia Torres V. Quemaduras. Tratamiento de urgencias. Madrid: Dupher, 1993.
10. Gurbindo B. El paciente con quemaduras: cuidados de enfermería. Enf. Científica 1983.
11. Piriz Campos RM. Paciente quemado crítico. Cuidados iniciales. Rev POL. Enferm 2011.

Capítulo 646

LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Podríamos definir, las tan temidas úlceras por presión (UPP) como un daño que se produce en la piel, producida una presión prolongada sobre una prominencia ósea. Dependiendo del estadio de la úlcera puede llegar a afectar al tejido subcutáneo, a los músculos, tendones o incluso a los huesos.

Existen 4 estadios para clasificar las úlceras: úlcera de grado 1, presenta un eritema que no palidece con la presión. Úlcera de grado 2: existe una pérdida que no es total de la piel, afecta a la epidermis y la dermis. Úlcera de grado 3: existe una pérdida completa de la piel, incluso puede afectar al músculo. Úlcera de grado 4: existe una pérdida total de la piel y los músculos, tendones o huesos pueden verse afectados.

2 Objetivos

- Evaluar la úlceras por presión y las recomendaciones para su prevención en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las diferentes actuaciones que podemos llevar a cabo para reducir la aparición de las úlceras enumeramos las más importantes y las que mejor resultado dan. Tenemos que identificar que pacientes son los más propicios para padecer úlceras por presión, para ellos podemos utilizar diversas tablas de valoración, la más usada es la escala de Norton.

En la escala de Norton existe un paciente más vulnerable a padecerlas, es aquel que se encuentra encamado, tiene incontinencia urinaria y fecal, su nutrición es mala, padece de trastornos mentales y el estado de su piel es malo, sin mucho aseo y poca hidratación.

- Como medidas de prevención: la realización de cambios posturales cada 4 o 2 horas, el uso de ácidos hiperoxigenados, los colchones antiescaras en la cama, así como los cojines antiescaras en las sillas son de gran ayuda, al igual que los parches protectores en los puntos de presión. También ayuda mantener una buena hidratación, tanto oral como corporal, al igual que una alimentación equilibrada.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito hospitalario, las úlceras son uno problemas más serios debido a su impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren, al igual

que por el alto coste que supone para nuestro sistema sanitario. También es un indicativo de la calidad de servicios de un hospital, a mejor calidad de servicios, menos impacto de las úlceras por presión entre sus pacientes. Frente a las Úlceras de presión, la prevención es el principal arma que disponemos en el ámbito hospitalario. Poseer y realizar un correcto protocolo frente a las úlceras ayudará a minimizar sus efectos

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>
- <http://scielo.isciii.es/>
- <http://diposit.ub.edu/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 647

EL ALZEHIMER VISTO POR UNA TCAE

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ

1 Introducción

Se define como una variedad de demencia que suele relacionarse directamente con el envejecimiento del ser humano.(Braak y Braak,1991). La definición la enfermedad de Alzheimer, es un trastorno neurodegenerativo progresivo que ocasiona deterioro de la memoria, el pensamiento y el comportamiento. Presentan un cambio de las siguientes áreas: lenguaje, capacidad de toma de decisiones, juicio, atención etc.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, ya que es un trastorno neurológico que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. Por lo general, la enfermedad de Alzheimer comienza paulatinamente y sus primeros síntomas pueden atribuirse a la vejez o al olvido común. (Albert,Martínez,Gutiérrez,Hakim,Pérez Davison,2014).

En el campo de la biología molecular ha ayudado a proporcionar una mejor comprensión tanto de la cascada de eventos bioquímicos que ocurre con la enfermedad de Alzheimer como de la naturaleza heterogénea de la enfermedad.

Multitud de estudios realizados con enfermos de Alzheimer muestran que estas personas presentan trastornos en todos los tipos de memoria que además se hacen más graves a medida que avanza el deteri-

oro.(González, Martín,Martín,González, García y Riu,2000). Este deterioro cognitivo puede producir enfermedades psiquiátricas ,depresión, psicosis, ansiedad.(Romano,Nissen,Del Huerto y Parquet,2007). Afectando AVD, laboral, social, y familiar por la presencia de síntomas psicológicos y conductual es, especialmente en las primeras fases de la enfermedad. En general, podemos definir a las demencias degenerativas primarias como aquellas enfermedades que están causa por un trastorno que afecta de modo primario al sistema nervioso central. Este término no excluye que la enfermedad pueda afectar a otros órganos. Son la causa más frecuente de demencia, en donde la enfermedad de Alzheimer supone entre el 50 y el 70% del total de los casos de demencias. (Parra-Anguita 2018).El origen que da causa a las demencias degenerativas primarias es desconocido en la actualidad.(Sicras y Rejas-Gutiérrez,2004).

Sin embargo, debemos destacar los últimos avances en genética y biología molecular, los cuales están mostrando un papel crucial para la comprensión de la causa de estas enfermedades . Dentro de las demencias degenerativas primarias nos encontramos con varios tipos, cada una de ellas con una topografía distinta, o la localización cerebral donde se empieza a producir la lesión. (Peña-Casanova,1999).

2 Objetivos

- Estudiar la enfermedad de Alzheimer y establecer medidas para su cuidado integral por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

3 Metodología

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

4 Resultados

- La mayor dificultad existente en la evaluación de las demencias estriba en el diagnóstico diferencial entre las mismas, pues la sintomatología de las diferentes pueden que posibiliten la diferenciación de síntomas. Los síntomas cerebrales

se agravan, acentuándose la rigidez muscular así como la resistencia al cambio postural. Pueden aparecer temblores y crisis epilépticas.

El paciente de Alzheimer no reconoce a sus familiares e incluso puede no reconocer su propio rostro en el espejo. Se muestran profundamente apáticos, perdiendo las capacidades automáticas adquiridas como la de lavarse, vestirse, andar o comer, y presentan una cierta pérdida de respuesta al dolor. También la incontinencia urinaria y fecal. En la mayoría de los casos la persona termina encamada, con alimentación asistida.

- Los problemas desde el punto de vista de una TCAE: los pacientes no presentan ninguna mejoría por lo que es necesario un cuidador para hacer la vida más confortable, aseado a diario, dándole los alimentos y mirando sus necesidades, cambios posturales para que no les salgan úlceras por presión (UPP) si se encuentran encamados, o acomodándolos si se levantan. Ese trabajo lo realizan las TCAE.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Albert Cabrera, M. J., Martínez Pérez, R., Gutiérrez Ravelo, A., Hakim Rodríguez, D., & Pérez Davison, G. (2014). Patogenia y tratamientos actuales de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Farmacia*, 48(3), 508-518.
- Braak, H., & Braak, E. (1991). Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. *Acta neuropathologica*, 82(4), 239-259.
- González, R., Martín, C., Martín, M., González, M., García de Blas, F., & Riu, S. (2000).
- Enfermedad de Alzheimer. Clínica, tratamiento y rehabilitación.
- López, I. S., Riera, R. R., Simón, E. R., & Heredia, B. G. (2016). Alzheimer (Vol. 13). *3Ciencias*.

- Peña-Casanova, J. (1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundació La Caixa.
- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., & Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer.
- Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina, 75, 9-12.
- Serrano, R. A. (2005). Demencia avanzada de la enfermedad de Alzheimer y memantina. Revistade neurología, 40(3), 173-179.
- Sicras, A., & Rejas-Gutiérrez, J. (2004). Patrón de persistencia de tratamientos anticolinesterásicos en la demencia de tipo Alzheimer: análisis comparativo retrospectivo del donepezilo, la rivastigmina y la galantamina. Rev Neurol, 39(4), 312-6.
- Soltero, M. A. L., Domínguez, J. A. P., & Urbano, M. C. Enfermedad de pick: Diagnóstico y tratamiento multidisciplinar. VOLUMEN III, 449.

Capítulo 648

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

1 Introducción

La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA), quien la sufre tiene una imagen distorsionada sobre su propio cuerpo y su mayor preocupación es la probabilidad de aumentar de peso llevándoles a tener unas conductas realmente perjudiciales para su salud. Algunos de los comportamientos más comunes son: tratar de evitar las comidas, recuento de número de calorías consumidas, utilización de laxantes o el exceso de ejercicio físico entre otros, conllevando una pérdida de peso desmesurada que puede llegar a alterar el funcionamiento normal del organismo e incluso la muerte.

2 Objetivos

- Analizar el perfil de pacientes con anorexia nerviosa y síntomas.

3 Metodología

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

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha realizado una investigación y un estudio en la que para ello hemos estado analizando diversos artículos sobre la anorexia nerviosa y que han sido nuestra principal fuente de información para desarrollar este trabajo.

4 Resultados

- Según las estadísticas las mujeres jóvenes tienen una mayor probabilidad de padecer anorexia nerviosa. Normalmente el perfil más habitual es de personas perfeccionistas, con un nivel intelectual medio-alto, con una baja autoestima y que tratan de evitar siempre el conflicto, aun así la anorexia puede padecerla cualquier persona sin importar su nivel social, sexo o edad.

-Se pueden identificar dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa restrictiva y la anorexia nerviosa purgativa.

Anorexia nerviosa restrictiva: en este tipo de anorexia el paciente consigue bajar de peso a través del autocontrol y evita hacer las ingestas con normalidad, hace ayunas y excesivo ejercicio físico.

Anorexia nerviosa purgativa: el paciente tiende a tener una pérdida de control y no es capaz de manejar sus impulsos trata de utilizar laxantes, diuréticos y recurre al vómito, este tipo de conducta puede ser repetitiva u ocasional.

- En la anorexia nerviosa podemos encontrar dos grupos de síntomas, por un lado están los síntomas físicos y por otro lado los síntomas psicológicos.

Síntomas físicos: Aparición de vello corporal en diferentes zona del cuerpo, desaparición de la menstruación, pérdida de cabello, estreñimiento, anemia, desnutrición, deshidratación de la piel, pulsaciones cardíacas reducidas y el más evidente la pérdida excesiva de peso.

Síntomas psicológicos: Distorsión de la imagen corporal, ansiedad, depresión, cambios bruscos en la conducta y el comportamiento, miedo a engordar, tendencia a mirarse con frecuencia al espejo, negarse a participar en comidas con su entorno social.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente vivimos en una sociedad donde la imagen está demasiado sobre valorada. Los anuncios publicitarios y las redes sociales muestran un "icono de

belleza” en la que para muchos jóvenes es el ideal y tratan de seguir el mismo patrón que el de sus ídolos favoritos muchas veces creyendo que algún día puedan ser como ellos. En caso de personas vulnerables los complejos pueden jugar en su contra y pueden derivarlos a un trastorno de la conducta alimentaria.

Por ello ante cualquier sospecha, los familiares más cercano y amigos pueden colaborar con el paciente que sufre esta enfermedad.

Existe un equipo especializado en la materia. Con una terapia adecuada tratarán de promover unos hábitos de alimentación saludables, motivarán a realizar un ejercicio físico moderado y un apoyo moral que tratarán de ayudar al paciente a superar la enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 649

TRASTORNO DEPRESIVO

LORENA RODRIGUEZ DEL CUETO

JENNIFER AGUILAR ALVAREZ

1 Introducción

La depresión es un trastorno psiquiátrico que comprende una serie de síntomas entre los que están: la tristeza, la irritabilidad, pérdida de interés por las actividades, sentimientos de incapacidad, falta de concentración, falta de energía, entecimiento o agitación, pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, ideas de suicidio, etc.

2 Objetivos

- Conocer las causas, el método diagnóstico y tratamiento de la depresión.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Se desconoce la causa exacta de la depresión pero podría deberse a un cúmulo de diferentes factores como: diferencias biológicas (cambios físicos en el cerebro), química del cerebro (neurotransmisores y su forma de actuar entre si), hormonales (desequilibrio hormonal debido a diferentes situaciones personales del paciente), factores genéticos (antecedentes familiares).
- El diagnóstico se lleva a cabo mediante diferentes evaluaciones: exploración física (puede estar relacionado con un problema físico no diagnosticado), analítica de sangre (hemograma completo y pruebas tiroideas para descartar desequilibrios hormonales, evaluación psiquiátrica (el psiquiatra realizará preguntas sobre síntomas, pensamientos y patrones de conducta), DSM5 (el psiquiatra se guiará por este manual para el diagnóstico).
- El tratamiento se llevará a cabo a través de medicamentos y psicoterapia de manera combinada:
 - A). Fármacos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la serotonina y norepinefrina, antidepresivos atípicos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), otros medicamentos añadidos como antipsicóticos, estimulantes, etc.
 - B). Psicoterapia: tratamiento mediante conversación con un profesional de salud mental que intentará ayudar al paciente a adaptarse y a afrontar y resolver las nuevas situaciones, dificultades o problemas que le perturban.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva se trata de una enfermedad con una causa inexacta cuyo diagnóstico se basa sobretodo en los síntomas del paciente. Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org/>

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

Capítulo 650

CUIDADOS POSTQUIRÚRGICOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAE

GEMMA MIGUÉLEZ VALLE

REYES CASTAÑON. MARCOS

ROSA ISABEL FERRERO RUBIN

LORENA MARTINEZ MARTIN

1 Introducción

La etapa postquirúrgica es de crucial importancia para la pronta recuperación del paciente. Así, una adecuada atención en esta fase será esencial para evitar consecuencias tales como: ansiedad, falta de seguridad y/o prolongación del dolor. Cualquier tipo de procedimiento quirúrgico supondrá un cambio repentino en la vida del paciente sometido a este proceso, modificando hábitos, rutinas y encontrándonos con escenarios donde el papel psicológico juega una gran importancia. Por ello, que el profesional de enfermería brinde un cuidado integral será esencial de cara las posibles complicaciones que puedan surgir. Por todo ello, la finalidad última de los cuidados de enfermería en el postoperatorio será monitorizar el estado del paciente no solo a nivel físico, sino también psicológico, buscando detectar de forma temprana cualquier tipo de alteración en cualquiera de los dos niveles (Flores, 2014).

Por otro lado, el personal de enfermería deberá estar adecuadamente formado de cara a identificar correctamente los cuidados precisados por el paciente, que serán específicos en función del tipo de cirugía realizada, requiriendo no solo que la aplicación de estos cuidados se haga con suma profesionalidad, sino que también se va a precisar de una gran implicación a la hora de orientar y educar tanto al paciente como a su entorno más inmediato en cuidados básicos a realizar por ellos mismos, fomentando así su independencia y una pronta recuperación una vez este haya salido de la institución sanitaria. Por todo ello, para que el cuidado postoperatorio sea de calidad, el personal de enfermería debe ser claro conocedor no solo del procedimiento quirúrgico que se ha realizado, sino también de las técnicas quirúrgicas y la patología intervenida.

Muy relacionado con este papel educativo que realiza el personal de enfermería se encuentra el manejo del dolor en etapas postoperatorias, recayendo en estos profesionales la labor de apoyar al paciente en el control, aceptación e implementación de técnicas que ayuden a mitigar diferentes grados de dolor. La capacitación del paciente en esta área será esencial para evitar que el dolor se cronifique, fomentando una pronta recuperación y evitando problemas añadidos.

2 Objetivos

Detectar qué tipo de procedimientos debe llevar a cabo el personal de enfermería y el auxiliar con el paciente postquirúrgico de cara a su temprana recuperación, cuáles son los procedimientos más habituales y cuáles son sus características y sus efectos a corto y largo plazo.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web ofScience, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2010-2019 y combinando los siguientes descriptores: postoperatorio, cirugía, enfermería, protocolos, tcae. A través de estos tópicos, se encontraron 205 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 150 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 55 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 30 por no corresponderse con

los tópicos buscados). Otros 12 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 13.

4 Resultados

La literatura científica analizada revela que el trabajo del personal de enfermería en esta fase debe ser doble: por un lado, desarrollando procedimientos y protocolos técnicos, y por el otro estableciendo una relación directa con el paciente. En relación al primer caso: tras una intervención quirúrgica, el proceso postoperatorio debe constar de las siguientes fases: valoración, diagnóstico enfermero, planificación, ejecución y evaluación. El periodo postoperatorio inmediato dura poco tiempo, desde la finalización del periodo quirúrgico hasta que el paciente recupera la conciencia y autonomía. Pese a ser un espacio corto de tiempo, pueden surgir una serie de complicaciones, tales como: respiratorias (parada cardiorrespiratoria, depresión respiratoria, obstrucción de la vía aérea...); cardiovasculares (shock, hemorragia...); neurológicos (cefalea, embolia cerebral...); u otros como dolores, vómitos o contracturas musculares.

La mayoría de estas complicaciones son evitables tomando medidas previas, tales como: mantener las vías aéreas del paciente libres de vómito, sangre o mucosidades; comprobar que el paciente reduce progresivamente sus niveles de ansiedad y confusión a medida que va recuperando la consciencia; o asegurarse de que los apósitos, catéteres y demás dispositivos están puestos de forma correcta, entre otros.

Sobre el segundo caso: se halla que en la etapa postquirúrgica los cambios se suceden con rapidez, pudiendo encontrarse que el estado del paciente se modifica de un día para otro. Esto ha de ser tenido en cuenta por el personal de enfermería, que deberá trabajar desde la empatía, tratando al paciente con una especial sensibilidad. Una atención individualizada y humana apoyará no solo la recuperación de la persona en un plano psicológico, sino también a otros niveles: calidad del sueño, frecuencia cardíaca, presión arterial, dolor, sistema gastrointestinal, afectando a su recuperación en un plano general. Por otro lado, el profesional de enfermería será la vía de comunicación entre la familia y el resto del personal médico, trasladando información esencial, vigilando posibles cambios, manejando vías de administración y mitigando posibles respuestas de miedo en el paciente y su entorno.

Finalmente, acerca de las funciones del auxiliar de enfermería en el postoperatorio, se encuentra que en esta etapa se realizan una serie de cuidados que pretenden evitar complicaciones, el dolor y promover la recuperación completa del paciente. Por ello, distinguiríamos dos fases:

- Postoperatorio inmediato: es el conjunto de cuidados que se aplican al paciente durante su estancia en la unidad de recuperación, donde se valoran todas las funciones, por lo que con relativa frecuencia se toman las constantes vitales y se registran los ingresos y pérdidas de líquidos. La valoración del paciente la harán los enfermeros y los médicos, mientras que el auxiliar de enfermería tendrá que observar que los sistemas estén correctamente conectados, que los catéteres no estén acodados, que no haya sangrado llamativo por los apósitos, observar y estar vigilantes.

- Postoperatorio mediato o continuado: es el que comienza cuando el paciente puede pasar a la planta de hospitalización, y suele terminar con el alta hospitalaria o con el alta de consultas externas. Por lo tanto, los cuidados básicos de enfermería y auxiliar de enfermería se relacionan con la toma y registro de constantes vitales, establecer un programa de cambios posturales para prevención de úlceras por presión, aseo, estimular al paciente para que realice ejercicios respiratorios, promover la deambulacion lo antes posible y observar los apósitos estén limpios y secos. Cuando se sirva la bandeja de comida, comprobar que se ajusta a la dieta indicada por el médico, que normalmente es progresiva: absoluta, líquida, semiblanda, blanda y basal. Es importante estimular al paciente para que coma la dieta indicada pautada.

5 Discusión-Conclusión

Los protocolos de actuación del personal de enfermería son claros en las fases postoperatorias y su aplicación será fundamental para que el paciente pueda recuperarse de forma adecuada. Además, se detecta que la relación de empatía profesional-paciente es primordial para una adecuada recuperación de este en la fase postoperatoria, fomentando así una pronta mejoría y rápida salida del hospital. Además, este tipo de contacto “tú a tú” evita costes a largo plazo y mejora la percepción del paciente sobre el personal y sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Armendariz, A. C., del Barrio Linares, M., Lacunza, M. M., Coscojuela, M. A. M., & Erro, M. D. C. A. (1999). Evolución en la atención postoperatoria en UCI al

- paciente con trasplante hepático. *Enfermería intensiva*, 10(4), 162-173.
- Calafell, A. F., Borrás, I. P., Bartes, A. A., Feixas, M. J. T., & Ransanz, T. B. (2011). Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica*, 21(5), 248-255.
 - Carmona Simarro, J. V. (2002). Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de enfermería*, 18(1), 72-77.
 - Celma Vicente, M., Guirado Olmo, C., Alcalá Peñas, S., & Marfil Ruiz, R. (2005). Plan de cuidados estandarizado para el postoperatorio de cirugía perianal ambulatoria. *Metas enferm*, 65-71. de Nadal Clanchet, M., Da Prat, I. C., Cervantes, A. C., Pérez, P. T., Graupera, C. B., & Idáñez, A. M. (2013). Cuidados postoperatorios incluyendo tratamiento del dolor. Recomendaciones para la elaboración de un protocolo. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 60, 94-104.
 - Flores, D. A. (2014). Actitudes del profesional intensivista de enfermería y el cuidado post operatorio a personas con cirugía cardiovascular (Master's thesis).
 - Gallego, J. I., Rodríguez De la Torre, M. R., Vázquez-Guerrero, J. C., & Gil, M. (2004). Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(4), 35-40.
 - García, R. B., Guzmán, E. E., Rodríguez, P. N., Gómez, A. T., Pérez, M. R., & Sánchez, A. A. (2010). Evaluación de la calidad de vida en el periodo postoperatorio inmediato en cirugía general. *Cirugía Española*, 88(3), 158-166.
 - Llamoya, A., Nancy, K., & Torres Cubas, G. M. (2017). Percepción del paciente en el cuidado de enfermería en la etapa postoperatoria de cirugía de día del servicio de traumatología de un hospital nacional Lima-Perú 2016.
 - Martínez-Vázquez de Castro, J., & Torres, L. M. (2000). Prevalencia del dolor post-operatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *RevSocEsp Dolor*, 7, 465-76.
 - Oliveros Rodríguez, H., Martínez Pacheco, F., Lobelo García, R., & Santrich, D. (2005). Factores de riesgo determinantes de mortalidad postoperatoria en UCI, en los pacientes quirúrgicos de alto riesgo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 33(1), 17-23.
 - Pérez-Guerrero, A. C., Aragón, M. C., & Torres, L. M. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 24(1), 1-3.
 - Rincón, O. (2001). Atención de enfermería al paciente en postoperatorio de cirugía cardíaca con circulación extracorpórea (CEC). *Actual. enferm*, 4(4), 28-32.

- Salas, J. D. J. R., Lago, E. N., Sánchez, E., & Iglesias, J. H. (2013). Manejo de las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardiaca en cuidados intensivos. *Medicina Crítica*, 27(3), 172-178.

Capítulo 651

ANÁLISIS DEL NIVEL DE CARGA SOBRE EL CUIDADOR INFORMAL

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

1 Introducción

El aumento de esperanza de vida, junto con la disminución de las tasas de natalidad está provocando un cambio en las pirámides poblacionales. Este avance de la ciencia y de la medicina han conseguido durante estos siglos un aumento de la calidad y de las expectativas de vida. Este aumento de las esperanzas de vida, trae consigo, un crecimiento de demandas sanitarias. Sólo una parte de los cuidados que requieren es proporcionada por profesionales sanitarios. Este aumento del grupo de personas mayores y dependientes requiere cuidados de larga duración y necesidades de asistencia por parte de otras instituciones.

Antes la familia era la que asumía ese papel de cuidador, ahora esa situación es insostenible por los cambios culturales y laborales en nuestra sociedad. La ayuda de los cuidadores es cada vez más demandada y ésta se ha convertido en general en constante e intensas, siendo asumida por una única persona, el cuidador principal, lo que aumenta la importancia de la atención domiciliaria y la

aparición de la figura del cuidador. En muchas ocasiones, esta atención sobrepasa la capacidad física y psíquica del cuidador, dando lugar a una situación estresante, denominada como carga del cuidador.

Esta sobrecarga implica problemas en la salud mental y física, así como repercusiones económicas, laborales, familiares y sobre sus relaciones sociales y tiempo libre. Además, esta sobrecarga también acaba afectando a la persona que recibe los cuidados, dando lugar a una claudicación e institucionalización de la persona dependiente, con un sobre coste del sector público y privado, tanto a nivel de residencias como de hospitales. Todo ello influye negativamente sobre la calidad de vida de las personas dependientes y sus cuidadores, convirtiéndose en un problema sanitario y social.

2 Objetivos

- Describir concepto de carga sobre el cuidador informal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las lecturas y artículos seleccionados fueron aquellos que abarcan un periodo de tiempo desde 1980 hasta 2005.

4 Resultados

El término carga ha sido ampliamente utilizado para caracterizar las frecuentes tensiones y demandas sobre los cuidadores. Otra definición para ella sería: “un estado resultante de la acción de cuidar de una persona dependiente o mayor, un estado que amenaza la salud física y mental del cuidador”. La dificultad persistente del cuidador y los problemas físicos psicológicos y emocionales que pueden estar experimentando o ser experimentados por miembros de la familia que cuidan a un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro, sería otra definición de carga. En general la carga del cuidador sigue siendo un término amplio con

muchas definiciones respecto al que no hay un acuerdo en cuanto a su significado y uso.

El síndrome del cuidador, es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el papel del cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por agotamiento psíquico y físico. La persona afronta una situación nueva para la que no está preparada que consume todo su tiempo y energía. Esto produce el estrés continuado en una lucha contra la enfermedad, que agota física y mentalmente al cuidador.

El perfil del cuidador puede ser, familiar directo (hijo, mujer, madre, padre) muy voluntarioso, trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades diarias. Cree que es una situación fácil de llevar y que no se alargará en el tiempo y espera ayuda del entorno más cercano. Según se alarga la situación va asumiendo más carga física y psíquica. Asume por completo la vida del afectado (medicación, visitas médicas, alimentación higiene) esto le lleva a una paulatina pérdida de independencia, como consecuencia de que los cuidados del enfermo los absorben más y llevando a una desatención de sí mismo.

Los síntomas de alerta del cuidador: las personas que asumen el cuidado de una persona con problemas de dependencia suelen experimentar problemas de salud física y mental, así como consecuencias negativas para su bienestar psicológico derivadas del estrés originado por el desarrollo de este cuidado. Estos síntomas pueden reflejarse en:

- Agotamiento físico y mental.
- Cambios de humor repentinos.
- Trastornos del sueño. Alteraciones del apetito y peso.
- Ansiedad y depresión.
- Aislamiento social.
- Problemas laborales y Sociales.

Esta situación tiene una repercusión negativa sobre la calidad y la continuidad de la asistencia suministrada a la persona dependiente. Y un impacto negativo sobre el cuidador, pues hay un aumento de prescripción de fármacos para la depresión, ansiedad e insomnio entre los cuidadores, que el resto de la población.

Todas estas sobrecargas también influirán en el receptor de cuidados pues se ha relacionado con la claudicación y el abandono de cuidados, la institucionalización e incluso malos tratos y abusos hacia la persona dependiente.

5 Discusión-Conclusión

Para la administración, la claudicación de este sector informal supondría un elevado coste social y económico, con un aumento de la demanda en instituciones públicas y privadas, hospitales y residencias para mayores. Además los problemas físicos y mentales del cuidador informal provocados por la sobrecarga podrían convertirlos a ellos mismos en consumidores del sistema sanitario. Es por ello que la carga de los cuidadores informales se ha convertido en un problema sanitario y social, que requiere un profundo estudio, a la vez que soluciones de apoyo social, que permiten dar un descanso al cuidador en sus tareas, retrasan la institucionalización y son un servicio a bajo coste.

En España uno de los pequeños avances es el Servicio de Ayuda a Domicilio(SAD). Desde un enfoque psicosocial no hay que olvidar que es necesario tener en cuenta otras medidas complementarias estrechamente relacionadas con la sobrecarga, como la calidad de vida, el bienestar asociado al cuidado y las estrategias de afrontamiento del cuidador. Esta información permitirá una valoración del cuidador informal.

6 Bibliografía

- Bazo, MT (1998) El cuidador familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas.
- Garcés, J (2000) La nueva sostenibilidad social. Barcelona. Ariel.
- Geriatría y Gerontología 34(3),141-149 . Consultado el 30 de dic 2019.
- Garrido, M (2005) Calidad de vida de Cuidadores Informales.
- Revista. Unal.edu.com. Avances en Enfermería.
- Montorio Cerrato, I; López López, A; Colodron Sanchez, M; Troconiz Fdez. “La Entrevista de Carga del Cuidador Utilidad y validez del concepto de carga (1998). Consultado 29 dic 2019.
- Gómez – Busto, F; Ruiz de Alegría, K; Martín, A; San Jorge, B y Letona, J (1999) Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: centro de día, domicilio y validos. Revista Española.
- Anthony-Bergstone, Zarit y Gatz (1988). Zarit, Reeve y Bach-Peterson , 1980. Gerontologisty 20, 649-654.
- Zarit, Gaugler y Jarrot 1999. Frías 2002. The State of the art. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid. Ministerio de Asuntos
- Sociales, INSERSO. Comparecencia de Amparo Valcárcel en el Senado 1 de octubre de 2004.

-Garces, Rodena y Sanjose, 2003. Gorri et al 2003.

Capítulo 652

LA SEGURIDAD LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARGARITA SERRANO SUAREZ

EMMA GONZALEZ MUÑOZ

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

1 Introducción

El conjunto de medidas y actos creados para evitar y reducir los riesgos derivados del desempeño de nuestra actividad laboral se define como seguridad laboral. Nuestro trabajo debe realizarse garantizando nuestra integridad física y psicológica. Se ha comprobado que una inversión en una buena educación del personal en materia de riesgos laborales se traducirá en una reducción notoria de accidentes laborales así como la disminución de la transmisión de enfermedades tanto en personal como pacientes en el ámbito hospitalario. Son diversos y significativos los diferentes riesgos laborales con los que conviven los profesionales del ámbito sanitario y en consecuencia muchas las medidas que hay que tener en cuenta para evitar tener un accidente laboral y trabajar con seguridad. La aplicación de técnicas y métodos basados en la enseñanza de prevención de riesgos laborales disminuirá el ratio de accidentes laborales y enfermedades profesionales y se incrementará la calidad de vida y grado de satisfacción de los trabajadores implicados.

2 Objetivos

- Determinar como garantizar la seguridad del personal de los servicios sanitarios en ambiente hospitalario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la seguridad laboral en el ámbito sanitario. Se realizará una búsqueda sistemática de libros, el manual de la mutua Fremap, la ley de prevención de riesgos laborales y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995.
- Guía de Seguridad Laboral Fremap.
- Guía laboral de prevención de riesgos laborales del ministerio de Trabajo.
- Guías y Protocolos de la Inspección de Trabajo.

Capítulo 653

HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

MARIA PILAR CABALLERO SÁNCHEZ

1 Introducción

El niño hospitalizado requiere trato y cuidados específicos. Los niños presentan una serie de características anatómicas, fisiológicas y psicosociales específicas, distintas de aquellas que presenta un adulto. La hospitalización de un niño y todo lo que lleva consigo, no es una experiencia agradable para éste y su familia.

2 Objetivos

Dar a conocer la hospitalización infantil.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos cogido a un grupo de 10 niños que han sido hospitalizados y hemos comprobado que siguiendo estas recomendaciones de informar a los padres sobre la enfermedad que tiene su hijo, el tratamiento a seguir, las diversas pruebas que se le va a realizar y las normas del hospital, no mintiendo al niño, no decirle que el hospital es cómo un centro de diversión, no decirle tampoco que si se porta mal, el personal sanitario le va a regañar o que no van a ir a verlo y no agobiándole dándole más información de la necesaria: más del 70% de los niños que cogimos se sienten seguros en la estancia en el hospital y obtienen mejores resultados en cuanto a la curación o mejoría de la enfermedad que le llevó a su hospitalización.

4 Resultados

Los padres desean proteger a sus hijos de todo aquello que les puede ocasionar miedo, dolor e inseguridad. La hospitalización del niño, supone para los padres una amenaza, por ello, es importante que todo el equipo de la unidad pediátrica, comprenda las preocupaciones de los padres y sepa cómo incluirlos en el plan de cuidados que recibe su hijo para que lleven de mejor manera la hospitalización del niño y llegar con éxito a su curación o mejoría.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que la relación del personal del hospital entre los padres del niño hospitalizado se base en el respeto y la confianza para que el niño se sienta seguro.

Los niños hospitalizados, que para su buena realización se establezca entre profesional y paciente (en caso del paciente pediátrico, también con sus cuidadores más directos que suelen ser sus padres) es más terapéutica si reúne éstas tres características: calidez, empatía y autenticidad. Estas características van a estar presentes tanto en la relación que establezca el personal sanitario con el niño como con sus padres para que sea realmente terapéutica.

6 Bibliografía

- [https://enfermerapediatrica.com\(miedosdel niño hospitalizado y estrategias de afrontamiento\)Autor:Inés Sánchez Pina](https://enfermerapediatrica.com(miedosdel niño hospitalizado y estrategias de afrontamiento)Autor:Inés Sánchez Pina).
- [https://repositorio.unican.es \(Hospitalización infantil:él y su familia\)](https://repositorio.unican.es (Hospitalización infantil:él y su familia)).

Capítulo 654

QUISTE DE TARLOV O QUISTE PERINEURAL.

ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS

SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL

1 Introducción

El quiste de Tarlov o quiste perineural son lesiones de las raíces nerviosas localizadas fundamentalmente a nivel de la región sacra y lumbar aunque pueden desarrollarse en la columna toracolumbar y coccígea. Fueron descritos inicialmente por Tarlov en 1938 como hallazgos incidentales en autopsias.

Etiología: son pequeñas masas que se forman a expensas de las capas más internas de las meninges, la piamadre y el aracnoides. Aunque su etiología es incierta los pequeños traumatismos repetidos o el incremento de la presión del líquido cerebroespinal son los posibles mecanismos más aceptados actualmente.

2 Objetivos

- Describir los síntomas, diagnóstico y tratamiento del quiste de Tarlov.

3 Metodología

Búsqueda de información relevante, usando las palabras clave apropiadas a la hora de encontrar la información existente de diversas fuentes como, por ejemplo, revistas, artículos científicos, libros, material de páginas online para propor-

cionar una visión actual sobre el estado del tema elegido. Establecer una relación entre las fuentes y hacer comparaciones entre ellas para analizar la información recopilada sobre el tema en cuestión.

4 Resultados

Los síntomas más comunes originados por los quistes de Tarlov son los siguientes:

- Dolor lumbosacro o coccígeo.
- Dolor ciático.
- Dolor glúteo.
- Dolor en las caderas.

Los quistes también pueden causar dolor y alteraciones en los órganos excretores y reproductores, hipoestusias, parestesias y dolor en el muslo debido a la disminución del flujo sanguíneo. El comienzo de los síntomas puede ser súbito o gradual; moderado o severo.

Diagnóstico: mediante resonancia magnética nuclear. La tomografía computarizada o la mielografía también pueden ser útiles para su diagnóstico.

Tratamiento.

Los tratamientos percutáneos (aspiración del quiste con una aguja, sin necesidad de cirugía) presentan muchos problemas y recaídas; siendo poco exitosos. La cirugía parece dar mejores resultados. Tres opciones:

- Quitar el quiste a sabiendas del riesgo de daño en el nervio.
- Dejar el quiste y simplemente alterarlo y dejarlo abierto para que no se reproduzca.
- Operar el espacio alrededor del quiste quitando hueso para dejar espacio suficiente para que no comprima el nervio.

La fisioterapia podría ayudar a aliviar la sobrecarga muscular. Como terapia que disminuye el dolor, la acupuntura tendría el mismo principio.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía ha demostrado ser ineficaz a largo plazo, por lo que el tratamiento debe ser paliativo. El dolor de naturaleza neuropática provocado por los quistes suele ser tan intenso que sólo responde a analgésicos mayores: opiáceos. Los quistes

de Tarlov en la mayoría de los casos son hallazgos casuales en las pruebas de imagen. La mayoría no necesitan tratamiento. Sólo si están produciendo síntomas significativos se puede plantear tratarlos. Aunque muy rara vez son los culpables de síntomas importantes a nivel lumbar y sacro, puede llegar a ser extremadamente doloroso dejando a una persona incapacitada en posición horizontal con dificultad para caminar y sin siquiera poder sentarse.

Sin un tratamiento adecuado puede llegar a producir alteraciones muy severas e irreversibles en la calidad de vida del paciente, derivando en un ser totalmente dependiente y en una incapacidad profesional parcial o completa. Las publicaciones parecen revelar que los quistes que producen síntomas son más frecuentes en mujeres que en hombres. La incidencia anual de estos quistes está en un 1,5 a un 5 % en la población.

6 Bibliografía

- <https://todossomosraros.es/quiste-de-tarlov/>
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- <https://es.wikipedia.org/>
- <https://www.orpha.net>

Capítulo 655

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REANIMACIÓN CEREBROCARDIOPULMONAR (RCCP)

MANUEL ROLDAN MENÉNDEZ

CRISTINA SUAREZ ALVAREZ

PAULA NOYA MOURE

MARÍA AMOR MIER ALVAREZ

VERONICA RUIZ LÓPEZ

1 Introducción

La reanimación cerebro cardiopulmonar (RCCP) es definida como la agrupación de medidas estandarizadas, desarrolladas secuencialmente, constituida por dos niveles, el soporte vital básico y avanzado, con el objetivo de restaurar la circulación y la respiración garantizando una oxigenación tisular suficiente, para preservar la vida, restituir la salud, aliviar el sufrimiento y limitar la incapacidad (1-2). El resultado final de la reanimación va a depender de la uniformidad, protocolización, capacidad técnica, científica y humana que apliquen los profesionales de la salud . Es por ello que todo el personal de enfermería, ya sea profesionales o personal técnico, debe poseer una actitud y aptitud efectiva, seguridad producto de conocimientos, destrezas, habilidades y competencias en la reanimación cerebro cardiopulmonar (1-4).

En el contexto clínico actual, se ha puesto de manifiesto las limitaciones del personal de enfermería para la atención de este tipo de pacientes, sobre todo a la hora de sustentar sus puntos de vista para la toma de decisiones oportunas y apropiadas; en otras palabras, falta de desarrollo de aptitud clínica para afrontar en la realidad las situaciones problemáticas que se presenten en los servicios (3-8). Lo anterior se sustenta en lo reportado por diversas revisiones, donde se encontró que en la mayoría de los casos de paro cardiorrespiratorio, quienes realizan las maniobras de soporte vital básico inmediato con mayor frecuencia son los médicos e internos de medicina, siendo pocas o nulas las veces en que el personal de enfermería intervienen directamente en la RCCP (3-6).

Otro punto destacable es que mientras el médico inicia la intubación endotraqueal para el soporte ventilatorio mecánico, la enfermera inicia el soporte vital avanzado en la administración de medicamentos siguiendo solo la orden médica (3-6).

Es de vital importancia que todo el personal asistencial sanitario tenga entrenamiento en RCCP básica y avanzado; Es por esto que todo el personal de enfermería, ya sea profesionales o personal técnico, deben desarrollar sus conocimientos, habilidades y competencias en la reanimación cardiopulmonar. Además, de poseer capacidad técnica, científica y humana (3-8).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Establecer el modo de actuación de enfermería en la reanimación cerebro cardiopulmonar (RCCP).

Objetivos específicos:

- Describir la actuación de enfermería en la fase pre reanimación.
- Identificar las actividades de enfermería en la fase intra reanimación.
- Detallar la actuación de enfermería en la fase post reanimación.
- Identificar los momentos de finalización de las maniobras de reanimación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado

por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos; cuiden, scielo, Medline, proquest, pubmed, elsevier y Google académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: parada cardiopulmonar, paro cardiorrespiratorio, rol de enfermería, papel de enfermería en la RCCP. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

- Fase pre reanimación:

Establecer el número de personas que conforman el equipo de código azul, es importante que el equipo humano no exceda las cinco personas, éste es un número adecuado que permite mantener el orden y la coordinación en las maniobras. El equipo humano está formado por: un médico, un terapeuta respiratorio, uno o dos profesionales en enfermería, uno o dos auxiliares en enfermería. Estos profesionales deben estar en capacidad de reconocer la necesidad de activar un código azul y atender la parte básica de la reanimación cardiopulmonar (1-4)

Valoración y detección precoz de los pacientes de riesgo.

El reconocimiento del deterioro del paciente y monitorización apropiada y regular de los signos vitales del mismo ayudarán al personal en la detección y tratamiento precoz de las situaciones susceptibles de desencadenar un paro cardiorrespiratorio. La mayoría de los pacientes críticos que son ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos o tienen un paro cardiopulmonar o muestran signos claros y detectables de deterioro en las horas que preceden a estos eventos. Más del 80% de estos pacientes podrían ser identificados en las 24 horas previas a estos graves eventos adversos. En un estudio, la calidad de los cuidados en las horas precedentes a estos eventos adversos, se estima inferior a causa de una carencia de conocimientos y habilidades, apreciación inadecuada de la urgencia clínica y fallo para buscar asesoramiento (1-4).

El técnico en cuidados auxiliares en enfermería (TCAE):

Debe tener entrenamiento en soporte vital básico (certificado).

Verifica el llamado al equipo. Trae el carro de paro, en caso de que no haya llegado.

Colabora con la preparación de drogas y mezclas.

Programa y regula el volumen de las soluciones a administrar, en coordinación con el profesional en enfermería (1-4)

Fase intra reanimación:

Esta etapa se inicia con la identificación rápida y oportuna del paro cardiorrespiratorio, la aplicación de la cadena de supervivencia y el seguimiento correcto de algoritmos para el manejo de arritmias. La cadena de supervivencia se puede utilizar en los ámbitos intra y extrahospitalario y está constituida por cuatro eslabones:

El primero permite la activación del sistema de urgencias bien sea el sistema de código de azul establecido y protocolizado en las diferentes instituciones o la solicitud del carro de paro; el segundo eslabón hace referencia al inicio de la reanimación básica aplicando el A (vía aérea permeable) B (respiración) C (circulación).

La desfibrilación inmediata es el tercer eslabón y uno de los más importantes puesto que tiene la probabilidad de mejorar las tasa de supervivencia. En el medio extrahospitalario, el ideal es la distribución y utilización de desfibriladores automáticos externos por parte de cualquier persona con un mínimo de capacitación. La desfibrilación se define como la administración de una cantidad de energía dada en julios y distribuida en un vector cuya dirección está determinada por la colocación de las paletas sobre el tórax del paciente. Las arritmias que se presentan en el PCR que requieren desfibrilación son la taquicardia ventricular sostenida (TV) y la fibrilación ventricular (FV); el propósito de la descarga es producir una asistolia temporal, la descarga intenta despolarizar el miocardio por completo y dar una oportunidad para que los centros de los marcapasos naturales del corazón reasuman una actividad normal.

Las secuencias de las descargas corresponden a tres descargas, todas de 360 julios en desfibriladores monofásicos y de los bifásicos de 200 julios. Estudios han demostrado que las descargas sucesivas son más importantes que la terapéutica medicamentosa adicional y el retraso entre las descargas para administrar medicamento es perjudicial. Es fundamental la determinación del pulso y la observación del monitor para verificar la persistencia de la FV o TV entre descargas.

El cuarto y último eslabón es el apoyo vital avanzado a través de la administración de medicamentos, control de las arritmias y estabilización a la víctima.

La administración de medicamentos durante la reanimación es una responsabilidad del profesional en enfermería requiere conocimientos suficientes sobre la farmacodinamia, farmacocinética, dosis, forma correcta de administración, coordinación y autocontrol lo cual permite reducir o evitar errores que obstaculicen el éxito de la reanimación (1-4).

- Actuación del personal de enfermería ante el paro cardiorrespiratorio (PCR), en

todos los casos de paro cardiorrespiratorio intrahospitalario hay que:

- Reconocer la PCR inmediatamente
- Activar el sistema de alerta hospitalario
- Inicio inmediato del Soporte vital básico y/o avanzado.
- Los enfermeros y auxiliares de enfermería, deben estar capacitados para iniciar y mantener el SVB hasta la llegada - del equipo SVA. Esto debe ser un proceso continuo desde que se detecta la situación hasta la valoración por el equipo de SVA (1-4) El auxiliar de enfermería realizará todas las actividades delegadas por el enfermero durante las maniobras de soporte vital. Para reconocer el PCR inmediatamente, se debe valorar:

Síntomas y signos

Síntomas: dolor torácico, disnea, dificultad respiratoria, alteración del estado mental y de conciencia, quejas gastrointestinales.

Signos: ausencia de pulso o apnea, taquipnea > de 30 respiraciones por minuto (rpm), frecuencia cardíaca <de 30 latidos por minuto (lpm) o > de 130 lpm, presión arterial sistólica menor de 90 mmHg, o diastólica < de 60 mmHg, caída en la Escala de Coma de Glasgow de 2 puntos, temperatura menor de 35°C o mayor de 38,5°, neumotórax a tensión y hemorragia no controlada.

Parámetros de Laboratorio: acidosis metabólica o respiratoria, anemia significativa, elevación de la urea o de la creatinina, hiperglucemia o hipoglucemia (1-4), activar el sistema de alerta hospitalario, activar el sistema de alarma establecido en cada hospital (nº teléfono, timbre...), para movilizar y dirigir al equipo de SVA al lugar de la PCR, transmitiendo el mensaje: "Parada cardiorrespiratoria y la localización".

Además verificar la correcta recepción del mismo y regresar con el paciente para realizar maniobras de SVB hasta que llegue ayuda. Si hay varios profesionales, el más entrenado comienza el SVB mientras el otro llama al equipo de reanimación y lleva el carro de parada y el desfibrilador. Si solo está presente un profesional, dejará al paciente y solicitará ayuda (1-4).

Inicio del soporte vital básico:

- La persona que detecta el PCR debe memorizar (registrar) la hora y minuto del momento en que ha sido detectado.
- El tiempo entre la detección y el inicio del SVB no debe superar 1 minuto.
- Si está indicado, llevar a cabo la desfibrilación tan rápidamente como sea posible (antes de 3 minutos).
- El profesional que detecta el PCR, inicia el masaje cardíaco externo con una frecuencia de 100 compresiones por minuto, alternándolo con las ventilaciones a

razón de 30:2 (1-4) El segundo profesional debe:

- Después de activar la alarma hospitalaria de PCR, llevar el carro de parada y el desfibrilador disponible.
- Poner en marcha el cronómetro y permanecer en el lugar durante todo momento para apoyar la RCP.
- Registrar los siguientes tiempos: tiempo desde la detección de la inconsciencia hasta inicio de las maniobras de SVB, y tiempo desde la inconsciencia hasta la primera desfibrilación. En todo caso se debe seguir el algoritmo de Soporte vital básico/inmediato (1-4).

Soporte vital avanzado (SVA):

- Se considera que el soporte vital avanzado comienza con la utilización de dispositivos adicionales diferentes a los utilizados en el SVB.
- El personal de enfermería debe verificar el funcionamiento de los equipos, fecha de vencimiento de los medicamentos y elementos del carro de paro, asignación de funciones y poseer actitud y aptitud para manejar situaciones de estrés sin olvidar la conservación de principios éticos (1-4).

Monitoreo y manejo del desfibrilador:

- La persona encargada debe tener entrenamiento en soporte vital avanzado (certificado).
- Ubica los electrodos para monitorizar al paciente.
- Analiza el trazado electrocardiográfico.
- Prepara el desfibrilador y desfibrila.
- Valora la respuesta del paciente a las intervenciones.
- Interpreta los ritmos en el monitor para que sean registrados en la hoja de Código Azul (1-4).

Administración de medicamentos:

- La persona encargada debe tener entrenamiento en soporte vital avanzado (certificado).
- Establece una vía venosa periférica.
- Calcula las dosis de los fármacos y prepara las mezclas.
- Administra los medicamentos, diciendo en voz alta la dosis en el momento de administrarlo.
- Realiza los registros pertinentes (1-4).

Manejo de la vía aérea:

- La persona encargada debe tener entrenamiento en soporte vital avanzado (certificado).

- Alistar la fuente de oxígeno.
- Preparar el material de succión.
- Asistir la intubación endotraqueal.

Asistencia circulatoria:

- Masaje cardiaco y verificación de los pulsos.
- Coordina en voz alta (1-4).
- Se recomienda la administración de hasta tres descargas rápidas consecutivas (agrupadas) en la FV/TV sin pulso, si la PCR ocurre durante la realización de un cateterismo cardiaco o en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca. Esta estrategia también puede ser considerada en el caso de PCR presenciada con FV/TV sin pulso, cuando el paciente está conectado a un desfibrilador manual (1-4)
- No se recomienda el uso rutinario de ningún dispositivo circulatorio que sustituya a las compresiones manuales. En determinados pacientes que precisan maniobras de RCP prolongadas (traslados, hipotermia, embolismo pulmonar fibrinolizado, sometidos a tomografía computarizada o intervención coronaria percutánea) se puede utilizar dispositivos mecánicos (1-4).
- Se recomienda el registro cuantitativo de la onda de capnografía para confirmar y vigilar de forma continua la posición del tubo endotraqueal, monitorizar la calidad de la RCP y proporcionar información precoz de la recuperación de la circulación espontánea (1-4).

Fase post reanimación:

El rol del personal de enfermería después de la reanimación debe estar dirigido a una serie de intervenciones que garantizan el final de una reanimación exitosa, estas intervenciones son:

Monitorización estricta, evaluación y seguimiento permanente del manejo suministrado al paciente durante el paro.

Valoración neurológica con el fin de identificar en forma temprana secuelas neurológicas.

Evaluar el tiempo de inicio y finalización de la reanimación puesto que la probabilidad de supervivencia disminuye abruptamente con cada minuto que pasa en la evolución del paro y finalización de la reanimación.

Realización de registros de enfermería claros, concisos y bien redactados que describan los procedimientos realizados, insumos utilizados, hora de inicio y finalización de las maniobras de reanimación. Es importante anotar que estos reg-

istros deben ser coherentes con la descripción médica en la epicrisis (1-4).

La notificación a la familia debe corresponder a la realidad de la situación del paciente y debe hacerse con honestidad, sensibilidad y prontitud. Con frecuencia la información es proporcionada sólo por el médico, pero los profesionales en enfermería deben estar en este proceso de notificación puesto que como equipo de trabajo es una responsabilidad mutua; es fundamental considerar algunas directrices en el momento de proporcionar dicha información:

Informar a la familia vía telefónica si aún no han sido notificados explicando que la situación es grave, pero nunca dar la noticia del fallecimiento por este medio de comunicación.

Obtenga cuanta información le sea posible respecto al paciente y a las circunstancias que rodearon la muerte de tal forma que todo el equipo establezca un lenguaje común. Busque un área privada para proporcionar la información y establecer contacto visual con los familiares, considere tocar al miembro de la familia y compartir sus sentimientos. Además proporcionar el tiempo necesario para preguntas y explicaciones, dirijase a los hechos varias veces para estar seguro de que todo se ha entendido y para facilitar preguntas adicionales. Por último, brindar a la familia la oportunidad de ver a su familiar y contar con el apoyo o ayuda de asistencia social o religiosa (1-4).

- Proceso de crítica: Todo el equipo debe realizar un proceso de crítica, no importa que sea breve, esta actividad proporciona retroalimentación al personal y se convierte en una vía para expresar aflicciones y una oportunidad de educar.
- Atención humana dirigida a los profesionales, en general las intervenciones antes, durante y después de la reanimación giran alrededor del paciente puesto que es el individuo a quien se le preserva la vida y restaura su salud; sin embargo, no se puede olvidar el papel que desempeñan los profesionales en enfermería para el logro de una reanimación exitosa, los reanimadores pueden presentar síntomas físicos y emocionales de evolución prolongada cuando intentan sin éxito una RCP (1-4).

Para disminuir estos síntomas se recomienda realizar reuniones que se deben llevar a cabo después de cada intento fallido de RCP. En ellas los reanimadores discuten sus pensamientos, sentimientos y rendimiento así como el análisis detallado de lo que se hizo y por qué ocurrió y una discusión de lo que se hizo en forma adecuada o errónea. En definitiva la dimensión humana debe incorporarse al entrenamiento y a la práctica de RCP, convirtiéndose en un deber y derecho de los profesionales de la salud (1-4).

Finalización maniobras de RCP:

Todo PCR es indicación de RCP en ausencia de contraindicaciones u órdenes de "no RCP", por lo que es esencial que se identifique en las órdenes de tratamiento a los pacientes en los que la RCP no está indicada, que se previera fútil, bien porque sea un evento esperado en el curso de una enfermedad terminal o porque el paciente haya manifestado su voluntad de no ser tratado en esta situación. Se registrará una Orden de No Iniciar Reanimación (ONIR). (1-4).

En todo caso, la indicación de "no RCP" debe ser conocida por todo el personal responsable en la atención del paciente.

Las órdenes de "no RCP" pueden revocarse por propuesta del paciente, sus representantes o por indicación médica, tras reevaluar al paciente periódicamente y producirse una variación de la situación. La RCP se seguirá el tiempo que el médico que asuma la dirección de la asistencia considere oportuno (1-4).

La RCP debe suspenderse:

Cuando se recupera la respiración y la circulación espontánea, efectiva y persistente

Cuando se constata durante la RCP, la no indicación de la misma tras la revisión de la historia, informe del médico responsable del paciente o transmisión de la familia de las voluntades del enfermo.

Cuando se constate el potencial fracaso de la RCP: a) inicio de SVB tras más de 10 minutos de situación de PCR sin intento de reanimación. b) constatación de 20 minutos o más de esfuerzos de reanimación sin recuperación de la circulación espontánea. c) constatación de 10 minutos o más de RCP sin pulso externo demostrable (RCP ineficaz) Salvo que haya alguna circunstancia especial (hipotermia, ahogamiento, intoxicación barbitúrica, abuso de drogas, electrocución o fulguración por rayo) donde los tiempos indicados para establecer el fracaso del esfuerzo de reanimación no son aplicables.

Tras la RCP se debe informar y apoyar a la familia del paciente, y revisar el procedimiento realizado para mejorarlo.

Toda reanimación nunca debe perder de vista los principios de bioética recogidos en la ERC y la American Heart Association: principio de autonomía, principio de futilidad (ineficacia) o de maleficencia, principio de beneficencia, principio de justicia, principio de justicia y honestidad (1-4).

5 Discusión-Conclusión

El desconocimiento del personal de salud de las maniobras del soporte vital básico y avanzado supone un muy alto riesgo, e inclusive con desenlaces fatales

(2-5); la efectividad de la reanimación se mide por la sobrevida, recuperación y restauración de las funciones vitales del paciente (2-8). Es por esto que el personal de enfermería debe adoptar un rol fundamentado en el proceso de atención disciplinar que permita de una forma sistemática y lógica valorar, planear y ejecutar las acciones de cuidado (3-8). En la fase pre reanimación se hace necesario que el personal de enfermería conforme, y evalúe el equipo reanimador de la institución de salud. Se establecen como objetivos de este equipo, lograr una reanimación básica en los primeros cuatro minutos de atención post paro cardiopulmonar, disminuir la mortalidad y por ultimo mejorar la sobrevida (1-4). En la literatura se recomienda que el equipo reanimador se componga de un médico, un fisioterapeuta, uno o dos profesionales en enfermería y uno o dos auxiliares en enfermería (3-8).

El personal de enfermería profesional o técnico debe tener entrenamiento certificado en soporte vital básico y avanzado, preferiblemente actualizado cada dos años (1-8). Las funciones en esta primera fase para el auxiliar de enfermería comprenden en orden de frecuencia, la activación del código, traída del carro de paro, preparación de las soluciones endovenosas y medicación, programa y regula el volumen de las soluciones a administrar, en coordinación con el profesional en enfermería (1-4); La administración de medicamentos durante la reanimación es una responsabilidad del profesional en enfermería requiere conocimientos suficientes sobre la farmacodinamia, farmacocinética, dosis, forma correcta de administración, coordinación y autocontrol lo cual permite reducir o evitar errores que obstaculicen el éxito de la reanimación (1-4).

En el periodo intra reanimación el personal de enfermería interviene de manera activa, en el inicio de las maniobras del soporte vital básico, la aplicación de la cadena de supervivencia y el seguimiento correcto de algoritmos para el manejo de arritmias (1-4). La aplicación del A (vía aérea permeable) B (respiración) C (circulación), la desfibrilación precoz y por último el inicio del soporte vital avanzado a través de la administración de medicamentos, control de las arritmias y estabilización hemodinámica del paciente (1-4).

Dentro de las funciones más comunes en esta etapa para el personal enfermero esta la monitorización de constantes vitales, instauración de accesos venosos y/o arteriales, preparación del desfibrilador con todos sus componentes, la administración de medicamentos (antiarrítmicos, vasoactivos etc.), la instauración de dispositivos invasivos (catéter vesical, catéter gástrico) y el apoyo en el manejo de la vía aérea, en especial en la ventilación manual (1-4).

En la fase post reanimación las acciones van dirigidas a valorar la rehabilitación

del paciente, su estado neurológico, seguimiento y monitoria estricta, brindando información precisa al grupo familiar. En cada fase de la reanimación se debe garantizar la conservación de los aspectos éticos manteniendo el respeto, la privacidad de la persona así como las decisiones anticipadas determinadas por la familia o por el mismo individuo acerca de la No Reanimación (1-6).

6 Bibliografía

- 1. Colegio oficial de enfermería de Madrid (CODEM). Procedimiento de actuación de enfermería en el soporte vital básico y soporte vital avanzado en adultos, en el ámbito hospitalario. España, 2014; [Actualizada 18 de Juniode 2014]; [consultado 16 de Diciembre de 2019].
- 2. CODEM. Protocolo de actuación de enfermería ante la parada cardio-respiratoria en adultos en el ámbito hospitalario. España, 2014; [Actualizada 18 de Juniode 2014]; [consultado 16 de Diciembre de 2019]
- 3. Achury Saldaña D. Rol del profesional en enfermería en la reanimación cardiopulmonar de adultos. Colombia; Rev. Actualizaciones en Enfermería Vol. 12 No. 3; [consultado 16 de Diciembre de 2019].
- 4. Cucalón B. Cumplimiento del protocolo de reanimación cardiopulmonar por el personal de enfermería en pacientes hospitalizados en la sala de cardiología del hospital Luis Vernaza [Tesis]. Guayaquil: Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de ciencias médicas, programa enfermería; 2016.
- 5. Gálvez Centeno C. Nivel de conocimiento sobre reanimación cardiopulmonar básico del personal de enfermería en un establecimiento de primer nivel de atención [Tesis]. Lima: Universidad nacional mayor de san Marcos. Facultad de medicina humana E.A.P. de enfermería; 2016
- 6. Simón M, López J, Pleite E. Formación en reanimación cardiopulmonar básica con desfibrilación precoz a enfermeros/as del área 7 de Madrid. España; Enferm Intensiva 2003;14(1):7-15; [consultado 16 de Diciembre de 2019].
- 7. Lara-Blanco I, Rojas-CarreraS. Capacitación sobre reanimación cardiopulmonar básica a personal de enfermería por criterios de conocimiento, aptitud y actitud. México. Rev. Enferm IMSS 2004; 12(3): 147-151; [consultado 16 de Diciembre de 2019].
- 8. Sosa-Simón C,Pavía-Carillo E, Mendoza-Cruz J.Aptitud clínica de enfermería en pacientes con paro cardiorrespiratorio: alcances de una estrategia educativa. México. Rev. EnfermInst Mex Seguro Soc 2009; 17 (2): 85-90; [consultado 16 de Diciembre de 2019].

Capítulo 656

UPP EN PACIENTES ENCAMADOS

CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

MARTA GARCIA ANTON

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

2 Objetivos

- Describir medidas contra las úlceras por presión (UPP), a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Jorge, es un paciente de 84 años, ingresa en la unidad de Medicina Interna. A su llegada presenta UPP de estadio II en ambos maleolos externos y en el sacro. En su domicilio mantenía una dieta desequilibrada y una vida sedentaria cama-sillón. Jorge es un paciente con diversas complicaciones, sufre diabetes y hace

6 meses tuvo una intervención quirúrgica por fractura de cadera. Tras detectar las lesiones epidérmicas, se decide establecer un plan de cuidados dirigido al tratamiento de las UPP:

- Se mantiene la piel limpia, seca e hidratada, evitando la humedad.
- Cambios posturales cada 2-3 horas, ayudándonos de almohadas para evitar puntos de apoyo y colchones anti escaras.
- Proporcionarle una dieta rica en proteínas.

El paciente presentó buena evolución clínica de las lesiones que presentaba en maleolos externos y sacro.

4 Resultados

El paciente responde bien al tratamiento puesto establecido en el plan de cuidados y presenta buena evolución desde el punto de vista clínico, siendo efectivo y decidiéndose control de forma ambulatoria durante un mes más por parte de enfermería.

5 Discusión-Conclusión

Todas las medidas adoptadas para evitar las UPP siguen siendo iguales o más importantes durante el tratamiento, éstas van a contribuir a la cura y prevendrán la aparición de nuevas lesiones.

6 Bibliografía

- Antón Areosa L., Bermejo M., Manzanero E., Salvador MJ., Segovia T. Guía práctica ilustrada. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento. Barcelona: ediciones Mayo;2010
- AvilésMartínez M. J., Sánchez Lorente M. M., coordinadores. Guía práctica clínica para el cuidado de las personas con úlceras por presión o con riesgo de padecerlas. [Internet]. Valencia: Consellería de Sanitat; 2012 [acceso 14 de julio de 2016]

Capítulo 657

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL ÁREA DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CABUEÑES

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

SONIA ÁLVAREZ GRANDA

VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA

NOELIA NÚÑEZ RIAL

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales tras una intervención quirúrgica ya sea de cadera o rodilla en la sección de traumatología de nuestro hospital suele acarrear aproximadamente en un diez por ciento de los casos una infección post intervención quirúrgica de la herida. Se da la circunstancia que la avanzada edad de los pacientes ocasiona unos factores predisponentes a este tipo de infecciones como son la diabetes, la obesidad, úlceras de decúbito e insuficiencia renal.

2 Objetivos

- Concienciar tanto al personal sanitario, así como a las visitas sobre una correcta higiene de manos para prevenir infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Nuestro método consistió en situar al lado de cada puerta de una habitación de nuestro hospital un dispensador de Sterillium gel. Para recordar a cada persona que fuera a entrar a la habitación la obligatoriedad de restregar las manos con el gel descrito se colocó en cada puerta una fotografía de una persona haciendo ese mismo gesto.

4 Resultados

Después de un mes de colocar los dispensadores de Sterillium se observó que el esterilizarse las manos antes de entrar en cada habitación pasó a ser una rutina habitual tanto del personal sanitario como de las visitas. Se observó que con esta práctica las infecciones de las heridas post intervención quirúrgica de cadera o rodilla disminuyeron ligeramente.

5 Discusión-Conclusión

Una medida tan económica y fácil de aplicar como es el uso de Sterillium en las manos del personal sanitario y visitas antes de entrar en una habitación de las sección de traumatología de nuestro hospital nos aporta grandes beneficios puesto que dada la edad de los pacientes que suelen ser objeto de colocarse prótesis de cadera y rodilla su propensión a que se le infecten las heridas es mayor ya que suelen padecer hipertensión, diabetes, obesidad, úlceras de decúbito, etc.

6 Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre infección hospitalaria. Med Clín 1994; 102; 20-24.
- Grupo de Trabajo EPINCAT. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en Cataluña. (I) Infecciones y factores de riesgo. Med Clín 1990; 95: 41-52.
- Carrasco Asenjo M, Delgado García A, Fernández Pérez C, Prieto Valiente L, Jimeno Maestro J y Andradás Aragonés E. Vigilancia epidemiológica de la infección hospitalaria. Análisis preliminar de una serie de cinco años. Med Clín 1990; 95: 201-206.

Capítulo 658

DIABETES GESTACIONAL

CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

MARTA GARCIA ANTON

1 Introducción

La diabetes gestacional se define como una intolerancia a la glucosa que no se había presentado previamente al embarazo. Durante el embarazo se produce un estado de resistencia a la insulina que induce a algunas gestantes a desarrollar diabetes. La diabetes gestacional aparece cuando la función pancreática de la gestante no puede asumir el ambiente diabetógeno que genera el embarazo. Existen diversos factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad: estados de hipertensión arterial, historias de abortos espontáneos, historia familiar de diabetes, obesidad, síndrome de ovario poliquístico.

2 Objetivos

Definir la enfermedad de diabetes gestacional, explicando los síntomas clínicos, pruebas diagnósticas, tratamiento y posibles complicaciones a través de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente mujer de 38 años que acude a consulta de atención primaria para realizarse el test de O'Sullivan a las 26 semanas de embarazo. Como antecedentes

destaca que la paciente en su embarazo anterior padeció diabetes gestacional. Ahora refiere tener dolor al orinar, cefaleas y se siente un poco débil.

El test de O'Sullivan da como resultado un nivel de glucosa de 140 mg/dl. Esta cifra indica un posible diagnóstico de diabetes gestacional y por tanto se realiza el test de sobrecarga oral de glucosa, dando como resultado:

- Glucosa basal de 110 mg/dl.
- Glucosa a la hora de 200 mg/dl.
- Glucosa a las dos horas 170 mg/dl.
- Glucosa a las tres horas de 150 mg/dl.

En la anamnesis, Ana explica que trabaja en una oficina y pasa sentada la mayor parte del tiempo. Durante el trabajo come snacks y bebidas gaseosas. Además de todo esto, sufre estreñimiento.

4 Resultados

Una vez realizada la sobrecarga oral de glucosa, el test de O'Sullivan es positivo. Por lo que se debe mantener una dieta estricta en carbohidratos y azúcares. También se debe realizar ejercicio diario detrás de la ingesta de comidas, así como un control estricto de glucemia.

5 Discusión-Conclusión

El cribado universal de diabetes gestacional consiste en someter a toda la población gestante sin factores de riesgo a realizarse el test de glucosa de 1 hora o el test de O'Sullivan entre las 24/28 semanas de gestación. A aquellos pacientes con factores de riesgo conocido, se realiza este test en el primer y segundo trimestre. En el test de 1 hora la paciente recibe 50 g de glucosa, una hora más tarde, se realiza una determinación en plasma de nivel glucosa, si el resultado es igual o superior a 140mg/dl se considera anormal y por tanto se indicaría el segundo test (test de intolerancia a la glucosa en 3h). Para la realización del segundo test se determina el nivel de glucosa en ayunas, posteriormente se administran 100 g de glucosa y se realizará una determinación de glucosa a la hora, dos horas y a las tres horas.

6 Bibliografía

- Cabero Roura L, Cabrillo Rodríguez E, Bajo Arenas J, Calef Alsina J. et al. Tratado de ginecología y obstetricia. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2012.
- Pellicer A, Bonilla-Musoles F. M. Obstetricia y ginecología Para el grado de Medicina. 2ª ed. Madrid: Medica Panamericana; 2014.
- Beckman C. R. B, Ling F. W, Barzansky B. M, Herbert W. N. P, Laube D. W, Smith R. P. Obstetricia y Ginecología. 6ª ed. Barcelona: WolterKluwerHealth España, S.A., Lippincott Williams &Wilkins; 2011.
- Llewellyn-Jones D, Abraham S, Oats J. Texto ilustrado de ginecología y obstetricia. 7ª ed. Madrid: Harcourt; 2000.

Capítulo 659

LOS RIESGOS BIOLÓGICOS A LOS QUE SE HAYA EXPUESTO EL TCAE EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

1 Introducción

Los riesgos biológicos son aquellos que son derivados de la exposición prolongada o manipulación de microorganismos en los centros hospitalarios por parte del personal sanitario en el medio sanitario el riesgo biológico es el que con más frecuencia nos podemos encontrar pueden generar peligros de infección, intoxicación o alergias en los trabajadores.

2 Objetivos

- Identificar los mecanismos de transmisión y vías de infección. Reducción de los mismos.
- Formación e información a los trabajadores en dicha materia.

3 Metodología

A continuación se detallan las distintas vías de entrada de los microorganismos:

- Vía digestiva: Por consumo de comida, bebida y tabaco en el lugar de trabajo así como por ingestión accidental de sustancias tóxicas entre otras.
- Vía respiratoria: Por inhalación de aerosoles, estornudos, aspiración de secreciones entre otros.
- Vía Sanguínea a través de piel y mucosas: Por pinchazos con jeringuillas, cortes con objetos cortantes, mordeduras de pacientes desorientados o en estados de agitación y salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales.

Los riesgos de mayor importancia a los que se hayan expuestos el personal sanitario y que caben destacar serían: Hepatitis C, Hepatitis B y VIH.

4 Resultados

Como medidas preventivas ante los riesgos biológicos se hace necesario instaurar una serie de barreras de protección:

Barreras químicas: Uso de desinfectantes (lejía, povidona yodada...).

Barreras biológicas: se hace necesario el uso de vacunas por parte del personal sanitario.

Barreras físicas: Uso de guantes, gafas, mascarilla y cualquier equipo que sea de protección individual.

Es de suma importancia cubrir los cortes y heridas con apósitos, retirar anillos y joyas de uso personal y un correcto lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente.

Importante y a tener en cuenta es separar la ropa de trabajo de la ropa de calle para impedir la propagación de los microorganismos.

Cuando se vayan a manipular objetos cortantes o punzantes hay que tener especial cuidado en cuanto a la eliminación de dicho material y depositarlos en los contenedores habilitados para ellos; las agujas nunca deben ser reencapsuladas, ya que en la manipulación se correría el riesgo de pincharse con la misma.

5 Discusión-Conclusión

Si un trabajador considera que se haya expuesto a algún tipo de riesgo biológico ya sea por pinchazos, cortes, salpicaduras...deberá notificarlo a la empresa con la

mayor brevedad posible para que se ponga en marcha el protocolo de actuación. Formar a los trabajadores en esta materia para que siempre tomen las precauciones universales anteriormente citadas.

6 Bibliografía

1. Exposición ocupacional a sangre y material biológico en personal sanitario. Proyecto EPINETAC 1996/2000;122(3).31 Enero 2004.
2. Manual de Bioseguridad del Laboratorio Clínico.3ra ed.México:OMS;2005.
3. Protocolos de vigilancia sanitaria específica agentes biológicos.Comisión de Salud Pública.Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los trabajadores expuestos a agentes biológicos, en diciembre de 2001.

Capítulo 660

ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN EL ÁMBITO PEDIÁTRICO

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

NOELIA IGLESIAS BODELON

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Conocemos la definición de enfermedad celiaca es una patología que está producida por el gluten de los alimentos y que afecta a los pacientes que están genéticamente predispuestos y con los factores ambientales propicios a padecerla. Todo esto ayuda a que aparezca una lesión de tipo histológico muy característica, aunque no patognomónica, que en de sus formas más graves es la que provoca que las vellosidades intestinales se atrofien. Como consecuencia, se produce la malabsorción de nutrientes que conlleva que el paciente pase por varios estados carenciales responsables de una gama muy amplia de manifestaciones de tipo clínico (Wolters y, Wijmenga, 2008).

La enfermedad celiaca se puede presentar en cualquier momento de la vida, con muy distinta sintomatología, pero también puede ser que se presente sin ningún tipo de síntomas. La tardanza diagnóstica suele ser frecuente, por cada paciente diagnosticado, existirían unos 5-10 pacientes que no lo están. De ahí la importancia que tiene el pediatra de Atención Primaria ya que un rápido diagnóstico evitaría el desarrollo de complicaciones severas a largo plazo (Polanco, 2005).

La malignización es la complicación más grave y que menos se suele dar, caracterizada por la presencia continua del gluten en la dieta diaria. Se considera de gran utilidad incluir algunas de las consideraciones sobre la enfermedad celiaca y el paciente en edad adulta, ya que existe una estrecha relación que los profesionales de atención primaria mantenemos no solo con los niños, sino también con su círculo cercano como la familia. Definimos enfermedad celiaca como la intolerancia persistente a las proteínas del gluten del trigo, de la cebada, del centeno y del triticale.

La avena pura no se ha demostrado que influya en la patogénesis de la enfermedad celiaca, sin embargo, no hay estudios que sean concluyentes (Polanco, Martín, y Larrauri, 2001). No hay conocimiento de la etiología de la enfermedad celiaca, en su desarrollo actúan varios factores: Genéticos, ambientales (gluten), e inmunitarios. Las ingestiones de gluten se manifiesta apareciendo lesiones en la mucosa del intestino delgado, en un amplio espectro de maneras que engloba desde un aumento de los linfocitos intraepiteliales (enteritis linfocítica) hasta atrofia de vellosidades intestinales (Rostom, Murray, y Kagnoff, 2006). Cualquiera que sean las formas histológicas de esta enfermedad pueden ir acompañadas de diversos estados de carencia y síntomas de tipo digestivo así como extradigestivos.

Todas estas expresiones que podemos presentar, así como las alteraciones histológicas y serológicas, pueden mejorar débilmente e incluso pueden llegar a su desaparición al suprimir el gluten de la dieta diaria (Reglamento (CE) No 41/2009 de la Comisión de 20 de enero de 2009), reapareciendo otra vez al introducir de nuevo el gluten en la dieta (Rampertab et al, 2006). Además de la ingestión de gluten, uno de los factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad celiaca se identifican como factores de riesgo el tipo de lactancia que se da al recién nacido, la edad en la que introducimos el gluten y la cantidad, la presencia de infección ya sea por bacterias o virus en el recién nacido o el aumento de la permeabilidad en el intestino de personas susceptibles.

Varios estudios recientes sugieren que una mayor duración de amamantar e introducir pequeñas cantidades de gluten antes de su retirada total puede reducir el riesgo de enfermedad celiaca, pero todavía no se dispone de datos que demuestren que la protección es permanente o solo un pequeño retraso de la edad de presentación de los efectos. El riesgo aumenta si se administra el gluten antes de los 3 meses de edad del recién nacido, después de los 7 meses o en cantidades excesivamente grandes. Por ello, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN)

recomienda la introducción del gluten entre los 4 y los 7 meses de edad, en cantidades muy pequeñas, gradualmente, mientras el recién nacido todavía está con lactancia materna, también fomentar la lactancia materna exclusiva los 6 primeros meses, tratando así de mantenerla dos meses tras la introducción del gluten. Entre los síntomas más frecuentes encontramos los vómitos, la diarrea de tipo malabsortivo, cambios en el carácter, perder de apetito, estacionamiento de peso y retraso en el crecimiento. Un abdomen que permanece hinchado y unas nalgas planas se incluyen en el aspecto característico de estos pacientes y permite que sean diagnosticados fácilmente (Polanco, 2005).

Sin embargo, no se comenzara la retirada de gluten de la dieta diaria sin antes realizar una biopsia de intestino que confirme el diagnóstico absoluto. Cuando la enfermedad evoluciona sin estar sometido a un tratamiento, pueden aparecer formas graves como crisis celiacas, con presencia de hemorragias que pueden ser cutáneas e incluso digestivas (por defecto de síntesis de vitamina K y otros factores K dependientes a nivel intestinal), edemas por hipoalbuminemia y tetania hipocalcemia. Puede llegar a producirse también una deshidratación severa, abdomen distendido por marcada hipopotasemia y una extrema malnutrición en el paciente. A la crisis celíaca es fácil llegar si no se realizan un buen diagnóstico y tratamiento que resulte adecuados.

La mayoría de los tipos que se describen sobre la patogenia de la enfermedad celiaca la definen como una enfermedad de tipo inmunológico en la que se juntan varios factores ambientales y genéticos, de modo que se necesita la conjunción de ambos para que tenga inicio la enfermedad celiaca. Se encuentra una gran relación entre el tipo de genes que son codificados para moléculas HLA de clase II y la enfermedad celiaca, concretamente con los haplotipos HLA-DR17 (DR3) y HLA-DR11 (DR5/DR7) (Polanco, Martín, y Larrauri, 2001). Esta asociación está totalmente relacionada con la molécula DQ2, común a ambos haplotipos. DQ2 es un heterodímero a/b que se sitúa en la superficie de células que están implicadas en la respuesta inmune, codificado por los alelos DQA1*0501 B1*0201. Estos alelos se encuentran presentes en el 95% de los enfermos de celiaquía, comparado con el 20% en grupos control.

La mayoría de los demás pacientes que son celíacos negativos para DQ2 portan la molécula DQ8 (DQA1*0301 B1*0302). Desde hace tiempo se sabe que en el suero de los pacientes celíacos se detectan anticuerpos contra gliadina (AAG). Se demuestra que la producción de AAG de tipo IgAe IgG está muy aumentada, tanto en las secreciones intestinales como en el suero de los pacientes que son

diagnosticados con enfermedad celíaca.

También se descubre un aumento de distintos anticuerpos alimenticios, en consecuencia de un aumento de la permeabilidad de las membranas intestinales. Sin embargo, no nos encontramos ante una enfermedad autoinmune común, ya que los autoanticuerpos desaparecen y el daño tisular producido en la mucosa intestinal se recupera totalmente si eliminamos el gluten de la dieta diaria. Aunque no es conocido el tipo de mecanismo molecular conciso por el cual se produce la enfermedad celiaca, la identificación de la TGt como el autoantígeno frente al cual van dirigidos primordialmente los anticuerpos tisulares nos permite que conozcamos nuevo datos que explican algunos de lo que acontece en la enfermedad.

2 Objetivos

- Analizar el impacto de la enfermedad celiaca en el ámbito pediátrico.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de documentación de varias sociedades científicas y en distintas bases de datos como Dialnet y Scielo sobre la enfermedad celiaca. También se han consultado varias revisiones sistémicas y artículos científicos del tema a tratar, en este caso la enfermedad celiaca. Se han localizado 135 estudios, pero han sido excluidos 130 que no fueron en absoluto relevantes para el objetivo de esta revisión. Se incluyeron 5 estudios.

4 Resultados

La celiacía es un tipo de enfermedad inmunitaria muy compleja y mucho más común de lo que parece, resultante de la relación de un tipo modelo genético poligénico y de factores ambientales. Se puede decir que la carga genética implícita es la responsable de mucha parte del fenotipo de la enfermedad celiaca: muchos estudios en gemelos están sugiriendo que un 80% del fenotipo depende de factores genéticos. Sin embargo la asociación con los haplotipos HLA DQ2 y DQ8 es de mucha importancia, únicamente explica un 50% de la variabilidad genética de la enfermedad celiaca.

La celiacía es una característica prevalente en el entorno que nos rodea, la importancia de un diagnóstico precoz está en que la instauración de una DSG con-

sigue, normalizar el estado de salud y también la recuperación de la calidad de vida de los enfermos con dicha enfermedad. El riesgo que existe de enfermedades -neoplásicas y, posiblemente, también de enfermedades que son autoinmunes, es igualado al de la población general a los 10 años de la DSG.

Por todo esto, es de máxima importancia que los pediatras conozcan bien cuándo hay que darse cuenta de ella, cómo diagnosticarla y cómo facilitar al paciente ya diagnosticado y a su familia más cercana la adherencia a la DSG de por vida. Actualmente, no están demostrados al 100% los beneficios que supone poner de manifiesto las formas latentes y silentes de enfermedad celiaca, como tampoco su evolución, la adherencia a la DSG, ni los efectos adversos de la dieta en las formas sin síntomas de la enfermedad celiaca. Suelen ser anteriores a la enfermedad celiaca, pero también hay posibilidades de manifestarse simultáneamente y también después del diagnóstico. Los pacientes que lo están padeciendo son considerados un grupo de riesgo ya que la asociación se produce con una frecuencia mayoritaria a la que se espera (Arranz y Garrote, 2004).

Ahora exponemos los más frecuentes grupos:

- Familiares primer grado. Constituyentes de un grupo de riesgo muy elevado en el que la prevalencia de enfermedad celiaca entre el 10 y el 20%. Clínicamente puede permanecer sin síntomas o con algunas formas clínicas muy leve. Dermatitis herpetiforme. Aparecen en niños de edades elevadas, adolescentes y adultos jóvenes en forma de lesiones vesiculares pruriginosas en la piel normal o sobre alguna placas maculares que se localizan simétricamente en la cabeza, los codos, las rodillas y los muslos (Green, 2007). Esta forma de diagnosticar se realiza mediante la demostración por inmunofluorescencia directa de depósitos granulares de Iga en la unión dermoepidérmica de piel que se encuentra sana, y presenta en la mayoría de los casos una lesión severa de la mucosa intestinal.
- Diabetes mellitus tipo 1. Una aproximación de un 8% de los enfermos con diabetes tipo 1 está asociados a una enfermedad celiaca.
- Déficit selectivo de IgA. Una aproximación del 4% de los pacientes celiacos se les presenta además un déficit selectivo de IgA.
- Síndrome de Down. Se asocia este síndrome con enfermedad celiaca en más del 15%.
- Enfermedades tiroideas. Se asocia la enfermedad celiaca con tiroiditis autoinmune es frecuente en niños y en adultos.
- Enfermedad hepática. Mucho nivel de transaminasas es un hallazgo frecuente en pacientes con celiacía activos se debe controlar su paulatina normalización después del inicio una dieta sin gluten. No existe tratamiento de tipo farmacológico.

La única terapia se basa en suspender de la dieta de todos los productos que contengan gluten, concretamente todos los productos que incluyen harinas de cebada, centeno, avena y trigo.

Se pone en duda la toxicidad producida por la avena, aunque no se dispone de estudios que sean concluyentes. Tras excluir el gluten de la dieta diaria, la completa recuperación histológica no se visualiza de forma rápida; en adultos puede tardar incluso más de 2 años, y en niños no se produce antes del año de inicio del tratamiento, con restricción del gluten en la dieta (Dube et al., 2005). Por todo ello resulta necesario quitar por un tiempo la lactosa de la dieta, hasta que se recuperen las enzimas de la pared del intestino, en especial de la lactasa.

En función del grado de la malabsorción y/o de la malnutrición del paciente con enfermedad celíaca, el tratamiento de tipo dietético de inicio puede ser necesario recomendar una dieta hipoalergénica, hipercalórico y que sea pobre en fibra. Los suplementos férricos y/u otros minerales no suelen ser necesarios, excepto en una situación de un deterioro nutricional de gran importancia (Case, 2005).

En caso de que el cumplimiento dietético diario se realiza estrictamente, está comprobado que a los 10 años de llevar la dieta el riesgo de enfermedades malignas neoplásicas y probablemente también de enfermedades autoinmunes es similar al de la población en general.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad celíaca se considera un trastorno inflamatorio autoinmune del intestino Delgado provocado por el gluten y una enfermedad crónica muy frecuente. Se presenta con mayor frecuencia en familiares de pacientes con enfermedad celíaca y en algunos grupos de riesgo.

Produce síntomas gastrointestinales como diarrea crónica pero también con manifestaciones extraintestinales que pueden estar presentes solas. Una vez que se sospecha de padecer dicha enfermedad se debe practicar tamizaje con transglutaminasa + IgA sérica total, y si son positivas referir al niño a un gastroenterólogo pediatra para una biopsia confirmatoria antes de empezar la dieta exenta de gluten. Una dieta exenta de gluten revierte típicamente todos los signos y síntomas en un corto tiempo. La vigilancia del paciente para verificar la adherencia a la dieta es fundamental para asegurar que se evitan todas las posibles complicaciones, incluyendo problemas malignos. En los pacientes enfermedad celíaca

se considera que padecen de una enteropatía producida por el gluten que está presente en la dieta en individuos genéticamente predispuestos a padecerla. Es considerado que en La Unión Europea afecta a 1 de cada 1000 personas. Además de las formas silentes y latentes también existen formas floridas oligosintomáticas y monosintomáticas de enfermedad celiaca.

Últimamente se ha producido un cambio en las formas clínicas de expresión y en la edad de diagnóstico de la enfermedad celiaca, probablemente en relación con factores ambientales. La definición de marcadores inmunológicos (AAG, AAR, AAE) nos permite seleccionar los pacientes a los que se les debe realizar una biopsia de intestino para ser diagnosticados y a cuáles no. Una vez es diagnosticada la enfermedad celiaca se debe eliminar el gluten de forma radical y para siempre sin volver a introducirlo a la dieta diaria. El paciente y el ámbito más cercano deben tener un conocimiento total y formación respecto a la enfermedad celiaca y deben conocer cómo deben llevar a cabo la dieta.

6 Bibliografía

1. Arranz E. y Garrote, J.A. (2004). HLA en la enfermedad celíaca. *An Pediatr Contin*, 2: 163-166. Case S. (2005).
2. The glutenfree diet: How to provide effective education and resources. *Gastroenterology*, 128, 128-134. Dube, C.
3. Rostom, A., Sy, R., Cranney, A., Saloojee, N., Garritty, C., Sampson, M., Zhang, L., Yazdi, F., Mamaladze, V., Pan, I.,
4. Macneil, J., Mack, D., Patel, D., y Moher, D. (2005). The prevalence of celiac disease in average-risk and at-risk Western 5. European populations: a systematic review. *Gastroenterology*, 128(4), 57-67. Green, P.H. (2007).
6. Where are all those patients with celiac disease? *Am J Gastroenterol*, 102, 1461-1463. Polanco, I. (2005).
7. Enfermedad celíaca. Un reto diagnóstico. Madrid: Alpe Editores. Polanco, I., Martín, M., y Larrauri, J. (2001).
8. Relación de los anticuerpos IgA antitransglutaminasa tisular con la situación morfológica de la mucosa intestinal en niños con enfermedad celíaca. *Pediatrica*, 21,(4354).
9. Rampertab, S.D., Pooran, N., Brar, P., Singh, P., y Green, P.H. (2006).
10. Trends in the presentation of celiac disease. *Am J Med*, 119(355), 9-14. Reglamento (CE) No 41/2009 de la Comisión de 20 de enero de 2009 sobre la composición y etiquetado de productos alimenticios apropiados para personas

con intolerancia al gluten. Diario Oficial de la Unión Europea.

11. Rostom, A., Murray, J.A., y Kagnoff, M.F. (2006). American Gastroenterological Association (AGA) Institute technical review on the diagnosis and management of celiac disease. *Gastroenterology*; 131, 1981-2002. Wolters, V.M. y Wijmenga, C. (2008).

12. Genetic background of celiac disease and its clinical implications. *Am J Gastroenterol*; 103, 190-195.

Capítulo 661

HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL SANITARIO.

ANA MARIA PACHON MOYANO

VANESSA GARCIA SUAREZ

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

SONIA PACHON MOYANO

1 Introducción

La forma más efectiva y, a su vez, económica para impedir el contagio de enfermedades infecciosas es la higiene de manos, en concreto, el lavado de manos. El lavado de manos se trata de la frotación enérgica de estas, una vez enjabonadas, y su sucesivo aclarado con agua. Aunque, actualmente, también encontramos otra técnica común: la fricción con preparado de base alcohólica. De ambas formas, evitaremos el traspaso de diversos microorganismos de persona a persona.

2 Objetivos

- Conocer cómo llevar a cabo una correcta higiene de manos en el medio hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, es importante conocer en qué momentos hay que realizar el lavado de manos. Con el fin de evitar el riesgo de contagio, se debe realizar antes de una actuación, es decir: previamente al contacto con el paciente y previamente a desempeñar una tarea limpia o aséptica. Con el objetivo de impedir la contaminación del personal sanitario, se debe realizar tras realizar una actuación, es decir: tras el contacto con el paciente, tras haber estado expuesto a fluidos corporales y tras el contacto con el entorno del paciente.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido una serie de pautas a seguir para llevar a cabo una correcta higiene de manos en el medio hospitalario, ya sea con agua y jabón o con un preparado de base alcohólica.

En primer lugar, se debe suministrar el producto en las palmas de las manos para luego frotarlas entre sí. La forma de llevarlo a cabo correctamente es:

- Frotar la palma de una mano sobre el dorso de la otra, entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotar las palmas de ambas manos entre ellas, entrelazando los dedos.
- Frotar los dedos, manteniendo las manos cerradas.
- Frotar mediante un movimiento rotatorio el dedo pulgar de una mano, agarrándolo con la palma de la mano contraria, y viceversa.
- Realizando un movimiento de rotación, frotar la punta de los dedos de una mano contra la palma de la otra, y viceversa.

En el caso de estar utilizando agua y jabón, hay que aclarar las manos con agua corriente a una temperatura media y secarlas con papel de un único uso. Si el grifo utilizado se acciona con la mano, usaremos papel para cerrarlo. Si estamos realizando el lavado de manos con el preparado de base alcohólica, se debe seguir frotando, siguiendo los pasos anteriores hasta que el producto haya desaparecido.

5 Discusión-Conclusión

El informe global del Estudio EPINE-EPPS (2017), muestra que la prevalencia de las infecciones a pacientes ingresados en un hospital como consecuencia de la atención sanitaria es del 5,39 %. Muchas de estas infecciones pueden ser evitadas a través de prácticas como el lavado de manos, aunque también hay que tener en cuenta otros factores como la limpieza del mobiliario. El lavado de manos es una de las medidas más económicas y eficaces para prevenir contagios e infecciones, por eso es importante que los servicios de salud fomenten este hábito entre el personal sanitario, así como en los pacientes.

6 Bibliografía

- Alba, A., Fajardo G., Papaqui, J. (2014). La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. *Medigraphic* 13 (1), 19-24.
- Asociación Madrileña de Enfermería Preventiva. Guía didáctica: Formación de profesionales sanitarios como observadores del cumplimiento de higiene de manos. Según la metodología de la Organización Mundial para la Salud.
- González, M. (Sin fecha). Lavado de manos en cuidados auxiliares de enfermería. Medac.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. (2017). Estudio EPINE-EPPS 2017. Informe global de España.

Capítulo 662

LACTANCIA MATERNA Y DETECCIÓN PRECOZ DE LA ANQUILOGLOSIA

MARÍA ESTHER MARTÍNEZ MENÉNDEZ

BERTY GUERRERO MARTÍNEZ

NOELIA IGLESIAS BODELON

VÍCTOR MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La leche materna es un alimento diseñado por la naturaleza y proveniente de la madre para el recién nacido lactante, aunque su prevalencia actual no es la óptima ni la aconsejable. Como objetivo de este artículo realizaremos una revisión de la evidencia actualizada de los beneficios de la lactancia materna para el recién nacido y la sociedad, y recordaremos los riesgos asociados al reemplazo de ésta con fórmulas lácteas (Borrero-Pachón, Olombrada-Valverde, y Martínez, 2010).

La lactancia materna demuestra ser un factor que protege contra distintas enfermedades tanto infectocontagiosas, en el espectro atópico y cardiovasculares, así como contra alguna maligna como la leucemia, enterocolitis necrotizante, enfermedad celíaca y enfermedades inflamatorias del intestino. Con lo cual, la leche materna tiene un impacto muy positivo en el neurodesarrollo, mejora el coeficiente intelectual y puede tener una disminución del riesgo de otras condiciones como puede ser el déficit atencional, trastorno generalizado del desarrollo y alteraciones de la conducta (Messner y Lalakea, 2000).

La lactancia materna previene un 13% de la mortalidad infantil, y también disminuye el riesgo de la muerte súbita del recién nacido en un 36%. La lactancia conlleva consigo un ahorro directo en el uso de fórmulas lácteas y mamaderas, e indirecto en costos de salud que pueden estar asociados, como pueden ser casos de muertes prematuras y años de vida ajustados por calidad (García, García, Pi, Ruiz, y Parellada, 2005). Además de todo lo nombrado es amigable con el medio ambiente, no deja trazas de huella de carbono en su producción y consumo. La utilización de las fórmulas lácteas creadas de forma artificial y mamaderas tiene diversos riesgos asociados, aumentan el riesgo de las alteraciones bucales, así como respiración bucal, mal oclusión, alteraciones de la mordida y aparición de caries. Por último, la microbiota del intestino, la oxigenación y la termorregulación de los recién nacidos se ven afectadas negativamente por el uso de estas.

Diversos expertos aseguran que amamantar al bebé es bueno para él y para la persona que amamanta. Si se amamanta durante algún tiempo, sin importar lo breve que sea, la mama y su bebé, ambos se beneficiarán de la lactancia materna (Edmunds, Hazelbaker, Murphy, y Philipp, 2012). La madre que decide dar lactancia materna debe saber que amamantar lleva mucho tiempo y conlleva tener práctica. Se convierte en necesario pedir ayuda a la familia, enfermeras, especialistas en lactancia o grupos especiales de apoyo para tener éxito con la lactancia materna. La leche materna es la fuente de alimento más natural que puede haber para los bebés menores de 1 año y si puede ser mantenerse exclusiva hasta los 6 meses (Power y Murphy, 2014). Esta leche, presente las cantidades adecuadas de carbohidratos, proteínas y grasa, administra al bebe las proteínas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas que los bebés necesitan. Además contiene los anticuerpos que ayudan a evitar que su bebé se enfermedad.

Su bebé tendrá menos: reacciones alérgicas, infección del oído, estreñimiento, gases y diarrea, eccemas o enfermedades de la piel, infección estomacal o intestinal, problemas con las sibilancias, neumonías o bronquitis. El bebé alimentado con leche materna puede tener un menor riesgo de padecer: diabetes, obesidad o problemas de peso, Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), caries en los dientes. Algunos bebés pueden presentar problemas para amamantar a causa de: defectos congénitos bucales, dificultad para succionar, problemas digestivos, prematuridad, Ser demasiado pequeño, estar débil físicamente. Puede tener problemas para amamantar si tiene: cáncer de mama u otro tipo de cáncer, absceso mamario, poca producción de leche de leche (poco común), cirugía anterior o radioterapia.

La lactancia materna no es recomendable para las madres que tengan: herpes activo en las mamas, tuberculosis activa no tratada, infección por el virus de inmunodeficiencia humana, riñón inflamado, alguna enfermedad grave. (Como enfermedad cardíaca o cáncer), desnutrición severa. La anquiloglosia o también definida como presencia de un frenillo sublingual demasiado corto, se define en los últimos tiempos como, posiblemente, como una de las complicaciones más habituales en los grupos que se dedican al apoyo a la lactancia materna y consulta profesional muy habitual.

No ser capaz de mover la lengua origina todo tipo de dificultades en la succión del pecho que realiza el recién nacido, y también genera una consecución de problemas que repercuten directamente no solo en el bebé, sino en la madre, que puede padecer de grietas dolorosas, mastitis repetidas y escasez en la producción de leche (Messner y Lalakea, 2000). El Dr. Briz insistía en la teoría de que no todos y cada uno los frenillos sublinguales cortos son operables pero sí que había que intervenir aquellos que generaban problemas importantes y molestaban desde los inicios de la lactancia materna, porque serian sólo el inicio de otros problemas que podían ocurrir después (Amir, James, Kelso y Moorhead, 2011).

Las matronas pueden identificar correctamente la anquiloglosia observando la boca del bebé desde el mismo momento del nacimiento, detectando los posibles problemas que puedan acontecer con la lactancia materna, y tratándola mediante la realización de una frenectomía en algunos casos. La cirugía que concierne al frenillo sublingual corto es relativamente sencilla, según el doctor, y no es necesario el preoperatorio, ya que se trata de una sedación que abarca los treinta segundos que se necesitan para realizar la sección del frenillo y tras esta acción el bebé puede continuar con la lactancia sin problemas de nuevo con mejoras significativas y sin ningún tipo de secuelas. Tras el corte son los padres los que tienen la obligación de continuar el tratamiento en casa, sin los cuales la operación no serviría para nada. El tratamiento quirúrgico que se realiza en la anquiloglosia debía ser lo más temprano posible una vez que se detectan las repercusiones del mismo en la lactancia materna. A parte de mejorar la acción de la lactancia materna, el tratamiento quirúrgico que se realiza da la posibilidad de que la lengua se desarrolle de forma adecuada y junto a la lengua el resto de las estructurales orales, tales como el paladar y los dientes.

El objetivo del estudio que se ha llevado a cabo demuestra que la anquiloglosia es un tipo de trastorno congénito que se caracteriza por un frenillo lingual corto y existen diferentes grados de incapacidad de uso de la lengua pero es una patología

que presenta fácil solución (Messner, Lalakea, Aby, Macmahon, y Bair, 2000). Que se realice una buena instauración y mantenimiento del acto lactancia materna puede verse afectada por dicha malformación, por lo que es importante que sea diagnosticada y tratada.

2 Objetivos

- Analizar las consecuencias de la detección precoz de la anquiloglosia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en algunas de las principales bases de datos relacionadas directamente con las ciencias de la salud: PubMed, Cochrane, Cuiden, y Scielo. También se realiza una selección de artículos tanto en español como en inglés sin límite temporal. Del total de artículos encontrados finalmente hemos usado 11, descartando aquellos que no cumplieran con nuestros criterios para ser incluidos.

4 Resultados

La anquiloglosia o también llamado frenillo lingual anormalmente corto es un trastorno relativamente frecuente caracterizado por restringir los movimientos de la lengua en diferentes grados, según la clasificación del frenillo, pudiendo provocar diferentes problemas en la lactancia materna y en otros ámbitos.

Los datos disponibles relativos a la prevalencia de la anquiloglosia se contradicen, variando entre un 0.1 y un 10.7 % de los recién nacidos. Esta variación en la incidencia se atribuye en parte a su falta de definición uniforme y sistema de clasificación objetiva, lo que provoca una amplia variación de opinión con respecto a su importancia clínica y su óptimo tratamiento. Sí resulta más clara la diferencia entre sexo femenino y masculino siendo 2,6 veces más frecuente en el sexo masculino.

Algunos signos clínicos de la anquiloglosia son: la inserción del frenillo en el inicio de la lengua o cerca de ella, forma de corazón de la lengua, dificultad para levantarla o hacerla sobresalir más de 1 ó 2 milímetros y también alteración del movimiento lateral de la lengua (Messner, Lalakea, Aby, Macmahon, y Bair, 2000).

La lactancia materna es una actividad muy compleja que exige por parte del bebé una buena coordinación entre los distintos procesos como el de succión, deglución y respiración. Para ello la lengua tiene un papel clave, debiendo realizar movimientos de: extensión, elevación, lateralización y movimientos peristálticos. Según la evidencia científica disponible, la mayor parte de los bebés con frenillo corto pueden llegar a realizar lactancia materna sin complicaciones, pero se estima que entre un 25-44% de los recién nacidos tienen dificultades con la lactancia materna a consecuencia de la falta de una buena movilidad libre de la lengua. Existe una clasificación ampliamente utilizada para los tipos de anquiloglosia. Sera anterior o posterior en función del lugar donde se ancle el frenillo a la lengua. Con lo que se puede diferenciar cuatro tipos de frenillo, de los cuales los tipos 1 y 2 son frenillos que se encuentran anteriores y los tipos 3 y 4 son frenillos que se localizan posteriores:

- Frenillo tipo 1: el frenillo está anclado en la punta de la lengua, que suele presentar forma de corazón. La movilidad de la lengua se encuentra muy restringida, no siendo posible elevarla ni extenderla (Forlenza,, Paradise, McNamara, y Sullivan, 2010).
- Frenillo tipo 2: el frenillo esta insertado con una distancia de 2 y 4 mm de la punta de la lengua. Imposibilita que se eleve y se extienda la lengua, aunque en menor medida.
- Frenillo tipo 3: el frenillo se inserta más tardíamente que en los dos anteriores, la extensión de la lengua no se suele ver comprometida, pero en cambio si la elevación. Este tipo de frenillo presenta también un componente submucoso que no es posible ver a simple visto.
- Frenillo tipo 4 o submucoso: el frenillo no puede observarse a simple vista, está por bajo una capa de tejido submucoso e impide casi en su totalidad los movimientos de la lengua, que estará anclada en el suelo de la boca, sin poder elevarse y compacta.

La sintomatología que puede presentar la anquiloglosia es muy variada, tanto para la madre como para el bebé, ya que depende del tipo de frenillo que tenga el bebé. Éstas pueden incluir: los dolores en el pezón y las de grietas. Los pezones se encuentran descoloridos o rosados si comparas al resto de la areola. Tomas excesivamente largas, que llegan a unirse unas con las otras. El bebé parece que se pelea con el pecho (cogiéndolo, soltándolo, mordiéndolo o estirándolo), se le escapa o se atraganta y se enfada. El bebé puede hacer ruido en forma de chasquidos en el momento de mamar y se le hundén las mejillas. En bebés con la mandíbula inferior más retrasada en comparación con la superior (retrognatia). En ocasiones aparece un callo de lactancia materna en los labios del bebé. El bebé no sube de

peso debido a una succión ineficaz. Esto se suele traducir en una escasa producción de leche, pero algunas veces la glándula mamaria actúa de forma compensatoria fabricando mucha cantidad de leche, dando lugar a una producción que se excede de lo normal (hipergalactia).

Cuando esto sucede, los bebés toman mucha leche al comenzar la toma, que tiene más lactosa, lo que resulta difícil para la digestión y puede dar lugar a irritabilidad y deposiciones verdosas, muy malolientes y explosivas. Este exceso de lactosa también provoca que sean más propensos a sufrir regurgitación y molestias intestinales (gases, cólicos). En el momento de nacer, sin excepción, todos los bebés se encuentran con el paladar en altura y cerrado, en la medida en que la lengua se mueve eficazmente en la boca, éste va abriéndose y bajando. Algunas veces la lengua no puede elevarse, por lo que este cambio no se produce, lo que conlleva una afectación de toda la estructura maxilofacial del recién nacido. Cuando queda el paladar más elevado, las coanas se ven reducidas, esto es lo que hace que los recién nacidos respiren más por la boca y menos por la nariz, mantengan la boca abierta durante el sueño y ronquen.

Algunos de los problemas potenciales respiratorios se deben a la entrada de aire a los pulmones por la boca, lo que ayuda a la entrada de aire frío y de partículas que son dañinas, esto predispone al recién nacido a sufrir bronquitis y neumonías. Más a largo plazo, la maloclusión dental es uno de los problemas derivados de la anquiloglosia. Cuando estos niños crecen, surgen problemas logopédicos como puede ser la pronunciación.

Por último, definimos a la anquiloglosia como responsable de algunos problemas sociales, que no porque sean más leves dejan de afectar la calidad de vida de quien los sufre. Sería un error valorar la anquiloglosia como única causante de los problemas con la lactancia materna. El personal sanitario, y en especial la matrona, debe valorar primero todos los aspectos necesarios para alcanzar una lactancia materna eficaz (postura de la madre-bebé, agarre al pecho...).

Dichas recomendaciones mejorarían la lactancia que, en muchas ocasiones, es mantenida de forma eficaz a pesar del frenillo. Si a pesar de estas recomendaciones persisten los problemas con la lactancia, el tratamiento de elección para los frenillos anteriores es la técnica quirúrgica de frenotomía simple, que se realiza de manera ambulatoria. El tratamiento posterior de la anquiloglosia es más complejo y normalmente se realiza en quirófano. La frenotomía consiste en un procedimiento quirúrgico menor, sencillo, rápido y seguro, que presenta mínimos riesgos, causando un mínimo sangrado sin otras complicaciones de interés,

y no precisando anestesia en bebés hasta los 2 ó 4 meses de edad (según la opinión de los autores). Está científicamente demostrado que la frenotomía proporciona el alivio instantáneo del dolor de la madre que amamanta, mejorando la percepción de la lactancia materna y se produce una elevación en el peso del lactante en los días posteriores a la intervención, ya que la lengua recupera una movilidad adecuada.

Según los estudios, la realización de la frenotomía debe llevarse a cabo por “personal entrenado”, en el que se incluyen el personal de enfermería y las matronas (Geddes, Langton, Gollow, Jacobs, Hartmann, y Simmer, 2008). Esta intervención entra dentro de lo que definimos como cirugía menor para enfermería, por lo que todas las enfermeras en general y las matronas en concreto tienen la capacidad suficiente para realizarla.

5 Discusión-Conclusión

Con respecto a la malformación llamada anquiloglosia hay muy variadas opiniones provenientes del gremio de los pediatras, matronas, logopedas y otorrinolaringólogos, no existe acuerdo respecto a las indicaciones y cuál sería el mejor momento para su reparación quirúrgica ya que existe una falta de definición universal aceptada para esta afección y un criterio diagnóstico que sea objetivo. El tratamiento a realizar con los problemas derivados de la anquiloglosia sale a la luz en la actualidad con mucha fuerza, debido a que estamos en una época en la que muchas madres desean una lactancia materna que sea exclusiva además de eficaz y placentera. Las matronas son el profesional referente para la mujer cuando está embarazada, ya que está muy en contacto con la embarazada y también posteriormente con el recién nacido durante la estancia hospitalaria y después el seguimiento en el centro de salud. La matrona detecta los problemas que puedan aparecer con respecto a la lactancia materna, analiza las causas posibles y debe colaborar para solucionarlas lo más rápido posible, por eso es tan importante tratar este problema de una manera rápida si se confirma que esta está causando problemas a la hora de amamantar al recién nacido y asimismo estaremos previniendo otros problemas derivados.

6 Bibliografía

- Amir, L., James, J., Kelso, G., y Moorhead, A. (2011). Accreditation of midwife lactation consultants to perform infant tongue-tie release. *International Journal*

of Nursing Practice, 17(6), 541-547. Borrero

- Pachón, M., Olombrada-Valverde, A., y Martínez, M. (2010). Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica*, 20(2), 119-125. Edmunds,
- J., Hazelbaker, A., Murphy, J., y Philipp, B. (2012). Roundtable Discussion. *Journal of Human Lactation*, 28(1), 14-17.
- Forlenza, G., Paradise, N., McNamara, E., y Sullivan, S. (2010). Ankyloglossia, Exclusive Breastfeeding, and Failure to Thrive. *PEDIATRICS*, 125(6), 1500-1504.
- García, M.C., García, S., Pi, M., Ruiz, E., y Parellada, N. (2005). Lactancia materna: ¿puede el personal sanitario influir positivamente en su duración? *Aten. Primaria*, 35(6), 295-300.
- Geddes, D., Langton, D., Gollow, I., Jacobs, L., Hartmann, P., y Simmer, K. (2008). Frenulotomy for Breastfeeding Infants With Ankyloglossia: Effect on Milk Removal and Sucking Mechanism as Imaged by Ultrasound. *PEDIATRICS*, 122(1), 188-194.
- Messner, A. y Lalakea, M. (2000). Ankyloglossia: controversies in management. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 54(2-3), 123-131.
- Messner, A., Lalakea, M., Aby, J., Macmahon, J., y Bair, E. (2000). Ankyloglossia. *Archives of Otolaryngology- Head & Neck Surgery*, 126(1).
- Power, R. y Murphy, J. (2014). Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance: Table 1. *Archives of Disease in Childhood*, 100(5), 489-494.

Capítulo 663

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LOS TRABAJADORES SANITARIOS EXPUESTOS

ANA MARIA PACHON MOYANO

VANESSA GARCIA SUAREZ

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

SONIA PACHON MOYANO

1 Introducción

Las radiaciones ionizantes presentes en el medio ambiente y en el lugar de trabajo pueden ocasionar daños en la salud de las personas. Una gran exposición a este tipo de radiaciones puede generar efectos negativos en la salud. La exposición del personal sanitario es prácticamente inevitable, pero para evitar grandes riesgos, existe una disciplina denominada protección radiológica.

2 Objetivos

- Conocer las medidas que se deben llevar a cabo para proteger al personal sanitario de la radiación.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Existen programas de medidas de protección radiológica para los trabajadores, basados en cuatro principios generales.

Se debe realizar una evaluación previa de las condiciones de trabajo.

Catalogar los espacios de trabajo según la radiación a la que se estará expuesto.

También se debe catalogar a los trabajadores en función de la dosis de radiación a la que estarán expuestos.

Llevar a cabo las medidas necesarias a cada clasificación.

- Todas las zonas de trabajo expuestas deben estar señalizadas con el símbolo internacional de radiactividad: el trébol con puntas radiales cuando exista riesgo de irradiación externa y el trébol con campo punteado cuando exista riesgo de contaminación. Además, deben presentar diferentes colores según el tipo de zona: zona vigilada (gris), zona controlada (verde), zona de permanencia reglamentada (naranja), zona de permanencia limitada (amarillo) y zona de acceso prohibido (rojo).

- En cuanto a la clasificación de los trabajadores, encontramos dos grupos. En la categoría A se hayan aquellos que pueden recibir una dosis mayor a 6mSv al año y en la categoría B aquellos que es muy improbable que reciban tales dosis. Deben llevarse a cabo medidas de vigilancia (vigilancia del ambiente de trabajo), así como evaluar las dosis recibidas (vigilancia dosimétrica).

- Las salas radiológicas están diseñadas para evitar la irradiación innecesaria, además están blindadas y, como acabamos de ver, correctamente señalizadas. Aun así, para optimizar la seguridad, existen unas normas que se deben llevar a cabo:

Cerrar las puertas de la sala cuando el equipo esté funcionando.

El personal sanitario debe estar protegido por paredes y cristales plomados.

Si el paciente requiere inmovilización las personas que desempeñen la tarea deben ser las menos posibles, turnándose y evitando situarse directamente en la radiación.

Si el personal sanitario tiene que estar dentro de la sala, deberá protegerse con prendas y gafas plomadas.

Por otro lado, los equipos generadores de radiación que son utilizados en radioterapia son de producen una gran dosis absorbida, por eso también es necesario ciertas medidas especiales de protección:

Las salas de tratamiento deben poseer muros de hormigón o plomo para blindaje de la radiación.

Mientras dure el tratamiento, ninguna persona permanecerá en la sala. Para ello, los equipos deben ser controlados desde una consola de mandos situada fuera de esta habitación.

- En cuanto a la medicina nuclear y los laboratorios de análisis, también existen ciertas normas, ya que en estos casos además de la exposición, existe riesgo de contaminación de superficies, materiales, ropa y piel, además de riesgo de contaminación a través de la saliva, mucosas, respiración, etc. De forma general, ya que esta normativa es muy extensa, los criterios a seguir en este caso son los siguientes:

Usar sistemas de contención en las superficies de trabajo.

Usar equipos de protección individual.

Cumplir las normas de trabajo con material radioactivo.

5 Discusión-Conclusión

Con el fin de prevenir efectos negativos en la salud del personal sanitario, es muy importante seguir unas normas a la hora de utilizar equipos que emitan radiación. En este trabajo se han querido destacar ciertas normas y criterios básicos a la hora de trabajar, pero de una forma breve y resumida. Para concluir, hay que destacar varios aspectos:

En primer lugar, ninguna práctica radiológica se debe llevar a cabo si sus beneficios no son mayores a los riesgos. Por último, recordar que, en el caso de mujeres embarazadas, estas pueden continuar trabajando en un departamento de rayos si la dosis al feto durante todo el embarazo permaneciera por debajo de 1 mSv, para ello habría que revisar las condiciones de trabajo. Son los Servicios de Protección Radiológica (SPR) y las Unidades Técnicas de Protección Radiológica (UTPR) los encargados de revisar tales condiciones y dar un asesoramiento específico.

6 Bibliografía

- Consejo de Seguridad Nuclear. (Sin fecha). Protección de las trabajadoras gestantes.
- Consejo de Seguridad Nuclear. (2012). La protección radiológica en el medio sanitario.
- E.S.E. Carmen Emilia Ospina. (2019). Manual de protección radiológica.

Capítulo 664

QUEMADURAS Y TRATAMIENTO

VANESSA GARCIA SUAREZ

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

SONIA PACHON MOYANO

ANA MARIA PACHON MOYANO

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones producidas en la piel a causa de agentes físicos, térmicos o químicos, que destruyen la piel, incluso llegando en ocasiones a tendones y músculos. Pueden producir edema y pérdida de líquido por la destrucción de vasos sanguíneos.

2 Objetivos

- Conocer los tipos de quemaduras, tratamiento y causas.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Como resultado obtenemos que las quemaduras dependiendo del grado de afectación tienen diferentes tratamientos, un buen autocuidado o cuidados iniciales previenen complicaciones, que pueden perjudicar seriamente la salud de la persona. Una buena higiene de la quemadura previene infecciones. Enfriar la zona es el primer paso, siempre seguido de la valoración de la herida.

- Existen diferentes tipos de quemaduras:

Solares.

Por contacto accidental con líquidos a temperaturas muy elevadas.

Vapores y gases.

Por sustancias químicas.

Por electricidad.

Por fuego directo.

Dichas quemaduras se clasifican según su grado de gravedad, pueden ser superficiales o de primer grado, quemaduras de espesor parcial, de segundo o de tercer grado.

- Su tratamiento variará del grado de la quemadura: se realizará limpieza de la zona con desprendimiento del tejido neurótico y células descamadas, se realizará lavado con povidona yodada diluida y colocación de curas con linitul graso y vendaje en espiga si se puede. Además se debe asegurar el aporte hidroelectrolítico intravenoso así como la analgesia, con control estricto de los valores analíticos en especial proteinemia por el elevado riesgo de desnutrición proteica y descompensación osmolar.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, se obtuvo que es importante que el personal sanitario y las personas conozcan el tipo de quemadura y su tratamiento, ya que un mal pronóstico o cura puede llegar a que la quemadura evolucione y perjudique la salud de la persona. Como profesionales, debemos tener todos los conocimientos de cómo actuar ante ellas y los protocolos a seguir en este tipo de patologías.

6 Bibliografía

- González, L. (2003). Las quemaduras y su tratamiento. *Offarm*, 22 (9), 62-68.

- Jiménez, R., García F.P. (2018). Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. *Gerokomos*, 29 (1), 45-51.

Capítulo 665

PREECLAMPSIA EN EL SEGUNDO EMBARAZO.

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO

MARTA GARCIA ANTON

1 Introducción

La preeclampsia es una complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos, más frecuentemente el hígado y los riñones. Generalmente, la preeclampsia comienza después de las 20 semanas de embarazo en mujeres cuya presión arterial había sido normal.

Si no se trata, la preeclampsia puede desencadenar complicaciones graves, incluso mortales, tanto para la madre como el feto, el tratamiento más efectivo es dar a luz. En raras ocasiones, la preeclampsia se desarrolla después del parto, pero en contadas veces también se da la preeclampsia posparto.

2 Objetivos

- Diagnosticar la preeclampsia de forma precoz evitando complicaciones materno-fetales, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente de 24 años con un embarazo de 33semanas, Acude a urgencias por cefalea severa y palpitaciones, de una hora y media de evolución.

Embarazo anterior normal, refiere un aumento de peso anormal, un test de O'Sullivan y una prueba oral de tolerancia a la glucosa indicativas de diabetes gestacional y un episodio aislado de arritmia cardiaca leve con ECG normal. Los controles rutinarios del embarazo realizados, son normales.

Exploración: tensión arterial (TA) de 220/102 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 80 lpm., RsFs (+) no edemas. Se solicita tiempo de protrombina (TP) y de tromboplastina (PTTA), recuento de plaquetas. Se realiza monitorización fetal y la ecografía fueron normales. Se le pauta tratamiento con un diagnóstico de preeclampsia, con administración de betametasona para maduración fetal y se ingresa en planta de maternidad donde en un principio se controla la tensión, pero al segundo día de estar ingresada la paciente refiere sentir disnea, dolor opresivo en el tórax, epigastralgia, náuseas y vómitos.

Como la paciente continuaba inestable se decide realizar una cesárea y el feto nace vivo pero la madre es trasladada a la UCI donde transcurridos 8 días evoluciona favorablemente. El bebe estuvo durante el tiempo necesario en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátrica, hasta conseguir el peso óptimo para el alta.

4 Resultados

Gracias a un buen manejo y diagnóstico en el anteparto madre e hijo evolucionan favorablemente. Sobreviviendo ambos.

5 Discusión-Conclusión

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto. De esa forma, se podrá controlar muchas causas de muerte de la mujer como es la mortalidad materna.

6 Bibliografía

- Fernandez Contreras R, Gomez Llambi H, Ferrarotti F, Lorge F. Extraído de "Guía para el manejo de la Hipertensión Arterial".
- García Santos FJ, Costales Badillo CA, Jimeno JM. Fisiopatología y factores etiopatogénicos de la hipertensión arterial en el embarazo.
- Skjærven R, Wilcox AJ, Lie RT. The Interval between Pregnancies and the Risk of Preeclampsia.
- Gant NF, Worley RJ. Hipertensión en el embarazo. Conceptos y tratamiento. México: El Manual Moderno; 1982.
- Zhang J, Zeisler J, Hatch MC, Berkowitz G. Epidemiology of pregnancy induced hypertension. Epidemiol
- De Sweit M. Maternal mortality: Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom.
- Trejo RC. Mortalidad materna. Evolución de su estudio en México en los últimos 25 años.

Capítulo 666

EL ESTREÑIMIENTO EN EL PACIENTE ANCIANO.

CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

MARTA GARCIA ANTON

1 Introducción

En el paciente anciano se da una ralentización de la velocidad del bolo fecal en su trayecto por el intestino grueso debido a la atrofia de las fibras mientéricas. El abuso de laxantes enlentece aún más este tránsito dando lugar a impactaciones fecales.

Con la edad se incrementa el número de divertículos y al reducirse y endurecerse las fibras de colágeno y debilitarse la pared muscular la pared del colon se deforma aumentando los pólipos y divertículos, también hay una degeneración vascular que reduce la absorción de la mucosa del intestino (García Hernández y Martínez Sellares, 2012).

2 Objetivos

- Analizar el tratamiento dietético en el anciano con estreñimiento, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

María, es una paciente de 71 años, acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, y comenta que hace 10 días que no realiza deposición. Se le solicita una radiografía abdominal para comprobar que sea materia fecal lo que le está provocando malestar abdominal y no otro problema digestivo. En la radiografía de abdomen se objetiva presencia de aire en todo el marco cólico con heces en su interior sin objetivarse fecaloma en la ampolla rectal (tacto rectal sin heces). Se diagnostica de pseudoobstrucción intestinal de causa fisiológica.

Se pautan medidas de reeducación intestinal y como tratamiento, dieta rica en fibra con verduras, frutas (la fibra en éste caso, se encuentra sobretodo en la piel de la fruta), cereales, legumbres, frutos secos., etc. También un correcto aporte de líquidos, entre 1'5- 2 litros, ya que la fibra absorbe el agua y ésta hace que tenga una buena consistencia. Y además se le recomienda fomentar el ejercicio físico, ya que ayuda a la motilidad intestinal.

4 Resultados

Realizada la radiografía abdominal y confirmada la presencia de heces en el colon, que taponan el tránsito intestinal normal se prescribe un tratamiento con laxantes, procinéticos orales y tratamiento dietético.

5 Discusión-Conclusión

Está demostrado que tanto con un tratamiento no farmacológico, como puede ser la abundante ingesta de líquidos, dieta y ejercicio, como con un tratamiento farmacológico, como el uso de laxantes, se puede minorar los efectos del estreñimiento.

6 Bibliografía

- Balboa, A. (2005). Diarrea aguda. Revista Española de Enfermedades Digestivas, 97(4), 290.
- Escuredo-Rodríguez, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. Index de Enfermería, 15(52-53), 45-48.

- García Hernández, M. y Martínez Sellares, R. (2012). Enfermería y envejecimiento. Editorial El Sevier Masson.
- Martínez, Anna Paula, & Azevedo, Gisele Regina de. (2012). Traducción, adaptación cultural y validación de la "Bristol Stool Form Scale". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 583-589.
- Mínguez Pérez, M., & Benages Martínez, A.. (2009). Escala de Bristol: ¿un sistema útil para valorar la forma de las heces?. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 101(5), 305-311.
- Palomar-Llatas, F., Fornes-Pujalte, B., Sierra-Talamantes, C., Landete-Belda, L., Díez-Fornés, P., Castellano-Rioja, E., ... & Sellar-Arias, M. (2013). Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. *Enfermería Dermatológica*.
- Remes-Troche, J. M. (2005). Estreñimiento: evaluación inicial y abordaje diagnóstico. *Revista de Gastroenterología de México*, 70(3), 312-322.
- Rodríguez Pérez, T. (2014). Guía de recomendaciones higiénico-dietéticas dirigidas a la población para prevenir y tratar el estreñimiento y su justificación científica.
- Romero, F. B., Martíne, J. A., López, A. H., Menes, A. L., & Tobos, R. Q. (2011). Estrategias nutricionales ante el estreñimiento y la deshidratación en las personas mayores. *Nutrición Hospitalaria*, 4(3), 44-51.
- Rubio González, L. M., Núñez Crespo, F., Jardon Huete, C. y Ruiz Carabias, M. A. (2005). *Mayores en casa*. Editorial Sintexis. Madrid, 2004.

Capítulo 667

LA NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA

NATALIA PÉREZ COTO

NURIA OTERO BARTOLOME

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA OLGA SOLIS VILLA

ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ

1 Introducción

La neumonía intrahospitalaria es una infección pulmonar que se desarrolla en personas hospitalizadas, por lo general, después de dos o más días a partir del ingreso.

- Son muchas las bacterias, los virus e incluso los hongos que pueden causar neumonía en personas hospitalizadas.
- El síntoma más frecuente es la tos que produce esputo, pero también los síntomas frecuentes el dolor torácico, los escalofríos, la fiebre y el ahogo.
- El diagnóstico se basa en los síntomas que presenta la persona afectada y en los resultados de las radiografías o la tomografía computarizada (TC) de tórax.
- Se utilizan fármacos antibióticos, antivíricos o antifúngicos, según el microorganismo con mayor probabilidad de ser causante de la neumonía.

La neumonía adquirida en el hospital suele ser más grave que la neumonía adquirida en la comunidad, debido a que los microorganismos infectantes tienden

a ser más agresivos. También son menos propensos a responder a los antibióticos (lo que se denomina resistencia) y son, por lo tanto, más difíciles de tratar. Además, las personas que se encuentran en hospitales tienden a estar más enfermas, incluso sin la neumonía.

2 Objetivos

- Enumerar los factores de riesgo de la neumonía intrahospitalaria.
- Definir las causas y diagnóstico.
- Detallar los síntomas de la neumonía intrahospitalaria.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos indexados en las siguientes bases de datos: SciELO, Dialnet, Cuiden Plus, PubMed español. Palabras clave: neumonía, prevención, neumonía asociada a ventilación mecánica y neumonía nosocomial.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión de artículos científicos:

- Temática sobre neumonía intrahospitalaria.
- Texto completo y gratuito en idioma español.
- Sin restricción en año.

Criterios de exclusión:

- Texto en idioma distinto del español.
- Restricción en año.

4 Resultados

Factores de riesgo. Las personas que están hospitalizadas y gravemente enfermas, especialmente si sufren otra enfermedad que requiere tratamiento con una máquina de respiración asistida (ventilador mecánico), tienen un riesgo mayor de contraer neumonía. Otros factores de riesgo incluyen:

- Tratamiento antibiótico previo.
- Enfermedades coexistentes, como disfunción cardíaca, pulmonar, hepática o renal.
- Mayores de 70 años.

- Cirugía abdominal o torácica reciente.
- Debilitación.

Los microorganismos que normalmente no causan neumonía en las personas sanas pueden causar neumonía en personas hospitalizadas o debilitadas porque muchas de ellas tiene un sistema inmunológico que es menos capaz de resistir frente a la infección. Los organismos más probables dependen de cuáles son prevalentes en el hospital y, a veces, de las otras enfermedades que la persona tenga.

Causas: la neumonía contraída en el hospital está causada mayoritariamente por las bacterias siguientes, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, bacterias gramnegativas, otras bacterias intestinales gramnegativas.

Síntomas. Los síntomas son generalmente los mismos que los de la neumonía adquirida en la comunidad:

- Sensación general de debilidad (malestar).
- Tos que produce esputo (moco espeso o coloreado).
- Dificultad respiratoria.
- Fiebre.
- Escalofríos.
- Dolor torácico.

Puede ser que la neumonía contraída en un hospital sea más difícil de reconocer para los médicos que la neumonía contraída en la comunidad. Por ejemplo, muchas personas hospitalizadas que desarrollan neumonía (como por ejemplo las personas mayores, quienes reciben respiración asistida mediante ventilación mecánica, las personas con demencia y las personas con una enfermedad en estado crítico) pueden ser incapaces de describir síntomas como el dolor torácico, el ahogo y la debilidad. En estos casos se sospecha la neumonía debido a la fiebre y el aumento de la frecuencia cardíaca.

Diagnostico.

- Evaluación de los síntomas por un médico.
- Una radiografía de tórax o una tomografía computarizada (TC) torácica.
- A veces hemocultivos.
- A veces broncoscopia o toracentesis.

5 Discusión-Conclusión

La neumonía es una inflamación de los pulmones causada por una infección por muchos organismos diferentes, bacterias, virus y hongos, en el cual existe una condensación originada por la ocupación de los espacios alveolares con exudado. La neumonía se produce con más frecuencia en personas mayores que en jóvenes y, además, tiende a ser más seria. En muchas personas de edad avanzada, la infección se propaga mas allá de los pulmones. Las personas mayores.

La infección debida a algunos de los microorganismos que causan neumonía se pueden prevenir con vacunas. Por ello, los médicos recomiendan que las personas reciban la vacuna neumococica a partir de los 65 años de edad y la de la gripe anualmente.

6 Bibliografía

- Pérez Rojo R, Moreno Zabaleta R, Álvarez González CJ. Neumonía Nosocomial. En Patología Respiratoria. Manual de Actuación. Madrid 2004. Capítulo 27. Págs 189-199.
- Jordá Marcos R, Torres Martí A, Ariza Carcenal F Jet al. Recomendaciones para el tratamiento de la neumonía intrahospitalaria grave. Arch Bronconeumal 2004; 40(11):518-33.
- Maraví-poma E, Manrique Larralde A. Infecciones respiratorias nosocomiales. En: Libro de Texto de Cuidados Intensivos: RJ Ginestal Gómez. Edita ELA-ARAN. Madrid 2005: 1445-1459.
- García de Jalón Sanz J, Maraví-Poma E, Repáraz Abaitua F, Jiménez Urra I, Espatolero Esparza MJ et al. Incidencia de infecciones nosocomiales en una unidad de Cuidados Intensivos polivalente. Asociación de factores de riesgo. Med. Intensiva 2006; 20: 6-14.

Capítulo 668

CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES CON RIESGO DE APARICIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ROSA MAR NIETO MORAN

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

FRANCISCA TORRU BEJAR

1 Introducción

La mayoría de lo que sabemos sobre la etiología en el desarrollo de las úlceras por presión (UPP) se basa en una incompleta información de cuáles son los rangos entre el colapso vascular y la presión necesaria para dicho colapso.

Los cambios posturales constituyen, sin lugar a duda, una de las medidas básicas para la prevención de las UPP. Actualmente, la práctica de los cambios posturales está en discusión, ya que la evidencia que la sostiene es de carácter empírico o consensual, y para lograr el completo alivio de dicha presión lo que siempre se ha enseñado en enfermería y luego se ha llevado a la práctica ha sido el cambio de postura.

Las UPP se definen como un área de daño tisular localizado causado por presión constante, fricción o fuerzas de cizallamiento en cualquier parte del cuerpo. Las

UPP ocurren habitualmente en pacientes de edad avanzada con menos movilidad y tiene repercusiones humanas y económicas significativas. La inmovilidad y la inactividad física se consideran los principales factores de riesgo de desarrollarlas y el cambio de posición de los pacientes suele ser una estrategia frecuente para prevenirlas.

2 Objetivos

- Establecer el cuidado y prevención de las UPP, así como la labor del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

- De los artículos encontrados en la búsqueda bibliográfica y los estudios sobre los cambios posturales no existe evidencia científica clara sobre la frecuencia de estos, es decir se sabe que son importantes y realmente funcionan en la prevención de UPP pero lo que no está tan claro es si realizarlos cada 2 horas tiene algún tipo de beneficio en comparación a realizarlos cada más tiempo. Aquí entraría en juego también el material y estado de la cama del paciente, su estado físico, nutricional, psíquico...etc.
- El realizar cambios posturales es un componente integral de la prevención y tratamiento de las úlceras de decúbito, tiene una sólida base teórica y es ampliamente recomendado y utilizado en la práctica. La falta de evaluaciones sólidas de la frecuencia del cambio de posición y de la posición para la prevención de las úlceras de decúbito significa que aún existe una gran incertidumbre, pero no significa que estas intervenciones no sean eficaces, ya que todas las comparaciones tienen muy poco poder estadístico.

- La evidencia actual es pequeña en volumen y en el riesgo de sesgo y actualmente no hay evidencia sólida de una reducción de las úlceras de decúbito con la inclinación de 30° en comparación con la posición estándar de 90°, ni evidencia convincentes de un efecto de la frecuencia de cambio de posición.
- La conjunción de una superficie viscoelástica con cambios posturales cada 3-4 horas dispone de la mejor evidencia. Además, la investigación demuestra que los pacientes lateralizados en decúbito lateral de 90 grados tienen una tasa casi 4 veces superior de lesiones que los que están a 30 grados.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Brigid M Gillespie, Wendy P Chaboyer, Elizabeth McInnes, Bridie Kent, Jennifer A Whitty, Lukman Thalib. Cambios de posición para la prevención de úlceras por decúbito en adultos. Biblioteca Cochrane, 3 Abril 2014.
- Moore EH, Seamus Cowman Z. Cambios de posición para el tratamiento de las úlceras de decúbito (Revisión Cochrane traducida).
- O´Seiler W, Allen S, Stähelin HB. Influence of the 30 degree laterally inclined position and the super-soft 3 piece mattress on skin oxygen tension on areas of maxime pressure. Implications for pressure sore prevention Gerontology.

Capítulo 669

DESCRIBIR LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

VERÓNICA MUÑOZ EIRO

EVA MARÍA GARCÍA MATOS

M^a DEL MAR VALLINA ALONSO

ANA BELEN VALLINA ALONSO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un problema de salud que supone un empeoramiento en la calidad de vida de los pacientes, dificultando su recuperación y ocasionando una sobrecarga asistencial, un aumento de costes a los servicios de salud y una alta dispensación de productos farmacéuticos.

Algunas de las definiciones que encontramos a cerca de la UPP son:

- Toda lesión de la piel producida por una presión mantenida causando una isquemia, provocando una degeneración de la dermis, epidermis y tejido subcutáneo, pudiendo afectar a músculo incluso a hueso.
- También conocidas como llagas o escaras. Se producen en la piel por permanecer en la misma posición largos periodos de tiempo.
- Las UPP son una patología frecuente en pacientes con movilidad reducida, crónicos, ancianos, con enfermedad avanzada, y por supuesto, se agravan en unidad de cuidados intensivos (UCI).

2 Objetivos

Objetivo general.

- Describir y analizar los mecanismos de formación de las UPP y sus cuidados.

Objetivos específicos.

- Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar UPP.
- Definir las intervenciones para mantener la integridad de la piel.
- Establecer criterios unificados de evaluación de los cuidados.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica sobre el tema en diferentes publicaciones de páginas web, junto con artículos de revistas y libros en algunas de las principales bases de datos en ciencias sociosanitarias (SciELO, PubMed, Medline...). Se utilizaron algunas palabras clave tales como: úlceras, UPP, prevención.

4 Resultados

Existen varios factores de riesgo a tener en cuenta que el personal sanitario no debe pasar por alto:

- Presión: fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La formación de una UPP depende tanto de la presión como del tiempo que ésta se mantiene, pudiendo desencadenar una falta de aporte sanguíneo a los tejidos (isquemia) y por consiguiente, una muerte celular.
- Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Una parte del cuerpo del paciente encamado o sentado roza contra una superficie áspera (sábanas), esto produce un descamamiento de la piel y disminución de la resistencia del tejido.
- Cizallamiento: Combina los efectos de presión y fricción.
- Humedad: La incontinencia.

Por otro lado, se pueden distinguir distintos estadios de las UPP y los cuidados que se llevarían a cabo:

- Estadio I enrojecimiento: ligero edema. Aliviar presión con aceites y protectores cutáneos no irritantes.

- Estadío II erosión epidérmica y/o ampollas y/o abrasión. Controlar exudado y cicatrización.
- Estadío III: afectación de la totalidad de la dermis y tejido subcutáneo con posible presencia de tejido necrótico. Se utilizará el desbridamiento.
- Estadío IV: destrucción del tejido subcutáneo, músculo, afectación de tendón e incluso hueso. Se utilizará también el desbridamiento.

5 Discusión-Conclusión

El 95% de las UPP pueden prevenirse, y para ello se resumen a continuación los principales cuidados a llevar a cabo:

- Examinar la piel al menos una vez al día, con especial atención en prominencias óseas (talones, caderas, tobillos, codos, zona sacro) y zonas expuestas a incontinencia.
- Mantener la piel limpia y seca. Utilizar jabones neutros y agua tibia. Realizar el secado sin friccionar con especial cuidado en pliegues cutáneos.
- No utilizar alcoholes ni colonias. Resecan la piel.
- Aplicar crema hidratante, procurando su total absorción.
- En casos de incontinencias y sudoración excesiva utilizar productos con ácido de zinc ya q protegen y aíslan la piel de la humedad.
- Higiene en la cama, sábanas sin arrugas y secas, sin objetos o cuerpos extraños (migas, tapones de sonda).
- Buen manejo de la presión, movilización. Cambios posturales cada 2-3 horas, siguiendo programa rotatorio.
- Utilizar colchones, cojines y dispositivos de alivio. Protección local con apósitos (talonerías).

6 Bibliografía

- Institut Catalá de la Salut. Subdivisión de Atención Primaria. (Barcelona. Protocolo de upp.1995).
- Guía de cuidados enfermeros del INSALUD. (Madrid 1996).
- Barker AL, Kamar J, Tyndall TJ, White L, Hutchinson A, Klopfer N, Weller C. Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study. *Int Wound J.* 2012. doi: 10.1111/j.1742-481X.2012.00979.x.

- Bergstrom N, Braden B, Champagne M, Kemp M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs Res.* 1998; 47(5):261-269.

Capítulo 670

PROYECTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

NORMA LORENA BUYO AVALOS

SARA FERNÁNDEZ RICO

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

1 Introducción

Cuando un paciente está durante demasiado tiempo en la misma posición, corre el riesgo de sufrir úlceras por presión, debido a la presión prolongada que se ejerce sobre la piel y el tejido.

Las zonas más propensas a la aparición de las úlceras por presión son donde están los huesos más cerca de la piel, como: las caderas, el coxis, los talones, los maleolos, los codos, los omóplatos, las escápulas, detrás de rodillas, la nariz, los pómulos laterales o la parte trasera de la cabeza..dependiendo de la posición del paciente, tendrá distintas zonas predispuestas a tener una úlcera por presión.

Hay tres factores extrínsecos, es decir, no son del propio paciente, fundamentales en la aparición de las úlceras por presión:

- La presión.

- La fricción.
- El rozamiento.

También hay determinados factores intrínsecos, es decir, del propio paciente, que favorecen la aparición de las úlceras por presión, entre otros:

- La diabetes y cualquier enfermedad vascular.
- Una mala nutrición.
- Una hidratación deficiente.
- La inmovilidad o dificultad para moverse.
- La incontinencia urinaria y fecal.
- Los trastornos inmunológicos.
- Los sondajes.
- Las alteraciones del estado de conciencia.
- Los ACV.
- Las lesiones cutáneas.
- La pérdida de las percepciones sensoriales.
- Las infecciones articulares.
- Las infecciones óseas.
- La celulitis.

Las escalas más utilizadas para valorar las úlceras por presión son: la escala Braden y la escala Norton, que clasifica de I a IV según el grado de la úlcera, en función del tejido dañado:

- Grado o estadio I: afecta a la epidermis, eritema que no blanquea a la presión.
- Grado o estadio II: afecta a la epidermis y a la dermis, tejido rojizo con pérdida de la integridad de la piel: vesículas o laceraciones superficiales.

- Grado o estadio III: afecta a la dermis, epidermis y al tejido celular subcutáneo.
- Grado o estadio IV: afecta a tejidos, músculos, huesos, vísceras, tejido cartilaginoso. En esta grado suele haber tejido necrótico.

Los tratamientos van en función de su grado: Desde la limpieza de la lesión y la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados, hasta el desbridamiento, las utilización de apósitos, la utilización del VAC, e incluso la reparación quirúrgica.

2 Objetivos

Evitar la aparición de las úlceras por presión.

3 Metodología

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

También se han utilizado estudios y protocolos del Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Bibliografía

- www.bbraun.es/productos-y-terapias/cuidado-de-las-heridas/ulceras-por-presion.html
- www.tena.com.co/cuidadores/aprendiendo-a-cuidar/clasificacion-ulceras-por-presion/
- www.medlineplis.gov/spanish/pressurores.html www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bes-sores/symptoms-causes/sys-20355893

Capítulo 671

ACTUACIONES DEL TCAE ANTE LAS ÚLCERAS Y HERIDAS POR INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

1 Introducción

Las úlceras crónicas de extremidades inferiores (EEII) afectan al 2% de la población y en su mayoría son de origen vascular. Se definen como aquellas úlceras producidas por el efecto que sobre la microcirculación cutánea tiene el aumento de la presión venosa.

Pueden producirse por insuficiencia arterial disminuyendo el aporte de oxígeno y nutrientes, por disminución del drenaje linfático y también por retorno venoso defectuoso. En función de la edad de los pacientes la causa más frecuente varía: entre los 40-50 años las producidas por insuficiencia venosa crónica constituyen más del 80%; sin embargo, a partir de los 60 años de edad la principal causa es el déficit arterial de la microcirculación secundario a la arterioesclerosis.

2 Objetivos

- Definir las principales causas de la insuficiencia venosa crónica.
- Analizar las medidas a llevar cabo para prevenir la insuficiencia venosa crónica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las principales causas de insuficiencia venosa crónica son:

- Congénitas: varices esenciales.
- Posturales: bipedestación prolongada.
- Profesionales: camareros, conductores, guardias de tráfico.
- Posteriores a trombosis venosas profundas: postparto, traumatismos, fracturas de tibia, cirugía abdominal, enfermedades de origen trombotico.
- Escleroterapia de varices inadecuada.
- Por sobrecarga: shunt arteriovenosos.
- Aumento de la presión abdominal: estreñimiento crónico, embarazo, obesidad, neoplasias.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Actividad física disminuida por artrosis, parálisis, etc.

Teniendo en cuenta las anteriores causas es importante realizar indicaciones adecuadas:

- Medidas generales control en cuanto a: obesidad, diabetes, alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial, hepatopatías, alimentación equilibrada.
- Medidas regionales para disminuir la presión venosa, posturales: paseos diarios, evitar la inmovilización del pie, reposo con la pierna en alto; compresión local: vendajes compresivos, medias elásticas, aparatos de compresión intermitente.
- Medidas locales sobre la piel circundante: cuidados de la piel atrófica, eliminación de restos de exudaciones y costras, tratamiento de eczema varicoso.

5 Discusión-Conclusión

La identificación de las causas de la insuficiencia venosa crónica es muy importante una buena anamnesis del paciente, nos puede hacer una idea de su causa y del tiempo que lleva con ella. El examen físico y la observación es fundamental para su tratamiento.

6 Bibliografía

- Esteban, R.; Espinilla, A. y González, M.B.: “Cuidados de las úlceras de piernas”: Enfermería Científica. 1986.
- Suñe, B.: “¿úlceras venosas?, ¿úlceras arteriales?”.1985.
- De Diego, J.A.: “Cirugía del sistema vascular”. 1986.
- Roma, M. y Rioz, P.: “Úlceras vasculares. Prevención y cuidados”. 1990.
- Baum, P.: “Alerta a los signos incipientes de enfermedad vascular periférica”. 1986.
- Rodríguez, M. y Solé, P.: “Cura oclusiva en pacientes con úlceras vasculares en extremidades inferiores”.1987.
- Juan Carlos López Corral.: “Actuación de enfermería ante las úlceras y heridas. 1992.

Capítulo 672

PRINCIPIOS GENERALES EN EL MANEJO DE LOS DRENAJES PARA EL TCAE.

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

1 Introducción

El acúmulo de gases o líquidos en los diferentes órganos y tejidos del ser humano, puede actuar como un elemento inexorablemente perjudicial para la salud. En este sentido debemos considerar que el desconocimiento generalizado en el manejo de drenajes quirúrgicos induce, a menudo, la realización de una mala práctica en las salas quirúrgicas de los hospitales.

Desde un punto de vista conceptual debemos considerar que un drenaje quirúrgico es un sistema de eliminación o evacuación de colecciones serosas, hemáticas, purulentas o gaseosas, desde los diferentes órganos y/o tejidos al exterior. Se previene de esta forma la posible aparición de fenómenos compresivos sobre órganos adyacentes. Asimismo debemos mencionar que los drenajes ocupan un destacado lugar en la protección de las anastomosis intestinales.

2 Objetivos

- Saber clasificar los drenajes quirúrgicos en dos grandes grupos: profilácticos y terapéuticos. Su uso de forma preventiva se dirige a obviar el acúmulo de colecciones después de intervenciones quirúrgicas, principalmente sobre la cavidad abdominal. Por el contrario, los drenajes terapéuticos se destinan a eliminar acúmulos de carácter sólido (restos necróticos), líquidos (sangre, pus) o gaseoso.
- Identificar y conocer el mecanismo de actuación de los drenajes. Los drenajes pueden actuar activa o pasivamente. Los pasivos dependen directamente de la presión existente dentro de la cavidad abdominal, funcionando por rebosamiento. Su principal utilidad radica en la facilidad para evacuar pequeñas colecciones líquidas (hemáticas, purulentas, etc.) al exterior. Dentro de este grupo podemos citar como ejemplo el drenaje “Penrose”. Los drenajes activos se pueden dividir en dos tipos: los aspirativos con toma de aire (drenajes torácicos) y los aspirativos de succión cerrada (Redón, Jackson Pratt).
- Conocer los requisitos que debe cumplir un sistema de drenaje quirúrgico. Los drenajes han de poseer maleabilidad y flexibilidad, de esta manera evitarán el desarrollo de lesiones ulcerosas por compresión directa del drenaje sobre los vasos y/o vísceras. Han de ser Bioinertes, es decir, cuando se encuentran en contacto con fluidos orgánicos no desprenden partículas tóxicas o irritantes tisulares. Han de ser de fácil manejo y también esterilizables.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varios libros especializados en la materia.

4 Resultados

- Una correcta identificación del drenaje y de su manejo, evita complicaciones posquirúrgicas.
- Manejar una información detallada del procedimiento que se le ha realizado al paciente y del porqué de su drenaje, por parte del TCAE, repercute positivamente en su desarrollo profesional y práctico.
- Reconocer los signos llamativos tanto en color como en aspecto y cantidad y por tanto saber alertar de ello al DUE.

5 Discusión-Conclusión

Las complicaciones como:

- Fístulas: Cuando los drenajes se colocan directamente en contacto con las anastomosis puede favorecerse la aparición de fístulas.
- Hemorragias: Estas lesiones se producen por agresiones sobre los vasos epigástricos.
- Complicaciones pulmonares postoperatorias: La colocación del drenaje en las proximidades de la parrilla costal origina dolores inspiratorios, que inducen la aparición de complicaciones pulmonares postoperatorias.
- Necrosis cutánea local: Esta complicación se produce cuando la incisión del drenaje es tan pequeña que puede inducir fenómenos compresivos entre el tubo de drenaje y la piel.
- Eventraciones: Pueden aparecer cuando se realizan amplias incisiones, en los orificios de salida del drenaje y no se reconstruyen debidamente.
- Lesiones viscerales.
- Aspiración del drenaje a la cavidad abdominal: Producido por una mala técnica de fijación del drenaje al plano cutáneo.
- Arrancamiento: Producido principalmente por el descuido del paciente y/o del profesional que se encuentra al cuidado del drenaje.
- Infecciones: Los drenajes pueden ser responsables de la penetración de gérmenes de forma retrógrada hasta el interior del organismo humano.

Algunas de estas complicaciones pueden ser evitadas por parte del TCAE, por ejemplo:

- Cuando estas son producidas por un manejo incorrecto del drenaje lo evitaremos conociendo los tipos y su adecuada utilización.
- En el caso del arrancamiento por parte del paciente lo podremos evitar informándole de las precauciones que debe de tomar para con el drenaje.
- En el caso de necrosis cutáneas u otras complicaciones en la piel comunicando al DUE cualquier anomalía que identifiquemos en la herida quirúrgica.
- En el caso de las infecciones realizaremos una correcta higiene de manos en el manejo de los drenajes.

6 Bibliografía

1. Hermann, G.: "Drenaje intraperitoneal". 1969.
2. Levy, M.: "Drenaje intraperitoneal". 1984.

3. Pattisom, B. y Rappaport, W.D.: “ Una nueva técnica para la estabilización del drenaje”. 1989.
4. Gea, M. y Enterría. F.: “Drenajes quirúrgicos, sondas (tipos y mantenimiento), en: Moreno Sierra, J y Vincent Hamelin, E.: Formación en cirugía I: Urgencias quirúrgicas. Idepsa, 1991.
5. Juan Carlos López Corral.:” Actuación de enfermería ante las Úlceras y heridas”. 1992.

Capítulo 673

LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

1 Introducción

La contención mecánica sería una terapia que consiste en la supresión total o parcial, de la parte móvil del organismo, favoreciendo con ello la cura, en la agitación psicomotriz o en la falta de control de impulsos. Esto sería la definición en sí, pero hay una parte ética y de seguridad a tener en cuenta. Existen estos tipos de contención:

Sujeción completa: sujeción de muñecas, sujeción de tobillos, cinturón abdominal y alargaderas transversales y cortas.

Sujeción parcial o en cama: inmovilización del tronco (cinturón abdominal). Y dos extremidades (mano derecha y pie izquierdo o bien mano izquierda y pie derecho). Además se puede dar en silla: inmovilización con cinturones especiales para silla de ruedas o sillón

Esta medida cumple con unos objetivos específicos que buscan el beneficio del paciente y son: evitar que el paciente con agitación o con trastorno psiquiátrico se autolesione o ponga en peligro el entorno, y preservar de manera íntegra las

medidas terapéuticas impidiendo que el paciente interfiera en ellas. Es una medida que conlleva connotación éticas y legales, que resulta desagradable para el paciente, familia y profesional sanitario.

2 Objetivos

- Establecer los riesgos de la contención mecánica en el paciente hospitalizado.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La contención mecánica es una medida terapéutica, por tanto, debe ser utilizada con el conocimiento técnico de los profesionales, pero también teniendo en cuenta la parte ética, ya que la sujeción y por tanto la pérdida de autonomía del paciente, debe estar debidamente justificada teniendo en cuenta los riesgos que el paciente puede presentar. Estos riesgos serían:
 - Estrés severo: el paciente debido a su estado mental y la imposibilidad de movimiento puede verse sometido a un mayor estrés.
 - Agitación: debido al cuadro confusional o problema psiquiátrico adyacente se produce este estado.
 - Riesgo de laceraciones: es muy importante que el personal de enfermería conozca la correcta posición de las sujeciones para evitar lesiones en el paciente.
 - Mayor proporción de accidentes severos secundarios a caídas: en este caso sigue siendo importante conocer la correcta colocación de las contenciones.
 - Aislamiento del entorno: el paciente al encontrarse postrado en la cama puede percibir una mayor desconexión del entorno.
 - Posibilidad de muerte por asfixia.
 - Alteraciones derivadas de la propia inmovilidad más probables en el paciente anciano: incontinencia, riesgo de úlceras por presión, mayor porcentaje de infec-

ciones y pérdida de capacidad funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario formar a los profesionales de enfermería tanto en la parte práctica (saber montar correctamente una contención) evitando con ello posibles daños del paciente; como en la parte ética (cuando es necesaria su utilización) además de mantener informados a los familiares y en la medida de lo posible al paciente (si cognitivamente es posible), evitando que el proceso sea lo menos desagradable posible. Es por tanto necesario un manejo psicológico, con una elevada empatía por parte del sanitario que pueda transmitir a la familia la situación del paciente para que sea lo menos traumática posible.

6 Bibliografía

- Bouldin, Erin D.; et al, "Falls among adult patients hospitalized in the United States: prevalence and trends". Journal of patient safety. 2013.
- Calvo Mesa, Mercedes; Riu Camps, Marta; Villares García, María Jesús. "Las Caídas intrahospitalarias: una realidad". Revista Rol de enfermería, vol. 24, nº1.
- Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica. Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales.
- Comité de Ética para la Atención Sanitaria. Área Sanitaria IV – Asturias. Documento sobre la sujeción física y farmacológica en el ámbito sanitario: Atención Primaria y Especializada. Oviedo: 2015.
- Gómez – Durán, Esperanza L.; Guija, Julio A.; Ortega-Monasterio, Leopoldo. "Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica". Medicina Clínica. 2014, vol. 142, nº Supl. 2.
- Rebollo Gómez, Patricia; Manso Perea, Cesar. "Seguridad del paciente y buenas prácticas". Fuden. Marzo de 2018.

Capítulo 674

INFORME CLINICO SOBRE UN CASO DE CEFALEA TENSIONAL Y CRISIS: MIGRAÑA.

MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ

ANA ISABEL GARCIA LOPEZ

LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ

ANDREA ISABEL LLERA PEÑA

YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ

1 Introducción

Paciente de 46 años que acude a urgencias por sensación de algia facial fronto-orbitaria izquierda y parestesias hemicuerpo izquierdo con predominio crural autolimitadas de 2 horas de duración sin clínica motora, disartria o afasias.

2 Objetivos

- Evaluar el manejo del paciente con migraña, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente de 46 años que acude a urgencias por sensación de algia frontoorbitaria izquierda y parestesias hemicuerpo izquierdo predominio crural autolimitadas de 2 horas de duración sin clínica motora, disartria o afasias. Con una exploración física dentro de los parámetros normales temperatura 36° afebril normotensa, signos meníngeos negativos exploración neurológica normal, sensibilidad normal, extremidades normales, auscultación cardiopulmonar normal, marcha normal, pares craneales normales, abdomen normal. Pruebas complementarias de hemograma y bioquímica dentro de los parámetros de la normalidad. Sin alergias conocidas. Con antecedentes personales: síndrome ansioso depresivo, pseudocrisis epilépticas a seguimiento por neurología, asma, vértigo. No intervenciones quirúrgicas. Medicación previa: paroxetina 20 (1.5-0-0), tranquilizante retard 0.5 (1-0-0) (1mg de rescate si ansiedad) y deprax 100 (0-0-1).

Recomendaciones al alta es realizar el mismo tratamiento habitual junto con paracetamol 1 comprimido cada 8 horas si nuevo episodio. control y revisión por su médico de cabecera y en caso de empeoramiento volver de nuevo a urgencias junto con el tratamiento y las recomendaciones para evitar que se produzcan nuevos episodios.

4 Resultados

Tras la exploración física y sus analíticas pertinentes que se encuentran dentro de los parámetros normales, se puede concluir con un tratamiento analgésico y aconsejando recomendaciones para restablecer su vida con normalidad.

5 Discusión-Conclusión

Las migrañas representan una patología importante con afectación a nivel de la población general cuyos síntomas se agravan con estrés, ansiedad y tratamientos hormonales. Es cada vez más usual encontrar pacientes en los servicios de urgencias, aquejados de dolores de cabeza hemicraneales característicos de migraña a los que el tratamiento no le consigue atajar el dolor. Es por tanto, deber del sanitario conocer esta patología y su manejo para ofrecer un cuidado de calidad e integral.

6 Bibliografía

- Informa de urgencias del hospital universitario de Avilés (2016)

Capítulo 675

PREVENIR CAÍDAS EN LA TERCERA EDAD

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las personas de la tercera edad tienen más riesgo de sufrir caídas que las personas jóvenes o adultas, es por ello que debemos de prevenir sus caídas.

La caída se define como la consecuencia de un acontecimiento que hace perder el equilibrio en donde persona cae al suelo en contra de su voluntad. Generan que la persona tenga menos calidad de vida, hacerles dependientes e incluso causan traumatismos que pueden producir la muerte.

La caída es la causa principal de lesión en la tercera edad.

Se pueden prevenir caídas:

- Acondicionando la vivienda a las necesidades de la persona, quitando o evitando obstáculos.
- Si tiene problemas de visión o de audición, utilizar lentes o audífonos.
- Teniendo una buena iluminación, el interruptor de la luz tienen que estar cerca de la puerta y de la cabecera de la cama.
- Poniendo dispositivos de ayuda para deambular como pasamanos en el pasillo y barandillas en la cama para frenar la silla de ruedas.

- El suelo debe estar seco , es importante utilizar alfombrillas antideslizantes en ducha o bañera.

- Tener buen equilibrio, buena flexibilidad y hacer ejercicio para que los músculos estén fuertes. Es importante pasear, subir escaleras o hacer alguna actividad para estar activo.

Llevando a cabo este tipo de indicaciones para evitar caídas, la persona puede tener mejor calidad de vida y tardará más en ser una persona dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Prevenir las caídas.

Objetivos secundarios:

- Establecer precauciones en pacientes con riesgo a sufrirlas.

- Mejorar las condiciones de vida.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=18892>

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872002000300014&script=sci_arttext

- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2907>

Capítulo 676

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y ACCIDENTES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El ingreso de todo paciente en una Institución Hospitalaria supone un riesgo potencial de caída. Pueden ser de dos tipos: accidental (extrínseco) cuando la persona esté en un estado de alerta y sin ninguna alteración para comunicar. No accidental (intrínseco): alteración o pérdida súbita de conciencia, dificultad para deambular, efectos de los medicamentos. La prevención de caídas se refiere a los cuidados de enfermería que cubren la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la prevención de caídas de pacientes hospitalizados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se ha realizado una revisión bibliográfica, utilizando artículos de los últimos 10 años. Utilizando las palabras clave: paciente, caídas, protocolos, incidencia.

4 Resultados

- Las TCAE, observan que el mobiliario y el ambiente que rodea al paciente durante su permanencia y al alta y si encuentra algún desperfecto o avería, solicitarán asistencia técnica. Además, es muy importante que el paciente quede seguro (subir barandilla de las camas, dejar una luz encendida por las noches para evitar tropiezos....) Cada vez que se produzca un evento adverso (caídas), recogerlo en el sistema, para así valorar y evitar en el futuro la repetición del mismo.

Analizamos la percepción de seguridad del paciente y su familia ante los factores extrínsecos de los riesgos de caída y se debe medir la percepción con un cuestionario de cinco preguntas con respuesta escala Likert, distribuido y recogido de forma directa e individualizada a los pacientes y familiares.

Protocolizar las medidas de contención y prevención de caídas de acuerdo al riesgo detectado aumenta la percepción de seguridad en los pacientes. Informar sistemáticamente al paciente y/o familiar, sobre la presencia del riesgo de caídas y las acciones destinadas a disminuirlo son percibidas de manera positiva. Mantener comunicación estrecha con el paciente y/o familiar mejora la seguridad percibida.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad del envejecimiento poblacional y del aumento en el número de hospitalizaciones, lo cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo preventivo. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo

a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 677

CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL TRABAJO DE LOS TCAE Y ACCIONES PREVENTIVAS.

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

1 Introducción

Los problemas de origen laboral son capaces de ocasionar trastornos para la salud e incapacidad para los trabajadores. Suponen un problema importante, afectando a la economía y causando un gran absentismo laboral. Los riesgos de trabajo de los profesionales de enfermería recogen muchos elementos interrelacionados, de tal forma que algunas actividades y condiciones ergonómicas inapropiadas dan lugar a diferentes tipos de riesgos para el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) (Artazcoz, 2016).

En España, será la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley nº 31/1995) la que se encargue de promover la seguridad laboral y la salud del trabajador. Para ello, regula las medidas a implantar, así como las actividades que deben ponerse en

marcha para prevenir riesgos derivados de la actividad laboral, protegiendo así a la persona y su salud, tanto física como psicológica (Rodrigues et al., 2015). Los riesgos laborales son de índole diversa, y dependerán de la actividad o tarea a desempeñar, así como de las propias características del trabajador. En concreto, en el área de la salud son de sobra conocidos los clásicos riesgos laborales a los que los sanitarios están sometidos, y que abarcan un amplio espectro: desde físicos hasta químicos, pasando por biológicos (Rojas, 2014).

En este sentido, cobra una importancia esencial el concepto de “ergonomía”, principio que se basa en adaptar el puesto de trabajo a las características individuales de la persona, y no a la inversa. Se encargaría de hacer un diseño personalizado y adaptado (Hernández-Martínez et al., 2015). La bibliografía científica avala que los riesgos laborales, y en especial los relacionados con la ergonomía, no se relacionan únicamente con aspectos físicos del entorno de trabajo, sino que también inciden directamente sobre los psicológicos y emocionales. Una adecuada ergonomía será un mecanismo preventivo de la insatisfacción laboral, alta autoexigencia, mal ambiente entre compañeros, monotonía, etc. (Moreno y Báez, 2011).

2 Objetivos

- Analizar las consecuencias del trabajo de los TCAE, así como las posibles medidas preventivas eficaces a poner en marcha.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: riesgo laboral, consecuencias, efectos, auxiliar de enfermería, TCAE, ergonomía. A través de estos tópicos, se encontraron 76 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 41 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 35 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 9 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de

documentos analizados fue de 26 de los que descartan 6 más en una fase final.

4 Resultados

- Consecuencias del trabajo realizado por el TCAE:

Tras analizar los artículos seleccionados, se encontró que los TCAE que laboran en un hospital refirieron sintomatología muscular en más de un setenta por ciento, siendo sus zonas más afectadas la espalda en zonas inferior y superior, recibiendo una baja médica a causa de estos dolores más del sesenta por ciento según la literatura manejada. Se halla, asimismo, una clara relación entre la aparición de los síntomas osteomusculares y la edad, el tiempo trabajado por el auxiliar en el hospital y una mayor carga de tareas domésticas en el hogar.

Por otro lado, se detecta que el equipo de enfermería y TCAE se enfrenta diariamente a condiciones laborales inapropiadas, produciéndose riesgos ergonómicos a través de la organización del trabajo, factores relacionados con el medio ambiente y sobrecargas corporales. En general, se encuentra que la mayoría de estos profesionales (más de un 60%) padecen patologías derivadas de los riesgos laborales, especialmente lumbalgias y cervicalgias.

Estas, además, son difícilmente prevenibles ya que se desarrollan por adoptar determinadas posturas que son inevitables en el transcurso de la jornada laboral y que se realizan especialmente en la atención asistencial a los pacientes hospitalizados: hacer la cama, realizar aseos, llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, etc. Además, el desarrollo de todas estas tareas se realiza con determinados materiales funcionando como obstáculos (barreras arquitectónicas, materiales, cables, etc.), impidiendo que las posturas adoptadas sean ergonómicas. De forma asociada, pueden aparecer síntomas de ansiedad o problemas emocionales que se desencadenan a raíz de este tipo de patologías físicas.

- Acciones preventivas:

A nivel preventivo, se encuentran las siguientes posibles medidas a aplicar: se debería planificar, adquirir materiales y realizar programas de formación de los profesionales de enfermería para prevenir ausencias laborales, actualizando a nivel educativo las posturas de los trabajadores durante sus jornadas. Las instituciones, por otra parte, deben invertir en equipos modernizados, para así evitar el agotamiento causado por las causas fisiológicas que acusa el TCAE.

Muchos TCAE, de forma añadida, detectan que las patologías que padecen se

producen por una falta clara de mecanismos preventivos, medidas actualizadas o procedimientos escritos que se correspondan con la realidad de su día a día. En este sentido, adoptar el concepto de “ergonomía” y adaptar el puesto de trabajo a las personas que laboran en él es una medida preventiva adecuada a implantar, y que así refieren los TCAE. Diseñar el área de trabajo teniendo en cuenta la tarea a realizar, con el objetivo de que esta se pueda llevar a cabo de manera cómoda, aportará eficacia al trabajo y satisfacción laboral a estos profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Debido a las grandes demandas laborales a nivel hospitalario, se produce la aparición de trastornos diversos en los auxiliares de enfermería que están expuestos a la realización de posturas inadecuadas, levantamiento y movilización de cargas. Por todo esto, se debe persistir en programas de capacitación sobre mecánica corporal y tomar las medidas necesarias para solucionar el origen que genera el problema.

Por lo tanto, se concluye con la clara necesidad de un servicio de educación continua de cara a prevenir accidentes y para conseguir que los trabajadores se sientan alentados a mantener la salud en el trabajo. A este respecto, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 establece que el personal debe poder ser formado en esta materia. Sin embargo, la sobrecarga de trabajo y otras causas adyacentes impiden, en muchas ocasiones, que el personal acuda a estos cursos de formación. Que estos programas educativos sean obligatorios, dinámicos y aplicados a la realidad, podría ayudar a que el personal se sienta motivado a asistir a ellos. Por otro lado, adaptar el trabajo a la persona, diseñando puestos y equipamientos, también se precisa como factor esencial a tener en cuenta. Si el puesto laboral está correctamente diseñado, el TCAE podrá mantener una buena higiene postural y corporal, evitando problemas osteomusculares y en otras zonas corporales que podrían cronificarse de no eliminarse su origen.

6 Bibliografía

- Artazcoz, L. (2016). Factores de riesgo psicosocial y trastornos musculoesqueléticos en personal de enfermería hospitalario. Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 19(1), 35-36.
- Galíndez, L., & Rodríguez, Y. (2007). Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud. Salud de los Trabajadores, 15(2), 67-69.

- Hernández M. (2011). Prevención del Dolor de Espalda en la Profesión de Enfermería. Boletín Informativo Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas ,1(3),12-3.
- Hernández-Martínez, F. J., Rodrigues, A., Jimenez-Díaz, J. F., Rodriguez-de-Vera, B., del Pino Quintana-Montesdeoca, M., & Luís, R. (2015). Riesgos ergonómicos y sus efectos entre los profesionales de enfermería de un hospital geriatrico. Publicação de pósteres.
- Lazcano, L. A., i Cubells, J. C., i Liuís, S. M., & Miguel, A. S. (1996). Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. Gaceta sanitaria, 10(57), 282-292.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 de 10/11/1995. Madrid. Jefatura del Estado Español.
- Moreno, J. B. & Báez, L. C. (2011). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid.
- Porras-Povedano, M., Santacruz-Hamer, V., & Oliva-Reina, I. (2014). Percepción de riesgos laborales en profesionales de Enfermería de un centro sanitario. Enfermería Clínica, 24(3), 191-195.
- Rojas, Á. (2011). Incidencia de dolor osteomuscular y su relación con el nivel de actividad física en auxiliares administrativos que trabajan con videoterminals de la universidad tecnológica de Pereira. Facultad de Ciencias de la Salud. Pereira-Colombia.
- Ruiz-Frutos, C., García, A. M., Delclós, J., & Benavides, F. G. (2007). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales.

Capítulo 678

IMPLANTE COCLEAR: LA SOLUCIÓN A LA SORDERA PROFUNDA.

VANESA ARRANZ ARROYO

BLANCA DOMINGUEZ-GIL

BEATRIZ FLÓREZ ESPARTERO

1 Introducción

El implante coclear es un dispositivo electrónico que desarrolla parcialmente en el oído interno la función de la cóclea. Este dispositivo consigue la audición en niños y adultos con una hipoacusia profunda, transformando las señales acústicas en señales eléctricas que estimulan el nervio auditivo, desencadenando una sensación auditiva en el individuo. Los componentes del implante: dos partes principales, una interna o implantada a través de la cirugía y otra externa. La interna consta de electrodos introducidos en la cóclea la externa de un micrófono, un transmisor, un cable y un procesador de sonido. El procesador de sonido se coloca detrás de la oreja, captura las señales sonoras y los transmite al receptor de electrodos. Las señales estimulan el nervio auditivo, el cual las dirige al cerebro. El cerebro interpreta esas señales como sonidos.

Dada la complejidad del mismo, es por eso la realización de esta capítulo para reconocer las diferentes fases del proceso de un implante coclear en un paciente con hipoacusia severa y analizar cada una de ellas, para saber cómo actuar en cada momento, desarrollando una preparación y rehabilitación que ha de llevar a cabo un implantado, así como sus cuidados y consideraciones dentro del manejo integral del paciente.

2 Objetivos

- Analizar las etapas del programa de implante coclear y los beneficios del mismo en el paciente.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos como: Medline, Scielo, Pubmed, Google académico, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema, además de motores de búsqueda como Google acholar, adaptándose la búsqueda de manera específica a cada una de las bases de datos. Se utilizaron los siguientes descriptores: “hipoacusia severa”, “implante cóclear”, “sordera profunda”. Fueron incluidos artículos de investigación en castellano y en inglés. Los criterios de inclusión fueron todos aquellos documentos que incluyeran el tema a tratar, y los criterios de exclusión fueron todos los documentos que no tuvieran relación con los contenidos.

4 Resultados

- Etapas del programa de implante coclear.

Primera etapa:

Valoración inicial para la selección de un candidato idóneo. Se debe hacer un estudio de cada paciente y de su entorno. Haciendo énfasis en las actividades cotidianas para saber cómo se va a desenvolver posteriormente en su vida diaria con el implante coclear. Poder saber cuál va a la habilidad para el desarrollo del lenguaje, el uso del teléfono, la percepción del ruido y sonido del medio ambiente, captación de la televisión y la música. El apoyo que va necesitar para identificar los nuevos sonidos y valorar el grado de discapacidad que tendrá en el futuro.

Segunda etapa cirugía: consiste en introducir mediante una técnica quirúrgica los electrodos en la cóclea y un receptor estimulador. Se hace con anestesia general y son dos días de ingreso.

Tercera etapa, programación: se van adaptando las partes externas del implante.

Cuarta etapa, rehabilitación: reconocimiento de sonidos y ruidos. Se lleva a cabo de especialistas, como logopedas, foniatras y seguimiento del programador. Orientación a las familias.

- Los resultados que se van alcanzar depende de la implicación de cada individuo en particular, es importante la colaboración del paciente, la familia y el entorno,

para desarrollar una buena rehabilitación y con ello unos buenos resultados. En los niños es muy importante el factor edad. Un niño que padece una hipoacusia severa profunda no tratada puede ser determinante a la hora del desarrollo de la comunicación oral. Beneficios de una persona implantada:

Detección: el paciente es capaz de indicar presencia o ausencia de ruido.

Discriminación: el paciente debe saber si dos sonidos son iguales o diferentes sin comprenderlos.

Identificación: debe seleccionar la respuesta correcta a una lista cerrada.

Reconocimiento: debe repetir una frase.

Comprensión: el paciente debe proporcionar una respuesta interactiva, trabando sus habilidades de escucha.

5 Discusión-Conclusión

Se hace imprescindible implementar un programa de detección e intervención precoz de hipoacusia profundo a fin de lograr habilitar y rehabilitar a estos pacientes a una edad temprana. El implante coclear tiene una baja incidencia de complicaciones y estas son relativamente fáciles de resolver. No es solo importante la cirugía, sino también las pruebas pre-quirúrgicas y la rehabilitación del implantado, para que resulte un éxito y el implante no sea rechazado. A menudo el paciente con hipoacusia profunda tiende aislarse, el implante proporciona beneficios en la percepción del lenguaje oral y facilitar la integración de la persona a nivel familiar social y laboral, siendo pieza importante el sanitario en todo este proceso para educar en el manejo de este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- 1. Sennaroğlu L, Bajin MD. Classification and current management of inner ear malformations. *Balkan Med J* 2017 Sep 29;34(5):397-411
- 2. Alzhrani F, Lenarz T, Teschner M. Facial palsy following cochlear implantation. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2016 Dec;273(12):4199-4207
- 3. Cabbarzade C, Sennaroglu L, Süslü N. CSF gusher in cochlear implantation: The risk of missing CT evidence of a cochlear base defect in the presence of otherwise normal cochlear anatomy. *Cochlear Implants Int* 2015 Jul;16(4):233-6.
- 4. Cuba. Mined. Modelo del profesional carrera Licenciatura en Educación. Logopedia. La Habana: Mined;2010
- 5. Bermejo Guerra B, Rodríguez Torres M. Manual para la rehabilitación de niños con implante coclear. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2012.

- 6. Manrique M, Cervera-Paz FJ, Huarte A, Pérez N, Molina M, García-Tapia R. Cerebral auditory plasticity and cochlear implants. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1999; 49: 193-197.

Capítulo 679

EL TRATO PSICOLÓGICO DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ

AIDA RODRÍGUEZ ORNIA

1 Introducción

El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe de tener unas características para poder realizar el trabajo eficazmente, las cuales son tener conocimientos de las etapas evolutivas del niño, madurez, equilibrio emocional, estar interesado en el trabajo con niños y empatizar con el niño. Para poder ayudar al niño durante el tiempo que esta hospitalizado y que ese proceso no le genere ningún trauma, miedo y ansiedad, siendo motivo del desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer medidas para reducir la vulnerabilidad del niño hospitalizado al estrés, potencializando su habilidad de afrontamiento, promoviendo la participación del entorno familiar.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos sobre la psicología que se debe utilizar con el niño hospitalizado. Se ha utilizado bases de datos y buscadores como Pubmed, efe salud y Scielo. Las palabras clave utilizadas son niño, trauma, empatía y derechos. Como criterios se ha utilizado los derechos del niño hospitalizado que el parlamento europeo aprobó el 13 de mayo 1986.

4 Resultados

- El auxiliar de enfermería debe de reconocer las reacciones del niño como el dolor, sufrimiento, rechazo a la medicación, el miedo, los dieta hospitalaria, agresividad, depresión, inquietud y utilizar herramientas psicológicas para solventar en cada una de ellas la situación.

Debemos aportarle información comprensible y confianza en el equipo sanitario, mantener la compañía de familiares para disminuir el estrés.

- Las labores en este caso de auxiliar de enfermería serian basadas en cuidados muy íntimos del menor como el lavarlos, darles de comer y colaborar con el equipo de enfermería en su medicación, por eso debe protegerse al menor y nunca fomentar su vulnerabilidad en la situaciones antes mencionadas.

- Estimular la empatía del entorno familiar con educación para la salud y explicando en todo momento tanto las técnicas que se le van a realizar como la manera de manejar la ansiedad del niño, así como técnicas de relajación y juegos.

5 Discusión-Conclusión

La psicología en el equipo sanitario de pediatría debe ser individualizada y acorde a las necesidades de cada niño en ese momento para que la hospitalización no sea un trauma y la recuperación sea efectiva y eficiente en cada caso.

Dada la complejidad de esta situación de hospitalización en el niño, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 680

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN: TAREAS DEL TCAE

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) generan un grave problema en la salud pública, ocasionando importantes derivaciones socioeconómicas para el conjunto de la sociedad, tanto a corto como a largo plazo. Por ello, un abordaje efectivo de las mismas será fundamental (Zamora-Sánchez, 2006). En los hospitales, su prevalencia es mayor en personas con edades de entre 70 y 90 años, encontrando una mayor incidencia en mujeres que en hombres y siendo las zonas de mayor afectación la zona del sacro. Como factor de riesgo añadido, y que puede provocar la difícil curación de las úlceras por presión, se encuentra la habitual carencia de proteínas de las que suelen estar compuestas las comidas de la población anciana (especialmente por dificultades en la masticación o recurrente ausencia de hambre) (Cuervo, 2004; Blázquez et al., 2007).

La literatura científica avala la importancia esencial de la figura del TCAE en el abordaje, cuidados y detección de heridas en la piel, tanto de pacientes ambulatorios (en atención primaria) como en el ámbito hospitalario (Porcel, 2011). Desde hace años, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) fundamenta sus labores en suplir las necesidades básicas de los pacientes hospitalizados: alimentación, higiene, cambios posturales, etc. Sin embargo, sus competencias se han incrementado en los últimos años, siendo hoy en día profesionales clave en todo el proceso que compone la asistencia sanitaria. En el caso que nos ocupa, serán básicos a la hora de tomar decisiones compartidas con el resto del equipo multidisciplinar acerca de las UPP, su posible aparición, desarrollo, tratamiento y seguimiento (Hernández-Ortiz, 2009; Porcel, 2011).

2 Objetivos

- Analizar las funciones del TCAE antes las úlceras por presión, diferenciando además las tareas a nivel de prevención y de intervención.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2005-2019 y combinando los siguientes descriptores: TCAE, auxiliar, úlceras por presión, prevención, tratamiento, intervención, sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 105 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 65 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 40 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 17 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 23. De estos, 6 más fueron finalmente excluidos, quedando por ello una muestra de 17 estudios seleccionados.

4 Resultados

Tras analizar los artículos seleccionados, se hallan los siguientes resultados:

- Acciones del TCAE para prevenir las úlceras por presión en el paciente:

Tras analizar la bibliografía seleccionada, se encuentra que las úlceras por presión (UPP) generan los problemas asistenciales más importantes en la actualidad, agravando el estado general del paciente. Causan infecciones, dolor y pérdida de autonomía, aumentando la mortalidad en pacientes de avanzada edad. Se halla que el TCAE tendrá un papel fundamental a la hora de prevenir las úlceras por presión. En este sentido, las tareas a desempeñar por este profesional serán las que siguen:

Realizar los cambios posturales en función de las características del paciente.

Reducción de la presión mediante almohadas, cojines u otros mecanismos dirigidos a tal fin.

Talonerías y coderas, y otros dispositivos similares.

Utilización de apósitos.

Realizar una correcta movilización del paciente.

En el caso previo, se previene directamente que el paciente genere una úlcera por causa de la presión o por el efecto “cizalla”. Sin embargo, las úlceras también pueden darse por otras causas, tales como la incontinencia. En este caso, el TCAE se encargará de: cambiar los dispositivos cuando se detecte humedad; uso de cremas o películas de barrera en diferentes modalidades (con aplicador, en pulverizador, etc). Finalmente, en caso de que el paciente se pueda comunicar, será esencial que el TCAE se interese por cómo se siente, por su comodidad, posibles dolores, rojeces percibidas, etc., dando siempre prioridad a las sensaciones de la persona.

- Intervención del TCAE sobre las úlceras por presión (UPP):

Tras la aparición de una UPP, se detecta como prioritaria la valoración de la recuperación de la piel tras la práctica realizada por el personal de atención primaria, siendo el médico/a y enfermero/a los encargados de realizar las curas de las heridas de la piel, siempre con un apoyo inmediato y extenso del TCAE. Por otro lado, el TCAE tendrán la responsabilidad de detectar señales y dar aviso de cara a la aplicación de parches en zonas enrojecidas. También deberá examinar todos los días el progreso de las heridas en casos de pacientes hospitalizados, limpiado de zona, secándola y volviendo a avisar a enfermería para realizar la cura.

Asimismo, en casos de pacientes que puedan colaborar con el personal, el TCAE apoyará a la persona explicándole cuidados que debe mantener para la adecuada sanación de la piel, tanto durante su estancia hospitalaria como de cara a un alta. También podrá aportar estas mismas explicaciones a los cuidadores informales o a los familiares del paciente. Por otro lado, en casos de pérdida de au-

tonomía, será este mismo profesional el responsable de dar de comer higiene al paciente, realizar los cambios posturales y se encargará de la asistencia general de las necesidades del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La figura del TCAE es esencial en el área del cuidado de la piel, tanto en atención primaria como especializada, ya que será la figura que más familiarizada esté con las heridas y su progreso. Además, será el TCAE el encargado de, en la mayoría de las ocasiones, valorar cuándo está empezando a aparecer una UPP y dar aviso. Por otro lado, deberá tener en cuenta, de cara a adaptar los cuidados: las características del paciente, su edad, características morfológicas y gravedad de la herida.

Se concluye que las úlceras por presión provocan problemas a nivel emocional y de estrés por diversas causas, especialmente porque generan una gran dependencia de los cuidadores en situaciones de hidratación, higiene, etc. con la pérdida de intimidad que ello conlleva. Además, si dicha dependencia se cronifica, la atención deberá ser continua por parte del cuidador, afectando a la vida diaria del paciente, sus hábitos y rutinas.

6 Bibliografía

- Arcos Díaz-Fuentes, M., Barbero López, M., Díaz Pizarro, J. M. D., García García, J. D., García Sánchez, Á. S. D., & Jiménez Jiménez, M. (2007). Protocolo de actuación en úlceras por presión.
- Blanco López, J. L. (2003). Definición y clasificación de las úlceras por presión. *El Peu*, 2003, vol. 23, núm. 4, p. 194-198.
- Cuervo, F. M. (2004). Las úlceras por presión: una problemática prevenible. *Enfermagem e Úlceras por Pressão: Da Reflexão sobre a Disciplina*.
- García Fernández, F. P., Pancorbo Hidalgo, P. L., Soldevilla Ágreda, J. J., & Blasco García, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19(3), 136-144.
- Hernández Ortiz, J. Á. (2009). Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. *Gerokomos*, 20(3), 132-140.
- Jinete Acendra, J., de la Hoz Mercado, M., Montes, L., & MoralesAlba Pardo, R. (2016). Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2), 151-161.

- Pancorbo Hidalgo, P. L., García Fernández, F. P., Rodríguez Torres, M., Torres García, M., & López Medina, I. M. (2007). Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revisión sistemática de la literatura. *Gerokomos*, 18(4), 30-38.
- Blázquez, R. P., Rubio, R. M. G., Ivars, M. L. M., Alarcón, M. A., Martínez, C. C., Díaz, M. J. P., & García, E. H. (2007). Prevención y tratamiento de las Úlceras por Presión. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(6), 284-290.
- Porcel, J. B. L. (2011). Cuidados auxiliares básicos de enfermería. Editorial Vértice.
- Zamora Sánchez, J. J. (2006). Conocimiento y uso de las directrices de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en un hospital de agudos. *Gerokomos*, 17(2), 51-61.

Capítulo 681

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LA ASISTENCIA DEL PERSONAL SANITARIO PARA EL INICIO Y MANTENIMIENTO DE LA LACTANCIA MATERNA

NURIA GONZALEZ NORIEGA

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Este tipo de alimentación es considerado el más adecuado para el recién nacido. Durante los primeros meses de existencia, el lactante inicia su desarrollo sensorial y psicomotor, comienza su maduración orgánica y experimenta una elevada velocidad de crecimiento, presentando unos requerimientos de nutrientes que pueden ser cubiertos de forma óptima mediante la lactancia materna (1).

La lactancia materna exclusiva es recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el que el bebé nace hasta que cumple 6 meses, mientras que se sugiere que este tipo de nutrición sea suplementada con la introducción

paulatina de alimentos nuevos como mínimo hasta que el lactante cumple 2 años (2).

Más allá de las opiniones propias que se tengan acerca de la alimentación mediante lactancia materna, existen evidencias que demuestran que ésta proporciona efectos positivos, tanto para la madre como para el bebé (3-6).

En el caso del niño o niña, la lactancia materna constituye un tipo de nutrición adecuado que disminuye la probabilidad de que se produzca muerte súbita del lactante, ayuda al fortalecimiento del sistema inmunitario, reduce el riesgo de sufrir patologías de tipo alérgico, facilita la creación del vínculo con la madre y confiere protección frente a algunos tipos de enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2 (3,4). Además, en el caso de que se produzca un parto prematuro, la nutrición con leche materna reduce el riesgo de que aparezca retinopatía, aumenta el desarrollo del sistema nervioso, reduce las probabilidades de que se originen trastornos cardiovasculares, mejora el tránsito intestinal y reduce el riesgo de enteritis necrotizante (5).

Para la madre, el hecho de alimentar al bebé mediante leche materna aporta efectos positivos, tales como la disminución de la probabilidad de sufrir tumor de mama o de ovario, hipertensión, osteoporosis y problemas de corazón, la reducción del riesgo de sufrir depresión postparto, incremento del vínculo con el bebé y el favorecimiento de una involución uterina que permita una recuperación postparto de forma más rápida y natural (6).

Desde finales de la década de los 80 del siglo XX, diferentes organismos internacionales, como la OMS y UNICEF, han firmado declaraciones conjuntas con el fin de promover y apoyar la lactancia materna (7,8). Concretamente, la OMS considera que no proporcionar lactancia materna al bebé hasta los 6 meses de vida representa un factor de riesgo de mortalidad y de aparición de enfermedades durante esta etapa y más adelante (9).

De este modo se ha conseguido que el porcentaje de madres que alimentan a sus bebés con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses haya crecido desde finales del siglo pasado hasta la actualidad, tanto en España como a nivel mundial, situándose en torno al 50%, una proporción que continúa siendo baja si se tienen en cuenta los numerosos beneficios que proporciona este tipo de alimentación, tanto para la madre como para el lactante (10).

Entre las causas que existen para el abandono precoz de la lactancia materna se encuentran (11):

- Inquietud materna ante el desconocimiento de si el bebé contará con una alimentación suficiente al darle solamente leche materna.
- Mala instauración de la lactancia materna durante las primeras horas postparto.
- Incremento del estrés emocional los días posteriores al parto como consecuencia de no haber contado con el apoyo suficiente y con la información adecuada por parte del personal sanitario durante el puerperio inmediato.
- Situación laboral de la madre.
- Hipogalactia.
- Dolor físico de la madre por ingurgitación mamaria o mastitis.

La asistencia de la mujer embarazada a centros sanitarios en los cuales pueda serle proporcionada información adecuada acerca de la lactancia materna es necesaria para evitar que se produzca estrés, debido a falta de educación en relación con este tipo de alimentación, una vez que el bebé ha nacido (12). Sin embargo, el exceso de recomendaciones procedentes de diferentes profesionales sanitarios y el hecho de que éstas sean contradictorias, también puede generar dudas en cuanto a la idoneidad de proporcionar lactancia materna (13,14).

Durante el puerperio inmediato el impacto emocional, el inicio de la lactancia materna y la aparición de confusión relacionada con ella, pueden provocar que su puesta en marcha no se produzca o que se abandone al cabo de poco tiempo ante el menor contratiempo, siendo claves tanto el ofrecimiento de apoyo como la facilitación de información para evitar que esto tenga lugar (14).

2 Objetivos

- Determinar las labores propias de los profesionales sanitarios que pueden repercutir en la mejora de la calidad de la lactancia materna.
- Describir la influencia que tiene el manejo correcto de la ansiedad materna después del parto sobre la instauración adecuada de la alimentación del bebé con leche de la madre.
- Analizar las situaciones en las cuales es recomendable o no la lactancia materna y el modo adecuado en el que los trabajadores de atención a la salud deben actuar.

3 Metodología

Fuentes de información y estrategia de búsqueda:

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (15), recuperando artículos recientes acerca de las intervenciones que pueden ser realizadas por el personal de atención a la salud para permitir que la lactancia materna se produzca de forma satisfactoria durante los primeros meses de vida del recién nacido.

La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "breastfeeding abandonment" y "postpartum anxiety" en combinación con los términos "nursing support", "professional attitudes" y "management", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección:

Después de la lectura del título y del resumen de cada publicación, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- 1) Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas.
- 2) Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de los factores que favorecen la lactancia materna durante los primeros meses posteriores al parto.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.
- Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Lectura crítica y extracción de la información:

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 5 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación.

Viñas-Vidal (16).

Este estudio analiza las circunstancias que pueden tener lugar para contraindicar la lactancia materna (16).

La publicación indica que el hecho de que la madre sea seropositiva constituye uno de los motivos para desaconsejar la lactancia materna, excepto en países subdesarrollados, en los cuales los efectos positivos de la misma superan al riesgo de que el bebé pueda sufrir contagio de VIH a través de la leche de la madre (16).

Por otro lado, el artículo demuestra que si existen enfermedades metabólicas en el bebé, como galactosemia o carencia congénita de lactasa, los profesionales de atención a la salud deben informar a la madre de los problemas que puede acarrear la lactancia materna para el bebé, no existiendo en cambio problemas con la misma en el caso de que el bebé presente intolerancia a la lactosa (16).

La autora de esta publicación señala que en determinadas situaciones maternas, como la adicción a drogas, el seguimiento de tratamiento anticancerígeno basado en quimioterapia o radioterapia, la hepatitis B, la tuberculosis activa no tratada, la presencia de lesiones en alguna de las mamas causadas por herpes simplex virus, el tratamiento con medicamentos para los cuales la lactancia materna está desaconsejada o el padecimiento de algún tipo de patología que incapacita para la realización eficaz de una lactancia materna de buena calidad, es responsabilidad del personal que la atiende durante el puerperio inmediato advertir de la contraindicación de la alimentación del bebé con leche de la madre (16).

Chaput et al. (17)

En esta publicación se estudian aspectos relacionados con la buena calidad de la lactancia materna, cuya información debe ser proporcionada por los trabajadores de la salud encargados de los cuidados de la madre y del bebé después del parto (17).

Los autores demuestran que para la obtención de una nutrición de calidad a partir de la leche de la madre es positivo que los progenitores hayan decidido con anterioridad ofrecer este tipo de alimentación al bebé (17).

Según este artículo, cuanto antes se inicia la lactancia materna, sobre todo durante la primera hora de vida, mayores son las probabilidades de obtener mejores beneficios. Del mismo modo, el contacto piel con piel, colocando al bebé desnudo sobre el vientre materno desnudo, aumenta la calidad de la lactancia materna, promoviendo que mediante el olfato y el tacto el bebé pueda acercarse a la mama y agarrarse a ella con el fin de alimentarse (17).

Los autores de la publicación destacan que la calidad óptima de la lactancia materna se obtiene a través de la alimentación a demanda a cualquier hora del día o de la noche, durante el tiempo que el bebé desee y en exclusividad, no siendo

necesario proporcionar ningún otro tipo de preparado, incluyendo agua. Además, el vaciado de la leche de una mama antes de pasar a la otra repercute también de forma beneficiosa sobre la calidad de la lactancia materna (17).

Estos autores indican que el llanto del lactante constituye una señal tardía de la necesidad de mamar, con lo cual para que la eficacia de la lactancia materna sea máxima es necesario prestar atención a otros signos más tempranos del bebé, como llevarse la mano a la boca, sacar la lengua o moverse hacia las mamas, siendo imprescindible calmarlo si está llorando antes de proceder a su alimentación (17).

Por último, este artículo pone de manifiesto que la utilización de artificios (chupetes, tetinas o biberones) con anterioridad a las 4-6 semanas de vida, obstaculiza la buena instauración de la lactancia materna (17).

Yang et al. (18)

Este estudio analiza las acciones que pueden ser llevadas a cabo por los profesionales sanitarios con el fin de asistir a la madre y al bebé para que la lactancia materna pueda transcurrir sin obstáculos indeseables (18).

La publicación resalta la importancia de observar, en primer lugar, cómo se produce la lactancia materna, sobre todo atendiendo a aspectos relacionados con la posición del bebé y de la madre y con el agarre del mismo al pezón. La posición de la madre debe ser cómoda, segura y relajada, siendo primordial la actitud mostrada por ella ante el acto de amamantar al bebé, es decir, lo hace contenta o si por el contrario se encuentra tensa o dolorida. Los autores indican que las señales de apego materno (mirar al bebé y acariciarlo) repercuten de forma positiva en el mantenimiento de la alimentación mediante leche materna, por lo cual la incentivación de este tipo de actitudes adquiere gran relevancia (18).

En los casos en los que se comprueban deficiencias correspondientes a cualquiera de los aspectos anteriores, el artículo indica que el personal sanitario debe intervenir, con empatía y asertividad, llevando a cabo las recomendaciones oportunas, con el fin de permitir la lactancia materna de la forma más correcta posible (18).

Machado et al. (19)

En este artículo se analizan algunas causas relacionadas con el abandono de la lactancia materna y la influencia que puede tener el personal sanitario en que éste se produzca o no (19). La publicación señala que con frecuencia las madres aluden al llanto excesivo del bebé, a la insuficiencia de leche materna, a la presencia de heridas en los pezones o a la persistencia de hambre en el bebé como

algunas de las razones para abandonar la lactancia materna e iniciar otro tipo de alimentación. Los autores de este artículo relacionan estas razones para la detención de la alimentación con leche de la madre con la existencia de una posición incorrecta o de un agarre deficiente por parte del bebé (19).

Los autores demuestran que los profesionales sanitarios, mediante la proporción de indicaciones y recomendaciones adecuadas acerca de la postura de amamantamiento, pueden influir de forma beneficiosa, provocando una reducción del llanto del bebé, permitiendo que el flujo de leche no se detenga y evitando la aparición de grietas en los pezones (19).

El artículo aporta evidencias de la importancia de la intervención sanitaria en estos casos, siempre con respeto y con la precaución de no abrumar a la madre con excesivos consejos, interviniendo exclusivamente en situaciones en las que se adviertan problemas (posición o agarre) (19). van Dellen et al. (20)

Los autores de este estudio analizan la repercusión que tiene para la lactancia materna el fortalecimiento de la confianza de la madre por parte del personal sanitario (20). Como señala este artículo, después del parto la madre se encuentra con frecuencia en un estado de hipersensibilidad, requiriendo una dosis especial de empatía por parte de aquellos que la rodean. Los profesionales sanitarios no constituyen una excepción, por lo cual es necesario que el personal de atención a la salud refuerce positivamente cualquier aspecto relacionado con la lactancia materna que la madre lleve a cabo de forma adecuada, con el objetivo de que esta pueda discurrir por los cauces adecuados (20).

Del mismo modo, la publicación pone de manifiesto que deben evitarse actitudes o acciones que desmotiven a la madre para realizar este tipo de alimentación, corrigiendo su postura, ayudándola y aconsejándola mediante conductas empáticas y asertivas, que proporcionan seguridad e influyen de forma positiva en la lactancia materna (20).

5 Discusión-Conclusión

Los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica incluyen resultados que se relacionan con la influencia que puede tener la labor de los profesionales a cargo del cuidado de la madre y del bebé en el puerperio inmediato para la puesta en marcha y el mantenimiento de la lactancia materna de calidad (16-20).

Las evidencias obtenidas por algunos autores sugieren que existen determinadas situaciones para las cuales la lactancia materna está contraindicada, siendo re-

sponsable el personal sanitario de informar de tales circunstancias (16).

Otros autores resaltan el papel relevante que tienen los profesionales de la salud en la instauración adecuada de la alimentación con leche materna desde la primera hora postparto, fomentando la confianza de la madre, mostrando actitudes motivadoras y corrigiendo las posturas de amamantamiento incorrectas, que pueden conducir a la aparición de problemas que desemboquen en el abandono de este tipo de alimentación (17-20).

La consideración global de las evidencias obtenidas por los artículos revisados, permite extraer las siguientes conclusiones:

- La proporción de información relacionada con la lactancia materna por parte del personal sanitario a la madre es imprescindible para que ésta tenga lugar con una calidad óptima, haciendo recomendaciones relativas a la posición adecuada para alimentar al bebé, al agarre del mismo al pecho y a la actitud de la madre ante el acto (caricias, mirar al bebé a la cara, etc.).
- El personal sanitario cumple una función muy importante en relación con la proporción de apoyo emocional y de confianza a la madre, mediante refuerzos positivos al observar acciones correctas y a través de actitudes adecuadas que se centren en ayudarla a llevar a cabo la lactancia materna, respetando su estado de hipersensibilidad después del parto.
- La labor sanitaria debe consistir en informar acerca de los efectos positivos de la lactancia materna y de los posibles riesgos que conlleva este tipo de alimentación en determinadas situaciones (VIH, tuberculosis, etc.), no forzando en ningún caso y respetando la decisión final de la madre de llevar a cabo o no la alimentación del bebé con su propia leche.

6 Bibliografía

1. Aragón-Núñez MT, Cubillas-Rodríguez I, Torres-Díaz A. Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Enfermería Docente*. 2015; 2(104):49-54.
2. Lactancia materna [Internet]. Organización Mundial de la Salud [citado 20 diciembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>.
3. Brahm P, Valdés V. The benefits of breastfeeding and associated risks of replacement with baby formulas. *Revista Chilena de Pediatría*. 2017; 88(1):7-14.
4. Aguilar-Cordero MJ, Breastfeeding for the prevention of overweight and obesity in children and teenagers; systematic review. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 31 (2): 606 - 620.

5. Bering SB. Human milk oligosaccharides to prevent gut dysfunction and necrotizing enterocolitis in preterm neonates. *Nutrients*. 2018; 10(10).
6. Lactancia materna: un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Aecima*. 2017
7. Declaración de innocenti [Internet]. Documentos sobre Lactancia Materna. 1990.
8. 10 pasos para la lactancia materna eficaz. *Unicef.org*.
9. OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. *Who.int*. 2019.
10. Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna.
11. Gasa-Salar A, Pié-Dols N, Martorell-Poveda MA. Principales factores que influyen en el abandono precoz de la lactancia materna. *Evidentia*. 2013; 10 (41).
12. Martínez -Galán P, Martín-Gallardo E, Macarro-Ruiz D, Martínez-Martín E, Manrique-Tejedor J. Educación prenatal e inicio de la lactancia materna: Revisión de la literatura. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(1) : 54 - 66.
13. Cortés-Rúa L, Díaz-Grávalos GJ. Interrupción temprana de la lactancia materna. Un estudio cualitativo. *Enfermería Clínica*. 2019; 29 : 207 - 215.
14. Gancedo-García A, Fuente-González P, Chudacik M, Fernández-Fernández A, Suárez-Gil P, Suárez-Martínez V. Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Aten Primaria*. 2019; 51(5):285-293.
15. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019.
16. Viñas-Vidal A. La lactancia materna: técnica, contraindicaciones e interacciones con medicamentos. *Pediatría Integral*. 2011;15(4):317-328.
17. Chaput KH, Adair CE, Nettel-Aguirre A, Musto R, Tough SC. The experience of nursing women with breastfeeding support: a qualitative inquiry. *CMAJ Open*. 2015; 3 (3).
18. Yang SF, Salamonson Y, Burns E, Schmied V. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2018; 13:8.
19. Machado MC, Assis KF, Oliveira FC, Ribeiro AQ, Araújo RM, Cury AF, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(6): 985- 594.
20. van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health* 19 (1): 993.

Capítulo 682

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LOS CUIDADOS SANITARIOS AL PIE DIABÉTICO

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

NURIA GONZALEZ NORIEGA

1 Introducción

La diabetes mellitus constituye una enfermedad metabólica provocada por diferentes causas y caracterizada por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, de los lípidos y de las proteínas, como consecuencia de alteraciones de la secreción de insulina por parte del páncreas y de su efecto sobre las células diana (1). Los tipos de diabetes según sus principales variedades son: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 y diabetes gestacional.

Diabetes mellitus tipo 1 (insulinodependiente) (2)

Dependiendo de la causa que la provoca se distingue entre: a. Mediada por procesos inmunes: constituye la variedad más frecuente de diabetes mellitus tipo 1 y se produce por destrucción autoinmune de las células del páncreas. Suele aparecer en niños o adultos jóvenes, aunque puede darse también en otras edades. El inicio de la enfermedad tiene lugar normalmente de una manera repentina. En

general, el peso de los pacientes se encuentra dentro de la normalidad o por debajo de ella, aunque es posible encontrar pacientes obesos que muestren este tipo de variedad. Este tipo de enfermedad suele asociarse a otras alteraciones inmunitarias como vitíligo, tiroiditis o anemia perniciosa (2). b. Idiopática: se trata de una variedad cuya causa es desconocida y que aparece en una proporción mucho menor de pacientes con diabetes tipo 1, sobre todo de etnia asiática o negroide. Se ha descrito que existe un elevado componente hereditario en esta variedad, que no aparecen alteraciones del sistema inmunitario y que el requerimiento de insulina en los pacientes puede aparecer o desaparecer (2).

Diabetes mellitus tipo 2 (no insulino dependiente) (3)

Esta variedad de diabetes es la más común (90-95% de los casos) y puede manifestarse en pacientes de cualquier edad, siendo más frecuente en personas que superan su cuarta década de vida. Los sujetos que padecen esta variedad de la enfermedad presentan resistencia a insulina, que suele relacionarse con un déficit relativo de dicha hormona, además de existir obesidad en 4 de cada 5 casos. La edad, el peso y los hábitos de vida sedentarios representan factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2. Además, aumentan las probabilidades de que una persona sufra este tipo de variedad de la diabetes si previamente existen hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo de las grasas o diabetes gestacional. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no necesitan aporte exógeno de insulina de forma diaria, aunque pueden requerirlo ocasionalmente con el fin de controlar la glucemia.

Se ha sugerido una fuerte predisposición genética de esta variedad, aunque se trata de un factor de riesgo complejo que no está completamente definido en la actualidad (3).

Diabetes gestacional (4)

Consiste en un tipo de diabetes que se diagnostica por primera vez durante el embarazo, manifestándose en 1 de cada 20 mujeres embarazadas y desapareciendo después del parto. Este tipo de diabetes constituye un factor de riesgo para padecer diabetes mellitus tipo 2.

Las complicaciones derivadas de la diabetes mellitus: cuando la enfermedad no se trata de forma adecuada pueden producirse una serie de trastornos relacionados con ella, que pueden manifestarse hasta décadas después de su diagnóstico. La hiperglucemia generada por la enfermedad puede provocar: alteraciones oculares (cataratas, retinopatía o glaucoma), trastornos de los riñones (nefropatía diabética), hormigueos y adormecimiento de las extremidades relacionados con alteraciones del sistema nervioso (neuropatía diabética), problemas cardiovasculares (infarto de miocardio, ictus isquémico, obstrucción de vasos sanguíneos de

extremidades inferiores) y problemas en los pies con aparición de úlceras de difícil curación (5-9). La hiperglucemia puede provocar todas estas complicaciones como consecuencia de alteraciones de la circulación sanguínea producidos por la elevada concentración de glucosa en sangre.

2 Objetivos

- Describir las labores propias del personal sanitario para el cuidado de los pacientes afectados por diabetes mellitus.
- Analizar los aspectos que deben ser valorados por parte de los cuidadores durante el manejo de las úlceras presentes en los pies de pacientes diabéticos.
- Determinar las condiciones que deben reunir los apósitos empleados para la cicatrización óptima de las úlceras de los pies diabéticos y los requisitos que deben ser tenidos en cuenta durante su aplicación.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (10), recuperando artículos recientes acerca del cuidado de los pacientes diabéticos que presentan heridas en las extremidades inferiores. La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "diabetes mellitus", "diabetic foot" y "foot ulcer" en combinación con los términos "nursing care", "patient care" y "management", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección

Después de la lectura del título y del resumen de cada publicación, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión: Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas. Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de los cuidados destinados a pacientes diabéticos.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.

Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Lectura crítica y extracción de la información.

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 6 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación. Todos ellos están centrados en la aplicación de cuidados a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que es la variedad más común de la enfermedad. Chester et al. (11)

Este estudio analiza el papel del personal sanitario durante el cuidado de pacientes afectados por diabetes tipo 2, considerando tanto la vertiente clínica como la pedagógica (11).

- La publicación demuestra que los profesionales sanitarios encargados de proporcionar asistencia a los pacientes diabéticos, deben realizar tareas clínicas, tales como el cuidado de úlceras en los pies, provocadas por una mala circulación sanguínea derivada de la existencia de elevados niveles de glucosa en la sangre, además de labores de educación relativa al autocuidado de los pacientes que son atendidos (11).

Los autores de este artículo indican que para conseguir controlar la enfermedad es muy importante que los profesionales de la salud intervengan realizando indicaciones a los pacientes, como la realización de ejercicio de forma regular, el abandono del consumo de tabaco y el seguimiento de una dieta adecuada, con el objetivo repercutir en el aumento de la calidad de vida del paciente. Además, este estudio pone de manifiesto que la adherencia de los pacientes a estas recomendaciones permite la disminución del riesgo de hipertensión arterial y de obesidad, reduciendo a su vez las probabilidades de que se produzcan alteraciones del sistema cardiovascular como consecuencia de la hiperglucemia (11).

Powers et al. (12)

- En esta publicación se estudia el manejo correcto de las úlceras de los pies de pacientes diabéticos con el propósito de reducir la tasa de amputaciones y, por tanto, mejorar la calidad de vida de los pacientes (12).

Los autores demuestran que para el cuidado de las úlceras, el personal encargado de su cuidado debe tener en cuenta la redistribución de la presión, la perfusión y la presencia de infecciones en la extremidad (12).

Del mismo modo, el artículo indica que se consigue una mejora de la calidad de vida de los pacientes mediante la implicación de los mismos en la planificación

e implantación de sus cuidados, así como con la educación de los pacientes en cuanto a sus hábitos de vida. La modificación de aquellos aspectos de la vida del paciente diabético que pueden provocar una mala cicatrización de las úlceras de los pies, como pueden ser el uso de calzado inadecuado o el mantenimiento de costumbres sedentarias y alimentarias que lleven a situaciones de obesidad, disminuye las probabilidades de amputación en miembros inferiores debido a una mejora en la cicatrización de estas heridas (12).

Nativel et al. (13)

- Estos autores determinan que la valoración de las extremidades inferiores por parte de los profesionales de la salud, con el fin de comprobar la correcta perfusión vascular, influye de manera positiva en la mejora del control del pie diabético (13).

Este artículo indica que el examen físico de las extremidades inferiores mediante la toma de pulsos periféricos, la observación del color de la piel de la extremidad, la toma de la temperatura y la observación de la existencia de edema y/o dolor, adquieren una gran importancia en el cuidado de las úlceras de pie de los pacientes que sufren diabetes (13).

La publicación demuestra también que en el caso de pacientes que padecen enfermedad arterial periférica se produce un incremento del riesgo de futura amputación de la extremidad o de parte de ella, como consecuencia del empeoramiento de la irrigación de la misma, que obstaculiza su correcta sanación (13).

Hobizal et al. (14)

- Este artículo analiza la influencia que tiene la valoración de la existencia de síntomas de infección en los pacientes diabéticos afectados por úlceras en uno o ambos pies sobre el cuidado adecuado de las mismas (14).

Los resultados de esta publicación demuestran que la infección de úlceras crónicas en los pies de estos pacientes provoca mal olor, incremento del dolor, empeoramiento de la integridad cutánea, eritema y calentamiento del margen de la herida, indicando que todos estos signos deben ser valorados por el personal sanitario con el fin de poder aplicar los cuidados oportunos lo antes posible a los pacientes afectados (14).

- Los autores señalan que el reconocimiento precoz de la presencia de infecciones en las úlceras de pies diabéticos permite reducir tanto la probabilidad de amputación de la extremidad afectada como el riesgo de muerte del paciente diabético (14).

Thole et al. (15)

- En esta publicación se estudia la influencia que tiene la observación temprana de síntomas relacionados con la neuropatía periférica en pacientes diabéticos para

poder llevar a cabo un control correcto de la enfermedad (15).

Los resultados de estos autores ponen de manifiesto que los pacientes diabéticos que sufren neuropatía periférica son más propensos a sufrir úlceras de pie que aquellos sujetos no afectados por esta alteración del sistema nervioso, con lo cual presentan un riesgo mayor de amputación de la extremidad y de mortalidad debida a complicaciones de las heridas (15).

El artículo indica que algunos de los síntomas que delatan la existencia de neuropatía periférica están representados por la existencia frecuente de caídas, la pérdida de sensibilidad, la descoordinación de movimientos voluntarios, la presencia de callos, la existencia de edema, la observación de dedos del pie con forma de garra o martillo o la aparición de contractura en el tendón de Aquiles. Los autores señalan que el personal de atención a la salud debe valorar la existencia de cualquiera de los signos anteriores, ya sea de forma aislada o combinada, siendo clave su rápida actuación para evitar problemas más graves en los pacientes afectados (15).

Alexiadou et al. (16)

- Los autores de este estudio analizan la forma de manejar adecuadamente las úlceras del pie diabético, teniendo en cuenta la valoración de la isquemia y de otros trastornos presentes, el control de la infección de la herida, la eliminación de tejido necrótico y la liberación de la presión en la planta del pie (16).

En relación con los cuidados que deben ser aplicados a nivel local para la sanación de este tipo de heridas, la publicación demuestra que adquieren especial relevancia el desbridamiento, el control de la infección y el equilibrio de la humedad en ellas (16).

En cuanto al desbridamiento de la herida, que reduce de manera significativa la presión en aquellas zonas en las que existen callos, existen evidencias a favor de la irrigación mecánica mediante solución salina y la utilización de agentes autolíticos (hidrogel) (16).

En cuanto al control de las infecciones en pacientes diabéticos, los autores de esta publicación indican que deben detectarse lo antes posible para poder actuar con celeridad, evitando de este modo poner en riesgo la integridad de la extremidad y la vida del paciente. Los cuidados relacionados con las infecciones de las úlceras presentes en pacientes diabéticos se basan en el control del equilibrio bacteriano y de la reacción del organismo del paciente, en la liberación total de presión y en la valoración local de las heridas. El artículo demuestra que en presencia de procesos de isquemia o gangrena, el uso de apósitos que cubren la herida pero que no equilibran de forma correcta su humedad, provoca un incremento de las probabilidades de que se produzcan infecciones de tal calibre que se ponga en

peligro la integridad de toda la extremidad o incluso la vida del individuo en cuestión (16).

- En lo que se refiere al control del balance adecuado de humedad de la herida, los autores de este artículo señalan que es muy importante seleccionar apósitos que faciliten la creación de un ambiente húmedo alrededor de la misma con el fin de reducir el riesgo de traumatismos y de infección. Los apósitos integrados por espumas de alta absorción, por alginatos de calcio, por hidrocoloides, por hidrogel o formados por membranas adhesivas, constituyen elecciones adecuadas en estos casos (16). Además, la publicación demuestra que independientemente del apósito seleccionado, éste debe permitir la valoración del lecho de la herida y el mantenimiento de su humedad de forma continua, siendo eliminados los espacios muertos mediante el rellenado de todas las cavidades, sin comprimirlas en exceso (16).

Por último, la publicación pone de manifiesto que aunque se han obtenido resultados positivos en el caso de la utilización de hidrogel para mejorar las úlceras del pie diabético, el tiempo dedicado por los cuidadores representa un factor de gran relevancia para la obtención de una curación adecuada (16).

5 Discusión-Conclusión

Los estudios incluidos en esta revisión bibliográfica incluyen resultados que se relacionan con los cuidados que deben ser aplicados por parte del personal sanitario a los pacientes diabéticos (11-16). Distintas publicaciones sugieren que para mejorar la calidad de vida de estos pacientes es importante tener en cuenta tanto los cuidados que son proporcionados a los pacientes como su propia educación en materia de automanejo de la enfermedad, entendiendo como tal la modificación de hábitos de vida que pueden afectar negativamente a su estado de salud: nutrición, tabaco y sedentarismo (12,13).

En cuanto a la presencia de infecciones en pacientes diabéticos, que pueden complicar la cicatrización de úlceras presentes en extremidades inferiores, poniendo en riesgo la integridad de las mismas y la vida de los individuos afectados, se recomienda valorar sus síntomas con el objetivo de permitir una detección precoz que ayude al cuidado óptimo de los pacientes (13,14,16).

Además, algunos autores recomiendan que el personal sanitario lleve a cabo un control exhaustivo de patologías como la enfermedad arterial periférica y la neuropatía periférica, que pueden agravar los efectos de la diabetes y dificultar la sanación de úlceras de pie, con el consiguiente aumento de riesgo de amputación

y de mortalidad (13,15). La consideración global de las evidencias obtenidas por los artículos revisados, permite extraer las siguientes conclusiones:

- El cuidado asistencial y empático del auxiliar de enfermería al paciente diabético implica tareas clínicas y de educación, adquiriendo gran importancia la inclusión del paciente en la planificación de sus cuidados y la concienciación del mismo acerca de la necesidad de modificación de hábitos (tabaco, dieta y sedentarismo) que pueden agravar la enfermedad, disminuir su calidad de vida e incluso ponerla en peligro.
- La mayor parte de los cuidados sanitarios de los pacientes diabéticos se centran en la curación de úlceras presentes en los pies, para lo cual es indispensable aspectos como el control precoz de la aparición de infecciones, la valoración de la perfusión vascular, la eliminación de tejido necrótico y la liberación de presión en la extremidad.
- La curación adecuada de las úlceras de los pies diabéticos requiere la utilización de apósitos que respeten el equilibrio de humedad en la zona, siendo realizada por parte del cuidador mediante el empleo del tiempo necesario y sin aplicar un exceso de presión, que repercute de forma negativa en la cicatrización.

6 Bibliografía

- 1. Kharroubi AT, Darwish HM. Diabetes mellitus: the epidemic of the century. *World J Diabetes*. 2015; 6(6):850-867.
- 2. Kahanovitz L, Sluss PM, Russell SJ. Type 1 diabetes - A clinical perspective. *Point Care*. 2017; 16(1):37-40.
- 3. Wu Y, Ding Y, Tanaka Y, Zhang Y. Risk factors contributing to type 2 diabetes and recent advances in the treatment and prevention. *Int J Med Sci*. 2014; 11(11):1185-1200.
- 4. Dirar AHM, Doupis J. Gestational diabetes from A to Z. *World J Diabetes*. 2017; 8(12):489-511.
- 5. Sayin N, Kara N, Pekel G. Ocular complications of diabetes mellitus. *World J Diabetes*. 2015; 6(1):92-108.
- 6. Nasri H, Rafeian-Kopaei H. Diabetes mellitus and renal failure: prevention and management. *J Res Med Sci*. 2015; 20(11):1112-1120.
- 7. Schreiber AK, Nones CFM, Reis RC, Chichorro JG, Cunha JM. Diabetic neuropathic pain: physiopathology and treatment. *World J Diabetes*. 2015; 6(3):432-444.
- 8. Petrie JR, Guzik TJ, Touyz RM. Diabetes, hypertension, and cardiovascular disease: clinical insights and vascular mechanisms. *Can J Cardiol*. 2018; 34(5):575-584.

- 9. Everett E, Mathioudakis N. Update on management of diabetic foot ulcers. *Ann N Y Acad Sci.* 2018; 1411(1):153-165.
- 10. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- 11. Chester B, Stanely WG, Geetha T. Quick guide to type 2 diabetes self-management education: creating an interdisciplinary diabetes management team. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2018; 11: 641-645.
- 12. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Clin Diabetes.* 2016; 34(2):70-80.
- 13. Nativel M, Potier L, Alexandre L, Baillet-Blanco L, Ducasse E, Velho G, et al. Lower extremity arterial disease in patients with diabetes: a contemporary narrative review. *Cardiovasc Diabetol.* 2018; 17(1):138. doi: 10.1186/s12933-018-0781-1.
- 14. Hobizal KB, Wukich DK. Diabetic foot infections: current concept review. *Diabet Foot Ankle.* 2012; 3:18409 doi: 10.3402/dfa.v3i0.18409.
- 15. Volmer-Thole M, Lobmann R. Neuropathy and diabetic foot syndrome. *Int J Mol Sci.* 2016; 17(6):917 doi: 10.3390/ijms17060917.
- 16. Alexiadou K, Doupis J. Management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Ther.* 2012; 3(1):4. doi: 10.1007/s13300-012-0004-9.

Capítulo 683

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LOS CUIDADOS SANITARIOS EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

NURIA GONZALEZ NORIEGA

1 Introducción

- Definición de enfermedad arterial periférica:

La enfermedad arterial periférica consiste en un conjunto de trastornos vasculares provocados por la alteración progresiva del flujo arterial como consecuencia de una modificación funcional y estructural de las arterias de las extremidades, de diferentes órganos o del cerebro (1). En esta revisión bibliográfica la enfermedad arterial periférica hace referencia exclusivamente a trastornos arteriales correspondientes a las extremidades inferiores.

- Procesos que originan la enfermedad arterial periférica:

La aterosclerosis representa la causa principal que puede provocar la aparición de enfermedad arterial periférica, caracterizándose por el engrosamiento de las capas arteriales íntima y media con pérdida de elasticidad, constituyendo la placa

de ateroma la lesión básica (2). El estrechamiento de la luz del vaso sanguíneo provoca una disminución de irrigación y de aporte de nutrientes hacia las extremidades inferiores, como consecuencia de la presencia de placas de ateroma que suelen localizarse en vasos sanguíneos de gran y mediano calibre: zona ilíaca y aorta abdominal, arterias femoral y poplítea y arterias tibiales anterior o posterior (2). Estas lesiones pueden ser funcionales, provocando un estrechamiento de la arteria, u oclusivas, dando lugar a una obstrucción arterial (2).

En el sistema circulatorio existen zonas con mayor predisposición al desarrollo de placas de ateroma (curvas pronunciadas y zonas de bifurcación), en las que el flujo sanguíneo deja de ser laminar y unidireccional, pasando a fluir de forma caótica. Se originan de este modo zonas de turbulencia con fuerzas de cizalla oscilantes y zonas con bajas fuerzas de cizalla, que aumentan las probabilidades de que aparezca aterosclerosis (3). Como consecuencia de las fuerzas de cizalla se produce una alteración del equilibrio vascular en la arteria en cuestión, que altera su permeabilidad y da lugar al inicio de actividad inflamatoria y a la estimulación de la división celular y de procesos de coagulación, que favorecen todas las etapas de la formación de la placa de ateroma, compuesta por un núcleo necrótico y una cubierta fibrosa (3).

- Factores de riesgo de enfermedad arterial periférica:

Dado que la aterosclerosis representa la principal causa de enfermedad arterial periférica, cualquier factor de riesgo cardiovascular que aumente la probabilidad de que se formen placas de ateroma puede influir en la probabilidad de sufrir la enfermedad.

Existen evidencias de que el 95% de los individuos que enfermedad arterial periférica presenta al menos uno de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, elevación de colesterol total en sangre, diabetes mellitus, hipertensión arterial, sedentarismo, edad (sobre todo a partir de 55-60 años), género (mayor en hombres), etnia (mayor en etnia negroide e inferior en etnia asiática con respecto a etnia caucásica), antecedentes cardiovasculares (ictus o cardiopatías) e insuficiencia renal crónica (1,3,4).

- Síntomas:

La enfermedad arterial periférica puede desarrollarse de forma asintomática en tres cuartas partes de los individuos que la padecen (5). En la cuarta parte de los pacientes que presentan síntomas, éstos no se observan en la etapa inicial, mostrándose más tarde la denominada claudicación intermitente, caracterizada por sensación de dolor, calambres y cansancio muscular de las extremidades infe-

rios durante el ejercicio físico, desapareciendo o aliviándose mediante reposo (6).

Los signos físicos más destacados de la enfermedad arterial periférica incluyen la disminución o ausencia de pulsos en sentido distal a la obstrucción arterial. A medida que la enfermedad avanza, puede existir pérdida de vello, impotencia, heridas en puntos de presión que no se curan (talones o tobillos), movilidad reducida, engrosamiento de uñas, piel lisa, delgada y brillante, menor temperatura cutánea, palidez, decoloraciones rojizas-azuladas y cianosis (2).

En etapas más avanzadas de la enfermedad, disminuye la distancia que puede ser recorrida por el paciente sin sentir dolor (distancia de claudicación), llegando a aparecer incluso en reposo. En los casos más intensos, el flujo sanguíneo en reposo no cubre las necesidades nutricionales básicas de los tejidos, pudiendo aparecer anemia crítica de la extremidad que da lugar a isquemia. Se denomina isquemia crítica a la manifestación de la patología arterial periférica que incluye dolor isquémico crónico de reposo o lesiones isquémicas cutáneas, como úlceras o gangrena, reflejando una situación de elevado riesgo potencial de pérdida de una extremidad o parte de ella (7). Inicialmente la isquemia crítica produce edemas, sensación de frío o insensibilidad de un pie o de los dedos de un pie, que suele ocurrir durante la noche debido a que las extremidades inferiores adoptan una posición en plano horizontal, pudiendo mejorar con una posición de declive (7). Posteriormente, pueden aparecer las úlceras y la gangrena, que puede desembocar en la amputación de la extremidad si no se realiza un tratamiento adecuado.

La gravedad de la isquemia provocada por la obstrucción depende de la localización de la arteria, de su calibre y de la velocidad de instauración (7). Para que exista isquemia crítica crónica, la presión sistólica en el tobillo debe ser inferior a 50 mm Hg y debe existir dolor persistente en reposo que provoque la necesidad del paciente de recurrir a analgésicos habitualmente durante más de 14 días, pudiendo también existir úlceras o gangrena en un pie o en los dedos de un pie (7).

El dolor en reposo y la claudicación intermitente constituyen los síntomas típicos de la isquemia crítica. La claudicación intermitente consiste en fatiga, incomodidad o dolor en los músculos de la extremidad inferior, como consecuencia de isquemia provocada por la realización de ejercicio físico, constituyendo el síntoma principal de la enfermedad arterial periférica, aunque sólo se muestra en el 10-35% de los sujetos afectados por la enfermedad (8).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Recopilar, analizar, sintetizar, ordenar y comparar información correspondiente a los cuidados destinados a los pacientes con enfermedad arterial periférica.

Objetivos secundarios:

- Determinar los hábitos que pueden ser modificados con el fin de disminuir el riesgo de padecer la enfermedad, así como el tipo de tratamientos que pueden utilizarse frente a ella, en las cuales puede intervenir el personal sanitario.
- Examinar los efectos positivos que puede tener el abandono del consumo de tabaco sobre la enfermedad arterial periférica.
- Analizar el papel que tiene la realización de ejercicio en los individuos afectados por esta enfermedad.
- Determinar la influencia que puede tener la asociación de diabetes y enfermedad arterial periférica, así como los cuidados que pueden ser aplicados con el propósito de evitar posibles complicaciones.
- Analizar las alteraciones que puede provocar la elevación de colesterol sanguíneo total en los sujetos con enfermedad arterial periférica, así como los cuidados que puede realizar el personal sanitario para tratarla.

3 Metodología

Fuentes de información y estrategia de búsqueda:

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (9), recuperando artículos recientes acerca de la aplicación de cuidados en pacientes con enfermedad arterial periférica.

La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "peripheral arterial disease", "intermittent claudication", "critical ischaemia" y "arterial ischaemia" en combinación con los términos "risk factors management", "patient care" y "exercise", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección:

Después de la lectura del título y del resumen de cada publicación, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas.

- Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de los cuidados de pacientes con enfermedad arterial periférica.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.
- Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Lectura crítica y extracción de la información:

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 9 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación.

Nativel et al. (10) Esta publicación demuestra que el abandono del consumo de tabaco (de forma activa o pasiva), la realización de ejercicio y el control del nivel de lípidos en sangre son primordiales en pacientes que sufren enfermedad arterial periférica, mejorando la función física, la vitalidad y la salud general (10).

En concreto, en cuanto al seguimiento de programas de ejercicio físico, esta publicación indica que los pacientes que padecen la enfermedad y que presentan claudicación intermitente, experimentan un aumento de la distancia total recorrida sin dolor, en comparación con aquellos que no siguen este tipo de programas (10).

Respecto a la reducción de la concentración de lípidos sanguíneos, estos autores ponen de manifiesto que ésta puede conseguirse con la administración de fenofibrato, que disminuye un 36% el riesgo de amputación de extremidades inferior, y con el uso de evolocumab, que permite un descenso del 42% en la probabilidad de aparición de eventos vasculares relacionados con la enfermedad arterial periférica, como es el caso de la isquemia crítica (10).

Además, este estudio demuestra que el tratamiento con fármacos antiplaquetarios es importante para el cuidado de los pacientes con enfermedad arterial periférica, pudiendo realizar terapia simple (un único fármaco) o dual (dos medica-

mentos al mismo tiempo). En particular los autores señalan que aspirina y clopidogrel, tanto juntos como por separado, representan fármacos que permiten tratar la enfermedad arterial periférica, debido a que reducen la probabilidad de aparición de isquemia crítica y muerte vascular en pacientes con enfermedad arterial periférica sintomática o asintomática (10).

Ratchford (11). Este autor demuestra que el 80% de los pacientes con enfermedad arterial periférica son fumadores y que este hábito aumenta la probabilidad de amputación y mortalidad en aquellos pacientes que presentan claudicación intermitente en comparación con pacientes que dejan de consumir tabaco (11).

Por otro lado, existen evidencias que relacionan a las denominadas estatinas con una disminución de los eventos vasculares adversos en individuos con enfermedad arterial periférica y, por tanto, con la probabilidad de amputación, debido a la reducción de la concentración de colesterol sanguíneo (11). Además, la disminución de los niveles de grasa de la sangre que se deriva del uso de estatinas conlleva un incremento tanto de la distancia total recorrida como de la distancia recorrida sin dolor en pacientes que sufren enfermedad arterial periférica, mejorando la claudicación intermitente debida a la enfermedad (11).

Conte et al. (12)

Este estudio relaciona la reducción o el abandono del consumo de tabaco con una disminución de la progresión de la enfermedad arterial periférica, con disminución de la claudicación intermitente, con aumento de la distancia total recorrida al caminar, con mejora de la presión arterial en el tobillo, con aumento de la tolerancia al ejercicio, con aceleración en la curación de úlceras arteriales y con aumento de la supervivencia de los pacientes, debido a la reducción de la probabilidad de eventos vasculares en la extremidad, incluyendo isquemia crítica y amputación (12).

Por otro lado, estos autores estudian los efectos que tiene la realización de ejercicios en individuos con enfermedad arterial periférica que presentan claudicación intermitente, así como los tipos de ejercicios más recomendables, obteniendo evidencias de que la simple acción de caminar es superior a otras actividades, como bicicleta, subir escaleras, ponerse de puntillas, bailar o llevar a cabo ejercicios dinámicos y estáticos de las extremidades inferiores. Concretamente, determinan que, para ser efectivos, los programas basados en caminar deben tener una duración de al menos 30 minutos, deben ser llevados a cabo al menos 3 veces por semana y deben extenderse durante al menos 26 semanas (12).

Otro de los factores de riesgo de enfermedad arterial periférica que es estudiado por estos autores, la hipertensión arterial, puede ser disminuida mediante el uso de fármacos, en particular inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, como ramipril. Esta publicación demuestra que el ramipril tiene efectos positivos sobre el aumento de la distancia total recorrida y de la distancia recorrida sin dolor, provocando también una mejora de la percepción que tienen los pacientes acerca de su propia capacidad para caminar y subir escaleras (12).

En cuanto al contenido de colesterol total sanguíneo, este artículo indica una reducción del mismo mediante la administración de estatinas, que mejoran los síntomas provocados por la enfermedad (claudicación intermitente) y disminuyen la probabilidad de amputación en los pacientes (12).

Bonaca et al. (13)

Los resultados de esta publicación apoyan que la modificación de la conducta sedentaria, que constituye un factor de riesgo de enfermedad arterial periférica, mediante el seguimiento de programas de ejercicio, permite disminuir las probabilidades de sufrir esta enfermedad (13).

Este artículo indica que la distancia recorrida total y la distancia recorrida total sin dolor son mayores en los pacientes que llevan a cabo ejercicios supervisados en hospital, en comparación con aquellos pacientes que no los realizan (13).

Además, estos autores señalan que la hipertensión arterial puede ser reducida mediante el uso de fármacos, en particular inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, como ramipril, consiguiendo una disminución del riesgo de enfermedad arterial periférica. Este fármaco tiene efectos beneficiosos sobre los pacientes, mejorando la distancia total recorrida y la distancia recorrida sin dolor (13).

Por otro lado, existen evidencias que relacionan a las estatinas con una disminución de los eventos vasculares adversos en individuos con enfermedad arterial periférica y, por tanto, con la probabilidad de amputación, debido a la reducción del colesterol presente en el plasma sanguíneo (13). Como demuestra este artículo, las estatinas permiten que tanto la distancia total recorrida como la distancia total recorrida sin dolor aumenten en los pacientes que las consumen.

Gerhard-Herman et al. (14)

Esta publicación analiza el tipo de ejercicio o los componentes que deben integrar los programas de ejercicios destinados a pacientes con enfermedad arterial periférica, indicando que en pacientes con claudicación, los ejercicios basados en bicicleta y los ejercicios basados en caminar sin dolor o a baja intensidad evi-

tando la claudicación moderada o severa, tienen efectos positivos, provocando un aumento de la capacidad de caminar y una mejora del estado funcional de las extremidades inferiores (14).

Este artículo demuestra además que el seguimiento de programas de entrenamiento supervisado en hospital produce mayor efecto sobre la distancia total recorrida y sobre la distancia total recorrida sin dolor con respecto a pacientes que no siguen estos programas (14).

Malgor et al. (15)

Este estudio presenta evidencias de que la terapia basada en ejercicio físico se asocia con una mejora significativa en la distancia total recorrida, en los síntomas de la enfermedad arterial periférica, como la claudicación intermitente, y en la calidad de vida de los pacientes. En este artículo se observa que el seguimiento de programas de ejercicio influye positivamente sobre los pacientes claudicantes que han sido sometidos a procedimientos de cirugía en cuanto a distancia recorrida sin dolor, en comparación con aquellos pacientes que no acompañan el proceso quirúrgico de ejercicios (15).

Hageman et al. (16)

Estos autores ponen de manifiesto que los programas de ejercicios llevados a cabo bajo supervisión hospitalaria en comparación con los programas de ejercicios supervisados realizados en el hogar de los individuos que presentan claudicación intermitente, presentan una superioridad para la mejora de la distancia total recorrida y de la distancia recorrida sin dolor por los pacientes de enfermedad arterial periférica que los llevan a cabo (16).

Gupta et al. (17)

El estudio se centra en el control de la diabetes como factor de riesgo de la enfermedad arterial periférica, demostrando que un control intensivo de la glucemia permite reducir la frecuencia de aparición de complicaciones microvasculares, sobre todo en pacientes con isquemia crítica en las extremidades inferiores (17). En los pacientes que no son sometidos a un control glucémico para evitar la aparición de eventos microvasculares, existe un incremento del riesgo de aparición de úlceras arteriales en las extremidades, comúnmente en el pie, por debajo del tobillo o sobre la superficie plantar (17). En estos casos, la comunicación con el paciente para establecer un acuerdo acerca de los objetivos terapéuticos que se persiguen, representa un pilar muy importante para conseguir la curación de estas heridas y evitar la amputación de la extremidad o de parte de ella (17). Del mismo modo, el desbridamiento regular tiene un papel clave en el mantenimiento de la

salud de la úlcera con potencial para curarse, consistiendo en la eliminación de material necrótico y de microorganismos, con el propósito de eliminar factores inhibidores que impedirían la curación (17).

Además, estos autores señalan que algunos de los aspectos que merecen especial atención son los referidos a la compresión que se aplica al vendaje que se aplica después del desbridamiento y a la evaluación periódica del progreso de la úlcera, ajustando los cuidados que deben llevarse a cabo en la misma en el caso de que se observe menos de un 50% de cambio en ella en cuanto a tamaño al cabo de 4 semanas o en el caso de que no se observen cambios 2 semanas después de iniciar la cura (17).

Di Minno et al. (18)

Este estudio demuestra que el cuidado de pacientes con enfermedad arterial periférica sintomática o asintomática mediante fármacos antiplaquetarios, como aspirina y clopidogrel, de forma separada y conjunta, permite reducir el riesgo de isquemia crítica y de muerte vascular. Además estos autores observan que el tratamiento basado en el uso de ambos fármacos de manera simultánea provoca mejores resultados en los pacientes (18).

5 Discusión-Conclusión

La alteración paulatina del flujo arterial provocada por la modificación de la función y de la estructura de las arterias que forman parte de las extremidades inferiores puede dar lugar a la aparición del conjunto de trastornos vasculares que componen la enfermedad arterial periférica. La aterosclerosis constituye la principal causa que puede originar esta enfermedad, por lo cual cualquier factor que aumente el riesgo de aterosclerosis puede influir en la probabilidad de sufrirla.

Las publicaciones incluidas en esta revisión bibliográfica analizan los cuidados sanitarios destinados a pacientes que padecen esta enfermedad. Estos cuidados están relacionados con la modificación de algunos factores de riesgo de la enfermedad (tabaco, sedentarismo, diabetes o hipertensión) y con el empleo de determinados medicamentos, que pueden dirigirse hacia el control de la concentración de los lípidos del plasma sanguíneo o hacia la reducción de los síntomas de la enfermedad, como la claudicación intermitente y la isquemia crítica (10-18).

Como demuestran algunas publicaciones revisadas, el consumo de tabaco favorece el avance de la enfermedad, enlentece la mejora de la úlceras arteriales

y disminuye las probabilidades de supervivencia de los pacientes, debido al aumento de la probabilidad de trastornos en los vasos sanguíneos de las extremidades, que con frecuencia conducen a situaciones de isquemia crítica y de amputación, por lo cual se sugiere que el abandono de este hábito es primordial (10-12).

En cuanto a la realización de ejercicio físico y a la modificación de conductas sedentarias, numerosos estudios revisados sugieren que los programas de entrenamiento son positivos para los pacientes con enfermedad arterial periférica (10,12-16). Además, algunos de estos estudios coinciden en proponer que se obtienen efectos más beneficiosos en los pacientes que realizan ejercicios supervisados por profesionales de la salud en centros hospitalarios (13,14,16).

Respecto al empleo de fármacos dirigidos a reducir el nivel de colesterol total en sangre, diferentes publicaciones revisadas aportan evidencias significativas que sugieren que las estatinas podrían servir para controlar la concentración de los lípidos de la sangre, contribuyendo a la disminución del riesgo de eventos vasculares perjudiciales en pacientes con enfermedad arterial periférica (11-13).

Finalmente, algunos investigadores sugieren que fármacos antiplaquetarios, como aspirina y clopidogrel, producen efectos positivos sobre pacientes con enfermedad arterial periférica, considerando tanto la farmacoterapia simple como la dual (10,18).

Considerando en conjunto los resultados publicados por los artículos revisados, se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen a continuación:

- Los cuidados sanitarios de enfermería para la enfermedad arterial periférica se relacionan con el control de los factores de riesgo que pueden favorecer su aparición, como el consumo de tabaco, el sedentarismo, la diabetes o la hipertensión, y con la administración de fármacos para controlar los niveles de los lípidos de la sangre o los síntomas de la enfermedad, como la claudicación intermitente y la isquemia crítica.
- El consumo de tabaco influye negativamente en la función física, en la vitalidad y en la salud general, provocando un aumento de la probabilidad de amputación y de mortalidad en individuos que sufren enfermedad arterial periférica con claudicación intermitente, por lo cual el abandono de este hábito provoca una reducción de la progresión de esta enfermedad, disminuye la claudicación intermitente, mejora la presión arterial en el tobillo, aumenta la tolerancia al ejercicio, acelera la curación de las heridas derivadas de la enfermedad y aumenta la supervivencia de los pacientes.

- El seguimiento de programas de ejercicio por parte de pacientes con enfermedad arterial periférica permite modificar otro factor de riesgo de la enfermedad, como es el sedentarismo, proporcionando beneficios relacionados con la disminución de la claudicación intermitente, con el aumento de la capacidad para caminar y con el aumento de la calidad de vida de los pacientes.
- Los programas de ejercicio supervisados por personal sanitario en entornos hospitalarios muestran una ligera superioridad para parámetros como la distancia total recorrida y la distancia recorrida sin dolor medidos en los pacientes que padecen la enfermedad.
- El control intensivo de los niveles de glucosa permite evitar complicaciones microvasculares que provoquen la aparición de úlceras arteriales en las extremidades inferiores.
- Las estatinas permiten reducir los niveles de colesterol sanguíneo en sujetos con enfermedad arterial periférica, disminuyendo la claudicación intermitente, la probabilidad de que se produzca isquemia crítica y el riesgo de amputación.
- La administración de fármacos anticoagulantes, como aspirina y clopidogrel, influye de forma positiva en los individuos con enfermedad arterial periférica, reduciendo la claudicación intermitente, el riesgo de isquemia crítica y el riesgo de muerte vascular.

6 Bibliografía

1. Velescu A, Elosua-Llanos R (dir), Clarà-Velasco A (dir), Grande-Posa L (dir). Arteriopatía ocluyente de extremidades inferiores en una población Mediterránea: epidemiología y asociación con enfermedad vascular [tesis doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universidad de Autónoma de Barcelona; 2017.
2. Benguria-Arrate G, López de Argumedo M, Galnares-Cordero L. Stents periféricos biorreabsorbibles. [Internet] 1ª ed. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2014.
3. Herráiz-Adillo A, Notario-Pacheco B (dir), Martínez-Vizcaíno V (dir). El diagnóstico de la enfermedad arterial periférica en atención primaria [tesis doctoral en Internet]. [Cuenca]: Universidad de Castilla-La Mancha; 2018.
4. Yeh CH, Yu HC, Huang TY, Huang PF, Wang YC, Chen TP, et al. High systolic and diastolic blood pressure variability is correlated with the occurrence of peripheral arterial disease in the first decade following a diagnosis of type 2 diabetes mellitus: a new biomarker from old measurement. *Biomed Res Int.* 2016; 2016: 9872945.

5. García-García Y, Díaz-Batista A, Arpajón-Peña Y, Estévez-Perera A, Aldama-Figueroa A, Conesa-González AI, et al. Enfermedad arterial periférica asintomática en pacientes con factores de riesgo del síndrome metabólico. *Revista Cubana de Angiología*. 2018; 19(2): 91-103.
6. Andras A, Ferket B. Screening for peripheral arterial disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (4): CD010835.
7. Barragú S, Belcastro F, Cintora F, Glenny P, Cors J, Goerner MS, et al. Recomendación de manejo de la isquemia arterial aguda de los miembros. *Revista Argentina de Cardiología*; 2017. 85(4): 64-68.
8. Belcastro F, Bluro IM, Ferreira M, Lavalle-Cobo AM, Mosso G, Perea G, et al. Enfermedad arterial de miembros inferiores. *Revista Argentina de Cardiología*; 2015. 83(3): 38-60.
9. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
10. Nativel M, Potier L, Alexandre L, Baillet-Blanco L, Ducasse E, Velho G, et al. Lower extremity arterial disease in patients with diabetes: a contemporary narrative review. *Cardiovasc Diabetol*. 2018; 17(1): 138. doi: 10.1186/s12933-018-0781-1.
11. Ratchford EV. Medical management of claudication. *J Vasc Surg*. 2017; 66(1): 275-280. doi: 10.1016/j.jvs.2017.02.040.
12. Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JF, Mills JL, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. *J Vasc Surg*. 2015; 61(3): 2S-41S. doi: 10.1016/j.jvs.2014.12.009.
13. Bonaca MP, Creager MA. Pharmacological treatment and current management of peripheral artery disease. *Circ Res*. 2015; 116(9): 1579-1598. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.114.303505.
14. Gerhard-Herman M, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, et al. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: executive summary. *Journal American College Cardiology*. 2017; 69(11): 1465-1508.
15. Malgor RD, Alahdab F, Elraiyah TA, Rizvi AZ, Lane MA, Prokop LJ, et al. A systematic review of treatment of intermittent claudication in the lower extremities. *J Vasc Surg*. 2015; 61(3): 54-73.
16. Hageman D, Fokkenrood HJ, Gommans LN, van den Houten MM, Teijink JA. Supervised exercise therapy versus home-based exercise therapy versus walking advice for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 4:CD005263. doi: 10.1002/14651858.CD005263.pub4.

17. Gupta S, Andersen C, Black J, de Leon J, Fife C, Lantis II JC, et al. Management of chronic wounds: diagnosis, preparation, treatment, and follow-up. *Wounds*. 2017; 29(9): S19-S36.
18. Di Minno G, Spadarella G, Cafaro G, Petitto M, Lupoli R, Di Minno A, et al. Systematic reviews and meta-analyses for more profitable strategies in peripheral artery disease. *Ann Med*. 2014; 46(7): 475-489. doi: 10.3109/07853890.2014.932618.

Capítulo 684

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE CABUEÑES

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

SONIA ÁLVAREZ GRANDA

VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA

NOELIA NÚÑEZ RIAL

1 Introducción

El estrés es algo habitual en nuestra vida, afecta no sólo a la salud y bienestar personal sino también a la satisfacción laboral y colectiva. Dentro de la salud laboral en los últimos años ha aparecido un nuevo proceso conocido por el síndrome de Burnout (SB). Varios autores han documentado que este síndrome afecta a aquellos profesionales que tienen un contacto directo con las personas y que necesitan altas dosis de entrega e implicación. Entre otras profesiones como policías, médicos y profesores el personal de enfermería está potencialmente afectado por dicho síndrome.

2 Objetivos

Nuestros tres objetivos principales en este proyecto de investigación, son que el personal de enfermería no sufra:

- Desgaste, pérdida de energía y agotamiento tanto físico como psicológico
- Despersonalización, es decir, tener actitudes negativas hacia las personas beneficiarias de su trabajo
- Falta de realización personal por la que suelen aparecer depresión, moral baja, incremento de irritabilidad, baja productividad e incapacidad para soportar situaciones de tensión.

3 Metodología

Nuestra metodología se desarrolló en dos facetas siempre con la colaboración del jefe de servicio de la sección de traumatología de nuestro hospital. Una de ellas fue que en las reuniones diarias que se realizan para planificar el orden del día se realizara un ritual de motivación y sensibilización del personal de enfermería. Determinamos que con que fueran unas palabras de ánimo entre el personal como: buena jornada de trabajo, paciencia, comprensión y empatía por ejemplo era suficiente para que nuestra mente estuviera preparada para que lo nos ibamos a encontrar en dicha jornada. La otra faceta a implantar y que nos ha dado buenos resultados ha sido establecer turnos ecológicos o antiestrés. Con estos horarios lo que se busca es una gran conciliación de la vida familiar y personal que aumenta el bienestar del trabajador y a la postre de los beneficiarios del trabajo, en este caso los pacientes.

4 Resultados

Tres meses después de implantar estos dos cambios en la rutina de trabajo en la sección de traumatología del Hospital de Cabueñes se realizó una encuesta anónima entre el personal de enfermería y los pacientes de manera cruzada para obtener el grado de satisfacción de ambos. Los resultados no pudieron ser más halagüeños ya que ambos en porcentaje presentaron aproximadamente un setenta por ciento en el grado de satisfacción. Anteriormente a establecer estas medidas los datos eran de un treinta por ciento.

5 Discusión-Conclusión

Dos sencillos cambios en la manera de trabajar causan una sensibilización y bienestar en el personal de enfermería que hace que el paciente no sea para ellos

un mero número sino una persona padeciendo a la que hay que ayudar y tratar como se merece.

6 Bibliografía

- Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, de Lucas N, Panadero E. Situación del Burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatría* 2000; 52: 418-23.
- Nobel G, Lluch M.T, Miguel MD. *Enfermería psicosocial 2*. Barcelona: Salvat; 1991.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 294-303.

Capítulo 685

MÉTODO MADRE CANGURO

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

1 Introducción

El método madre canguro es una técnica aplicada a neonatos de bajo peso y/o pretérmino, se fundamenta en el contacto piel a piel entre madre e hijo y todos los cuidados que una madre proporciona. Este método también puede ser aplicado por el padre u otro adulto.

El método madre canguro se ideó en Bogotá en 1978, el creador fue el doctor Edgar Rey Sanabria ante la falta de recursos y espacio que sufría por aquel entonces el Instituto Materno Infantil de Colombia, donde él trabajaba como neonatólogo.

2 Objetivos

- Analizar los beneficios del método canguro.
- Comprobar que la supervivencia de los neonatos atendidos con ésta técnica es similar a la de los neonatos atendidos en incubadoras.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El método madre canguro, beneficia enormemente al desarrollo del prematuro, ayudándolo a superar riesgos y dificultades producidos por su inmadurez.
- Favorece la maduración del SNC, el sueño, hay un mayor aumento de peso y reduce los riesgos potenciales de éstos neonatos como las apneas e infecciones.
- Hay conclusiones que demuestran que los beneficios de éste método persiste a lo largo de los años, incluso ya en adultos, afectando de forma positiva al cociente intelectual y entorno familiar de los niños. También repercute favorablemente en el rendimiento escolar, disminuyendo el absentismo, reduciendo el riesgo de padecer hiperactividad, agresividad o conductas disociadas en el adulto joven.

5 Discusión-Conclusión

El método canguro demostró ser útil para disminuir muchas de las dificultades a las que se enfrentan los prematuros, favoreciendo a crear y mantener el vínculo madre/padre e hijo/a, repercutiendo favorablemente en la vida del futuro adulto. De esto se concluye que se puede y debe recomendar este método en toda aquella madre gestante, en beneficio claro para el neonato.

6 Bibliografía

- Instituto materno infantil de Bogotá. Programa madre canguro. Colombia 1990.
- E. Berk. Desarrollo del niño y del adolescente. Editorial Prentice hall, 1999
- Tuoni C, y col. Cuidado de la madre canguro: cuatro años de experiencias cuidando a bebés de muy bajo peso al nacer y prematuros. Minerva pediatri. 2012
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

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

Capítulo 686

ASEO AL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La fractura de cadera consiste en la rotura del cuello del fémur. Tiene una serie de factores de riesgo como pueden ser el sedentarismo, los traumatismos, la edad y el sexo, ya que es más frecuente en mujeres mayores a causa de la osteoporosis. Es una de las principales causas de ingreso en el servicio de traumatología en los ancianos.

2 Objetivos

- Determinar el protocolo de aseo para evitar la luxación de la prótesis de cadera.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

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

Capítulo 687

ENFERMEDADES HOSPITALARIAS.

CRISTINA CABALLERO HERRERA

SANDRA ALVAREZ MARTIN

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

SONIA ARENAS BARRO

PAULA CASAL BOUZA

1 Introducción

Las enfermedades hospitalarias o nosocomiales se definen como las contraídas en el hospital por un paciente que había sido ingresado por una razón distinta a esa infección . Puede manifestarse durante su estancia hospitalaria o después del alta medica.

2 Objetivos

- Identificar factores de riesgo de las enfermedades nosocomiales dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

A través de los cuidados individualizados al paciente, se identifican los principales factores, agentes causales y mecanismos de transmisión de la enfermedad

nosocomial y se establecen diagnósticos de enfermería reales y potenciales. Actuando para prevenir posibles complicaciones reales.

4 Resultados

- Los factores de riesgo dentro del ámbito hospitalario para la aparición de una enfermedad nosocomial son:

Intrínsecos: son los debidos al paciente ,son difícilmente modificables.

Extrínsecos: se deben a los tratamientos que recibe el paciente en el centro asistencial. Son factores sobre los que se puede actuar para reducirlos al mínimo.

Además, se deben Identificar mecanismos de transmisión : tanto directa (contacto físico ,a través del aire, etc.) como indirecta través de objetos contaminados.

- Los pacientes ingresados en los hospitales asturianos tenían más edad y sufrían más enfermedades crónicas que los del estudio nacional previo. Fueron sometidos a un mayor numero de técnicas y procedimientos durante su estancia hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales constituyen un importante problema en nuestro servicio y se debe trabajar para optimizar la intervención intensiva a nuestros pacientes y actuar sobre sus factores de riesgo.

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- www.scielosp.org.
- www.redaccionmedica.com.
- <https://higieneambiental.com>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 688

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

NURIA GONZALEZ NORIEGA

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

1 Introducción

El traumatismo craneoencefálico puede ser definido como la afectación del cerebro causada por una fuerza externa que puede provocar una disminución o disfunción del nivel de consciencia y que conlleva alteraciones cognitivas, físicas, conductuales y/o emocionales del individuo (1). Las lesiones provocadas por traumatismo craneoencefálico son en su mayoría por dos procesos diferentes: lesiones primarias y lesiones secundarias (2,3).

Las lesiones primarias son provocadas directamente por el propio impacto (2). En este tipo de lesiones un objeto choca con el cráneo provocando fracturas en el mismo y hematomas cerebrales, cuya gravedad depende de la energía cinética del agente externo que impacta (2).

Las lesiones secundarias pueden depender o no del impacto y consisten en alteraciones locales y de otros sistemas del organismo que agravan lesiones cerebrales existentes o provocan la aparición de otras nuevas (3). Por tanto, estas lesiones pueden tener una localización intracraneal (edema, convulsiones, reducción de flujo sanguíneo intracraneal, reducción de perfusión cerebral, isquemia cerebral y/o aumento de la presión intracraneal) o extracraneal (sepsis, disfunción multiorgánica, hiponatremia, hipoxemia, hipoventilación, hipoglucemia, hiperglucemia, hipotensión arterial y/o hipotermia) manifestándose 24 horas después del impacto, motivo por el cual deben prevenirse, diagnosticarse y tratarse los efectos iniciados por la lesión primaria (3). Entre las lesiones intracraneales, la isquemia cerebral y la hipertensión intracraneal constituyen las lesiones secundarias con mayor prevalencia en los traumatismos craneoencefálicos que provocan la muerte del paciente (3).

Escala de coma de Glasgow

Hace más de 40 años, Teasdale et al. (4) idearon un método para evaluar el nivel de consciencia después de un traumatismo craneoencefálico, siendo conocido más tarde como escala de coma de Glasgow. Actualmente esta escala sigue siendo utilizada y es considerada el parámetro más fiable para evaluar el nivel de consciencia, permitiendo clasificar los traumatismos craneoencefálicos en función de tres variables: la respuesta ocular, la respuesta motriz y la respuesta verbal (4,5). Las reacciones oculares, motrices y verbales del paciente frente a diferentes estímulos son valoradas después de la lesión craneal, otorgando una puntuación para cada una de ellas, cuya suma total determina si el traumatismo es considerado leve, moderado o grave.

Manejo y monitorización del traumatismo craneoencefálico grave: los cuidados que reciben los pacientes que ocupan la unidad de cuidados intensivos después de un traumatismo craneoencefálico grave tienen como objetivo prevenir lesiones secundarias derivadas del mismo (6). Es necesario tener en cuenta diferentes aspectos en estos pacientes, como son su posicionamiento, la prevención de úlceras de presión, su nutrición, su transporte, el uso de materiales estériles, la inserción aséptica de los catéteres necesarios y la evaluación de la necesidad de traqueotomía para permitir una adecuada oxigenación (6). Entre los parámetros que se monitorizan en estos pacientes se encuentran valores de hemodinámica (tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica, tensión arterial media, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y temperatura), valores de la escala de coma de Glasgow, valores de presión intracraneal, valores de presión de perfusión cerebral, valores de presión de oxígeno en el tejido cerebral (PtiO₂) y valores de sat-

uración de oxígeno del bulbo de la vena yugular (SjO₂) (6-8). La monitorización de los valores de hemodinámica pretende, principalmente, controlar que la presión arterial media y la presión de perfusión cerebral se mantienen en valores adecuados, es decir, 90 mm Hg o menos y entre 60 y 70 mm Hg, respectivamente (9).

En cuanto a la presión intracraneal, que es la fuerza que ejercen el tejido nervioso, la sangre y el líquido cefalorraquídeo sobre el cráneo, se considera que existe hipertensión intracraneal, una de las principales causas de muerte por traumatismo craneoencefálico grave, cuando su valor es igual o superior a 20 mm Hg (6). Con el fin de tratar la hipertensión intracraneal se pueden llevar a cabo una serie de medidas, como son el drenaje ventricular de líquido cefalorraquídeo y la hiperventilación moderada (6). La medida de la presión intracraneal y de la tensión arterial media hace posible derivar la presión de perfusión cerebral y guiar el tratamiento de los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos (10). Durante los últimos años, los sistemas de monitorización han experimentado avances que permiten minimizar errores y eliminar limitaciones en la detección temprana de las lesiones secundarias que se pueden producir como consecuencia de un traumatismo craneoencefálico grave, con lo cual se ha mejorado el pronóstico de los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos después de sufrir este tipo de lesión (11,12).

2 Objetivos

- Identificar los sistemas de neuromonitorización y valoración utilizados para el manejo del traumatismo craneoencefálico grave.
- Determinar los tipos de cuidados destinados a los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.
- Describir los parámetros patológicos en la neuromonitorización y valoración del paciente con traumatismo craneoencefálico grave.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (13), recuperando artículos recientes acerca de la aplicación de cuidados en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "severe traumatic brain injury", "severe craniocerebral injury", "severe skull injury", "severe cranial injury" y "severe head injury" en combinación con los términos "monitoring", "neuromonitoring", "management", "intensive care unit", "critical patient", "impaired patient", "nursing care" y "coma", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección: después de la lectura del título y del resumen de cada publicación, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas.

Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de los cuidados de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.

Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Lectura crítica y extracción de la información : una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 7 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación.

Potapov et al. (14)

- Esta publicación analiza el cuidado intensivo de neurocríticos que han sufrido traumatismo craneoencefálico grave, indicando que entre las medidas óptimas de monitorización deben incluirse la medición de la presión intracraneal, la medición de la presión de perfusión cerebral, la monitorización de la saturación de oxígeno cerebral y la monitorización de la presión arterial (14).

En cuanto al cuidado de las vías aéreas, Potapov et al. (14) resaltan la importancia de la intubación traqueal y del soporte respiratorio en estos pacientes neurocríticos para asegurar la saturación de oxígeno de la sangre arterial, debiendo

mantener la presión parcial de CO₂ arterial (PaCO₂) entre 36 y 40 mm Hg. El artículo demuestra la necesidad de aplicación de hiperventilación a corto plazo, en caso de que exista una crisis del estado neurológico del paciente, o durante un tiempo más largo si la hipertensión intracraneal persiste a pesar del uso de sedantes, del drenaje del líquido cefalorraquídeo de los ventrículos cerebrales y del uso de soluciones hiperosmolares (14).

Por otro lado, Potapov et al. (14) indican que se requiere la corrección de la hipotensión arterial en los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave, para lo cual la presión de perfusión cerebral debe ser inferior a 60 mm Hg, mientras que la presión sanguínea media debe mantenerse en 90 mm Hg durante toda la estancia hospitalaria.

Los autores de esta publicación demuestran que la monitorización de la presión intracraneal es requerida en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave y patología probada (hematoma o edema) mediante escaneo por tomografía cerebral o en pacientes que no presentan patología en la tomografía pero tienen más de 40 años, descerebración unilateral o bilateral o presión sistólica inferior a 90 mm Hg (14). Según este artículo, la hipertensión intracraneal puede tratarse de dos formas: preventiva, controlando factores como el flujo venoso en la cavidad craneal, el fallo respiratorio, la hipertermia y la alteración de la tensión arterial (hipo o hiper); o de forma urgente, mediante drenaje del líquido cefalorraquídeo, administración de soluciones hiperosmolares (15% manitol o bolos de manitol en dosis de 0,25-1 gr/kg), hipotermia inducida (32°-35°C) o hiperventilación moderada (14). En cuanto a la presión de perfusión cerebral Potapov et al. (14) ponen de manifiesto que debe encontrarse entre 50 y 70 mm Hg en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave, siendo de gran ayuda la monitorización auxiliar del flujo sanguíneo cerebral, de la saturación de oxígeno y del metabolismo cerebral.

Además el artículo demuestra la importancia de la monitorización de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave, observando que la inducción de hipertensión arterial en pacientes que presentan alteración de esta autorregulación puede provocar complicaciones intracerebrales (alteración de la barrera hematoencefálica, desarrollo de edemas cerebrales e hipertensión intracerebral inducida) y extracerebrales (disfunción miocárdica, lesión pulmonar acompañada de edema y lesión pulmonar aguda) que aumentan el riesgo de mortalidad (14). La monitorización del estado de la autorregulación de los vasos sanguíneos cerebrales se consigue de forma fiable y segura mediante el índice de reactividad de presión (PRx) (14).

Geeraerts et al. (15)

- En esta publicación se analiza el manejo de pacientes con traumatismo craneoencefálico grave en las primeras 24 horas después de producirse la lesión, centrándose en la evaluación del mismo, en la sedación, en indicaciones y modalidades de monitorización cerebral, en el manejo del incremento de la presión intracraneal, en el manejo de múltiples lesiones derivadas de traumatismo craneoencefálico grave y en el control de la homeostasis biológica a través de osmolaridad y glucemia (15).

Este estudio resalta la necesidad de corregir factores sistémicos de daños cerebrales secundarios, como es el caso de la hipotensión arterial y la hipoxemia, cuya aparición se relaciona con un aumento significativo de la mortalidad en este tipo de pacientes (15).

En el caso de la tensión arterial, se indica que existe hipotensión cuando la presión sanguínea sistólica es inferior a 90 mm Hg, bastando 5 minutos para que aumenten de forma significativa las probabilidades de mortalidad, mientras que se señala que una tensión media arterial superior o igual a 80 mm Hg es adecuada (15). En lo que se refiere a la hipoxemia, es decir, periodos en los que la saturación de hemoglobina por oxígeno (SaO₂) es igual o inferior al 90%, su aparición se produce en el 20% de los casos de traumatismo craneoencefálico grave, asociándose igualmente a un empeoramiento del resultado neurológico y a un aumento de la mortalidad (15). Como indican los autores de esta publicación, la aparición simultánea de la hipotensión y de la hipoxemia es especialmente deletérea, provocando mortalidad en el 75% de las ocasiones (15).

En cuanto al control de la ventilación en estos pacientes mediante intubación, ventilación mecánica y monitorización de la fracción final de CO₂ espirado (EtCO₂), los autores ponen de manifiesto que debido a que la hipocapnia (disminución de CO₂ en sangre) representa un factor de riesgo de isquemia cerebral, la monitorización de la fracción final de CO₂ en pacientes intubados es clave para mantener la presión parcial de CO₂ en sangre arterial en un intervalo normal (15).

Geeraerts et al. (15) demuestran igualmente que la realización de drenaje de líquido cefalorraquídeo del ventrículo externo es necesaria en el caso de que la hipertensión intracraneal persista cuando la sedación y la corrección de lesiones cerebrales secundarias no son efectivas.

Además, en cuanto a la aplicación de sedación, excepto en etapas de tratamiento de la hipertensión intracraneal, Geeraerts et al. (15) indican el seguimiento de las directrices generales correspondientes a la unidad de cuidados intensivos, debido a que la interrupción de la sedación diaria puede ser deletérea para la hemodinámica cerebral. La publicación aporta también evidencias de que la adminis-

tracción de manitol 20% o solución salina hipertónica a 250 mOsm en infusión durante 15-20 minutos permite tratar adecuadamente la hipertensión intracraneal. Respecto a la monitorización multimodal incluyendo doppler transcraneal o medición de la presión de oxigenación del tejido cerebral (PtiO₂), se demuestra que constituye una herramienta útil para la optimización del flujo sanguíneo cerebral y de la oxigenación en neurocríticos (15).

En cuanto a la glucemia, los autores observan que el mantenimiento de la concentración de glucosa sanguínea entre 8 mmol/L (1,4 g/L) y 10-11 mmol/L (1,8-2 g/L) en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave mediante mediciones regulares en sangre venosa y arterial constituye un elemento esencial para la prevención de la hiperglucemia, identificada como un factor de riesgo de infección y de mortalidad, y de la hipoglucemia, asociada con la terapia intensiva de insulina (15).

Jones et al. (16)

- Este artículo analiza la monitorización multimodal, que incluye la microdiálisis cerebral, la medición de la presión intracraneal, la medición del flujo sanguíneo cerebral, la medición de la oxigenación de tejido cerebral (PtiO₂) y la medición del índice de reactividad de presión (PRx), con el fin de evaluar su utilidad en la determinación precisa del estado de las lesiones neurológicas en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave, facilitando de este modo la toma de decisiones en cuanto al manejo activo del cuidado intensivo. Los autores demuestran que este tipo de monitorización es superior a la monitorización estándar, que tiene en cuenta exclusivamente la presión intracraneal, obteniendo una mejora de los resultados clínicos, tanto mediante la utilización combinada de la monitorización de la presión intracraneal, de la oxigenación del tejido cerebral (PtiO₂) y del metabolismo cerebral, como mediante la combinación de la monitorización de la presión intracraneal y de la autorregulación cerebral (PRx) (16).

Marehbian et al. (17)

- Esta publicación aporta evidencias de que la monitorización de la presión intracraneal es primordial en pacientes de traumatismo craneoencefálico grave y que presentan tomografía cerebral anormal o en casos de tomografía normal en los que se cumplen dos o más de las siguientes características: más de 40 años, situación unilateral o bilateral de la descerebración o presión sistólica inferior a 90 mm Hg (17). Además, se señala que el drenaje extraventricular continuo de líquido cefalorraquídeo en estos pacientes durante las 12 horas inmediatamente posteriores a la lesión es necesario para controlar la presión intracraneal (por debajo de 22 mm Hg), así como el mantenimiento de la presión de perfusión

cerebral entre 60 y 70 mm Hg y el índice de reactividad de presión (PRx) por debajo de 0,3 (17).

Los autores de este artículo resaltan el papel creciente de la monitorización multimodal que incluye la monitorización del metabolismo cerebral y de la oxigenación del tejido cerebral (PtiO₂), además de la tradicional monitorización de la presión intracraneal y de la presión de perfusión cerebral (17).

Shi et al. (18)

- En este estudio se valoran los mecanismos que conducen a una situación de hiperglucemia después de un traumatismo craneoencefálico grave, la cual es asociada con pronósticos negativos para este tipo de lesión, y se analiza su manejo adecuado mediante apoyo nutricional, control de glucosa, hipotermia moderada y tratamiento con manitol (18). De este modo los autores ponen de manifiesto que los mecanismos que llevan a hiperglucemia después de este tipo de lesión están constituidos por la respuesta a estrés y la respuesta inflamatoria (18).

Por otro lado, la publicación aporta datos que apuntan a que se requiere la utilización de la microdiálisis cerebral con el fin de monitorizar el estado metabólico del cerebro lesionado y descubrir crisis, como pueden ser el nivel bajo o elevado de la glucosa sanguínea o la elevada proporción de lactato/piruvato, y que indican que la monitorización de la glucosa en sangre debe realizarse de forma continua, ajustando frecuentemente la insulina administrada durante el curso clínico del paciente (Shi, et al., 2016).

Oddo et al. (19)

- En esta publicación se estudian los efectos fisiológicos cerebrales de diferentes sedantes, ventajas y desventajas de cada agente y efectos comparativos de los sedantes estándar (propofol y midazolam) sobre pacientes afectados por traumatismo craneoencefálico grave. Como resultado, los autores obtienen evidencias que indican la necesidad de dosificar de forma óptima de la sedación en estos pacientes y el manejo adecuado del abandono de la misma, dependiendo de la evolución específica de cada caso concreto (19).

Los datos obtenidos en este artículo señalan que midazolam y propofol representan los sedantes de primera opción para el control de la presión intracraneal (19).

Asehnoune et al. (20)

- En esta publicación se analiza el manejo respiratorio de los pacientes con traumatismo craneoencefálico desde la fase temprana de ventilación mecánica hasta la extubación. Los autores obtienen evidencias experimentales que muestran los

efectos beneficiosos de la ventilación protectora, con volúmenes tidales bajos (6-8 mL/kg de peso corporal ideal) después de la lesión cerebral (20).

Respecto a la extubación de los pacientes neurocríticos, Asehnoune et al. (20) ponen de manifiesto que algunas características del paciente, como la existencia de tos, de deglución o la reacción visual, pueden ayudar a tomar la decisión de retirar la respiración asistida, aunque no exista una recuperación neurológica completa.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica pretende actualizar el conocimiento sobre la monitorización estándar, basada en el control de la presión intracraneal y de la presión de perfusión cerebral, y sobre la monitorización multimodal, que añade parámetros como el metabolismo cerebral, la autorregulación cerebrovascular y la oxigenación del tejido cerebral, permitiendo una mayor especificidad en el tratamiento de los pacientes neurocríticos por parte del personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos.

Como demuestran las publicaciones revisadas, la monitorización de la presión intracraneal es crucial en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave, debiendo evitar que se origine hipertensión intracraneal, para lo cual, diferentes autores sugieren que se lleve a cabo una neuromonitorización estándar, la cual tiene en cuenta la medición de la presión intracraneal y también la medición de la presión arterial media y de la presión de perfusión cerebral, debido a que los valores de las dos últimas influyen en los valores de la primera (14-17). Además, con el fin de prevenir lesiones secundarias en estos pacientes, los mismos estudios coinciden en que la presión intracraneal debe ser inferior a 20 mm Hg, mientras que la presión arterial media y la presión de perfusión cerebral deben mantenerse entre 80-90 mm Hg y 50-70 mm Hg, respectivamente (14-17). Para la prevención de la hipertensión intracraneal durante las 12 horas inmediatamente posteriores al traumatismo, Marehbian et al. (17) recomiendan la realización de drenaje del líquido cefalorraquídeo de forma continua. En caso de que no pueda evitarse el aumento de la presión intracraneal y ésta se observe (presión intracraneal igual o superior a 20 mm Hg), el personal sanitario cuenta con diferentes opciones terapéuticas que pueden ser llevadas a cabo según sugieren diferentes publicaciones revisadas (14,15,17,19): drenaje de líquido cefalorraquídeo, hiperventilación moderada, administración de sedantes (midazolam o propofol), administración de soluciones hiperosmolares (manitol) o hipotermia inducida.

Habitualmente se ha considerado que la monitorización estándar en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave es suficiente, aunque los beneficios de la denominada monitorización extendida, ampliada o multimodal han sido puestos de manifiesto durante los últimos años (14-18). Este tipo de neuromonitorización ofrece la capacidad de controlar la isquemia cerebral y la hipoxia, provocadas por perfusión cerebral y oxigenación insuficientes, debido a que incluye, además de los parámetros que componen la monitorización estándar (presión intracraneal, presión arterial media y presión de perfusión cerebral), otros parámetros adicionales: metabolismo cerebral, mediante microdiálisis cerebral; autorregulación cerebrovascular, mediante el índice de reactividad de presión (PRx) (14-18). La monitorización multimodal permite obtener mayor información que la lograda con la monitorización estándar, siendo posible una mayor flexibilidad e individualización de las opciones de tratamiento para los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. Respecto a la monitorización del metabolismo del tejido cerebral mediante microdiálisis, diferentes autores coinciden en que facilita el control de situaciones de hiperglucemia o hipoglucemia en estos pacientes (15,18).

Por otro lado, como sugieren varias publicaciones analizadas, el manejo de las vías respiratorias permite prevenir lesiones secundarias como la isquemia cerebral, constituyendo el control respiratorio mediante intubación y ventilación mecánica los pilares de protección para los pacientes con traumatismo craneoencefálico grave (14,15,20). Considerando en conjunto los resultados publicados por los artículos revisados, se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen a continuación:

- La neuromonitorización pretende servir de apoyo a los pacientes de la unidad de cuidados intensivos con traumatismo craneoencefálico grave, enfatizando la vigilancia y las medidas de prevención adecuadas que deben adoptarse para limitar la aparición de lesiones secundarias, previniendo de este modo un aumento de frecuencia de la mortalidad.
- La monitorización estándar implica fundamentalmente el control de los valores adecuados de presión intracraneal, presión arterial media y presión de perfusión cerebral.
- La inducción de hipotermia terapéutica, el drenaje de líquido cefalorraquídeo (preferiblemente ventricular) y la administración de sedantes (midazolam o propofol) y soluciones hiperosmolares (manitol) constituyen cuidados aplicables por los profesionales sanitarios en los pacientes que presentan hipertensión intracraneal.
- En la actualidad, los avances desarrollados durante los últimos años permiten la neuromonitorización multimodal de los pacientes con traumatismo craneoence-

fálico grave, facilitando la obtención de información adicional correspondiente al metabolismo cerebral (principalmente niveles de glucemia, mediante valores de microdiálisis) y a la capacidad de autorregulación cerebrovascular (mediante valores de PRx).

- La monitorización multimodal produce mayores beneficios para estos pacientes en comparación con la monitorización estándar, debido a que favorece la puesta en marcha de tratamientos más específicos.

6 Bibliografía

- 1. Brain Trauma Foundation. [Internet]. Frequently asked questions. 2019. Recuperado de: <https://www.braintrauma.org/faq>
- 2. Namjoshi DR, Good C, Cheng WH, Panenka W, Richards, D, Cripton PA, Wellington CL. Towards clinical management of traumatic brain injury: a review of models and mechanisms from a biochemical perspective. *Disease Models and Mechanisms*. 2013; 6(6): 1325-1338.
- 3. Alted-López E, Bermejo-Aznárez S, Chico-Fernández M. Updates on severe traumatic brain injury management. *Medicina Intensiva*. 2009; 33: 16-30.
- 4. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. 1974; 2(7872): 81-84.
- 5. Muñana-Rodríguez JE, Ramírez-Eliás A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. *Enfermería Universitaria*. 2014; 11(1): 24-35.
- 6. Varghese R, Chakrabarty J, Menon G. Nursing management of adults with severe traumatic brain injury: A narrative review. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2017; 21(10): 684-697.
- 7. Hutchinson P, Koliaas A, Timofeev I, Corteen E, Czosnyka M, Timothy J, et al. Trial of decompressive craniectomy for traumatic intracranial hypertension. *New England Journal of Medicine*. 2016; 375 (12): 1119-1130.
- 8. Sahuquillo J, Biestro A. Is intracranial pressure monitoring still required in the management of severe traumatic brain injury? Ethical and methodological considerations on conducting clinical research in poor and low-income countries. *Surgical Neurology International*. 2014; 5: 86.
- 9. Lump D. Nursing patients with severe traumatic brain injury. *Nursing*. 2014; 44(3): 30-37.
- 10. Ristic, A, Sutter R, Steiner LA. Current neuromonitoring techniques in critical care. *Journal of Neuroanaesthesiology and Critical Care*. 2015; 2(2): 97-103.
- 11. Cnossen MC, Huijben JA, van der Jagt M, Volovici V, van Essen T, Polinder S, et al. Variation in monitoring and treatment policies for intracranial hyperten-

sion in traumatic brain injury: a survey in 66 neurotrauma centers participating in the CENTER-TBI study. *BMC: Critical Care*. 2017; 21: 233.

- 12. Zoerle T, Carbonara M, Zanier ER, Ortolano F, Bertani G, Magnoni S, Stocchetti N. Rethinking neuroprotection in severe traumatic brain injury: Toward bedside neuroprotection. *Frontiers in Neurology*. 2017; 8: 354.
- 13. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- 14. Potapov AA, Krylov VV, Gavrilov AG, Kravchuk AD, Likhterman LB, Petrikov SS, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of severe traumatic brain injury. Part 2. Intensive care and neuromonitoring. *Zh Vopr Neurokhir Im NN Burdenko*. 2016; 80(1): 98-106.
- 15. Geeraerts T, Velly L, Abdennour L, Asehnoune K, Audibert G, Bouzat P, et al. Management of severe traumatic brain injury (first 24 hours). *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine*. 2018; 37(2): 171-186.
- 16. Jones S, Schwartzbauer G, Jia X. Brain monitoring in critically neurologically impaired patients. *International Journal of Molecular Sciences*. 2017; 18(1): e43.
- 17. Marehbian J, Muehlschlegel S, Edlow BL, Hinson HE, Hwang DY. Medical management of the severe traumatic brain injury patient. *Neurocritical Care*. 2017; 27(3): 430-446.
- 18. Shi J, Dong B, Mao Y, Guan W, Cao J, Zhu R, Wang S. Review: Traumatic brain injury and hyperglycemia, a potentially modifiable risk factor. *Oncotarget*. 2016; 7(43): 71052-71061.
- 19. Oddo M, Crippa IA, Mehta S, Menon D, Payen JF, Taccone FS, Citerio G. Optimizing sedation in patients with acute brain injury. *Critical Care*. 2016; 20(1): 128.
- 20. Asehnoune K, Roquilly A, Cinotti R. Respiratory management in patients with severe brain injury. *Critical Care*. 2018; 22(1): 76.

Capítulo 689

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA DESTINADA A LA GESTANTE DE ALTO RIESGO

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

NURIA GONZALEZ NORIEGA

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

1 Introducción

Definición de embarazo de alto riesgo.

El embarazo representa una etapa de la vida de la mujer que se caracteriza por una serie de cambios físicos y psicológicos que suponen un mayor riesgo de trastornos de la salud, tanto para ella como para el feto (1).

El embarazo de alto riesgo puede definirse como aquel en el que existe mayor probabilidad de presentar una evolución desfavorable en comparación con un embarazo normal, antes, durante y después del parto, tanto para la gestante como para el feto (2).

Factores de riesgo durante la gestación.

Existen diferentes factores de riesgo obstétrico que influyen en la posibilidad de que aparezcan complicaciones relacionadas con el embarazo y determinan el

grado de necesidad de los cuidados que requiere la paciente. El riesgo obstétrico constituye la probabilidad de que el feto, la gestante o el recién nacido sufran daños durante la gestación, el parto y el puerperio (2).

Los factores de riesgo durante la gestación pueden estar vinculados al embarazo actual, a factores biológicos maternos (estilo de vida, edad y nutrición) o a antecedentes de la gestante (de tipo patológico u obstétrico):

- Factores asociados al embarazo actual: la gestación múltiple puede provocar un incremento de la probabilidad de muerte fetal, de bajo peso en el recién nacido, de parto prematuro, de anemia, de diabetes y de hipertensión gestacional (3).

- Factores biológicos maternos a) Estilo de vida materno: el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de muerte fetal, de que aparezcan defectos congénitos, mientras que el hábito tabáquico provoca una elevación del riesgo de parto prematuro y del síndrome de muerte súbita del lactante (4). b) Nutrición de la gestante: tanto por exceso como por defecto, el estado nutricional materno representa el factor de riesgo más común en el embarazo. Se produce un aumento del riesgo de bajo peso del recién nacido si la gestante posee un índice de masa corporal menor de 20, mientras que las probabilidades de aparición de hipertensión, diabetes, macrosomía y muerte fetal son más altas si dicho índice es superior a 29 (1,2). c) Embarazo adolescente: cuando la edad de la mujer embarazada está comprendida entre los 12 y los 19 años aumenta la probabilidad de parto prematuro, de bajo peso del recién nacido, de anemia materna, de padecer infecciones, de ruptura prematura de membranas y de hipertensión (2). d) Edad materna avanzada: existe una mayor prevalencia de aborto espontáneo, de congénitas, de diabetes gestacional, de estados hipertensivos, de cesáreas y de recién nacidos con bajo peso o macrosomía cuando la gestante tiene una edad superior a los 35 años (2,5,6).

- Antecedentes médicos de la gestante a) Enfermedades de base: la presencia de enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes y enfermedades renales y metabólicas pueden favorecer la aparición de trastornos durante el embarazo (7). b) Antecedentes obstétricos: la existencia de síndrome de ovario poliquístico, la multiparidad de más de 5 partos, la nuliparidad, la existencia de al menos 3 abortos previos, la existencia de al menos un parto prematuro y el tratamiento de esterilidad durante al menos 2 años, provocan un aumento del riesgo de trastornos durante la gestación y el parto (2).

Complicaciones durante la gestación.

- Hipertensión: se trata de una de las complicaciones más graves y más comunes, afectando tanto a la gestante como al feto (8). Puede ser crónica (previa al embarazo, debutando en la semana 20 de gestación y hasta 12 semanas después del parto), gestacional (apareciendo después de la semana 20 de gestación y desapareciendo antes de las 12 semanas posparto), crónica con pre-eclampsia (con proteinuria después de la semana 20) pre-eclampsia-eclampsia (hipertensión y proteinuria después de la semana 20 de gestación sin hipertensión previa al embarazo) (8).
- Diabetes gestacional: diagnosticada durante la gestación y afecta tanto a la evolución de la misma (riesgo de parto prematuro) como al feto (macrosomía, malformaciones e hipoglucemia neonatal) (6).
- Rotura prematura de membrana: se asocia a la presencia de factores de riesgo tales como debilidad congénita de las membranas, infecciones subclínicas preexistentes y hábito tabáquico materno (9).
- Crecimiento intrauterino retardado: consiste en el crecimiento fetal anormal que da lugar a un desarrollo insuficiente del feto, provocando bajo peso en el recién nacido como consecuencia de la existencia de infecciones del feto, hábitos tóxicos maternos, enfermedades basales de la gestante o de problemas placentarios (10).
- Trastornos de la placenta: el desprendimiento prematuro de placenta, la presencia de placenta previa y el acretismo placentario pueden originar complicaciones durante el embarazo (11).
- Alteraciones del tiempo gestacional: los partos prematuros, entre las semanas 23 y 36 de gestación, pueden desencadenarse por la influencia de la combinación de diferentes factores: situaciones sostenidas de estrés materno y enfermedades maternas (hipertensión, diabetes, infecciones) (12). Por otro lado, la prolongación del embarazo más allá de la semana 42 puede provocar hipoxia en el feto, por envejecimiento placentario, así como macrosomía (2).
- Infecciones durante el embarazo: toxoplasmosis, rubeola, infecciones por citomegalovirus, herpes y otras pueden aumentar la mortalidad fetal, la frecuencia de malformaciones fetales y alteraciones del sistema nervioso, el riesgo de parto prematuro y favorecer el bajo peso del recién nacido (13).

2 Objetivos

- Determinar las tareas de los profesionales sanitarios que se relacionan con el cuidado general de las gestantes de alto riesgo.
- Describir los cuidados específicos que deben ser aplicados por el personal sanitario, dependiendo de la complicación concreta que presenta la mujer embarazada y que origina la situación de alto riesgo.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (14), recuperando artículos recientes acerca de la atención sanitaria destinada a las gestantes de alto riesgo.

La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "high-risk pregnancy", "gestational diabetes", "maternal hypertension", "maternal mortality" y "preterm rupture of membranes" en combinación con los términos "nursing care", "patient care" y "management", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección: después de la lectura del título y del resumen de cada publicación, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- 1) Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas.
- 2) Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de los cuidados de mujeres con embarazos de alto riesgo.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.
- Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Lectura crítica y extracción de la información

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 6 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación.

Fletcher et al. (15). Esta publicación estudia pacientes con embarazos de alto riesgo que presentan hiperémesis gravídica, demostrando que requieren ayuno durante las 48h inmediatamente posteriores al ingreso hospitalario, continuando posteriormente con un aumento gradual de la ingesta, en función de la tolerancia de la paciente, asegurando al mismo tiempo un buen equilibrio hidroelectrolítico (15). Según estos autores, el manejo del vómito constituye el aspecto más importante durante la aplicación de cuidados para estas pacientes, formando parte de las tareas del personal sanitario la valoración del aspecto del vómito, de su duración y de su frecuencia, el mantenimiento de la vía respiratoria permeable previniendo la aspiración, la proporción de alivio durante y después del vómito, el control del peso diario y el fomento del descanso (15).

Nagraj et al. (16)

Este artículo analiza pacientes hospitalizadas por embarazo de alto riesgo como consecuencia de presentar trastornos de hipertensión arterial, observando evidencias a favor del mantenimiento del reposo de las mismas posición decúbito lateral izquierdo, del control de constantes cada 4 horas, del control del balance hídrico estricto, del control del peso diario, del control de edemas y del control diario de la proteinuria (16). Además, estos autores indican que si se produce eclampsia es necesario llevar a cabo acciones para el mantenimiento de las vías aéreas permeables, como la aspiración de secreciones, con el fin de evitar lesiones derivadas de las posibles convulsiones de las pacientes (16).

Moy et al. (17)

Estos autores demuestran que los cuidados sanitarios destinados a gestantes en situación de alto riesgo como consecuencia de padecer diabetes gestacional, deben estar basados en el control metabólico mediante la dieta, la actividad física, el control del peso y el control de la glucemia (17).

Bayley (18)

Esta publicación estudia la asistencia sanitaria que requieren aquellas mujeres con embarazos de alto riesgo provocados por ruptura prematura de membranas, que puede conducir a partos prematuros, poniendo de manifiesto que la comprobación de la edad gestacional, la valoración de la dinámica uterina y del estado fetal, la ayuda para el reposo absoluto de la paciente y el control de la ingesta

en la misma, permiten reducir de forma significativa la frecuencia de partos prematuros (18).

Ormesher et al. (19)

Estos autores analizan el efecto que tiene la aplicación de diferentes cuidados sanitarios sobre pacientes con embarazos de alto riesgo que sufren alteraciones placentarias. El artículo demuestra que aquellas pacientes que presentan escaso o nulo sangrado se ven beneficiadas por el mantenimiento de reposo relativo, por la toma de constantes y por el mantenimiento de una vía periférica permeable, mientras que en situaciones de metrorragia es necesario que la gestante siga ayuno y reposo absoluto (19).

Wilkinson et al. (20)

Este estudio centra su atención en el análisis de la ansiedad que experimentan las gestantes que se encuentran hospitalizadas debido a situaciones de alto riesgo. Los autores indican que la ansiedad materna es superior en embarazos de alto riesgo, en comparación con gestaciones normales, pudiendo originar efectos negativos sobre el desarrollo fetal que agraven aún más el estado de la madre y del feto (20). Los resultados de estos autores señalan que la aplicación de cuidados emocionales y psicológicos, por parte de los profesionales sanitarios, destinados a mujeres con embarazos de alto riesgo, permite reducir las probabilidades de que se produzcan problemas derivados de esta ansiedad. En concreto, el artículo indica que la proporción de un ambiente íntimo y apropiado que facilite la comunicación, la demostración de empatía y confidencialidad, la ejecución de una escucha activa de las inquietudes de la paciente y de su familia y la facilitación de información relativa a la situación concreta en la que se halla la paciente y a las medidas terapéuticas que se van a adoptar, permite una reducción de la ansiedad materna que repercute directamente en una mejora de la salud fetal (20).

5 Discusión-Conclusión

Las publicaciones incluidas en esta revisión bibliográfica aportan resultados relacionados con los cuidados aplicados por el personal sanitario a las mujeres con embarazos de alto riesgo, tanto en el ámbito físico como en el psicológico (15-20).

Por un lado, algunos de los artículos revisados sugieren una serie de cuidados físicos, tales como el control de las constantes vitales, la regulación de la ingesta, el manejo adecuado de las situaciones de vómito, el control del peso, el cuidado de edemas y el control del balance hídrico, que pueden ser necesarios, dependiendo

de la complicación concreta que sea responsable de provocar una gestación de alto riesgo (15-19).

Por otro lado, una de las publicaciones revisadas analiza el apoyo psicológico que es requerido por pacientes con embarazos de alto riesgo, sugiriendo que el personal sanitario tiene un papel principal en la reducción de la ansiedad de las gestantes, que podría permitir la disminución de las probabilidades de que un embarazo normal pase a ser considerado de alto riesgo o de que un embarazo de riesgo se complique aún más (20).

Considerando en conjunto los resultados publicados por los artículos revisados, se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen a continuación:

1. El personal sanitario desempeña labores relacionadas con el cuidado físico y psicológico de las gestantes de alto riesgo, proporcionando de este modo una atención sanitaria integral.
2. Además de los cuidados generales destinados a mujeres con embarazos de alto riesgo, los profesionales sanitarios deben proporcionar cuidados específicos en función de la complicación concreta que genera la situación de embarazo de alto riesgo, como estados de hipertensión arterial, diabetes gestacional, hiperémesis gravídica, ruptura prematura de membranas, trastornos de la placenta o estados de ansiedad materna. De este modo se asegura la obtención óptima de efectos beneficiosos, tanto en la gestante como en el feto.

6 Bibliografía

1. Bogaerts A, Devlieger R, Van den Bergh BR, Witters I. Obesity and pregnancy, an epidemiological and intervention study from a psychosocial perspective. *Facts Views Vis Obgyn.* 2014; 6(2):81-95.
2. Donoso-Bernales B, Oyarzún-Ebensperger E. Embarazo de alto riesgo. *Med-wave.* 2012; 12(5).
3. Lorenzo-Herrera L, Martínez-Barreiro LA. El embarazo múltiple: ¿es realmente un factor de alto riesgo obstétrico? *Poblac Salud Mesoam.* 2009; 6(2).
4. Guimarães-Ximenes FR, Rodrigues-de Lima P, Luzia-Leite J, Weaver-Noronha R. Cuidados a la gestante de riesgo: organización del trabajo del enfermero en el territorio de la estrategia salud de la familia. *Enferm Comun.* 2013; 9(1).
5. Cortes-Castell E, Rizo-Baeza MM, Aguilar-Cordero MJ, Rizo-Baeza J, Gil-Guillén V. Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean área. *Nutr Hosp.* 2013; 28(5):1536-1540.

6. Lamminpää R, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Selander T, Heinonen S. Pregnancy outcomes in women aged 35 years or older with gestational diabetes—a registry-based study in Finland. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29(1):55-9.
7. Catalano PM, McIntyre HD, Cruickshank JK, McCance DR, Dyer AR, Metzger BE et al. The hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes study. *Diabetes Care.* 2012; 35(4):780-786.
8. Sánchez SE. Actualización en la epidemiología de la pre-eclampsia. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2014; 60(4).
9. Lugones-Botell M, Ramírez-Bermúdez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2010; 26(4):682-693.
10. Crane JMG, Murphy P, Burrage L, Hutchens D. Maternal and perinatal outcomes of extreme obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35(7): (606-11).
11. Walker MG, Windrim C, Ellul KN, Kingdom JC. Web-based education for placental complications of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35(4):334-339.
12. Owen J, Szychowski JM, Hankins G, Iams JD, Sheffield JS, Pérez-Delboy A et al. Does mid-trimester cervical length \geq 25 mm predict preterm birth in high-risk women? *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203(4):393.e1-393.e5.
13. Menéndez-Guerrero GE, Navas-Cabrebra I, Hidalgo-Rodríguez Y, Espert-Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2012; 38(3):333-42.
14. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
15. Fletcher SJ, Waterman H, Nelson L, Carter LA, Dwyer L, Roberts C, et al. Holistic assessment of women with hyperemesis gravidarum: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(11):1669-1677.
16. Nagraj S, Hinton L, Praveen D, Kennedy S, Norton R, Hirst J. Women's and healthcare providers' perceptions of long-term complications associated with hypertension and diabetes in pregnancy: a qualitative study. *BJOG.* 2019; 126(4):34-42.
17. Moy FM, Ray A, Buckley BS, West HM. Techniques of monitoring blood glucose during pregnancy for women with pre-existing diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 11(6):CD009613. doi: 10.1002/14651858.
18. Bayley BA. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *Int J Womens Health.* 2010; 2: 183-197. doi: 10.2147/ijwh.s8632.
19. Ormsher L, Johnstone ED, Shawkat E, Dempsey A, Chmiel C, Ingram E, et al.

A clinical evaluation of placental growth factor in routine practice in high-risk women presenting with suspected pre-eclampsia and/or fetal growth restriction. *Pregnancy Hypertens.* 2018;14:234-239. doi: 10.1016/j.preghy.2018.03.007.

20. Wilkinson EL, O'Mahen HA, Fearon P, Halligan S, King DX, Greenfield G, et al. Adapting and testing a brief intervention to reduce maternal anxiety during pregnancy (ACORN): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2016; 17:156. doi: 10.1186/s13063-016-1274-8.

Capítulo 690

CAUSAS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

BEATRIZ DÍAZ ALONSO

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel y los tejidos blandos producidas cuando existe una presión mantenida entre dos planos: una prominencia ósea y una superficie externa, como la cama. Cursan con una degeneración rápida de los tejidos como resultado de la disminución de oxígeno y de nutrientes esenciales en la zona. Una vez que se rompe la piel, se forma una úlcera que puede ser dolorosa y que cicatriza con gran lentitud. Estas circunstancias favorecen la invasión de microorganismos. Cuando la UPP se infecta, el trastorno también puede afectar al músculo y al hueso.

Etiología

La formación de UPP se ve influenciada por tres tipos de fuerzas:

- Presión: es una fuerza que actúa perpendicular a la piel ejercida por la propia fuerza de la gravedad del cuerpo, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).
- Fricción: es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. Esta fricción o roce entre la piel y un objeto externo al organismo (sábanas, tubos de drenaje, etc.) dando como resultado un aumento de la temperatura local y por consiguiente, la aparición de ampollas y destrucción de la epidermis.

- Cizallamiento: se combinan los efectos de presión y fricción. El desgarro o destrucción de los tejidos subcutáneos es debido a una fuerza de deslizamiento originada generalmente por el arrastre del cuerpo sobre la cama del paciente, bien cuando involuntariamente el paciente se desliza hacia los pies de la cama por tener sobreelevado el cabezal o viceversa, cuando a éste lo intentamos subir hacia el cabezal, es entonces cuando los tejidos son desprendidos de la fascia muscular.

Factores de riesgo.

Aunque la principal causa de las UPP es la presión, existen una serie de elementos que en presencia de la misma pueden desencadenar o acentuar la susceptibilidad de desarrollarlas. Son factores que contribuyen a la producción de úlceras y que pueden agruparse en estos dos grandes grupos:

Factores intrínsecos.

- Causas vasculares: una situación de shock baja gravemente la presión arterial y el organismo, para mantener el riego de los órganos vitales, disminuye el flujo sanguíneo de las zonas periféricas.
- Causas nerviosas: los pacientes con parálisis o problemas en la motilidad tienden a permanecer en la misma posición durante tiempos prolongados. Algunas enfermedades neurológicas presentan espasticidad (músculos permanentemente contraídos), afectando a la posición e intensificando la presión sobre las articulaciones deformadas. La pérdida de sensibilidad hace que el paciente tenga una menor percepción del dolor y presión, favoreciendo la aparición de una UPP.
- Causas endocrinas o metabólicas: en general retrasan la cicatrización de una úlcera. Sobrepeso, deshidratación, deficiencias nutricionales, diabetes, anemia, estados febriles.
- Otros: edad avanzada, alteraciones cutáneas (tirantez, edemas, sequedad...).

Factores extrínsecos.

- Exceso de presión: en una situación normal, los capilares sanguíneos soportan una presión de entre 16 y 33 milímetros de Mercurio (mmHg). La piel es capaz de aguantar hasta 70 mmHg, pero solo durante cortos periodos de tiempo. La presión alta reduce el flujo sanguíneo, provocando primero inflamación y después, necrosis.
- Fricción: es el roce que se produce entre la piel y la superficie sobre la que se apoya. Cualquier elemento que produzca pliegues o rozamientos sobre la superficie de la piel durante un tiempo prolongado produce lesiones por el mismo mecanismo que el exceso de presión (arrugas en las sábanas o la ropa, restos de comida). También puede producirse por movilizaciones inadecuadas del paciente,

al arrastrarlo en una cama o silla.

- Presión + fricción: posiciones como la de Fowler producen que el paciente se resbale en la cama.
- Humedad: predispone, junto con el calor del propio organismo, a la maceración de los tejidos. Puede ser consecuencia de un exceso de sudor, la orina o las heces del paciente, el secado defectuoso al realizar el aseo, los fluidos procedentes de drenajes.
- Otras causas: agentes farmacológicos con acción inmunosupresora (corticoides, radioterapia).

Localización.

Las zonas más susceptibles de desarrollar UPP son aquellas en las que se ejerce una presión entre dos planos, uno relativo al paciente (prominencias óseas) y otro externo (punto de apoyo).

- Nariz: por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: por pliegues en las sábanas.
- Muñecas y codos: en personas con sujeción mecánica.

Proceso de formación.

- Estadio I. Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados. En comparación con un área del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente o fría); consistencia del tejido (edema, induración); y/o sensaciones (dolor, escozor).
- Estadio II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. El roce o fricción de la herida facilita el despegamiento y necrosis de la epidermis. El paciente siente dolor.
- Estadio III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo. La necrosis forma una costra negruzca de más de 5 milímetros muy adherida a la piel y al tejido subcutáneo, denominada escara. Los capilares que quedan al descubierto son un punto de entrada para que los agentes patógenos accedan al torrente sanguíneo, provocando

infecciones. El dolor comienza a disminuir, aunque siguen existiendo terminaciones nerviosas.

- Estadio IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

2 Objetivos

- Describir la prevalencia en España de UPP según servicios.
- Enumerar la prevención de la UPP.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como PubMed, Medline, Cuiden y Google Academy introduciendo las palabras clave: UPP, prevalencia, prevención, proceso de formación. También se han consultado guías clínicas de cuidados relacionados con el tema como INGESA y las publicadas por GNEAUPP.

4 Resultados

El Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) realiza diversos estudios cada cuatro años para saber la prevalencia de estas heridas en la población. Su último estudio de 2017, en donde han participado más de 554 unidades de 70 hospitales, 95 centros de Atención Primaria y 43 residencias de mayores y centros sociosanitarios refleja que la prevalencia-proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado de úlceras por presión hallada ha sido de 7% para adultos en hospitales y de 3,3% para población infantil, considerándose valores similares a los reflejados en estudios de años anteriores, por lo que no se aprecia una reducción en estas lesiones.

Asimismo, en el contexto de hospitales resulta especialmente llamativo que un 75% de las úlceras en adultos y un 100% en niños y neonatos, se desarrollan dentro del propio hospital, lo que indican la necesidad de mejorar en los esfuerzos de prevención. En pacientes adultos las unidades de hospital con cifras más altas

de prevalencia de UPP son las UCIs (14,9%), cirugía mayor ambulatoria y reanimación postquirúrgica (14%), y unidades de cuidados paliativos (16,7%).

En pacientes infantiles y recién nacidos, la mayor prevalencia (9,4%) se da en unidades de cuidados intensivos. En este sentido, existen algunas UCIs pediátricas con cifras de prevalencia superiores al 20%. Es muy significativo que entre un 60 y un 75% de pacientes pediátricos con UPP no disponen de un colchón adecuado para la prevención.

En atención primaria y residencias de mayores se aprecia una ligera disminución de la prevalencia de UPP, respecto al anterior estudio de 2013. En pacientes encamados atendidos en atención primaria, la cifra de prevalencia fue de 4,8% y en Residencias de mayores fue de 4% para UPP; aunque sube al 6,2% si se tienen en cuenta también el resto de lesiones.

Prevenir las UPP realizando las siguientes acciones:

- Examinando la piel al menos una vez al día, poniendo especial atención a: prominencias óseas: talones, caderas, tobillos, codos, zona sacra; zonas expuestas a incontinencia. La orina, las heces, el sudor, los estomas, etc. pueden lesionar la piel y provocar lesiones.
- Manteniendo la piel limpia y seca: utilizar jabones o sustancias limpiadoras respetuosas con la piel y con bajo poder irritativo; lavar la piel con agua tibia, aclarar y secar meticulosamente, pero sin friccionar; no utilizar alcoholes, ni colonias ya que resecan la piel; aplicar cremas hidratantes procurando que se absorban bien; si tenemos un problema de incontinencia o exceso de sudoración utilizar productos barrera, como productos con óxido de zinc que protegen y aíslan la piel de la humedad.
- Realizando un buen manejo de la presión: la movilización: mediante la elaboración de un plan de cuidados que fomente y mejore la movilidad y actividad de la persona; los cambios posturales: los cambios posturales deben realizarse cada 2-3 horas siguiendo un programa rotatorio de cambios; la utilización de colchones, sobrecolchones, cojines y otros dispositivos de alivio de la presión. Existen en el mercado toda una serie de dispositivos diseñados para manejar la presión; son conocidos como colchones o sobrecolchones o cojines antiescaras. Hay de muchos tipos, aunque los más comunes son los sistemas de aire alternante; aunque lo que decidirá qué tipo de colchón o cojín será el riesgo que tiene la persona de padecer o sufrir úlceras por presión.
- La protección local con apósitos de diferentes formas que se adaptan a la forma del cuerpo (los más comunes son las taloneras para proteger los talones). Debe-

mos proteger aquellas zonas de especial riesgo: talones, sacro, tobillos, caderas, etc. Para ello utilizamos apósitos de diferentes formas que se adaptan específicamente a estas zonas del cuerpo; uno de los más comunes son las taloneras para proteger los talones. Pero estos apósitos tienen que cumplir una serie de requisitos: nos deben permitir inspeccionar la piel una vez al día, sino no sabremos si debajo del apósito se puede estar originando una lesión; si utilizamos apósitos adhesivos tenemos que vigilar que éstos no lesionen la piel cuando los sacamos. Debemos utilizar apósitos con gel de silicona o con un adhesivo suave.

5 Discusión-Conclusión

Con todo ello, señalar que todavía existe un margen de mejora en la lucha contra las úlceras por presión, ya que aún las cifras que hemos podido ver son elevadas. Es importante que el personal esté cualificado para observar y manejar el riesgo de la UPP, ya que solo así, se puede reducir el número de estas.

6 Bibliografía

- www.oksml.com/las-escaras-o-ulceras-por-presion-upp/
- www.pacientesycuidadores.com/como-prevenir-una-ulcera-por-presion/
- www.es.slideshare.net/lopezcasanova/manual-de-prevencion-y-tratamiento-de-las-upp
- www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guia_Pre-vencion_UPP.pdf

Capítulo 691

ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA PREVENCIÓN DE DERMATITIS ASOCIADA A LA INCONTINENCIA (DAI).

MONICA ALVAREZ GARCIA

LUCIA ARDURA GONZALEZ

NOELIA CERNUDA MORA

FELICIDAD PENELOPE PROENZA GARCÍA

1 Introducción

La dermatitis asociada a la incontinencia (DAI), es una afección cutánea causada por la humedad en contacto con la epidermis en personas incontinentes. Compromete la integridad de la piel, predispone a infecciones e incrementa el riesgo de padecer úlceras por presión (UPP). La prevención de la DAI supone un beneficio para los pacientes y disminuye notablemente el gasto sanitario distribuido en tiempo de trabajo del profesional, materiales e incremento de estancias hospitalarias. Afecta a la zona perineal, y se asocia a UPP en las zonas glútea y sacra principalmente.

Hay ciertas características que las diferencian las DAI requieren presencia de incontinencia (urinaria, fecal o ambas), producen dolor, escozor, picor. La lesión es superficial, con bordes difusos y poco definidos, la lesión es superficial, de

color rojo brillante. Puede acompañarse de infecciones como la candidiasis. Las UPP en cambio, se producen por fuerzas de cizalla o fricción, sobre prominencias óseas o asociada algún dispositivo que presione la piel. Los poder están bien diferenciados y el lecho oscila desde el eritema no blanqueable hasta lesiones profundas en la piel, la infección que la puede acompañar suele ser secundaria o producida por la propia herida. Es decir, son dos lesiones diferentes, aunque en ocasiones cueste diferenciarlas, es importante saber que son diferentes, para prevenirlas/ tratarlas adecuadamente.

2 Objetivos

-Establecer las medidas de prevención de dermatitis asociada a la incontinencia (DAI) a pacientes dependientes y cuidadores.

3 Metodología

Se ha realizado un artículo científico fundamentado en una revisión bibliográfica. Se han hecho 10 búsquedas en 3 bases de datos con lenguaje controlado, Cuiden Plus, Pubmed y Cinahl. Se han revisado artículos de alto impacto en castellano e inglés.

Palabras clave:

Descriptores (DeCS): Dermatitis del pañal; Prevención; Incontinencia fecal; Incontinencia urinaria.

Descriptores (MeSH): Diaper rash; Fecal incontinence; Urinary incontinence; Prevention.

Descriptores libres: Dermatitis asociada a la incontinencia.

Se han seleccionado y revisado un total de 35 documentos: 19 en castellano y 6 en inglés. En contenido 2 sobre valoración de la dependencia, 18 específicas que versan sobre prevención en dermatitis asociada a la incontinencia y lesiones cutáneas asociadas a la humedad y 5 sobre cuidados al paciente dependiente. Por otro lado 6 tienen más de 6 años de antigüedad y 29 datan entre 2013 y 2019.

4 Resultados

La mayoría de documentos revisados coinciden en que las recomendaciones básicas para la prevención de la DAI son tres:

- Suave limpieza perineal, con agua y jabón, procurando aclarar bien y secar suavemente. También están indicados productos de limpieza como espumas o soluciones especiales. Siempre bajo la supervisión de la enfermera de Atención Primaria.
 - Una buena hidratación de la piel con cremas que puedan contener emolientes, humectantes, sustancias oclusivas y/o agua. Así como una buena alimentación e hidratación oral que aporten nutrientes e hidratación a las células epiteliales.
 - Por último, el uso de productos barrera (pomadas o ungüentos tópicos que contengan óxido de zinc, vaselina, dimeticona, o aplicar una película de copolímero acrílico en personas con alto riesgo de desarrollar DAI) que protejan de la humedad, a personas incontinentes, portadoras de pañal, o que estén en contacto con la humedad en esas zonas a menudo.
- Es también recomendable la combinación de varios de estos productos, como soluciones limpiadoras hidratantes, cremas protectoras e hidratantes o productos tres en uno que permitan la limpieza, la hidratación y la protección de la piel. También hay que tener en cuenta el tiempo que el producto es eficaz y el modo de aplicación, para economizar el gasto. Estas recomendaciones deben llevarse a cabo diariamente o antes de las 24 horas si la situación lo requiere, para que la prevención sea eficaz.

Por otro lado, es recomendable instruir a los pacientes, familiares y cuidadores, en las técnicas de prevención (Para que las pongan en práctica a diario en su domicilio), así como en la detección de los primeros signos de DAI para que acudan a su enfermera de referencia en caso de que aparezca alguno.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones por humedad y las UPP o la combinación de ambas, son dos de las complicaciones que generan más gasto, bien sea en tiempo de trabajo, o en alargamiento de estancias hospitalarias, por ello la prevención en cuidados de la piel que minimicen su aparición, son fundamentales.

En conclusión podemos decir que los tres pasos fundamentales a seguir diariamente para prevenir la DAI son: Minimizar el contacto de la piel perineal con irritantes (orina, heces o humedad excesiva); Mantener una correcta protección de la piel en esa zona; Aplicar productos que ejerzan de barrera entre la humedad y la epidermis, siempre con los cuidados apropiados.

Se puede concluir en que las dermatitis asociadas a las situaciones de inconti-

nencia son un agravante de las UPP y viceversa, un factor que lesiona la piel y potencia que la lesión que produce la presión sea mayor, debido a que la piel que no está sana siempre estará más predispuesta a desarrollar otras patologías.

Se deben diferenciar, porque la solución para ambas es diferente, es decir la dermatitis se trata con hidratantes, emolientes, etc, en función de la gravedad de la lesión y se previene con productos barrera, por ejemplo. Las UPP se producen por fuerzas de presión, cizalla, fricción, sobre la piel y los tejidos y requieren otro tipo de intervenciones.

6 Bibliografía

- Zapata-Sampedro, M.A.; Castro-Varela, L.; Tejada-Caro, R. Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. *Enfermería Global*. Abril 2015; 38: 325-344.
- Beeckman D, et al. Proceedings of the Global IAD expert panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. *Wounds International* 2015; 1: 21. Available to download from: www.woundsinternational.com.
- Torra-i-Bou J. E.; Rodríguez-Palma M.; Soldevilla-Agreda J. J.; García-Fernández F. P.; Sarabia-Lavín R.; Zabala-Blanco J.; Verdú-Soriano J.; Segovia-Gómez T. Re-definición del concepto y del abordaje de las lesiones por humedad. Una propuesta conceptual y metodológica para mejorar el cuidado de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (LESCAH). *GEROKOMOS* 2013; 24 (2): 90-94.
- Segovia-Gómez T.; Bermejo Martínez M.; García-Alamino J. M. Úlceras pro humedad: Conocerlas mejor para poder prevenirlas. *GEROKOMOS* 2012; 23 (3): 137-140.
- Gray M, Beeckman D, Bliss DZ, Fader M, Logan S, Junkin J, Selekof J, Doughty D, Kurz P. Incontinence- Associated Dermatitis: A Comprehensive Review and Update. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012; 39 (1): 61-74.
- Doughty D, Junkin J, Kurz P, Selekof J, Gray M, Fader M et al. Incontinence-Associated Dermatitis. Consensus Statements, Evidence-based Guidelines for Prevention and Treatment, and Current Challenges. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2012; 39 (3): 303-15.

Capítulo 692

CUIDADOS EN PACIENTES CON ICTUS

BEATRIZ BAQUERO CUEVAS

CORINA GARCÍA MERA

HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN

1 Introducción

El ictus también es conocido como embolia o accidente cerebro vasculares (ACV) y es equivalente al infarto de corazón en el cerebro. No se saben las causas y se producen de forma imprevista. El ictus es más común en personas mayores, pero está aumentando la incidencia en adultos jóvenes, seguramente a causa de hábitos de vida insanos. Cuando se produce el ictus, el daño cerebral puede ser irreparable y dejar secuelas importantes que van a repercutir en la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Tras un ictus debe iniciarse la rehabilitación tan pronto como el estado físico lo permita. La rehabilitación tiene resultados muy buenos, sobre todo en los pacientes jóvenes. La gimnasia terapéutica y el entrenamiento muscular son vitales en casos de afectación motora o de equilibrio; mientras que los pacientes con trastornos del habla pueden aprender a hablar de nuevo con la asistencia de un logopeda.

Causas.

Muchos de los factores que pueden aumentar las posibilidades de padecer riesgo no se pueden controlar (la edad, la historia clínica familiar, la raza o el sexo).

Sin embargo, la mayor parte de los factores que aumentan el riesgo pueden ser cambiados, tratados o modificados.

- Edad avanzada: Pasados los 55 años, cada década vivida dobla el riesgo de padecer un ictus. No obstante, esto no quiere decir que las personas jóvenes no sufran el problema.
- Sexo: Se producen, más o menos la misma cantidad de ictus en los dos sexos. No obstante, más de la mitad de las muertes son en mujeres.
- Herencia familiar y raza: El riesgo de sufrir un ictus es mayor si alguna persona de la familia lo ha padecido. Los negros tienen más riesgo de muerte y de padecer discapacidades más grandes que los blancos, en parte debido a que en esta raza la presión sanguínea elevada tiene más incidencia, y este problema es un factor de riesgo importante en ictus.
- Haber sufrido un ictus recientemente: Una vez sufrido un accidente cerebrovascular las posibilidades de padecer otro aumentan considerablemente.
- Tener la presión sanguínea elevada: La hipertensión arterial es el factor de riesgo que mejor predice el ictus. De hecho, otros riesgos dependen de éste. Aproximadamente un 70 por ciento de los ictus ocurren a causa de la hipertensión. Muchos científicos opinan que la mejora en los tratamientos de esta patología es una razón clave para explicar la bajada acelerada del número de muertes por ictus.
- Fumar: En los últimos años los estudios han demostrado que fumar cigarrillos es un factor importante de riesgo. La nicotina y el monóxido de carbono dañan el sistema cardiovascular de varias formas. El uso de anticonceptivos orales sumado al tabaquismo incrementa en gran medida el riesgo de ictus.
- Padecer diabetes mellitus: La diabetes es un factor de riesgo independiente y está relacionada en gran medida con la presión sanguínea elevada. Aunque la diabetes se puede tratar, padecerla incrementa el riesgo de ictus. Los diabéticos suelen tener también el colesterol alto y sobrepeso, lo que aumenta todavía más sus riesgos.
- Sufrir enfermedad de la arteria carótida. Las arterias carótidas del cuello proveen al corazón de sangre. Una carótida dañada por la aterosclerosis puede bloquear el vaso y provocar un coágulo de sangre, que puede causar un ictus. El diagnóstico de este problema lo realiza el médico escuchando con su estetoscopio en el cuello y detectando un sonido anormal.
- Presentar enfermedad cardíaca: Un corazón enfermo aumenta el riesgo de ictus. De hecho, las personas que padecen problemas cardíacos tienen el doble de posibilidades de padecer este problema. La fibrilación atrial (el latido rápido y descoordinado de las cámaras cardíacas superiores) aumenta particularmente el riesgo de ictus. El ataque al corazón también es una de las causas de muertes más

frecuentes en los supervivientes de un ictus.

- Sufrir ataques isquémicos transitorios: Se los conoce como mini ictus que producen síntomas similares, pero no daños que perduran.
- Contador de glóbulos rojos alto: Un incremento moderado o importante del número de glóbulos rojos también es un indicador importante de ictus. La razón es que los glóbulos rojos provocan que la sangre se espese, lo que puede provocar coágulos más fácilmente.
- La estación del año y el clima: Las muertes por ictus ocurren con más frecuencia con temperaturas extremadamente frías o calurosas.
- Consumir alcohol en exceso: El exceso de alcohol puede aumentar la presión sanguínea, aumentar la obesidad, los triglicéridos, el cáncer y otras enfermedades, causar fallos cardíacos y, en consecuencia, provocar un ictus.
- Ciertos tipos de consumo de drogas: Tomar drogas por vía intravenosa aumenta el riesgo de ictus debido a un émbolo cerebral. El uso de cocaína también se ha relacionado fuertemente a ictus, ataques de corazón y varias complicaciones cardiovasculares. Estos problemas se han dado, incluso, cuando se ha consumido por primera vez cocaína.

Tipos.

Los problemas de los vasos sanguíneos cerebrales pueden ser de dos tipos:

1. Ictus isquémico:

Los vasos están obstruidos dentro. Los coágulos causantes del problema se denominan trombos cerebrales o embolismo cerebral. Causado por una obstrucción del vaso sanguíneo. Este problema se suele producir por el desarrollo de depósitos de grasa en los muros del vaso, lo que se denomina aterosclerosis. Los depósitos de grasa provocan dos obstrucciones:

- Trombosis: un coágulo que se desarrolla en el mismo vaso sanguíneo cerebral.
- Embolismo: el coágulo se desarrolla en otra parte del cuerpo, generalmente en las grandes arterias de la parte superior del pecho y el cuello o el corazón. Una porción del coágulo se desprende y viaja por el flujo sanguíneo hasta que encuentra un vaso que es más pequeño y lo bloquea. Los ictus isquémicos son los más frecuentes de todos los ictus, comprendiendo un 80 por ciento del total. En España se estiman de 150 a 200 casos anuales por cada 100.000 habitantes. Los dos tipos de ictus isquémicos más frecuentes son:
 - Ataque isquémico transitorio (AIT): Presenta unos síntomas similares a los de un infarto, pero es más corto y no muestra las consecuencias propias de un infarto. El AIT es un episodio de déficit neurológico de corta duración que en la mayoría de los casos dura menos de dos horas. Entre el 7 y el 40 por ciento de los pacientes que sufren un AIT, poco después sufren un ictus isquémico.

- Infarto cerebral: Deja una lesión cerebral permanente.

Según su extensión y localización, los ictus isquémicos pueden clasificarse de la siguiente manera:

- Ictus isquémico total: Es de gran tamaño y afecta a la arteria cerebral media o la arteria cerebral anterior. Provoca defunción cerebral superior, hemianopsia homónima y déficit motor y/o sensitivo homolateral.

- Ictus de Circulación Posterior: Afecta a los pares craneales que provocan déficit motor y sensitivo contralateral. Provoca patología oculomotora, defunción cerebelosa sin déficit de vías largas ipsilaterales y hemianopsia homónima aislada.

- Ictus Lacunares: Provocan hemisíndromes motor puro, sensitivo puro, sensitivo motor, hemiparesia atáxica y disartria.

El cuidado.

No siempre implica que una persona no sea autónoma. El cuidado también se da cuando acompañas a alguien a quien quieres y le proporcionas ayuda mayor o menor en cualquier actividad física, intelectual, social, emocional o espiritual. El cuidado ideal de los afectados por un ictus suele ser el que realiza la propia familia. Es común que los familiares sean los que se encarguen del cuidado; son las personas que mejor conocen al paciente y las que más interés personal van a poner en su recuperación. Hay sentimientos encontrados de rabia, miedo e impotencia y a la vez pena, pero es importante que salgan adelante y que intenten aprender este cuidado cuanto antes para facilitar su vuelta a casa. Quisiéramos remarcar la importancia de la opinión del paciente también en esta situación de cuidado. Planifiquen cosas juntos y aprovechen los buenos momentos de la vida.

Vida social.

No permitan que el ictus cambie su vida completamente. No tengan miedo a salir a la calle. Está demostrado que una vida social activa mejora el estado psicológico del paciente y favorece la recuperación. No deben esconderse de los demás, ni temer encontrarse con sus amistades de siempre. Aunque la vida social es algo muy personal y casi siempre es responsabilidad de uno mismo, es posible que necesiten consejo o información en cuanto a qué vida social es la más adecuada para su caso o para buscar alternativas sociales y de cuidado. Búsquen asesoramiento para sus actividades de ocio. Consulte con su médico la posibilidad de seguir trabajando o no de acuerdo con su condición física y el tipo de trabajo que usted normalmente desempeñaba. Es posible que estén pensando, ¿cómo voy a tener vida social si no puedo dejar a mi familiar solo? O ¿cómo vamos a salir, si no tenemos ascensor? O quizá sea usted, paciente, quien prefiere no salir por que se pone nervioso... Es aquí donde hay que plantear alternativas, si no pueden salir

a la calle por determinados motivos, plantéense, por ejemplo, una vida social en casa, promuevan visitas, organicen actividades, hagan viajes, ejercicio. Los animamos a que ustedes mismos busquen esas alternativas a las actividades sociales que solían llevar a cabo antes, si es que ahora no pueden hacerlas. Párense a pensar qué cambios se han producido en su vida social y qué posibilidades, por muy remotas que sean, tienen de mejorarla.

Autocuidado.

Hemos comentado ya la posibilidad de que el afectado por el ictus necesite de cuidados. También hemos comentado la importancia de que la familia sea quien se dedique a dar este cuidado para la recuperación del paciente. Sin embargo, no debemos olvidar la importancia del AUTOCUIDADO tanto del paciente como de quien se dedique a cuidar. Un cuidado excesivo del paciente podría limitar su iniciativa y esfuerzo para satisfacer sus propias necesidades de autocuidado. Queremos decir que hay que cuidar, apoyar y ayudar al paciente, pero debemos evitar la sobreprotección para que ellos también pongan de su parte si pueden. No olviden que el ictus afecta tanto al paciente como a la familia que convive con él.

2 Objetivos

Buscar información en diferentes soportes (tanto digitales como libros y prensa) del ictus para profundizar sobre esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática durante 2 meses en diversas fuentes entre ellas bibliotecas municipales y diversas plataformas y buscadores de Internet, libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Después del estudio realizados, se puede definir el ictus, no es una enfermedad en sí misma, sino un conjunto de ellas. Se podría definir como un grupo de pa-

tologías, conocidas popularmente como embolias, o accidentes cerebrovasculares (ACV), que afectan a los vasos sanguíneos que suministran la sangre al cerebro.

Como dato, uno de cada seis españoles va a sufrir un ictus a lo largo de su vida. Cuando se sufre un ictus, el daño cerebral adquirido puede ser irreparable y dejar secuelas graves, que repercutan de forma notable en la calidad de vida de los afectados. Después de un ictus, sólo un tercio de los pacientes se recupera totalmente, otro tercio queda con secuelas y otro tercio fallece. Además, el 25% de las personas que padecen un ictus mueren durante los 30 días siguientes. El 90% de los casos de ictus se podrían evitar con una adecuada prevención de los factores de riesgo y un estilo de vida saludable.

El ictus es la segunda causa de muerte en España (la primera en mujeres), la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia. Cada año 110.000-120.000 personas sufren un ictus en España, de los cuales un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. Actualmente más de 330.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido un ictus. Aunque en los últimos 20 años, la mortalidad y discapacidad por ictus ha disminuido, en los próximos 25 años su incidencia se incrementará un 27%. En los últimos 20 años ha aumentado un 25% el número de casos de ictus entre las personas de 20 a 64 años. Un 5% de los mayores de 65 años de nuestro país han tenido un ictus. El ictus supone el 70% de los ingresos neurológicos que se producen en España y es responsable del 3-6% del gasto total sanitario. Ante los primeros síntomas de ictus debe llamarse inmediatamente al 112: El ictus es una urgencia.

Es la segunda causa de muerte en España (la primera en mujeres), la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de demencia. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año 110.000-120.000 personas sufren un ictus en nuestro país, de los cuales un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. Actualmente más de 330.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido un ictus.

Aunque en los últimos 20 años, la mortalidad y discapacidad por ictus ha disminuido, gracias a la mejora en la detección precoz de los síntomas, en el control de los principales factores de riesgo y en la introducción de nuevas medidas terapéuticas, como las Unidades de Ictus, la trombólisis o la trombectomía mecánica, su incidencia sigue aumentando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en que los próximos 25 años su incidencia se incrementará un 27%.

“Un ictus es un trastorno brusco en la circulación sanguínea del cerebro que puede ser producido por oclusión arterial (el 85% de los casos) o por hemorragia (el 15%)”, explica la Dra. María Alonso de Leciñana, Coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. “Puesto que el cerebro necesita un aporte constante de oxígeno y nutrientes, que le llegan a través de la circulación sanguínea, el daño cerebral que produce un ictus depende en gran medida del tiempo en el que dura este trastorno y de la zona que se haya visto afectada. Por lo tanto, saber identificar los síntomas para acudir cuanto antes al hospital, puede ayudar mejorar significativamente el pronóstico de esta enfermedad”.

Teniendo en cuenta que por cada minuto en el que una persona sufre detención o disminución de la circulación de sangre en el cerebro se pierden 1,9 millones de neuronas y 14 billones de conexiones neuronales, y que una hora supone un envejecimiento cerebral de 3,6 años y una pérdida de 120 millones de neuronas, el ictus es siempre una urgencia médica. Por ello, ante los primeros síntomas de ictus debe llamarse inmediatamente al 112 y no trasladar al paciente por medios propios al hospital o al centro de salud.

Los síntomas del ictus generalmente se producen de forma brusca e inesperada y, aunque su tipología depende del área del cerebro que se vea afectada, los principales son:

- Alteración brusca en el lenguaje, con dificultades para hablar o entender.
- Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo. Generalmente afecta a una mitad del cuerpo y se manifiesta sobre todo en la cara y/o en las extremidades.
- Alteración brusca de la visión, como pérdida de visión por un ojo, visión doble o incapacidad para apreciar objetos en algún lado de nuestro campo visual.
- Pérdida brusca de coordinación o equilibrio.
- Dolor de cabeza muy intenso y diferente a otros dolores de cabeza habituales.

“La gran mayoría de los pacientes que sufren un ictus suelen presentar una combinación de varios de estos síntomas. No obstante, con solo experimentar uno de ellos, ya es motivo de urgencia”, señala la Dra. María Alonso de Leciñana. “Una de las claves para el éxito en la atención del ictus es la rapidez con la que se detectan sus síntomas iniciales y se contacta con el sistema de emergencias. La otra, sin duda, es la prevención”.

Y es que, el 90% de los casos de ictus se podrían evitar con una adecuada prevención que pasa por la corrección y tratamiento de los factores de riesgo modifica-

bles: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, vida sedentaria, consumo de alcohol, terapias hormonales y enfermedades cardíacas previas. “Generar el hábito de control de la tensión arterial, el peso, de la cintura abdominal y llevar a cabo un estilo de vida sano, que pasa por el abandono del tabaco y el consumo moderado de alcohol, reducir peso, hacer ejercicio y reducir la sal en las comidas, serían los principales consejos”, destaca la Dra. María Alonso de Leciñana. “En todo caso, cuando hablamos de prevención hablamos tanto de llevar a cabo medidas para prevenir esta enfermedad en personas que no lo han sufrido hasta el momento, mediante hábitos de vida saludables, como para evitar que el ictus se repita. No hay olvidar que el hecho de haber sufrido un ictus, es un factor de riesgo para poder sufrir un segundo. Por lo tanto, estas personas, deben seguir un tratamiento farmacológico adecuado”.

La edad es otro factor de riesgo, ya que la incidencia del ictus aumenta considerablemente a partir de los 60-65 años: un 5% de los mayores de 65 años de nuestro país han tenido un ictus. No obstante, el ictus, puede aparecer a cualquier edad: un 0,5% de todos los ictus se producen en personas menores de 20 años. Además, en los últimos 20 años ha aumentado un 25% el número de casos de ictus entre las personas de 20 a 64 años.

En los últimos 15 años, el número de pacientes atendidos en hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) por enfermedades cerebrovasculares ha aumentado un 40%, lo que ha hecho que las enfermedades cerebrovasculares sean ya la octava causa de hospitalización. Actualmente, es la entidad neurológica que mayor número de ingresos hospitalarios genera en España –el 70% de los ingresos neurológicos- y una de las patologías que requieren de mayor estancia hospitalaria y, consecuentemente, de mayor coste para los sistemas sanitarios. El ictus, es responsable del 3- 6% del gasto total sanitario.

Número de casos de ictus que se producen al año en cada Comunidad Autónoma de España (Datos de la Sociedad Española de Neurología):

CC.AA. N.º casos/ año.

Andalucía 21.000.

Aragón 3.300.

Asturias 3.000.

Baleares 3.500.

Madrid 11.500.

Valenciana 11.500.

Canarias 3.500.

Cantabria 1.000.
Castilla - La Mancha 5.200.
Castilla y León 6.000.
Cataluña 18.500.
Ceuta 200.
Extremadura 2.600.
Galicia 7.000.
La Rioja 750.
Melilla 200.
Murcia 3.300.
Navarra 1.200.
País Vasco 5.000.

5 Discusión-Conclusión

Si se controlan los factores de riesgo se puede evitar hasta el 80% de los casos de ictus, por eso se recomienda:

- Llevar una dieta rica y saludable; baja en sal y grasas.
- Realizar ejercicio moderado.
- Controlar el peso, la presión arterial, nivel de colesterol y azúcar en sangre.
- Abandonar el tabaco.
- Si se consume alcohol, hacerlo de forma moderada.
- Controlar el pulso regularmente. Si siente palpitaciones fuertes y rápidas, sin haber realizado ninguna actividad física previa, es recomendable que acuda a su médico.

En el momento en que aparecen los síntomas es importante llamar al servicio de urgencias o acudir al hospital más cercano. Es necesario acudir rápidamente a un centro hospitalario en caso de presentar síntomas de un ictus (pérdida de visión, alteración del lenguaje, pérdida de fuerza o sensibilidad...) aunque hayan tenido una corta duración. Es un aviso de que algo más definitivo puede ocurrir en breve. Si es posible por cercanía, la Sociedad Española de Neurología aconseja poder ser atendido por neurólogos y acudir a un hospital que disponga de Unidad de Ictus. Las Unidades de Ictus son zonas del hospital, generalmente ubicadas en la planta de Neurología, dedicadas exclusivamente a la atención del ictus, que han demostrado su eficacia durante la fase aguda de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Ana Pérez Menéndez Sociedad Española de Neurología.
- www.sen-ictus.es titularidad de Sociedad Española de Neurología (SEN).
- [https://cuídate plus.com](https://cuídate.plus.com).
- [https//ictus en la persona mayor.com](https://ictus.en.la.persona.mayor.com).
- [https//la vida tras un ictus.com](https://la.vida.tras.un.ictus.com).

Capítulo 693

ELIMINACIONES URINARIAS.

SANDRA ALVAREZ MARTIN

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

SONIA ARENAS BARRO

PAULA CASAL BOUZA

CRISTINA CABALLERO HERRERA

1 Introducción

Las eliminaciones urinarias son productos elaborados por el organismo del propio individuo que son expulsados al exterior por vías naturales. Nos dan datos útiles para comprobar el estado de salud o enfermedad, así como el resultado de los tratamientos.

Se llaman eliminaciones, la orina, las heces y el esputo, aunque nos vamos a centrar en eliminaciones urinarias. A modo de historia destacar que hace siglos, los médicos llegaban a constatar el olor y sabor de la orina para diagnosticar si era el paciente diabético.

2 Objetivos

- Estudiar las diferentes presentaciones cromáticas según las variaciones de la orina.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La orina presenta color amarillo/ámbar aunque su tonalidad puede cambiar dependiendo de su concentración, variaciones en el color y la turbidez:

Orina color rojo vivo: causada por la pérdida de sangre con la orina, y se llama hematuria, el motivo más frecuente es el sangrado de algún punto del aparato urinario.

Orina oscura: color coca-cola (coluria) se presenta en las primeras fases de ictericia, que es una alteración del hígado.

Orina turbia: es una orina con mucha materia orgánica, los motivos más comunes son una infección urinaria y la eliminación de un cálculo.

Orina turbia-maloliente: igualmente indicativa de infección urinaria.

No siempre las variaciones en el color de la orina se corresponden con alguna enfermedad, sin embargo, es un hecho que estos cambios pueden decir datos sobre nuestro cuerpo. Algunos factores externos pueden llegar a influir en el color de la orina como los alimentos con colorantes (naturales o no) y los medicamentos, siendo los principales. Incluso algunos medicamentos para las infecciones urinarias pueden cambiar radicalmente el color.

5 Discusión-Conclusión

Podemos sacar grandes y buenas conclusiones de echar un vistazo a nuestra orina. Pero podríamos ser más concluyentes al hacernos un examen de laboratorio completo, y a su vez, acudir regularmente al médico ya que la sangre en cantidades pequeñas es indetectable al ojo humano. El nivel de azúcar también, el cual puede indicar riesgo de diabetes y siendo esta patología tan prevalente en la sociedad, es necesario su conocimiento por parte de todo el personal sanitario para poder ofrecer un cuidado integral al paciente diabético.

6 Bibliografía

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

Capítulo 694

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un problema que afecta a una gran parte de estos pacientes. La escasa ingesta de alimentos y líquidos, los problemas circulatorios y otras enfermedades, aumentan la aparición de heridas. Es por tanto tarea fundamental del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) identificar estas situaciones para ponerles solución y evitar la aparición de UPP. En este sentido, el TCAE hace una labor que debe estar bien estipulada en cuanto a funciones y requisitos mínimos a cumplir para llegar a un único fin que es el estado normonutricional del paciente así como a la no aparición de úlceras.

2 Objetivos

- Determinar las medidas para prevenir las úlceras por presión en el paciente geriátrico.

3 Metodología

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

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se usan descriptores como: úlceras, prevención, alimentación en geriatría, suplementos nutricionales.

4 Resultados

- Para prevenir la aparición de úlceras, debemos seguir una serie de pasos: El aseo/ducha nos permite observar el estado de la piel, aparición de rojeces, ampollas o recuperación tras la presión. Cuando un paciente es propenso a estas lesiones, usaremos taloneras, protecciones y colchones antiescaras, además del uso de ácidos grasos, cremas o aceites.

La desnutrición y deshidratación son un problema que afecta a estos pacientes, sobre todo si sufren enfermedades degenerativas, es nuestra labor proporcionar una dieta adecuada, la ingesta de gelatinas, suplementos alimenticios y la ingesta de líquidos. Debemos tener en cuenta que algunas heridas como las vasculares o pie diabético, tienen tratamiento paliativo ya que su avance, es inevitable.

El uso de las medidas preventivas es de vital importancia para que el paciente no sufra este proceso que además de ser doloroso puede provocar una sepsis. No podemos olvidar que los cambios posturales, juegan un papel importante en estos cuidados, además de todo lo mencionado en el apartado anterior.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 695

LOS CUIDADOS AL PACIENTE BASADOS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA.

MARIA DE LOS ANGELES ESTEVEZ SEOANE

ANA BELÉN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

JOSÉ ANTONIO ESCANLAR MONTESERÍN

1 Introducción

Desde hace unos años se habla de la medicina y la enfermería basada en la evidencia. Sackett la definió en 1996 como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la evidencia clínica, disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente”. La enfermería basada en la evidencia surge a raíz de la medicina basada en la evidencia, y ambas por la necesidad de tener unos cuidados estandarizados en la práctica clínica. Tenemos mucha bibliografía en la que se describe, que en la medicina antigua se realizaban una serie de tratamientos o actividades, basadas en creencias sin tener muy clara la efectividad de las mismas.

Es a partir del siglo XX, en los años 60, cuando se empiezan a desarrollar ensayos clínicos con el objetivo de investigar y desarrollar la medicina que hoy en día conocemos, sin embargo, no es hasta 1982, que David Eddy habla por primera vez de la “medicina basada en pruebas”. Desde entonces muchos son los profesionales que van desarrollando esta idea, pero tienen que pasar diez años más

hasta que se crea el “Evidence-Based Medicine Working Group” en Canada cuyo objetivo principal era basar la medicina en datos científicos y no en suposiciones o creencias. A partir de este momento se fueron desarrollando corrientes para mejorar la práctica clínica hasta llegar a nuestros días. Hoy en día la mayor parte de los datos derivan de metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos controlados e investigaciones de vigilancia farmacológica.

La importancia de la práctica clínica basada en la evidencia, es que es capaz de dar respuesta a problemas relevantes que puedan surgir en el trabajo diario con los pacientes; es capaz de adaptar evidencias cualitativas y cuantitativas; constituye una práctica clínica basada en un enfoque crítico, reflexivo e independiente; y por último es capaz de conciliar la persona, los cuidados, la salud y el entorno.

2 Objetivos

- Conocer la aplicación de la práctica clínica basada en la evidencia en el trabajo diario, así como la implicación del personal sanitario en los cuidados que ofrece y su opinión.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo desde el año 2010 al 2019, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se descartaron aquellos artículos que no consideramos que fuesen a aportar nada en base a nuestros objetivos.

Las palabras clave utilizadas fueron: enfermería, evidencia científica, práctica clínica, medicina basada en la evidencia, cuidados de calidad.

4 Resultados

- Son muchos los profesionales que aun no han integrado la práctica clínica basada en la evidencia, pero de los estudios encontrados, han llegado a la conclusión de que los pacientes que reciben este tipo de cuidados, evidencian mejores resultados fisiológicos y psicosociales que los pacientes que reciben los cuidados habituales. Para tener estandarizados esos cuidados utilizan las Guías de Práctica

clínica, basadas en estudios científicos previos y que no son más que protocolos de actuación frente a problemas muy concretos.

- Nos ha llamado la atención que un gran número de profesionales trabaja en base a la evidencia científica y no lo saben. Los programas informáticos utilizados en el medio hospitalario, tienen escalas, formularios, etcétera, que suelen ir enfocados a la práctica de la evidencia científica.

- Además de eso, cada vez son más los hospitales que dan mucha importancia a la calidad de los cuidados, e imparten cursos de formación para los profesionales implicados que estén interesados en el tema. Además hemos podido comprobar, que no hay muchos profesionales que tengan por costumbre utilizar bases de datos y leer artículos científicos para actualizar sus conocimientos.

5 Discusión-Conclusión

La práctica clínica basada en la evidencia supone disponer de un método estructurado que ayuda a los profesionales médicos y de enfermería a resolver dudas que puedan surgir durante el día a día. Con las Guías de Práctica Clínica se puede trabajar de forma sistemática con unas pautas desarrolladas y basadas en el conocimiento científico. Estas guías tienen la ventaja de ser muy concretas y aplicables, aunque siempre hay que tener en cuenta las condiciones personales de cada paciente para individualizar los cuidados y realizarlos con calidad.

Somos los profesionales los que debemos de ser responsables con el trabajo que realizamos en el día a día, ya que la medicina no es una ciencia exacta y avanza muy rápido. Debemos de acostumbrarnos a leer y consultar artículos con evidencia científica para crecer como profesionales y hoy en día tenemos la ventaja de tener acceso a internet y podemos acceder a un enorme número de artículos a nivel mundial que nos pueden ayudar a ser mejores profesionales, ofreciendo los mejores cuidados a nuestros pacientes.

6 Bibliografía

- Amezcua, M. (2010). Investigación aplicada en cuidados de salud. *Index de Enfermería*, 19(4), 237-239.
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. (2012). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. España: Elsevier.

- Campo, V. R., & Klijn, T. P. (2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería global*, 10(4).
- Eterovic Díaz, C., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Enfermería basada en la evidencia y formación profesional. *Ciencia y enfermería*, 16(3), 9-14.
- García, A. S. (2016). Enfermería basada en evidencias: caminando a hombros de gigantes. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica: SEDENE*, (43), 1-3.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Faan, P. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Logan, J. (2019). Incorporando la evidencia en la práctica diaria de enfermería. *Revista Horizonte de Enfermería*, 10(1), 31-37.
- López-Morales, A. B., & Barrera-Cruz, A. (2016). Enfermería basada en la evidencia y su aplicación en el plan de cuidados de enfermería. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 24(3), 161-162.
- Mariano Juárez, L., Rodríguez Martín, B., & Conde Caballero, D. (2013). Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 55-59.
- Molina Mula, J., Vaca Auz, J., Muñoz Navarro, P., Cabascango Cabascango, K., & Cabascango Cabascango, C. (2016). Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. *Index de Enfermería*, 25(3), 151-155.
- Vera Carrasco, O. (2016). El aprendizaje basado en problemas y la medicina basada en evidencias en la formación médica. *Revista médica la paz*, 22(2), 78-86.

Capítulo 696

INFECCIONES DE HERIDAS QUIRÚRGICAS

CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales se definen como cualquier infección adquirida durante el tiempo en que el individuo está hospitalizado, pudiendo manifestarse mientras está internado o después de haber sido dado de alta.

Adquirir una infección durante el período de hospitalización es muy común, algunos de los principales factores que pueden causar una infección son:

- Desequilibrio de la flora bacteriana de la piel y del organismo, generalmente debido al uso de antibióticos.
- Disminución del sistema inmune de la persona hospitalizada, tanto por la enfermedad como por uso de medicamentos.
- Realización de procedimientos invasivos como colocación de un catéter, colocación de sondas, biopsias, endoscopias o cirugías, que rompen la barrera de protección de la piel.

En las infecciones de heridas quirúrgicas la piel y la mucosa constituyen la primera barrera frente a la infección y, si se vulnera, es posible que se produzca una infección endógena. En este tipo de infecciones una de las causas más frecuentes es que el microorganismo provenga del personal sanitario, vehiculizada por instrumental quirúrgico mal esterilizado.

Para detectar una infección de herida quirúrgica, observaremos en el sitio de la incisión:

- Pus o secreción.

- Mal olor procedente de la herida.
- Fiebre, escalofríos.
- Calor al tacto.
- Enrojecimiento.
- Dolor o molestia al tocarse.

La mayoría de las infecciones por heridas quirúrgicas se presentan en los primeros 30 días luego de la cirugía. Es frecuente que la contaminación se produzca en el mismo acto quirúrgico, aunque también existe la contaminación postoperatoria por mala manipulación de la herida.

2 Objetivos

- Conocer las principales causas, tratamientos y cuidados de las heridas quirúrgicas para la prevención de infecciones nosocomiales de heridas quirúrgicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Causas.

Las heridas quirúrgicas pueden infectarse por:

- Microbios que ya se encuentran en la piel y que se propagan a la herida quirúrgica.
- Microbios que están dentro de su cuerpo o que provienen del órgano en el que se realizó la cirugía.
- Microbios que se encuentran en el aire.
- Manos infectadas de un cuidador o un sanitario de atención médica.
- Instrumentos quirúrgicos infectados.

Hay distintos niveles de infecciones en las heridas:

- Superficial: la infección solo está en la zona de piel
- Profunda: la infección va más allá de la piel hasta el músculo y el tejido
- Órgano/espacio: la infección es profunda y compromete al órgano y espacio en los que se le realizó la cirugía

Tratamiento.

- Antibióticos. Los antibióticos se utilizan para tratar la mayoría de las infecciones de heridas. En ocasiones también puede necesitar cirugía para tratar la infección. Pueden suministrarle antibióticos para tratar la infección en la herida quirúrgica. La duración del tiempo por el que necesitará tomar los antibióticos varía, pero será como mínimo de 1 semana. Pueden suministrarle antibióticos por vía intravenosa y luego cambiar a vía oral. Tome todos sus antibióticos, incluso si se siente mejor. El pus de la herida se puede examinar para averiguar cuál es el mejor antibiótico. Algunas heridas se infectan con *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina (SARM), que es resistente a antibióticos de uso común. Una infección con SARM requerirá un antibiótico específico para tratarla.
- Tratamiento quirúrgico invasivo. En ocasiones, el cirujano necesita hacer un procedimiento para limpiar la herida. Pueden llevar el procedimiento a cabo en el quirófano o en un cuarto de hospital. El equipo quirúrgico: abrirá la herida retirando las grapas o los puntos de sutura; hará exámenes a la piel y el tejido en la herida para averiguar si hay una infección y qué tipo de antibiótico funcionaría mejor; limpiará la herida removiendo el tejido muerto o infectado dentro de esta; enjuagará la herida con agua con sal (solución salina); limpiará el saco de pus (absceso), en caso de que haya uno; rellenará la herida (si se trata de un orificio) con tiras de apósito remojado en solución salina y un vendaje.

Cuidado de la herida. Puede ser necesario limpiar y cambiar el apósito de la herida quirúrgica regularmente. Técnica:

- Retirá el vendaje y los apósitos viejos.
- Limpiará la herida.
- Colocará un nuevo material limpio de relleno y colocará un vendaje nuevo.
- Para ayudar a algunas heridas quirúrgicas a sanar, pueden colocarle un apósito de cierre asistido por vacío (VAC, siglas en inglés). Esto aumenta el flujo sanguíneo a la herida y ayuda con la recuperación.
- Este es un apósito de presión negativa (vacío).
- Hay una bomba de vacío, una pieza de espuma que encaja en la herida y un tubo de vacío.
- Se fija un vendaje transparente con cinta encima.
- El apósito y la pieza de espuma se cambian cada 2 a 3 días.

Puede tardar días, semanas o incluso meses para que la herida esté limpia, libre de infección y que finalmente sane. Si la herida no cierra por sí misma, es posible que necesite una cirugía de injerto de piel o de colgajo de músculo para cerrarla. Si es necesario un colgajo de músculo, el cirujano puede tomar una pieza de músculo de sus nalgas, hombro, o parte superior del tórax para colocarla en la herida. Si esto es necesario, el cirujano no lo hará sino hasta después de que se haya curado la infección.

El riesgo de infección de la herida quirúrgica es muy variable y depende del procedimiento quirúrgico y de la presencia de factores de riesgo. Consideraremos a aquellas variables que tienen una relación independiente y significativa con el desarrollo de una infección de la herida quirúrgica. El conocimiento de los factores de riesgo permitirá estratificar las diferentes intervenciones que realizamos y así, controlar las infecciones de una forma más racional.

Intrínsecos (relacionados con el paciente).

- Desnutrición y depleción proteica.
- Edad avanzada.
- Recién nacidos
- Enfermedades asociadas (diabetes, cáncer, enfermedad vascular crónica y obesidad).
- Alteración de la función inmune por enfermedad o regímenes terapéuticos.
- Hábito de fumar.
- Las personas encamadas o con alteración de la conciencia, ya que presentan mayor riesgo de broncoaspiración
- Falla orgánica crónica.
- Infección recurrente en un lugar remoto.
- Perfusión tisular disminuida.

Extrínsecos (relacionados con la cirugía y el ambiente hospitalario)

- Lavado de manos para el acto quirúrgico.
- Preoperatorio prolongado.
- Hospitalización prolongada.
- Operaciones anteriores.
- Rasurado.
- Vestuario quirúrgico.
- Duración de la cirugía.
- Climatización.
- Instrumental.

- Técnica quirúrgica.
- Antisepsia de la piel.
- Antibióticos profilácticos.
- Esterilización.

Asimismo, mientras más sea el tiempo de hospitalización mayor es el riesgo de adquirir una infección nosocomial, ya que hay mayor exposición a los microorganismos responsables.

El auxiliar de enfermería deberá aplicar las siguientes medidas preventivas para evitar futuras infecciones nosocomiales:

- Lavado concienzudo de manos.
- Utilización de vestimenta y material desechable preventivo (batas, mascarillas, guantes, gorro, gafas, etc).
- Aplicación de técnicas asépticas.
- En la curación de heridas: primero se curarán las heridas no infectadas y para el final las heridas infectadas.
- Manipulación mínima de las heridas y de forma estéril.
- Limpieza y desinfección del material e instrumental.
- Educar al paciente para que no se autocontamine la herida.
- Vigilar a los pacientes ingresados (nos permitirá prevenir y controlar posibles infecciones).

5 Discusión-Conclusión

Cualquier persona puede estar expuesta a desarrollar una infección nosocomial por heridas quirúrgicas ya que la mayoría de los microorganismos se inician en el momento de la cirugía. Los determinantes provienen del personal sanitario, instrumental quirúrgico mal esterilizado o una mala manipulación de la herida quirúrgica. Los factores pueden ser intrínsecos del propio paciente (edad, obesidad, etc) o extrínsecas (higiene de manos, antibióticos, etc). Existen factores que podrían modificarse para mejorar el proceso quirúrgico, como tener una buena asepsia, siendo esta la más importante ya que disminuiría la tasa de infección y elevaría la calidad quirúrgica hospitalaria.

6 Bibliografía

- <https://www.tuasaude.com/es/infecciones-nosocomiales/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007645.htm>

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000200008
- <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/infecciones-cirugia/>
- Gómez-Romero FJ, Fernández-Parada M, Navarra JF. Cir Esp. 2017; 95(9):490-502

Capítulo 697

LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LA CAVIDAD ORAL PREVIENEN INFECCIONES

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA OLGA SOLIS VILLA

ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ

NATALIA PÉREZ COTO

NURIA OTERO BARTOLOME

1 Introducción

Definimos higiene oral como el conjunto de actividades encaminadas a mantener el buen estado de la boca. La cavidad oral es un excelente medio de cultivo para las bacterias y por lo tanto el asiento de numerosas patologías que, muy a menudo, dificultan el tratamiento del paciente y condicionan de forma importante su calidad de vida. La elevada incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica crea la necesidad de mejorar la calidad asistencial por parte del personal de enfermería y así lo demuestran numerosos estudios, que una adecuada higiene en la cavidad oral es un elemento imprescindible para reducir la incidencia de las infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el cuidado de la cavidad oral, para la prevención de infecciones.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación, se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos como son Pubmed, Scielo, Cuiden, Lilacs. También obtuve datos mediante el buscador Google Académico. A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y de exclusión. A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: higiene oral, higiene bucodental, prevención infecciones, TCAE en la higiene oral.

Criterios de inclusión:

- Artículos que hagan referencia a la higiene bucodental del paciente hospitalizado por parte del personal de enfermería.
- Idiomas: español o texto traducido al español.
- Artículos que mostrasen el texto completo.
- Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, guías de educación para la salud.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago.

4 Resultados

El cuidado de la cavidad oral por parte del TCAE será:

- En pacientes autónomos:

Nuestras actividades irán dirigidas fundamentalmente a realizar educación sanitaria y recomendaciones para una higiene correcta, para intentar prevenir y/o tratar alteraciones si ya las hubiera, intentando conseguir siempre la máxima colaboración e implicación con este tipo de pacientes. Proporcionar todos los enseres necesarios, respetando los que aporte el propio paciente.

- En pacientes con autonomía limitada:

Informar al paciente sobre el procedimiento que vamos a realizar.

Lavarse las manos y ponerse guantes (no estériles).

Colocar al paciente sentado o en posición Fowler si se encuentra encamado.

Crear un ambiente en el que el paciente se vaya a sentir cómodo, intentando preservar un clima de intimidad (no haya visitas dentro de la habitación, correr las cortinillas que separan una cama de otra).

Si el paciente es portador de prótesis dental se le retirará con una gasa antes de proceder a la limpieza de la cavidad bucal.

Cepillar los dientes (utilizando cepillo y crema dentífrica) utilizando una técnica adecuada.

Limpia la lengua mediante barrido de dentro hacia fuera.

Facilitar un vaso de agua para el aclarado de la boca, realizando después un enjuague con antiséptico oral no alcohólico.

Secar los labios y zona circundante, insistiendo en las comisuras.

Aplicar vaselina en los labios si existen costras o signos de deshidratación.

Ayudar al paciente a colocarse la dentadura, si procede.

Se repetirá el proceso después de cada comida, y además cuando precise.

- En pacientes inconscientes:

Lavarse las manos y ponerse guantes (no estériles).

Aspirar secreciones bucofaríngeas si precisa.

Girar la cabeza hacia un lado, colocando un empapador o toalla debajo de la misma.

Abrir la boca del paciente con la ayuda de un depresor, para facilitar la limpieza de encías, mucosa y lengua, utilizando una pinza con torunda empapada en solución antiséptica. Repetir dicho proceso si es necesario.

Secar y aplicar vaselina en los labios.

Realizar el procedimiento cada vez que lo precise.

- En pacientes intubados el TCAE realiza labores de asistencia al personal de enfermería:

Lavarse las manos y ponerse guantes (no estériles).

Comprobar la presión del neumotaponamiento.

Retirar el tubo de Mayo o mordida, si procede.

Lavarse las manos y ponerse guantes estériles.

Aspirar secreciones endotraqueales y bucofaríngeas.

Irrigar la cavidad bucal introduciendo 10-15 ml de antiséptico, a la vez que aspiramos con una sonda atraumática. Repetir este procedimiento las veces necesarias.

Frotar la cavidad bucal y dientes con torunda impregnada en solución antiséptica, cambiándola cuantas veces sea necesario.

Irrigar de nuevo y aspirar.

Retirar la sujeción del tubo endotraqueal.

Secar los labios y zona circundante.

Valorar el estado de comisuras labiales y mucosas.

Cambiar de posición el tubo endotraqueal, sujetándolo con una fijación limpia.

Aplicar vaselina en los labios.

Colocar tubo de Mayo o mordida si precisa. Realizar este procedimiento cada vez que lo precise.

5 Discusión-Conclusión

En muchas ocasiones los problemas de la boca solo son considerados una cuestión menor que no requiere de cuidados especiales. Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial, de lo contrario puede dar lugar a síntomas muy incómodos y dolorosos para el paciente, como molestias locales, problemas en la alimentación y dificultad en el habla, y lo que es peor, a infecciones nosocomiales. Por ello los cuidados de enfermería son fundamentales para el bienestar del enfermo.

Las estrategias de prevención son una parte muy importante de la atención diaria y la higiene bucodental es una medida muy útil de prevención. Se trata de una técnica fácil, sencilla de realizar y económica, solo es necesario conocerla y realizarla de forma correcta.

6 Bibliografía

- Bretón M, García MP, Galdiano M, Martínez A, Margall MA, Asiaín MC. Higiene de la boca en pacientes intubados o con dieta oral absoluta en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enf. Intensiva* 1995; 6(4): 141-8.
- Auxiliares Técnicas y Protocolos. Cuidado de la boca.
- Perry AG. Higiene de la cavidad oral en el usuario inconsciente o debilitado. *Enfermería Clínica: Técnicas y Procedimientos*. 4a Ed. Editorial Harconet Brace S. A. Madrid 1999; 155-8.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2001.
- Elorza Mateos J, Ania González N, Ígreda Sádaba M, Del Barrio Linares M, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. Valoración de los cuidados de enfermería en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. *Enferm Intensiva*. 2011; 22:22-30.

- Pérez E, Fernández A. Auxiliar de enfermería .Técnicas básicas de enfermería. Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. McGraw Hill. 3a Edición. Madrid 2001; 73-74.

Capítulo 698

EL DUELO: FASES, TIPOS Y BASES DEL TRATAMIENTO.

CARLA ELIZABETH SORIA GONZÁLEZ

1 Introducción

El duelo es el proceso psicológico que se produce tras una pérdida, una ausencia, una muerte o un abandono. Es diferente para cada persona. Se pueden sufrir diferentes síntomas emocionales y físicos como: ansiedad, miedo, culpa, confusión, negación, depresión, tristeza, shock emocional, etc.

El dolor por la pérdida se puede experimentar no solo por la muerte, sino cada vez que tenemos una experiencia de interrupción definitiva de algo, de pérdida, de distancia que no podrá ser cubierta. La experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida, es lo que llamamos elaboración del duelo, qué nos conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación. El duelo se trata de una herida y, por tanto, requiere de un tiempo para su cicatrización. En el proceso de duelo se distinguen varias fases, escalones que hay que superar, aunque no significa que tengan que aparecer todas.

2 Objetivos

- Analizar el proceso de duelo: desglosando sus fases, tipos y bases del tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

El duelo a veces se describe como un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Todas estas reacciones a la pérdida son normales. Sin embargo, no todos los que están haciendo un duelo experimentan todas estas reacciones, y no todos las experimentan en el mismo orden.

- Fase de negación. A veces la muerte llega de una forma tan injusta, rápida e inesperada que no nos da tiempo a asimilar la información y optamos por negar lo ocurrido. Es completamente normal, sobre todo en las muertes por accidente. En este caso nuestro cerebro actúa negando la información para protegernos del dolor. Si este sentimiento perdura durante largos periodos de tiempo es recomendable acudir a un especialista.
- Fase de ira. Aparecen la rabia y el resentimiento al asimilar que un ser querido ha fallecido y que la situación no se puede revertir. Una tristeza profunda se apodera de nosotros y no es nada fácil de aliviar. Debido a la carga emocional que se da en esta fase del duelo, es habitual sentir rabia y enfadarse. En primer lugar porque el afectado por la pérdida no encuentra una solución para la muerte de su allegado y, en segundo lugar, porque tampoco puede responsabilizar a nadie ni a nada en exclusiva por el fallecimiento. Todo esto le llevará a dirigir su rabia de manera indiscriminada a personas que nada han tenido que ver en el proceso e incluso hacia animales u objetos.
- Fase de la negociación. Esta es una de las etapas del duelo más desconocidas. El afectado intenta fantasear con situaciones que no son reales, comienza a hacer preguntas supuestas, como “¿qué hubiera pasado si...? ¿y si hubiera hecho...?”. En esta fase también recurrimos a la religión, intentando recuperar lo que hemos perdido. En el fondo, sabemos que es imposible, pero nos ayuda a avanzar en el duelo y llegar a una futura superación de la pérdida. Es la fase más corta de todas y no suele alargarse más de unas horas o días.
- Fase de la depresión. En esta fase, la fuerte tristeza que aparece nos lleva a entrar

en una crisis existencial al considerar la irreversibilidad de la muerte y la falta de incentivos para seguir viviendo en una realidad en la que el ser querido ya no está. Es entonces cuando no solo hay que aprender a aceptar que la otra persona se ha ido sino también a vivir en una realidad definida por esa ausencia.

- Fase de la aceptación. Las personas en duelo aprenden a convivir con su dolor emocional en un mundo en el que el ser querido no está. Con el tiempo se recupera la capacidad de experimentar alegría y placer.

Tipos de duelo.

- Duelo anticipado. Es aquel que se da antes de que la muerte haya ocurrido. Es habitual cuando se diagnostica una enfermedad que no tiene cura. El proceso de duelo es el habitual, la persona experimenta sentimientos y emociones anticipatorios que le prepararán emocional e intelectualmente para la inevitable pérdida. Es un proceso de duelo prolongado, no tan agudo como el resto, dado que cuando llega la muerte se suele experimentar, en parte, como sentimiento de calma.

- Duelo sin resolver. Significa que la fase de duelo sigue presente. Sin embargo, suele denominarse así al tipo de duelo que sucede cuando ha pasado cierto tiempo (entre 18 y 24 meses) y todavía no se ha superado.

- Duelo crónico. Es una clase de duelo sin resolver, que no remite con el paso del tiempo y que dura durante años. También se denomina duelo patológico o duelo complicado. El duelo patológico puede darse cuando la persona es incapaz de dejar de revivir de forma detallada y vívida los sucesos relacionados con la muerte, y todo lo que le ocurre le recuerda esa experiencia.

- Duelo ausente. Este tipo de duelo hace referencia a cuando la persona niega que los hechos hayan ocurrido. Por tanto, en esta etapa el individuo sigue evitando la realidad pese a haber pasado mucho tiempo. Es decir, la persona ha quedado estancada porque no quiere hacer frente a la situación.

- Duelo retardado. Es similar al duelo normal, con la diferencia que su inicio se da al cabo de un tiempo. Suele ser parte del duelo ausente, y también recibe el nombre de duelo congelado. Suele aparecer en personas que controlan sus emociones en exceso y se muestran aparentemente fuertes. Por ejemplo, una persona que tiene hijos y debe mostrarse entera.

- Duelo inhibido. Se produce cuando hay una dificultad en la expresión de los sentimientos, por lo que la persona evita el dolor de la pérdida. Suele venir asociado a quejas somáticas. Las limitaciones de la personalidad del individuo le impiden llorar o expresar el duelo. A diferencia del duelo ausente, no es un mecanismo de defensa.

- Duelo desautorizado. Ocurre cuando el entorno que rodea a la persona no acepta el duelo de ésta. Por ejemplo, cuando transcurrido un tiempo largo la familia le

reprocha a la persona que siga en duelo. Ésta reprime los sentimientos de cara a la familia, pero internamente no lo ha superado.

- Duelo distorsionado. Se manifiesta como una fuerte reacción desproporcionada en cuanto a la situación. Suele ocurrir cuando la persona ya ha experimentado un duelo previo y se encuentra ante una nueva situación de duelo. Por ejemplo, la muerte de un padre, y al morir un tío, revive también la muerte de su padre, lo que le lleva a una situación mucho más intensa, dolorosa e incapacitante.

Etapa de cierre. En esta etapa del duelo tendremos en cuenta 3 fases:

- Fase de perdón: en esta fase, será el momento de perdonar aquello que creamos haber padecido por estar en la relación que termina. Al llegar a éste punto, si sientes que hay cosas que no puedes perdonar, como en la fase anterior, es mejor volver a fases previas y seguir limpiando emociones “almacenadas”.

- Fase de gratitud: si hemos aceptado la pérdida, expresado emociones y, hemos perdonado, podremos en esta fase cerrar el duelo con una capa positiva, constructiva y agradable, para que el recuerdo quede en la memoria de forma positiva.

- Fase de nuevos apegos: es la fase en la que el proceso de despedida del duelo ya ha terminado y la persona se encuentra libre.

A través del proceso de duelo podremos actualizar nuestro sistema emocional interno al ir despidiéndonos de relaciones que se hayan terminado e incluso, podremos resolver heridas pasadas que nos siguen afectando en el presente.

Para que pueda realizarse un proceso de duelo terapéutico, es necesario el acompañamiento profesional, ya que es lo que permite que la persona vaya dando los pasos con la protección que dan los conocimientos del profesional y la relación terapéutica que creamos en la consulta.

El camino hacia un mayor bienestar. No hay una manera “correcta” de hacer el duelo. Cada persona es diferente:

- Sienta su pérdida.
- Atienda sus necesidades físicas.
- Exprese sus sentimientos.
- Mantenga una rutina.
- Evite beber alcohol.
- Evite tomar decisiones importantes.
- Tómese un descanso.
- Busque ayuda si la necesita.

No hay un cronograma establecido para el duelo. Puede comenzar a sentirse

mejor en 6 a 8 semanas, pero todo el proceso puede durar de 6 meses a 4 años. Durante este tiempo, puede sentirse mejor un día, pero peor al día siguiente. Esto es normal. Con el tiempo, comenzará a encontrar nuevamente interés en otras personas y actividades. También es normal revivir algunos de sus sentimientos de dolor en cumpleaños, aniversarios, días festivos u otras ocasiones especiales.

Aspectos a tener en cuenta. Si bien es normal sentirse triste después de una pérdida, los sentimientos asociados con el dolor deben ser temporales. A veces, los sentimientos duran más, o puede que tenga problemas para manejar sus emociones. Cuando esto sucede, el dolor puede convertirse en depresión. Los síntomas del duelo y de la depresión son similares. Las señales de que podría estar deprimido incluyen:

- No se siente mejor a medida que pasa el tiempo.
- Tiene dificultades constantes para comer o dormir.
- Sus sentimientos comienzan a perturbar su vida cotidiana.
- Depende de las drogas o del alcohol para sobrellevar la situación.
- Empieza a pensar en lastimarse o lastimar a otros.

Si siente que tiene problemas para manejar sus emociones, pida ayuda. Su médico de familia puede ayudarlo a tratar su depresión para que pueda comenzar a sentirse mejor. También puede ayudarlo a descubrir qué otro tipo de apoyo necesita. Esto podría incluir un grupo de apoyo, terapia individual o medicamentos.

¿Cuándo debo de pedir ayuda? La duración del duelo es variable, eso significa que pueden pasar meses e incluso años.

Cuando perdemos a alguien importante, un trabajo, una relación, etc, sentimos de manera profunda tristeza, rabia, impotencia, miedo y nos duele y es totalmente normal. Ahora bien, cuando estos síntomas acaban apoderándose de la persona de manera que aparece un fuerte sentimiento de culpa y autorreproches pueden llevar a esta a un estado de depresión. En la mayoría de los casos la intensidad de estas reacciones disminuye con el tiempo, una minoría desarrolla complicaciones de estos síntomas que afectan a la salud mental y física. Lo que distingue el duelo normal del patológico es el escalón (fase) en que la persona se queda bloqueada impidiendo la elaboración de ese dolor. Lo que ocurre en los duelos no resueltos es que las sensaciones, en lugar de producir cambios para ir avanzando en las diferentes fases, lo que hacen es justamente que llegan a paralizar el curso del duelo normal.

¿En qué consiste la terapia de duelo? El tratamiento del duelo lo trabajamos a través de la terapia breve estratégica y EMDR (siglas en inglés de desensibi-

lización y reprocesamiento a través de movimientos oculares) que son las técnicas que han demostrado ser las más innovadoras y eficaces para afrontar los procesos de duelo y trabajar los bloqueos, las resistencias y las defensas. Primero se deberá detectar en cuál de las fases de elaboración del duelo se encuentra la persona. Entre las primeras sensaciones aparece la rabia y esta puede dirigirse hacia uno mismo o hacia los demás transformándose en sentimiento de culpa o cólera. La rabia debe ser diluida hasta hacerse inofensiva. La rabia que no puede fluir lleva a revivir pensamientos y sensaciones devastadoras. Una de las principales maneras de trabajar la rabia es a través de la escritura, de esta manera conseguimos bajar su intensidad, descubriendo partes de la realidad que negábamos.

¿Debo de tomar medicación para superar el duelo? En ocasiones el impacto es tan grande, el bloqueo tan fuerte y las emociones tan incontrolables que llegan a incapacitar a la persona para afrontar el día a día. En esas ocasiones la medicación es un recurso adecuado, siempre controlada por el médico y durante un periodo de tiempo limitado.

5 Discusión-Conclusión

El duelo es un proceso por el que en algún momento de nuestras vidas debemos de pasar. Cada persona asume el duelo de diferentes formas y cada una pasara por diferentes fases. El duelo nos permitirá despedirnos de fallecido y nos permitirá sanar las heridas del pasado para que no nos afecte en un futuro.

6 Bibliografía

- <http://www.juliapascual.com/duelo/>.
- <https://es.familydoctor.org/>.
- <https://psicologiaymente.com/psicologia/tipos-duelo>.
- <https://galene.es/duelo/que-es-el-duelo-las-etapas-del-duelo/>.
- <http://www.funeuskadi.com/blog/fases-del-duelo-elisabeth-kubler-ross/>.
- Gil-Juliá B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. Psicooncología. 2008.

Capítulo 699

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA (IR)

JOSÉ JULIO ROLDÁN QUINTANS

1 Introducción

La insuficiencia respiratoria es una grave patología que, además, presenta una elevada morbilidad. Se define como un trastorno del intercambio gaseoso caracterizado por hipoxemia (disminución de la presión parcial de oxígeno) con normo o hipercapnia (aumento de CO₂ en sangre) y acidosis respiratoria. Puede tener diferentes causas y darse de forma súbita o insidiosa. Es importante conocer la fisiopatología que interviene en la alteración y cómo ésta se manifiesta clínicamente, no solo para una detección temprana, sino también para la instauración del tratamiento y los cuidados.

Se considerará que la persona presenta un fallo respiratorio cuando la presión parcial de oxígeno está por debajo de 60 mm Hg, con una presión parcial de CO₂ mayor de 45 mm Hg, respirando aire ambiental a nivel del mar (FiO₂ 21%). Para su diagnóstico es necesaria la realización de una gasometría arterial, pudiendo estimarse con la pulsioximetría, pero en este caso se debe tener presente la mayor variabilidad debido a factores extrapulmonares (frecuencia cardíaca, perfusión, contenido sanguíneo de la hemoglobina). Otro método que se puede utilizar es la capnometría (medición del CO₂ espirado).

La IR se clasifica en base a la evolución y al mecanismo patogénico, habitualmente se clasifican en dos grupos. Con o sin hipercapnia, pudiendo existir clasificaciones más complejas en las que también se tiene en cuenta que haya patología pulmonar.

- IR sin hipercapnia:

Crónica: EPOC, asma.

Aguda: neumonía, enfermedades pleurales, atelectasia (ausencia de expansión de los alveolos pulmonares), SDRA, TEP.

- IR con hipercapnia:

Crónica: alteración V/Q, EPOC, asma.

Signos clínicos de insuficiencia respiratoria aguda:

- Respiratoria. Disnea, dificultad para hablar, taquipnea, tiraje (supraclavicular, supraesternal e intercostal), uso de la musculatura accesoria y cianosis.
- Cardíaco. Cuando hay fallo del ventrículo derecho aparecen ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas meleolares. Cuando hay fallo del ventrículo izquierdo aparecen palidez, sudoración, frialdad e hipertensión arterial.
- Neurológica: alteración de la conciencia, cefalea, flapping y convulsiones.

2 Objetivos

- Describir la insuficiencia respiratoria (IR).
- Clasificar la IR.
- Describir los síntomas de los diferentes tipos de IR.
- Conocer los factores de riesgo para el desarrollo de los tipos de IR.
- Describir los tratamientos para la IR.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes textos médicos, páginas web de organismos reconocidos y otras fuentes. Todas estas están citadas en la bibliografía que se adjunta, que han servido de base para la redacción del presente capítulo.

4 Resultados

A continuación se describen diferentes tipos de insuficiencia respiratoria que fueron clasificados en el apartado dedicado a la introducción.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Hace referencia a una serie de trastornos caracterizados por la limitación persistente en el flujo del aire bronquial. Este término se utiliza, generalmente, para hacer referencia al enfisema pulmonar, bronquitis crónica o ambos.

BRONQUITIS CRÓNICA

Viene definida por tos y expectoración diarias, durante al menos 2 o 3 meses al año, en el periodo de 2 o más años, y en ausencia de otra enfermedad respiratoria. Siempre aparece inflamación de la mucosa bronquial, edema e hipersecreción de las vías respiratorias. Este aumento de la mucosidad provoca el estrechamiento de la vía respiratoria, y a su vez la reducción en el flujo de aire, sobre todo en la espiración. También se da, fruto de la inflamación crónica, un problema en los cilios que dificulta la expectoración, provocando una obstrucción de la vía.

Como factores de riesgo cabe destacar:

- Tabaquismo. Es la causa más importante, y además hay una relación directa con la cantidad de tabaco que se haya consumido.
- Tóxicos ambientales. Existe mayor prevalencia de IR en entornos donde hay mayor contaminación por la actividad industrial y por la contaminación ambiental en ciudades.
- Alergias y asma.

Los síntomas principales son:

- Tos productiva. Suele desaparecer al despertar.
- Disnea de esfuerzo. Va progresando según avanza la enfermedad hasta llegar a estar presente incluso en reposo.
- Espujo. Suele acompañar a la tos. Aparece también durante el día de forma intermitente.
- Fiebre. Siempre es síntoma de una infección grave.
- Anorexia y pérdida de peso. Se da en las fases más avanzadas de la enfermedad.
- Hemoptisis. Indica una lesión mucosa o carcinoma.
- En fases avanzadas de la enfermedad aparecen: taquipnea, aumento del diámetro del tórax; utilización de la musculatura auxiliar respiratoria; cianosis; flapping en las extremidades superiores, por hipercapnia, acropaquia (dedos en forma de palillos de tambor); ingurgitación (obstrucción o inflamación) pulmonar; ruidos respiratorios disminuidos; ruidos adventicios; tonos cardíacos apenas audibles.

Tratamiento:

- Es fundamental el abandono del hábito tabáquico.
- En el tratamiento farmacológico se utilizan broncodilatadores, antiinflamatorios, mucolíticos, vacuna antigripal y antineumocócica, oxígeno domiciliario.

- Como parte del tratamiento hay que informar al paciente sobre la enfermedad, enseñarle a distinguir los síntomas de un empeoramiento, entrenarlo en el uso del equipo de terapia respiratoria, control del peso, entrenar la respiración diafragmática y la musculatura respiratoria.

ENFISEMA PULMONAR

Hace referencia a la distensión del espacio alveolar en el bronquio terminal, acompañada de una destrucción de las paredes. Se da con frecuencia en fumadores, habiéndose demostrado que el humo del tabaco estimula a los macrófagos para la liberación de quimiotoxinas. Los factores hereditarios y la contaminación ambiental también están implicados.

Tipos de enfisema según Thurlbeck

- Enfisema panacinar o panlobulillar.
- Enfisema acinar proximal o centrolubulillar.
- Enfisema irregular.
- Enfisema intersticial.

El enfisema pulmonar se manifiesta clínicamente de forma parecida a la bronquitis crónica:

- Disnea con pequeños esfuerzos.
- Tos, que puede ser productiva. Habitualmente aparece por la mañana.

Tratamiento:

Lo que precisan los pacientes afectados de enfisema es la aplicación de medidas que disminuyan los síntomas y prevengan la agudización: cesar en el hábito tabáquico; oxigenoterapia; cirugía para la resección de tejido pulmonar dañado, y trasplante de pulmón en fase terminal.

ASMA BRONQUIAL

Etimológicamente la palabra asma proviene del griego *asthman*, que significa 'respirar con fatiga'. Las características que definen el asma son:

- Dificultad respiratoria, consecuencia de la hiperactividad bronquial que lleve a un estrechamiento, y el aumento en la producción del moco.
- Sensación de opresión en el pecho.
- Tos, disnea y sibilancias.
- Reversibilidad, que puede ser total o parcial. Ocurre de forma espontánea o tras el uso de medidas terapéuticas.

Los bronquios y la tráquea reaccionan exageradamente frente a diferentes estímu-

los, provocando el espasmo de la musculatura lisa que provoca un estrechamiento de las vías respiratorias. También contribuye a este estrechamiento las secreciones aumentadas, provocando una disminución en el flujo del aire espiratorio y que el gas quede atrapado, provocando hiperinsuflación alveolar.

Los síntomas del ataque asmáticos son tirantez en el pecho, sensación de necesitar aire e incapacidad para respirar sin esfuerzo deliberado. Este esfuerzo de la persona por buscar aire se observa en una postura característica, doblando el cuerpo, apoyándose en una superficie y llevando los hombros hacia atrás y arriba, levantando el pecho. Paradójicamente estos esfuerzos por respirar provocan que se sienta más resistencia siente, provocando angustia y miedo, lo que lleve a esforzarse más por respirar

Los factores desencadenantes más habituales en un ataque de asma: ejercicio físico; clima (frío, calor o humedad); llorar; reír; emociones (preocupación, ira, ansiedad, estrés psicológico); toser; infecciones víricas; humo del tabaco; exposición a alérgenos (polen, ácaros), exposición industrial a metales y otras sustancias.

El asma bronquial puede ser clasificada en intrínseca, de origen desconocido, y extrínseca, aquella provocada por alérgenos.

En base a la presentación clínica, el asma puede clasificarse en:

- Asma intermitente. La más típica. Se presenta con disnea paroxística y sibilancias. El número de crisis varía de una persona a otra (también existen diferencias dentro de un mismo individuo), y generalmente se presenta por la noche. La intensidad varía, desde leve a una gran duración. Se presenta una mejoría cuando el paciente se sienta. Cuando percibe una dificultad respiratoria, en especial durante la inspiración, recurre a la musculatura auxiliar durante la respiración.
- Asma crónica. La disnea y la tos se presentan diariamente con intensidad variable. Se agrava durante la mañana, en las primeras horas. El empeoramiento puede ser agudo o subagudo, siguiendo estos pasos: obstrucción nasal; tos y disnea nocturnas, con despertares; aumento de la disnea durante el día, en especial si hay un esfuerzo físico; aumenta la intensidad de las crisis nocturnas; empeoran los síntomas y se acude a las urgencias hospitalarias.
- Asma atípica. Hay tos productiva, disnea de esfuerzo y opresión torácica.
- Agudización grave del asma (AGA). Hace referencia a una crisis asmática que requiere tratamiento inmediato con control médico. No hay respuesta a los broncodilatadores. Se dan cuatro fases: pO₂ normal, pCO₂ disminuida y pH alcalino, ligera hipoxemia; hipoxemia leve, pCO₂ normal, pH normal; hipoxemia grave,

acidosis respiratoria e hipercapnia.

Severidad de la exacerbación del asma:

- Crisis leve. Existe disnea al caminar. Habla con frases largas. Puede estar agitado. El uso de ella musculatura accesoria está ausente. Sibilancias.
- Crisis moderada. Disnea al hablar. Utiliza frases cortas. Normalmente está agitado. Usa la musculatura accesoria. Sibilancias.
- Crisis grave. Disnea en reposo, no tolera el decúbito. Habla con palabras. Normalmente está agitado. Usa la musculatura accesoria. Sibilancias.
- Paro respiratorio inminente. Disnea en reposo, no tolera el decúbito. No habla. Adormecido, obnubilado. Movimiento paradójico toraco-abdominal. Las sibilancias están ausentes.

Tratamiento:

- Broncodilatadores (beta-adrenérgicos).
- Glucocorticoides en aerosol, su presentación produce menos efectos secundarios que la medicación oral. Reducen la respuesta inflamatoria.
- Modificadores de los leucotrienos. Estos son liberados como respuesta a los alérgenos y provocan el estrechamiento de las vías respiratorias.
- Estabilizadores de los mastocitos. Previene la inflamación de las vías respiratorias por la exposición a los alérgenos.

NEUMONÍA

Es una inflamación del parénquima pulmonar distal a los bronquiolos terminales. Generalmente hace referencia a una inflamación aguda del parénquima, objetivable radiológicamente y con un origen infeccioso. Puede tener su origen en bacterias, hongos, parásitos o virus, es decir, son infecciones específicas con patogenia, presentación y evolución diferentes. Una vez identificado el agente se podrá instaurar el tratamiento más adecuado.

Los síntomas de la neumonía varían en severidad: fiebre alta, escalofríos, tos productiva que no mejora o empeora, disnea de esfuerzo, dolor torácico al respirar o toser, cefalea, fatiga, sudoración profusa, síndrome de la uña blanca o leuconiquia.

Neumonía comunitaria o extrahospitalaria

Es un tipo que se adquiere en la comunidad y presenta un alto impacto social. La gravedad de la misma está ligada al grado de afectación, lo que implica que en algunos casos se precise un ingreso hospitalario (los casos más graves requerirán el ingreso en unidades de cuidados intensivos) y en otros sólo se requiera un

tratamiento domiciliario.

Como se señaló previamente la neumonía viene definida por la inflamación del parénquima pulmonar, comprendiendo bronquiolos respiratorios, conductos alveolares, sacos alveolares y alveolos. Esta patología aparece cuando los mecanismos de defensa de las vías respiratorias y del parénquima no funcionan adecuadamente.

Para que se de la infección existen diferentes vías para la llegada de los microorganismos al parénquima:

- Inhalación de aerosoles contaminados. Infección exógena. Las partículas con un tamaño superior a 10 mm que se hayan en suspensión en el aire, tienden a precipitar, las de tamaño menor pueden permanecer más tiempo en suspensión y llegar a ser inhaladas. Las partículas menores de 5 mm permanecen en suspensión mucho más tiempo y su tamaño provoca que sean capaces de eludir la respuesta defensiva del organismo, pudiendo llegar hasta los bronquios y alveolos. Cuando el número de patógenos presente, o el agente es especialmente virulento, se supera la capacidad de respuesta de los macrófagos.
- Aspiración de secreciones. Infección endógena. La causa está en las secreciones orofaríngeas, es decir, la persona se ve infectada por la propia flora. Se da en mayor medida que la anterior. Puede estar causada por la presencia de sondas o tubos endotraqueales, dificultades de la deglución, disminución de la conciencia, disfunción neurológica.
- Diseminación hematógena. Se produce desde las venas abdominales y pélvica, válvulas cardíacas en pacientes con endocarditis del lado derecho del corazón, infecciones de los catéteres endovenosos, etc.
- Extensión directa. Los microorganismos están en un foco cercano y pasan al parénquima pulmonar. Para llegar al mismo han de atravesar el espacio pleural, produciéndose un empiema (acumulación de pus en la cavidad pleural). Existe otra forma de producción, por inoculación debido a una intubación traqueal o por heridas incisivas en el tórax.
- Reactivación de microorganismos latentes. Se hayan en diferentes tejidos, permaneciendo inactivos gracias a los mecanismos inmunológicos. Cuando estos mecanismos se alteran por quimioterapia, inmunosupresores o alteraciones del sistema inmune se da la reactivación de los microorganismos.

En este tipo de neumonía los microorganismos más frecuentes son: streptococcus pneumoniae, legionella pneumophila, Chlamydia pneumoniae y Haemophilus influenzae.

Neumonía nosocomial

Es aquel tipo de neumonía que aparece en pacientes ingresados en el hospital a las 72 horas tras el ingreso, o un alta previa menor de 8 días. Es un problema respiratorio grave e importante. Estos pacientes tienden a presentar insuficiencia respiratoria, sepsis grave y shock, con empeoramiento del pronóstico y aumento de la morbilidad.

Principales factores de riesgo:

- Enfermedad de base grave.
- Alteración del estado mental que precise sedación, que ocasiona que el cierre de la glotis esté deprimido.
- Antiácidos. Provoca un aumento bacteriano en el estómago que puede llegar a colonizar la orofaringe.
- Intubación. Hay supresión de las defensas de las vías respiratorias superiores. La principal vía de infección está en el exterior del tubo endotraqueal.
- Translocación bacteriana. Los microorganismos atraviesan la mucosa intestinal dando lugar a bacteriemias. Los mecanismos implicados pueden ser isquemia, un traumatismo o malnutrición.

En las neumonías que aparecen precozmente, sin uso previo de antibióticos predomina la flora endógena: *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y enterobacterias. En las neumonías tardías con uso de antibióticos, suele haber una enfermedad crónica, generalmente aparecen bacilos gramnegativos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *S. aureus*) y en ocasiones hongos. Predominan los microorganismos presentes en el hospital.

Las manifestaciones clínicas son muy parecidas, aunque con algunas diferencias.

- Neumonía típica. El cuadro se instaura súbitamente, con fiebre brusca, tos productiva y esputo purulento. Puede aparecer dolor torácico en punta de costado (aumentando con tos y disnea). Hay anomalías radiográficas.
- Neumonía atípica. Comienzo gradual, tos seca y predominio de síntomas extrapulmonares (cefalea, mialgia, fatiga, dolor de garganta, vómito y diarrea entre otros). También hay anomalías radiográficas, aunque en este caso no hay signos de afectación en la exploración física.

La neumonía causada por *Mycoplasma* se puede complicar con eritema multiforme, anemia hemolítica, encefalitis... La producida por legionela puede provocar un deterioro del estado mental, además de problemas renales o hepáticos.

Tratamiento:

- Antibióticos. En ocasiones se recurre al antibiótico de forma empírica, cuando

se desconoce la naturaleza del agente. Cuando después de pasados tres días no hay mejoría, se considerará que no existe respuesta al tratamiento instaurado.

- Vigilancia intensiva y antibiótico de amplio espectro. Esto se realiza en un porcentaje cercano al 10% de los pacientes, para evitar el riesgo de fallecer debido a una insuficiencia respiratoria o un shock séptico en un plazo breve de tiempo (horas).
- Medidas de sostén. Reposición de líquidos, nutrición adecuada, drenar secreciones, tratar la patología de base.

SINDROME DEL DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

Se trata de un problema potencialmente mortal provocado por diferentes causas (traumatismo, broncoaspiración, shock séptico, neumonía, inhalación de tóxicos). El SDRA es una forma de edema pulmonar no cardiogénico, de instauración aguda que cursa con hipoxemia grave, descenso de la distensibilidad pulmonar y de la capacidad residual funcional, debido a un aumento de la permeabilidad capilar, con paso de líquido de los capilares a los alveolos.

Existe una cascada química, la lesión pulmonar provoca la liberación de mediadores químicos (endotoxinas y factores de necrosis tumoral). Una vez que se activan se produce una liberación de productos tóxicos que provocan la lesión del endotelio capilar, permitiendo el paso de líquido hacia el espacio intersticial, las moléculas grandes pasan al intersticio, se incrementa la presión osmótica, provocando al final un edema pulmonar.

El edema y la atelectasia (colapso parcial del pulmón) provocan una IR grave mediante tres tipos de mecanismos:

- El pulmón se torna rígido (trastorno ventilatorio restrictivo).
- Se impide el contacto entre el aire y la sangre, por una perturbación de la difusión.
- Aparición de V/Q (desequilibrio entre la ventilación y la perfusión) con efecto shunt. En el shunt pulmonar la sangre venosa desaturada llega al lado izquierdo del corazón sin haber sido saturada de oxígeno, provocándose una disminución de la PO₂ arterial y el aumento de la PaCO₂.

Las manifestaciones clínicas en esta fase se deben al desequilibrio entre la ventilación y la perfusión. En las fases iniciales se puede presentar: disnea de esfuerzo; aumento en la frecuencia y en la profundidad respiratoria; ruidos crepitantes en la auscultación; sin hallazgos radiológicos o una ligera congestión; taquipnea; taquicardia, hipoxemia moderada; hipocapnia (30-40 mmHg).

Más tarde, según progresa la patología, aumentan la taquicardia y la disnea, con imágenes alveolares difusas en las radiografías. La gasometría se haya alterada y no hay respuesta a la oxigenoterapia. Disminuye la distensión pulmonar, que a su vez provoca la disminución del volumen corriente, y éste lleva al aumento del trabajo respiratorio. Más tarde aparecen la cianosis, piel fría y pálida, presión arterial inestable y alteración de la conciencia. El paciente puede estar hipoven-tilado, dando lugar a hipercapnia e hipoxemia grave.

Tratamiento:

Lo más importante es la detección precoz. Hay que diagnosticar y tratar el desencadenante; aumentar la oxigenación tisular; reducir el consumo de oxígeno; evitar las complicaciones del cuadro. Para conseguir todo lo anterior se recurre a:

- Ventilación mecánica con intubación orotraqueal. Se recurre a ella cuando hay una grave hipoxemia y no hay respuesta a la oxigenoterapia. No es infrecuente recurrir a la sedación del paciente.
- Fluidoterapia. Es necesario el aporte adecuado de líquidos para mantener el gasto cardíaco. El objetivo último es tener un adecuado control hemodinámico. La administración de líquidos va a depender de la enfermedad de base y de la gravedad del SDRA, y en algunos casos está recomendada la restricción hídrica, e incluso la administración de diuréticos.
- Cateterización con un catéter de Swan-Ganz que permite medir la presión pulmonar y el gasto cardíaco.
- Alimentación adecuada. La ventilación mecánica y la sepsis elevan el consumo de calorías y provocan una disminución del nivel de proteínas, por lo que a las 24 horas se recomienda el inicio de la nutrición enteral, y si ésta no fuera posible, la nutrición parenteral.
- Cambios posturales. Estos pueden mejorar el intercambio gaseoso. Si existe afectación bilateral puede estar indicado el decúbito prono, teniendo presente la dificultad para manejar al paciente. Cada 24 horas debe ser colocado en decúbito supino para el aseo, y revisar los puntos de presión para prevenir la aparición de UPPs.
- Si permanecen de decúbito supino, deberán tener el cabecero a 45° para evitar aspiraciones del reflujo gástrico (evitar la neumonía nosocomial).

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

El TEP es una anomalía de la perfusión extremadamente común, y su causas son variadas: presencia de un coágulo sanguíneo, aire, líquido o grasa en la ar-

teria pulmonar y sus ramas, provocando la obstrucción del flujo sanguíneo al pulmón, y el consiguiente colapso del mismo. De todas ellas la causa más habitual es la presencia de un coágulo sanguíneo proveniente, generalmente, de las venas profundas de los miembros inferiores. Cuando el coágulo se aloja en una arteria pulmonar se produce la obliteración, llevando al infarto pulmonar como complicación de la embolia pulmonar. Se habla de embolia masiva cuando ésta supone el 50% o más de la obstrucción de la circulación arterial, dando lugar a la aparición de trastornos hemodinámicos graves de instauración brusca.

La embolia pulmonar puede provocar un daño permanente en los pulmones, lesiones en otros órganos por estar disminuido el aporte de oxígeno, y puede ser potencialmente mortal si existen muchos coágulos o uno de ellos es grande.

Existen factores favorecedores de la trombosis profunda, y con ello el riesgo de embolia: estasis sanguíneo, alteraciones de la coagulación, patología de la pared vascular. Procesos ligados a la trombosis venosa profunda (TVP): parto y periparto; insuficiencia cardíaca; IQ con una duración superior a 30 minutos que requiera anestesia general; fracturas; IQ de miembros inferiores, la cadera o la pelvis; consumo de anticonceptivos o terapia hormonal; inmovilización prolongada; obesidad; carcinomas; accidente cerebrovascular; insuficiencia venosa crónica; historia previa de TVP o de TEP; antecedentes familiares; obesidad.

Una vez que el trombo venoso se ha desprendido de la pared del vaso, viaja a la parte derecha del corazón, y de ahí a la arteria pulmonar para entrar en los pulmones. Dicho trombo se convierte en un émbolo que puede fragmentarse o disolverse. Si llega a crecer logrará obstruir los vasos del pulmón. Si continúa la secuencia como ha sido descrita habrá dos tipos de consecuencias, pulmonares y hemodinámicas.

Consecuencias pulmonares:

- Los alveolos dejarán de ser perfundidos por la obstrucción del vaso, sin embargo estarán ventilados, provocando el aumento del espacio muerto y el desequilibrio V/Q.
- Con el fin de evitar la situación anterior, aparece neumoconstricción y un aumento en la resistencia de las vías respiratorias, con redistribución de la ventilación hacia las áreas perfundidas, provocando una perfusión en exceso (shunt).
- Aparece una pérdida de surfactante (líquido pulmonar que disminuye la tensión superficial y favorece la expansión pulmonar) alveolar, que es el responsable de la estabilidad de los alveolos. En ausencia del mismo se producirá el colapso alveolar.

Consecuencias hemodinámicas:

- Aumento de la resistencia al flujo sanguíneo, que puede llegar a producir hipertensión pulmonar.
- Al aumentar la resistencia vascular pulmonar se produce un aumento en el trabajo del ventrículo derecho. Ello deriva en insuficiencia ventricular derecha, que puede ser la causa de shock y disminución del gasto cardíaco y de la presión arterial.
- El infarto pulmonar no suele acompañar a la obstrucción por un émbolo, dado que el pulmón se defiende obtenido oxígeno de la circulación arterial pulmonar, de ella circulación arterial bronquial y de las vías respiratorias.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, variando la frecuencia y la intensidad, dependiendo del grado de cierre del vaso y de que se haya producido, o no, el infarto pulmonar. La clínica suele instaurarse de manera brusca, remitiendo la intensidad progresivamente. El primer síntoma que aparece es la disnea. Tendremos un paciente taquipneico, ansioso, intranquilo, con dolor anginoso, fiebre, tos productiva (puede aparecer esputo teñido de sangre). Cuando existe un infarto pulmonar siempre aparecerán el dolor pleurítico y la hemoptisis. Cuando la obstrucción vascular es importante aparecen: insuficiencia ventricular derecha e ingurgitación yugular, hipotensión arterial y vasoconstricción.

Escala de Wells (grado de sospecha TEP). Entre paréntesis aparece la puntuación de cada ítem:

- Síntomas o signos de trombosis profunda. (3)
- Diagnóstico alternativo menos probable. (3)
- FC > 100 lpm. (1'5)
- Cirugía o inmovilización en las 4 semanas previas. (1'5)
- Hemoptisis. (1)
- Cáncer.(1)

Riesgo: elevado >6; moderado 2-6; bajo 2<

Tratamiento:

- Siempre hay que tratar el episodio, y prevenir la aparición de un nuevo TEP.
- Se administrarán calmantes para tratar el dolor pleural, se intentará calmar la ansiedad y se administrará oxigenoterapia mediante mascarilla. Habrá un control de las constantes vitales mediante monitorización.
- En el caso de un TEP masivo que precise la administración de trombolíticos, se habrá de tener presente el riesgo de hemorragia, en especial de los lugares de venopunción, lugares para la entrada de exploraciones agresivas y el tracto

gastrointestinal.

- El tratamiento más efectivo es el preventivo: heparina a dosis bajas, dispositivos de compresión intermitentes, combinación de anticoagulantes con los dispositivos de compresión.

NEUMOTÓRAX

El neumotórax es la entrada de aire en la cavidad pleural, entre las pleuras parietal y visceral, debido a la destrucción del parénquima pulmonar. Dicha entrada provoca que la presión pase de negativa a positiva, llevando al colapso pulmonar y la dificultad para la ventilación del pulmón que se ve afectado.

El neumotórax se clasifica en abierto, cerrado y a tensión. En este último caso nos encontramos ante una urgencia vital que precisa tratamiento inmediato.

- Neumotórax abierto. También se lo conoce como neumotórax traumático. Se produce cuando hay una herida abierta y el aire atmosférico (con presión positiva) entra en la cavidad pleural (presión negativa). Provoca el colapso del pulmón y el descenso de la capacidad vital. Se da un desequilibrio entre la ventilación y la perfusión que provoca hipoxia.
- Neumotórax cerrado. También puede provocar el colapso del pulmón con hipoxia y el descenso de la capacidad vital. El colapso pulmonar se provoca por la entrada de aire desde el interior del pulmón, que provoca el incremento de la presión pleural. Dentro de este se incluyen: el neumotórax espontáneo, que puede aparecer en adultos jóvenes y sanos; neumotórax traumático, provocado por una contusión que lleva a la rotura pulmonar.
- Neumotórax a tensión. El aire penetra en la cavidad pleural (desde el interior o desde el exterior), no puede salir y la acumulación del mismo provoca el aumento de la presión intrapleural, desplazando el mediastino, disminuyendo el retorno venoso, produciéndose un empuje del corazón, la tráquea, el esófago y grandes vasos hacia el lado no afectado. Es una urgencia vital que precisa de una intervención inmediata.

Se caracteriza en su presentación por el dolor pleurítico agudo y súbito, la pared torácica se mueve de forma asimétrica, disnea y cianosis. En el caso de un neumotórax grave (neumotórax a tensión) se presenta con: pulso débil y rápido, aumento de la presión venosa central, hipotensión, palidez, ansiedad.

Tratamiento:

- En el caso del neumotórax espontáneo, si no hay signos de hipertensión pleural el tratamiento será conservador: reposo en cama, oxigenoterapia y monitorización de las constantes vitales.

- Cuando el colapso pulmonar está por encima del 25%, el tratamiento indicado será la inserción de un tubo para el drenaje torácico (pleur-evac).
- En el caso de neumotórax espontáneo de repetición puede precisarse toracotomía y pleurectomía.

5 Discusión-Conclusión

En las páginas anteriores se ha hecho una revisión de las diferentes patologías que se encuadran dentro de la IR, y en alguno de los casos podemos encontrarnos con un problema de salud muy grave (potencialmente mortal) que precisa un intervención urgente, como en los casos del SDRA y del neumotórax a tensión.

Se ha hecho también un repaso a las diferentes causas de IR: enfermedades pulmonares, traumatismos, o exposición a tóxicos, por lo que es sumamente importante la prevención, dejar de fumar y protegiéndose en los entornos laborales.

El diagnóstico se llevaría a cabo a través de la anamnesis, el examen físico y diferentes pruebas diagnósticas.

El tratamiento de los diferentes tipos de IR no sólo implica el uso de medidas como la oxigenoterapia (que en ocasiones puede ser domiciliaria), sino que también hay que tener en cuenta el tratamiento de las situaciones de base que desencadenen la IR.

6 Bibliografía

- Amigo Vázquez, I.; Fernández Rodríguez, C.; Pérez Álvarez, M. Manual de psicología de la salud. Ediciones Pirámide (1988).
- Diccionario de medicina. RBA Larousse (2003).
- Diccionario médico, 3ª edición. Masson (1990).
- Farreras P.; Roaman C. Neumología. Medicina interna, 11ª edición. Doyma (1988).
- Francisco de Borja de la Quintana Gordon, Carlos Chamorro, Antonio Planas, Elisa López. Monitorización en anestesia, cuidados críticos y medicina de urgencias. Elsevier (2004).
- García Mayorga, A. Urg. Guía práctica de intervenciones enfermeras en urgencias. Fuden (2019).
- Stein J.H. Medicina interna, 3ª edición. Salvat (2004).
- VV.AA. Principios de medicina interna, 13ª edición. McGraw Hill-Interamericana (1994).

- National Heart, Lung, and Blood Institute. U. S. Department of Health & Human Services.
- NIH. U.S. National Library of Medicine. medlineplus.gov
- Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

Capítulo 700

LA LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES

ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO

PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ

YOANA LLAMES GONZÁLEZ

1 Introducción

La lactancia materna en adolescentes presenta un mayor esfuerzo fisiológico, gasto de energía y necesidades nutricionales comparado con la población de mujeres adultas. Además, tenemos que tener en cuenta que la adolescencia supone un grupo social con características propias y singulares, que hace necesario averiguar los aspectos sociales y culturales asociados al embarazo y a la lactancia materna.

2 Objetivos

Determinar las dificultades que se presentan durante la lactancia materna en madres adolescentes.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura científica para localizar documentos de evidencia científica sobre la lactancia materna en madres adolescentes.

Los descriptores usados fueron: lactancia materna, adolescentes, maternidad en adolescentes.

4 Resultados

Las dificultades que presentan las madres adolescentes con respecto a la lactancia, no se diferencian de forma clínica del resto de las madres, pero si hay diferencia con respecto al aspecto social y emocional: ya que son mujeres con inmadurez tanto biológica como psicológica. En la mayoría de los casos son embarazos sin pareja estable, no controlados, etc. Algunas investigaciones exponen la baja tasa de lactancia materna entre madres jóvenes; y la menor probabilidad de las madres adolescentes de iniciar y mantener la lactancia materna con respecto a las mujeres adultas.

5 Discusión-Conclusión

La duración y la instauración de la lactancia materna exclusiva es baja en las madres adolescentes con respecto a la mujer adulta. Motivado por las características propias de la adolescente (inmadurez, falta de formación, primiparidad, entorno desfavorecedor, etc.). El abandono precoz de la lactancia materna en estas mujeres es muy frecuente. A pesar de ello, estudios muestran que una atención sanitaria específica y una adecuada educación maternal mejora las tasas de lactancia materna exclusiva en este grupo.

6 Bibliografía

- Sena Barrios, Arnaldo; Rivera Rivadulla, Roxana; Díaz Guzmán, Exinidia; Hernández Domínguez, Belkis; Armas Ramos, Nancy. Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. *Rev Ciencias Médicas*. 2014; 18(4).

Capítulo 701

INFORME CLÍNICO SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN (CEDA) GIJON

MARÍA DEL MAR SAL ALVAREZ

BEGOÑA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

LIDIA ANGELES RODRIGUEZ

RAQUEL BORREGO SORIA

OLAYA MIÑAMBRES ALVEAR

1 Introducción

Paciente mujer de 64 años de edad acude a consultas de neuropsicología acompañada de sus familiares, la cual se la observa desorientada en las tres esferas: tiempo, espacio y persona, sin recordar en el día en que se encuentra ni el mes.

2 Objetivos

La familia solicita un informe con las pruebas necesarias para un posterior diagnóstico de la enfermedad que padece su familiar.

3 Caso clínico

Paciente de 64 años mujer con un deterioro de memoria de inicio insidioso y varios meses de evolución, de carácter progresivo asociado a diferentes áreas cognitivas (lenguaje, agnosia visual) que interfiere de forma significativa en su vida cotidiana. Se le hacen pruebas de neuroimagen y exámenes de laboratorio complementarios.

4 Resultados

Después de realizarlas pruebas pertinentes, y según la Escala de Deterioro Global de Rosberg, deterioro GDSS y según criterios DSM-IV (manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales). Se le diagnostica enfermedad de Alzheimer. Como tratamiento a seguir no farmacológico, desde el área de neuropsicología se diseña un programa de estimulación cognitiva en la que el paciente acudirá semanalmente, tratando de mantener durante 1 mes.

5 Discusión-Conclusión

Afecta entre un 5-15 % de la población mayor de 65 años, aunque también puede presentarse en pacientes más jóvenes. Además de la edad también cuenta los antecedentes familiares, factor de riesgo vascular y haber sufrido un TVE grave. Numerosos estudios apuntan que poseer un buen nivel educacional permite al paciente disponer de una reserva cognitiva que contribuye a retrasar al debut de la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Patricia Prendes . Directora del centro Psicológico. P. Aprendes. Licenciada en psicología clínica infantjuvenil. Centro de rehabilitación de daño cerebral Reintegra de Oviedo.

Capítulo 702

PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO

YOANA LLAMES GONZÁLEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión son lesiones producidas en cualquier parte del cuerpo, sobre todo en tobillos, talones o caderas. Son un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo en ancianos con movilidad limitada y con importante morbi-mortalidad. Es importante destacar que la mayoría de las úlceras por presión se pueden evitar. Existen cuatro estadios, siendo el primero el más leve que afecta a la epidermis íntegra y el cuarto el más grave siendo una lesión necrótica pudiendo llegar a afectar músculo, hueso o tendones.

2 Objetivos

-Conocer la forma para prevenir las úlceras por presión así como el cuidado de éstas una vez que hayan aparecido.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Para prevenir las úlceras por presión debemos aplicar ácidos grasos hiperoxigenados, ya que éstos son útiles para evitar el desarrollo de las úlceras, así como utilizar taloneras, colchones antiescaras o camas especiales. Para tratar las úlceras por presión, debemos realizar para cada paciente afectado un plan de cuidado individualizado, a través de la escala de Norton, así como cuidar la higiene, la hidratación y realizar diferentes cambios posturales.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión se deben prevenir a través del cuidado y de la atención al paciente por parte del equipo de enfermería, que deberá trabajar de manera conjunta para prevenir y minimizar la aparición de estas lesiones, poniendo atención a las zonas de mayor riesgo y a aquellos pacientes que presenten mayor probabilidad de sufrirlas.

6 Bibliografía

-Yepesa, David; Molina, Francisco; León, Wleedy; Pérez, Edna. Incidencia y factores de riesgo en relación con las úlceras por presión en enfermos críticos. *Medicina Intensiva*. 2009. 33(6): 276-281.

Capítulo 703

USO DE LAS CONTENCIONES FÍSICAS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

MARÍA OLGA SOLIS VILLA

ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ

NATALIA PÉREZ COTO

NURIA OTERO BARTOLOME

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

La contención mecánica se define como: una limitación intencionada cuya finalidad es evitar que se produzcan situaciones de peligro tanto para el paciente como para su entorno. Dentro del protocolo de actuación existe un margen muy estrecho entre la seguridad y la vulneración de los derechos de la persona. Por lo que la correcta actuación del personal sanitario es esencial a la hora de contener a un paciente

Solo en casos de extrema necesidad y por razones de seguridad física del usuario o de terceras personas con la intención de evitar daños graves a las personas o a terceros puede entenderse proporcionada la aplicación de una sujeción aunque esta pueda producir algún daño físico menor.

No existe legislación nacional sobre las contenciones físicas. Es en el ámbito autonómico de los servicios sociales donde se han ido desarrollando diferentes leyes

y decretos.

En la práctica asistencial la contención mecánica la lleva a cabo el equipo de enfermería por orden médica. En el caso de la no presencia de un médico que pueda prescribir las contenciones, el personal de enfermería podrá hacer uso de ellas si posteriormente y tras el caso de urgencia, registra la actuación e informa a un médico para evaluar la continuidad del procedimiento. Es importante garantizar la seguridad tanto del paciente como de los profesionales que atienden esta situación, por lo que la participación del personal de seguridad no está desaconsejada.

Protocolo de actuación: son necesarias 5 personas, una de ellas será la responsable de dirigir el procedimiento y será quien controle la cabeza, las otras cuatro serán las responsables del control de cada una de las extremidades, esto permite minimizar el posible daño que pueda recibir la persona a contener. También si fuera necesario se requerirá la participación del personal de seguridad. Previamente se habrá intentado la contención verbal, ambiental y farmacológica.

La contención mecánica comienza con el uso de cinturón abdominal y el uso de contenciones diagonalmente en miembros, siendo del tipo pierna-brazo contrarios y su posterior reajuste. Todos los elementos usados tienen que estar debidamente homologados.

2 Objetivos

- Mantener la dignidad y autoestima del paciente.
- Preservar su dignidad.
- Mantener contacto verbal con intervalos regulares mientras este despierto.
- Implicar al paciente en los cuidados.
- Vigilar puntos de presión y zonas de fricción, controlar constantes vitales e hidratación, ventilar la habitación, proporcionarle ropa cómoda y holgada, tranquilizarle, retirar de su entorno elementos peligrosos, visitarle y revisar todos los elementos de contención como máximo cada dos horas.
- Tratar de tener al paciente contenido el menor tiempo posible.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos: Google Académico, Dialnet, CINAHL, Cuiden Plus, Lilacs. Utilizando las palabras clave: contención mecánica,

contención física, protocolo, cuidados pacientes inmovilizados

4 Resultados

La formación del personal sanitario es esencial tanto para que la técnica este bien aplicada como para asegurar que el paciente mantendrá su seguridad y dignidad en todo momento; después de haber intentado la contención ambiental y farmacológica. Con ello se pretende evitar principalmente, la autorretirada de catéteres, drenajes, sondas, tubo endotraqueal etc. Y prevenir o evitar situaciones que pongan en peligro al paciente y/o personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica es una terapia realizada por el equipo de enfermería y pautada por el equipo médico, como medida preventiva, esta técnica implica una inmovilización total o parcial del cuerpo del paciente en contra de su voluntad. Solo debería usarse como última instancia, puesto que los efectos adversos a los que el paciente se enfrenta son notables e incluso muy graves.

6 Bibliografía

- Atero Ureña C, Bernal Piñas P, Cano Granado E. Contención mecánica y farmacológica, aplicada al ámbito enfermero.2012.
- García Álvarez MJ, Bugarin González R. Agitación psicomotriz. Cad Aten Primaria.2012; vol 18:73-77
- Molina Alen E. Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación. Ed. Glosa.2002.
- Protocolo de contención de pacientes. Servicio de Salud del Principado de Asturias.2017.
- Tomas Hernández P, Fernández- Armela Herrera R, Zabala Fernández ML. Uso de las medidas de contención en una unidad de agudos de psiquiatría: descriptivos y condiciones de empleo. An Psiquiatrica.2002; 18:369-74.

Capítulo 704

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y SU IMPORTANCIA

ANA BELÉN SILVA BARREIRO

1 Introducción

Tanto el aumento de la expectativa de vida en la población a día de hoy como el decrecimiento de la natalidad en los países desarrollados son responsables fundamentalmente del incremento acelerado de la población mayor de 65 años, uno de los principales problemas socio económicos que confrontamos en la actualidad. Sería importante conocer lo mejor posible el proceso de envejecimiento humano, que nos ayuden a garantizar el disfrute de una vejez activa y saludable por parte de nuestros pacientes.

2 Objetivos

El objetivo es reiterar la importancia de esta cuestión de enorme repercusión política, socio económica, y cultural, que representa un desafío para el anciano, la familia, la sociedad y las instituciones gubernamentales, que de lo contrario no podría acarrear consecuencias no deseadas como aumentar el costo social.

3 Metodología

Para la elaboración del presenta capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática consultando artículos en distintas bases de datos como : Pubmed, Scielo y Medline, usando las palabras

clave : envejecimiento saludable, envejecimiento activo, anciano, adulto mayor, calidad de vida.

4 Resultados

El envejecimiento saludable es un aspecto muy importante en los ancianos, trataremos de ayudar tanto a los ancianos directamente como a sus cuidadores y familiares con el fin de que ellos realicen por sí mismos el mayor número de tareas cotidianas posibles de manera independiente, aumentando así su autonomía y su autoestima.

También sería una labor de los profesionales de la salud facilitar consejos y ayuda las personas mayores a la hora de llevar a cabo alguna actividad física por su efecto beneficioso.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado que la realización de alguna actividad física de manera regular por parte de los ancianos incrementaba su capacidad funcional, su autoestima y su vida social. Es por ello recomendable que las personas mayores establezcan planes para llevar a cabo diversas actividades durante el envejecimiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 705

CAMBIOS POSTURALES EN UN ANCIANO ENCAMADO

ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS

VERÓNICA LORENZO GARCÍA

ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los cambios posturales son uno de los puntos más básicos a incidir en el trabajo de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Su importancia es extrema, previenen las úlceras por presión y alivian el malestar y el dolor que provoca una prolongada estancia en la cama. Conocer los mejores recursos profesionales en este campo, y utilizarlos de forma correcta es imprescindible para un ejercicio profesional responsable y competente.

En este caso se estudia la situación de un anciano en fase terminal, desnutrido debido a unas ingestas pobres, y con una marcada espasticidad muscular, lo que complicaba más aún si cabe el realizar unos cambios posturales eficaces, y prevenir las molestias y el sufrimiento en el paciente.

2 Objetivos

- Definir un buen protocolo de cambios posturales y alivio de los puntos de presión en este caso, que pudiera servir, llegado el caso, para ser utilizado con otros pacientes con similar problemática.

- Dotar al protocolo de la suficiente flexibilidad para poder adaptarse a la evolución diaria del paciente.

3 Caso clínico

Se estudia el caso de un anciano de 92 años, muy debilitado físicamente, encamado las 24 horas del día. Muy delgado, con graves déficits nutricionales, malfunción renal, doble incontinencia y fuerte espasticidad muscular que dificulta tanto los movimientos a realizar como las posturas finales conseguidas.

La primera medida fue la utilización de un dispositivo captador de la orina, con la doble finalidad de alejar el máximo de humedad de su cuerpo y controlar el volumen de orina emitida diariamente. Se le colocó un colchón antiescaras, y protecciones algodonosas en talones, rodillas, trocánteres y codos, con una frecuencia de cambio en días alternos. Los cambios posturales se realizaban entre dos personas para evitar el cizallamiento o el arrastre, con una frecuencia de hora y media durante el día y dos horas en horario nocturno, colocando cojines de descarga entre las piernas, bajo los brazos, bajo los talones y en la espalda.

Los cambios se registraban en una hoja específica firmados por las dos profesionales y especificando la nueva postura, situación de los cojines y hora del cambio. Cuando se presentaba algún indicio de lesión se evitaba la presión en esa zona durante 24 horas y se volvía a revisar.

4 Resultados

Durante las 23 semanas que el paciente vivió encamado se mantuvo vigente el protocolo, consiguiendo evitar las heridas importantes durante todo el proceso y evitando sufrimientos inútiles al paciente. El deceso se produjo de forma tranquila y sin necesidad de sedantes. El personal se implicó mucho al comprobar los buenos resultados de un trabajo concienzudo, obteniendo una excelente motivación para seguir trabajando en la misma línea.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que todo el personal se sienta motivado para prestar los mejores cuidados a las personas vulnerables, trabajar implicando a todas las partes en

conseguir los más altos estándares en calidad asistencial supone un gran beneficio para los pacientes y una satisfacción para los trabajadores.

6 Bibliografía

1. Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. FP Llatas, BF Pujalte, LA Areosa... - Enfermería ..., 2013 - dialnet.unirioja.es.
2. Actualización de los cuidados de Enfermería al paciente encamado. L Leal - 2017 - biblioteca.unirioja.es.
3. Prevención de úlceras por presión en el paciente encamado: nuevas evidencias A Peris Armero, VM González-Chordá - 2018 - repositori.uji.es.
4. Técnica de cambios posturales para evitar úlceras por presión. P Cartuche, C Luzmila - 2013 - 192.188.49.17
5. Técnica del manejo de las posiciones corporales del paciente encamado. Z Chalán, L Imelda - 2009 - dspace.unl.edu.ec.
6. Cambios posturales y superficies especiales en la prevención de las úlceras por presión. G López García - 2014 -repositorio.unican.es.
7. Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. RM López, DEP Martínez - Enfermería Global, 2011 - revistas.um.es.
8. Prevención de las úlceras por presión en el paciente crítico. JLP Peña, NL Alonso, LG Corrión - hospitalameijeiras.sld.cu.

Capítulo 706

MÉTODOS DE DESINFECCIÓN

CLARA MARIA GARCIA HERRERO

MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA

MARÍA CELIA CABO SUÁREZ

1 Introducción

La limpieza, desinfección de las áreas de trabajo donde es necesario tener bajo control la carga microbiana presente, como por ejemplo la industria bioquímica y farmacéutica, la alimenticia y por supuesto los bioterios. El lavado de los materiales y una posterior desinfección ejecutados correctamente garantizan un procedimiento que elimina el riesgo de agentes contaminantes.

Las mejoras se logran implementando normas estandarizadas, siendo, además, indispensable la adecuada preparación y formación del personal responsable del área.

2 Objetivos

En el presente trabajo se explican los métodos de limpieza, desinfección y esterilización usados en los hospitales, en los centros de salud y en los centros residenciales y la importancia de ellos para paliar infecciones y enfermedades.

Saber diferenciar estos métodos y saber cuál se debe usar con cada material y zona a tratar. Se debe dedicar cada vez más tiempo y esfuerzo, y se requiere una actualización constante en las técnicas más eficaces y eficientes de prevención y

control. Es fundamental un trabajo bien hecho, conociendo los factores de riesgo principales y realizar las tareas de manera protocolizada.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de diversos artículos, libros y estudios en español utilizando difentes buscadores científicos como Pubmed, Cuiden, Cliniclal Keys y Google Académico.

4 Resultados

La desinfección, proceso que reduce en 3 a 5 log. la contaminación microbiana inicial. Produce la destrucción de agentes infecciosos o contaminantes presentes en objetos y ambientes. Asegura la eliminación de formas vegetativas pero no de esporas bacterianas. Posee una seguridad de 1 en 1000. El objetivo de la desinfección es eliminar el riesgo de infectividad de un material o superficie.

Dependiendo del material a tratar y la evaluación costo – beneficio, utilizaremos un método apropiado de desinfección o esterilización. Teniendo en cuenta la capacidad del agente para destruir microorganismos o reducirlos, se clasifican en distintos niveles:

- Bajo: reduce microorganismos, no el Bacilo de Koch, ni formas esporuladas, ni virus no lipídicos. Posee poca efectividad frente a hongos. Generalmente son de uso antiséptico.
- Intermedio: elimina bacterias vegetativas, mata al Bacilo de Koch (tuberculicida), algunas esporas bacterianas, hongos y virus. Ejemplos: fenoles, hipoclorito de sodio.
- Alto: elimina todos los microorganismos incluyendo esporas, hongos y virus. Ejemplos : glutaraldehído, ácido peracético.

MÉTODOS FÍSICOS

- Calor

La desinfección por calor recibe el nombre de Pasteurización. Este proceso, por calentamiento de líquidos se emplea generalmente a temperaturas por debajo del punto de ebullición. Destruye microorganismos patógenos (infecciosos); no incluye esporas. La temperatura alcanzada es de 65°C durante 15 minutos. Las condiciones para obtener óptimos resultados son:

Los elementos deben estar limpios.

Inmersión completa de los mismos en agua, alcanzando la temperatura adecuada, o usar autoclave de vapor.

Los elementos deben ser secados posteriormente.

- Radiación UV

Estas radiaciones poseen un bajo poder de penetración, se emplea para disminuir la carga microbiana de superficies. No se considera un método esterilizante. Mecanismo de acción: máximo de absorción de los ácidos nucleicos es a 265 nm. La luz UV provoca dímeros de pirimidina en el DNA y si no se reparan, la célula muere.

- Limpieza

Reduce la contaminación y evita que se depositen sustancias pirógenas en los distintos materiales. Este proceso puede ser:

Manual

Esta expulsa mecánicamente una alta proporción de microorganismos presentes en el material. El lavado y fregado con agua a temperatura adecuada y detergente permite que no se disemine el polvo que puede trasladarse a superficies críticas. No se debe usar el agua a más de 45°C, porque coagula la albúmina y se hace más difícil la limpieza. No usamos escobas, plumeros ni franelas ya que crean un riesgo de infección por diseminación. El personal debe proteger su salud utilizando guantes resistentes, protección ocular, delantal impermeable y barbijo.

Las desventajas:

Requiere mucho tiempo y personal entrenado.

No remueve la suciedad de zonas inaccesibles.

Disemina microorganismos por aerosoles, al cepillar.

Mecánica

Existen maquinas lavadoras especialmente diseñadas para el lavado de material. El proceso se realiza a través de una cinta transportadora, que incluye el lavado con agua fría, lavado con agua caliente, enjuague y secado. Estas maquinas forman chorros de agua y vapor que trabajan por fricción y generan turbulencias.

Ultrasónica

Se utiliza energía en forma de onda ultrasónica 20 Khz. transductor metálico por 5 minutos o onda ultrasónica de 35 Khz. transductor de cristal por 3 minutos. Esta limpieza no remueve material incrustado, pero es suplementaria de la manual. Esta onda no produce muerte microbiana. No se utiliza en materiales de goma, PVC, metal y plástico al mismo tiempo.

MÉTODOS QUÍMICOS

Generalmente son agentes líquidos que actúan bloqueando una función celular del microorganismo produciéndole la muerte (actúan en pared celular o membrana, grupo enzimático o proteínas). Algunos agentes actúan también como esterilizantes.

- Aldehidos. Alto nivel.

Son agentes alquilantes: actúan sobre enzimas celulares incorporando un grupo alquilo por uno amino.

Actividad microbicida, esporicida, viricida y funguicida. Ejemplos de los más utilizados:

Glutaraldehido: acción desinfectante y esterilizante.

Amplio espectro con rapidez de acción. Actúa contra *Mycobacterium tuberculosis* y en presencia de materia orgánica.

Se presenta como líquido viscoso e incoloro. Forma de uso: solución al 2% en pH alcalino (7 a 9); ya preparado es estable durante aproximadamente 15 días si está en recipientes tapados. Se utiliza para esterilizar materiales sensibles al calor. Es el único esterilizante efectivo en frío (a un pH entre 7 y 9 actúa sobre esporas). Tiempo contacto: 45 minutos a 25°C para gérmenes patógenos y vegetativos incluyendo *Pseudomona aeruginosa*. 10 minutos a 20°C para hepatitis. 10 horas para esporas incluyendo "bacillus subtilis".

Importante: cuando se lo usa para esterilizar instrumental, no se deben mezclar instrumentos de acero con los de aluminio ya que reaccionan entre sí. No daña goma, ni plásticos.

Precauciones: Los gases de su evaporación son nocivos; producen irritación en ojos, piel y obstrucción nasal, catarro e irritación de todo el tracto respiratorio. Alopecia. Por lo tanto debe utilizarse en habitaciones ventiladas y lavar con posterioridad los instrumentos con agua estéril, para eliminar residuos de la solución.

Formaldehído: acción Desinfectante.

Bactericida, tuberculicida, viricida. Acción moderada en esporas. Forma de uso: disolución acuosa al 10% - forma líquida. En forma de gas es esterilizante. El formaldehído gaseoso se obtiene por calentamiento del paraformaldehído (OH (CH₂O)_n-H), lo que produce la despolimerización de este compuesto y la liberación de formaldehído. La solución acuosa al 41% se denomina formalina; se comercializa en forma cristalina sólida con 95% de formaldehído que se libera al calentarse. Los vapores de formol, tienden a condensarse sobre la superficie. Las pastillas de formalina a temperatura ambiente obtienen la esterilización en 367 horas de exposición. A temperatura ambiente es un desinfectante de superfi-

cies. A 80°C aumenta su penetración, esterilizando objetos inanimados. Con una humedad adecuada esteriliza ambientes. Actúa en presencia de materia orgánica; demora de 6 a 12 hs. para eliminar bacterias y de 2 a 4 días para esporas.

Precauciones: su evaporación es nociva ya que los gases son irritantes para las mucosas, ojos, piel y obstrucción nasal, causan catarro e irritación general del tracto respiratorio. Exposición límite para el personal: 1ppm por 8 horas de trabajo.

Peróxido de hidrógeno: alto nivel

Agente oxidante: actúa por la producción de radicales libres de OH que ataca los lípidos de la membrana y ADN. Fórmula H₂O₂ (agua oxigenada). Fuerte acción germicida especialmente sobre microorganismos anaeróbicos. Forma de uso: actúa por inmersión en solución al 6% durante 10 minutos. Uso Antiséptico. Comercialmente se encuentra en concentración del 30% de peróxido de hidrógeno (equivale a 100 Vol. de O₂).

Ácido peracético

Agente oxidante. Desinfectante de amplio espectro (esporicida, viricida). Eficaz a bajas temperaturas, aún en contacto con materia orgánica. No afecta al aluminio, acero ni plástico. No sirve para desinfectar objetos de goma. No deja residuos. Es soluble en agua y alcohol. Forma de uso: al 0.2% a 50° C a los 12 minutos elimina organismos vegetativos. Al 0.35% y temperatura ambiente es esporicida, cumpliendo una función esterilizadora.

Precauciones: se trabaja en equipos costosos, por su alta toxicidad.

Derivados fenólicos: nivel intermedio

Son desinfectantes que provocan lesiones en la membrana citoplasmática ya que desordenan la disposición de las proteínas y fosfolípidos. Esto causa filtración de compuestos celulares, inactivación de enzimas y lisis. El fenol no es usado a menudo como desinfectante por su olor desagradable, por ser muy irritante y por el residuo que queda luego de tratar las superficies. Los derivados del fenol más utilizados son el hexaclorofeno (compuesto difenílico) y los cresoles (alquil fenoles). Estos son muy efectivos a bajas concentraciones (1%) contra formas vegetativas de bacterias, bacilo tuberculosis y hongos. No son efectivos contra esporas y virus. Reduce su acción en presencia de sustancias orgánicas y de sales.

- Derivados alquílicos: si aumenta la cadena alquílica aumenta la actividad desinfectante.

- Derivados halógenos: según la ubicación halógena en la cadena, aumentara su actividad.

- Derivados ácido hidroxibenzoico: acción microbioestático. Ejemplos: ácido salicílico.

Forma de uso:

-Como desinfectante

Desinfección hospitalaria de nivel intermedio: orto-fenilfenol y orto-bencil-paraclorofenol. En áreas semicríticas y no críticas (laboratorios, suelos, paredes) e instrumentos médicos no críticos (por inmersión). No debe utilizarse para objetos semicríticos que entren en contacto con mucosas o piel no intacta. Desinfectante de material de desecho bacteriológico: tricresol en solución al 5% como desinfectante de excrementos.

-Como antiséptico

Antisepsia quirúrgica de manos: hexaclorofeno al 3% en solución jabonosa, cloroxilenol Ej. : espadol. Con 2 minutos de acción sobre la piel con cepillo, en el lavado, se logra una acción mecánica que ayuda a la eliminación de microorganismos.

Antisepsia de la piel: tricresol.

Precauciones:

Soluciones en concentraciones superiores al 5% se clasifican como tóxicas.

Sustancia de olor desagradable, irritable, tóxico sobre tejidos.

Las soluciones de fenol y sus derivados deben conservarse en envases cerrados y protegidos de la luz, ya que oscurecen gradualmente tras exposición a la luz y al aire.

No debe aplicarse a mucosas, heridas abiertas o quemaduras, ya que su absorción a través de la piel y mucosas es elevada y podría absorberse una cantidad suficiente para originar síntomas tóxicos.

El fenol es absorbido por la goma y por materiales porosos, y puede ser inactivado por algunos plásticos.

-Cloro: Agente halógeno. Nivel intermedio.

Se debe conocer el % de cloro disponible que nos indica la acción germicida. Actúa sobre bacterias Gram + y -, en esporas con mayor cc de producto pH 7-9, hongos y virus. Tuberculicida. Forma de uso: con pH alcalino (8) y temperatura menor a 50° C logramos una solución más estable. Las soluciones deben prepararse diariamente. Se utiliza en diluciones del 0.05%, equivale a 500 ppm eliminando bacterias, virus y hongos; y del 0.10 % igual a 1000 ppm elimina también mycobacterias. El material no debe tener restos de materia orgánica ya que consumen el cloro disponible.

Tanto el gaseoso como el hipoclorito en contacto con el agua de hidrolizan formando ácido hipocloroso responsable de la acción microbiana. Presentaciones comerciales en 40 gr./L a 90 gr./L. Precauciones: en estado gaseoso es corrosivo y de difícil manejo. Irritante de mucosas y aparato respiratorio. Decolorante.

-Compuestos de amotino cuaternario: bajo nivel

Este agente actúa sobre la membrana celular, desorganizando sus funciones y haciéndola permeable por desnaturalización de proteínas. Posee acción tensioactiva, permite la atracción de moléculas, por “adsorción” por un grupo polar hidrófilo balanceado con un grupo hidrófobo, generando un buen agente de limpieza. Posee un amplio espectro de acción. No actúa sobre esporas bacterianas y es baja su actividad contra virus. Su actividad disminuye en presencia de sustancias orgánicas, por reacción de adsorción. Uso particularmente en superficies.

Cloruro de benzalconio: tiempo mínimo de contacto: 5 min. Es soluble en agua y alcohol, y más estable en pH alcalino. No es tóxico.

Tego 51: se ioniza en soluciones acuosas, anfólitico. Actúa sobre bacterias gram + y -, no sobre virus. Posee baja toxicidad. No es corrosivo. Concentración de uso: del 1% por 10 minutos.

-Biguanidos

Actúa sobre la membrana celular. Posee acción germicida. Es una molécula con grupos hidrófilos e hidrófobos alternados que producen agentes tensioactivos contra *S.Aereus*, *E.Coli*, *M.Tuberculosis*. No actúa contra esporas. Ejemplos: Clorhexidina. Compuesto catiónico, incompatible con aniónicos (jabones, detergentes). Son de uso antiséptico. La sangre no interfiere en este caso. Muy útil en el lavado preoperatorio de manos y piel. Acción rápida.

Lavado quirúrgico de manos: humedezca las manos y antebrazos con agua. Aplique 5 ml de Clorhexidina y frote durante 3 minutos. Humedezca un cepillo con Clorhexidina y frote prestando particular atención a las uñas, cutículas y los espacios interdigitales, por dos minutos. Enjuague con abundante agua. Seque sus manos cuidadosamente con una toalla estéril.

Lavado clínico de manos: humedezca las manos con agua. Aplique 5 ml de Clorhexidina en las manos. Lave por 1 minuto. Enjuague bien y seque cuidadosamente.

Precauciones: Sustancia fotosensible no debe almacenarse en envases transparentes. Puede causar dermatitis por contacto, reacciones anafilácticas, conjuntivitis.

- Alcoholes

Actúan desnaturalizando proteínas. La acción germicida aumenta según su peso molecular: Butanol > Propanol > Etanol > Metanol. Tiene uso antiséptico y desinfectante, a concentraciones de 95° y 60 °. Activo sobre bacterias Gram + y -, virus lipofílicos; los virus hidrofílicos son más resistentes. No actúa contra esporas. Alcohol isopropílico: posee acción germicida superior al etanol por disminución de la tensión superficial de la célula bacteriana. Alcohol 70% en S. Aereus: 15 segundos muere. Alcohol 70% en E. Coli: 10 segundos muere. El Alcohol al 100% no es efectivo, hay que hidratarlo.

Precauciones: no activo en presencia de materia orgánica. Irritante para vías respiratorias, piel, mucosas y ojos. No usar en lesiones abiertas.

IMPORTANTE

- Usar un solo desinfectante a la vez.
- Las soluciones deben hacerse en recipientes limpios.
- Los envases casi vacíos no deben rellenarse.
- No mezclar desinfectantes – salvo que uno sea alcohol.
- No mezclar desinfectantes con detergentes.
- Vigilar y controlar la fecha de vencimiento de cada producto antiséptico o desinfectante.

FACTORES QUE INTERFIEREN EN EL USO

Estos se deben tener en cuenta a la hora de elegir que desinfectante usar:

- Tiempo de contacto. Actúan por reacciones químicas, donde la velocidad de reacción es proporcional al número de bacterias sobrevivientes por unidad de volumen. La muerte no es instantánea en ningún microorganismo por lo que se debe conocer el tiempo de acción. Es indispensable reducir la carga microbiana inicial para asegurar su eficacia.
- Forma de aplicación. Puede ser por pulverización, inmersión o contacto con la superficie.
- Concentración. No se debe modificar la establecida para cada procedimiento.
- Temperatura. Aumenta la velocidad de muerte al incrementar la misma. Varía según cada producto y materia presente en la superficie a tratar.
- El pH. La acidez como la alcalinidad son perjudiciales. Cada desinfectante tiene su pH óptimo de acción.
- Estabilidad. Luego de la dilución la solución sufre alteraciones. Se recomienda utilizar soluciones recién preparadas ya que las mismas se pueden contaminar o perder sus propiedades. Todos los envases deben permanecer tapados después de cada uso.

- Estabilidad microbiana. Se dice cuando un microorganismo no se destruye con un desinfectante en su concentración de uso o frente a otro microorganismo de igual o diferente especie. Esto sucede por intercambio de información genética; por tiempo inadecuado de exposición; por presencia de sustancia orgánica.
- Influencia de sustancias. Las sustancias orgánicas (comida, grasas, sangre, orina) interfieren negativamente en el proceso, protegiendo a los microorganismos: formando barreras impidiendo el contacto con el desinfectante y formando componentes inertes por precipitación o reducción.

Las sales de las aguas duras disminuyen el efecto antimicrobiano de los Amonios cuaternarios. El alcohol formando parte de un desinfectante aumenta el efecto antimicrobiano. En el uso de Antisépticos tener en cuenta las alergias del paciente. En aplicaciones en altas concentraciones se debe considerar el grado de absorción del mismo.

5 Discusión-Conclusión

La limpieza dentro de un centro sanitario es uno de los aspectos más importantes, ya que son lugares que necesitan unos altos niveles de desinfección para prevenir posibles problemas de salud en los pacientes que están ingresados.

El personal que se encarga de la higiene hospitalaria debe conocer bien los protocolos y estar debidamente preparado.

6 Bibliografía

- D'Aquino, M; Rezk, R. Desinfección, desinfectantes, desinfectantes, limpieza. Editorial Eudeba. Bs. As. Rep. Argentina. 1995.
- Manual de Patología quirúrgica. Pontificia universidad Católica de Chile - Escuela de medicina. Capitulo Esterilización.
- http://www.saludpreventiva.com/web/pdf/Sterrad_100S.pdf

Capítulo 707

EL ASEO AL PACIENTE ENCAMADO

NURIA OTERO BARTOLOME

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA OLGA SOLIS VILLA

ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ

NATALIA PÉREZ COTO

1 Introducción

El aseo es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas. La higiene personal del paciente tiene como objetivo conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras. También para satisfacer la necesidades de higiene, confort y seguridad, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

2 Objetivos

- Describir cómo lavar a una persona encamada.
- Indicar el material básico y definir el procedimiento a seguir.
- Enumerar las recomendaciones básicas.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación, se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores científicos como son Pubmed, Scielo, Cuiden, Lilacs. También obtuve datos mediante el buscador Google Académico. A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y de exclusión. A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras clave: TCAE funciones, cuidados aseo, higiene, aseo paciente encamado.

Criterios de inclusión:

- Artículos que hagan referencia a un hospital y a las funciones de aseo que allí realiza el TCAE.
- Idiomas: español o texto traducido al español.
- Artículos que mostrasen el texto completo.
- Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, guías de práctica clínica, guías de educación para la salud.

Criterios de exclusión:

- Artículos de pago.

4 Resultados

Cómo lavar a una persona encamada: el aseo del paciente, es un momento propicio para favorecer un ambiente distendido y agradable preocupándose por su estado de ánimo, evolución de su enfermedad y revisando posibles heridas en su piel. Para realizar un correcto aseo en cama es aconsejable que sea realizado por dos personas y se debe aprovechar para hacer el cambio de ropa en cama y del paciente. Hay dos técnicas, baño húmedo o baño en seco.

Material básico para el baño tradicional húmedo:

- Agua.
- Jarro con agua templada.
- Champú o jabón líquido al ser posible con el PH adecuado para la piel y cuero cabelludo.
- Guantes.
- Esponjas jabonosas.
- Ropa limpia de cama.
- Tapones para los oídos o bolitas de algodón.
- Secador si fuese necesario.

Procedimiento a seguir: aseo general en cama:

- Debemos adecuar la habitación, evitando totalmente las posibles corrientes de aire que pudiera haber.
- Comentamos con el paciente que vamos a asearlo, para que se sienta más cómodo y tranquilo.
- Si es necesario, le ofrecemos toda la intimidad posible colocando mamparas a su alrededor y/o cerrando puertas.
- Prepararemos todo el material y pondremos al paciente en decúbito supino y ligeramente incorporada la cabeza, aunque se deberá buscar la postura más adecuada, cómoda y segura para el enfermo.
- Nos lavaremos bien las manos y nos colocaremos los guantes de un solo uso.
- Cuando tengamos el agua de la palangana a una temperatura adecuada, introduciremos las esponjas y empezaremos lavándole la cara, evitando el jabón en zonas como los ojos, boca y nariz.
- Cuando acabemos, nuestro compañero/a secará al paciente con una toalla.
- Continuaremos, quitando la parte superior del pijama y lavaremos el cuello, torso, axilas, brazos, manos y abdomen, insistiendo en las axilas y en zonas de pliegues cutáneos como la mamaria.
- Secaremos muy bien y taparemos con una toalla seca.
- Debemos seguir el aseo de las extremidades inferiores, insistiendo en espacios con dificultad de acceso como los pliegues, tanto a la hora de lavar, como a la de secar.
- El lavado de los genitales: en mujeres, se lavará la zona con la esponja jabonosa, de arriba hacia abajo. Después, aclararemos, eliminando completamente los restos de jabón y secaremos; en hombres, los genitales con esponja jabonosa, con el glande debemos hacer un buen lavado retirando el prepucio. Después, aclararemos hasta eliminar todo resto de jabón, secaremos y volver a colocar el prepucio. Siempre en ambos casos, tras el lavado de los genitales, se tira la esponja usada para el mismo.
- Seguiremos, apoyándonos en nuestro compañero, haremos un cambio postural y pondremos al paciente en decúbito lateral.
- Nuevamente para el cuerpo se debe utilizar una esponja nueva, lavaremos la zona posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y la región anal volveremos a utilizar una nueva esponja.
- Secaremos bien y aprovecharemos para aplicar crema hidratante masajeando hasta su total absorción.
- Al acabar el aseo, procedemos al cambio de sábanas, enrollaremos la bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama y la iremos sustituyendo progresi-

vamente por una limpia.

- Pondremos al paciente de nuevo en decúbito supino y aplicaremos crema hidratante en el torso y abdomen.
- Terminaremos de hacer la cama con ropa limpia, pondremos al paciente el pijama o camisón limpio y acicalamos.
- Pacientes con vía venosa periférica, para retirar el pijama o camisón, sacaremos primero la manga en que no tiene la vía y, al ponerlo, haremos al contrario: comenzaremos por la manga en que esté la vía.

Este proceso del aseo entre el enfermero y el auxiliar es ideal para poder proceder la revisión del estado de la piel e ir curando las úlceras por presión (UPP/LPP) o resto de heridas si fuese necesario.

Lavado de cabeza:

- Adecuaremos la altura de la cama geriátrica para proceder desde una postura más cómoda y segura.
- Hablamos con el paciente e informamos que vamos a realizar el lavado del cabello para que este colabore si es posible.
- Pondremos al paciente en decúbito supino con la cabeza ligeramente hiperextendida, mirando hacia el techo y le quitamos la almohada.
- Para facilitar mucho nuestra labor, utilizaremos un sistema de lava cabezas.
- Con delicadeza levantaremos levemente la cabeza para colocar el accesorio lava cabezas.
- Colocaremos una toalla bajo cuello y espalda para evitar que se moje, echaremos sobre la cabeza del paciente el agua del jarro y aplicaremos el champú, friccionando con las yemas de los dedos el cuero cabelludo.
- Aclaremos y efectuaremos un segundo lavado. A continuación, secaremos muy bien con una toalla y, si procediese, usaríamos el secador.
- Para finalizar, peinaremos y aplicaremos un poco de colonia.

Aseo en seco:

- El uso de este tipo de aseo, es muy rápido, eficaz y cómodo tanto para el paciente como para el cuidador.
- Sobre todo es menos agresivo que el aseo húmedo al no humedecer al paciente.
- La humedad es una de las cuatro principales enemigas para las lesiones o escaras, además es frecuente que obsesionados con el secado irritamos la piel dando como consecuencia una lesión por fricción.
- Con el lavado en seco, no fricciónamos la piel al no necesitar toalla para el secado.

- Existen todo tipo de útiles para la higiene en seco, como paños, toallitas, geles y champús para una limpieza completa, rápida, simple y efectiva, sin irritar la piel aun siendo la zona más sensible del cuerpo.

Además, conseguimos suavizar y perfumar sutilmente la piel, con la gran ventaja que evitamos derramar agua sobre la cama.

Recomendaciones generales a tener en cuenta:

- Siempre se debe respetar la intimidad del paciente.
- Las zonas que no están siendo aseadas deben permanecer cubiertas.
- Se debe vigilar que la temperatura del ambiente sea la adecuada para realizar el procedimiento.
- El personal que realiza el procedimiento debe tener en cuenta la edad del paciente, el estado neurológico, cuál es el grado de dificultad que presenta el paciente para realizar su propio autocuidado y el grado de movilidad.
- Se debe recordar siempre que la higiene se realiza de la zona menos contaminada a la más contaminada, para evitar contaminar zonas que no lo están.
- El personal que realiza el procedimiento debe siempre aplicar las normas de la mecánica corporal para evitar así lesiones innecesarias.

5 Discusión-Conclusión

El aseo corporal es una necesidad básica para cualquier persona, en el caso de pacientes encamados es aún más importante cuidar una correcta higiene diaria. Toda persona encamada necesita recibir cuidados higiénicos cada día, sobre todo en aquellos casos con total dependencia.

Esto aumentará notablemente la comodidad del paciente y ayudará a la prevención de posibles lesiones derivadas de permanecer durante mucho tiempo acostados. Proceder al aseo de un paciente encamado, sea en ámbito hospitalario-geriátrico o en domicilio, requiere una técnica laboriosa pero imprescindible para la propia salud del paciente. Es importante tener paciencia, flexibilidad, amabilidad, creatividad y conocimiento de la persona a la que cuida tratando que el aseo sea un momento de placer y relajación.

6 Bibliografía

- Fernández López F. Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid. 1998: 6.

- Fernández C, Gómez C. Servicio de Salud del Principado de Asturias-SESPA. Hospital Universitario Central de Asturias. Cuidados Básicos al paciente encamado. Oviedo. 2010.
- Guía de recomendaciones al paciente. Enfermo encamado y falta de movilidad. Dirección general de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Comunidad de Madrid. 2006.
- Manual de procedimientos de enfermería. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente. Hospital Universitario central de Asturias. 2011.
- Cambios posturales. Comunidad de Madrid. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Versión 2. 2010.
- Díaz Y, Pérez M. Manual de procedimientos de enfermería. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado. Hospital Universitario central de Asturias. 2011.

Capítulo 708

PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

YOANA LLAMES GONZÁLEZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO

PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ

1 Introducción

DSM-V: "TCA se caracteriza por una alteración en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva a una alteración en el consumo de los alimentos y que causa un deterioro en la salud física/psicosocial". El personal de enfermería tiene un importante papel en la prevención y detección precoz de estos trastornos, necesitando estar sensibilizados con los diferentes ámbitos humanos afectados por ellos.

2 Objetivos

- Enumerar las actividades asistenciales del personal de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria.

3 Metodología

Monografía sobre la literatura relacionada con el abordaje del personal de enfermería de los trastornos de la conducta alimentaria a partir de bases de datos como: PubMed, Scielo y Cuiden.

4 Resultados

El personal de enfermería como miembros de un equipo multidisciplinar, se encarga de proporcionar cuidados centrados en el ámbito psicosocial y emocional del paciente. Precisando de una formación específica que junto con la experiencia clínica asegure la anticipación a los problemas y asegure unos cuidados de calidad. La asistencia de enfermería está dirigida fundamentalmente hacia la recuperación de estos pacientes.

Algunas de las intervenciones que realiza el personal de enfermería son: reposición hidroelectrolítica, cambiar poco a poco las conductas de ingesta/eliminación ya presentes, control de comportamientos obsesivo-compulsivos, enseñar hábitos nutricionales y sobre ejercicio físico sanos, intentar cambiar conductas como el perfeccionismo, la baja autoestima y la autoexigencia que refuerzan estos trastornos y ayudar en la búsqueda de la propia personalidad definiendo la identidad. Además de formar a la familia sobre estrategias para los conflictos y el control de la alimentación sin producir estrés en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, los cánones de belleza establecidos provocan sumisión a la población sobre todo en adolescentes, que están formando su personalidad y más vulnerables, asumiendo el bajo peso como modelo de superioridad, generando este un peligro grave para su salud. Es importante, desde una perspectiva multidisciplinar, que el personal sanitario se forme sobre este tipo de problemas, incidiendo en la detección precoz, realizando educación para la salud y formándose en habilidades psicosociales.

6 Bibliografía

1. Torralbas-Ortega, Jordi; Puntí-Vidal, Joaquim; Arias-Núñez, Eloisa; Naranjo-Díaz, M. Carmen; Palomino-Escrivá, Jazabel; Lorenzo-Capilla, Ángel. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(6): 359-363.

Capítulo 709

EL ESTRÉS RELACIONADO CON LAS PROFESIONES DE GÉNERO.

MANUEL GÓMEZ MURIAS

MARÍA AQUILINA MURIAS RICO

MARÍA TERESA BELLO SOUTO

SUSANA GALÁN SERRANO

1 Introducción

Hay determinadas profesiones que parece que solo pueden ser desarrolladas por un determinado género, hombre o mujer.

A lo largo de la historia, es muy fácil oír hablar de la enfermera, el médico, la auxiliar de enfermería o el celador. Hoy nos queremos centrar en las dos últimas, nuestras profesiones.

Cuando hacemos referencia a las profesiones de género, nos referimos a aquellas que son desarrolladas en su mayor parte por uno de los dos sexos, y el hecho de que ese trabajo sea desarrollado por una persona de distinto sexo, puede dar lugar a situaciones desagradables, que con el tiempo pueden terminar en un cuadro de estrés, o problemas más graves como ansiedad o depresión.

2 Objetivos

- Conocer si en esas profesiones hay una relación entre pertenecer al sexo minoritario en la misma y mayores niveles de estrés.
- Conocer lo que piensan unos y otros de tener que trabajar con personas del sexo contrario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica durante los últimos diez años en Cuiden, Dialnet y Pubmed, acotando la búsqueda a artículos en castellano. En algún caso hubo que recurrir a artículos más antiguos por falta de artículos relacionados con nuestros objetivos en el periodo inicial.

Se han descartado artículos que hicieran referencia a trabajos en hospitales de otros países por si pudiera tener diferencias con respecto a la cultura. Las palabras clave utilizadas han sido: estrés, ansiedad, diferencia de género, profesiones sanitarias.

4 Resultados

Se ha observado que en los estudios revisados, todos coinciden en que el sexo mayoritario se siente incómodo con la persona que trabaja en el equipo y es de distinto sexo.

Si que parece haber una relación directamente proporcional entre el estrés o ansiedad y ser de distinto sexo al “habitual” ya que hay un número mayor de bajas laborables en ese colectivo, con respecto a otros trabajos o al mismo sexo en el mismo trabajo.

De las personas estudiadas, hay una diferencia clara entre las causas personales y las causas externas. Entre las primeras, refieren sentirse diferentes porque “les miran raro”, y notan un nivel de exigencia por parte de los compañeros o compañeras, que no ocurre de la misma forma con personas que acaban de empezar a trabajar, pero son del mismo sexo. Esto produce un malestar en la persona que a veces es incapacitante para desarrollar el trabajo de forma adecuada.

Dentro de las causas externas, lo más habitual es que los jefes exijan más de lo que pueden aportar o no den los márgenes de tiempo de adaptación que dan al

resto; también influye el trato de los compañeros, ya que, en muchas ocasiones en vez de ayudarles a mejorar, les ponen más trabas.

5 Discusión-Conclusión

En pleno siglo XXI, consideramos que todos tenemos las mismas capacidades para desarrollar un determinado trabajo, ya que, no existe ningún trabajo en el cuál sea una condición imprescindible ser de un determinado sexo.

Es verdad que en muchos casos, para uno de los dos sexos puede ser más complicado desempeñar cierto tipo de actividades, pero si la persona se ha formado, y se ha molestado en aprender, no entendemos por qué existe una discriminación por sexo.

No a todas las personas les gusta lo mismo, y en vez de poner problemas, deberíamos de apoyar a todos los compañeros y compañeras que son capaces de superar los tabúes y dedicarse a lo que les gusta.

6 Bibliografía

- Catalina Romero, C., Corrales Romero, H., Cortés Arcas, M. V., Mendez, C., & Antonio, J. (2008). Las diferencias de género en el nivel de exposición a riesgos psicosociales entre trabajadores/as de la comunidad Autónoma de Madrid: resultados preliminares del plan de investigación del estrés laboral de Ibermutuamur.
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7(1), 3-10.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista cubana de salud pública*, 29(2), 103-110.
- Jiménez, B. M., Muñoz, A. R., Hernández, E. G., Benadero, M. E. M., & Carvajal, R. R. (2005). Diferencias de género en el acoso psicológico en el trabajo: un estudio en población española. *Psicología em estudo*, 10(1), 3-10.
- Morales, M. G. G. (2006). Estrés laboral, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género (Doctoral dissertation, Universitat de València, Facultat de Psicologia).
- Morán, C., & Manga, D. (2005). Satisfacción en el trabajo, autoestima y estrés: diferencias por ocupación y género. *Revista universitaria deficiencias del trabajo*,

6, 315-329.

- Ramos, V., & Jordão, F. (2014). Género y estrés laboral: semejanzas y diferencias de acuerdo a factores de riesgo y mecanismos de coping.
- Suárez, G. R., Vidales, S. Z., & Cardona-Arias, J. (2014). Estrés laboral y actividad física en empleados. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 10(1), 131-141.
- Vásquez, P. C., Suazo, S. V., & Klijn, T. P. (2014). Factores de riesgos psicosociales en el trabajo: género y enfermería. *Avances en enfermería*, 32(2), 271-279.

Capítulo 710

REPERCUSIONES EN EL CUIDADOR DE ANCIANOS DEPENDIENTES

MARÍA LUISA SUÁREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Se define cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, pueden ser profesionales o familiares. Habitualmente los cuidadores informales son los que más repercusiones sufren, se trata de un apoyo realizado por personas de la red social del anciano de manera voluntaria y sin retribuciones económicas. Asumen la responsabilidad total del cuidado del anciano y habitualmente requieren empatía y comprensión.

La demencia no solo afecta al enfermo si no a toda la familia pero la peor carga la lleva el cuidador.

El estrés personal de cuidar a una persona con demencia es enorme, experimentando pena, culpa, enojo, soledad entre otras. A raíz de la rabia puede surgir la violencia y la agresión por lo que es muy importante mantener la calma. El cuidador al verse aislado socialmente por su carga y con la imposibilidad de expresar sus emociones negativas surge la violencia.

Es importante que compartan sus sentimientos y experiencias como cuidadores, en ocasiones además deben tener una persona de confianza que sea alguien a quien recurrir cuando se presente una emergencia. Es esencial además que tenga tiempo para uno mismo y conocer los límites, cuando las demencias son muy

avanzadas y hay episodios de fuga o daños al inmueble o a otras personas es importante tomar la determinación y solicitar ayuda.

Es normal sentirse enfadado, frustrado o deprimido y cuando las emociones están fuera de control, alejarse del enfermo, comentar la situación, solicitar ayuda al medico y si fuese necesario delegar el cuidado a servicio especializados de ayuda a domicilio o centros residenciales.

2 Objetivos

Describir las repercusiones que sufre el cuidador al desempeñar su tarea.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica con las palabras clave cuidador, rol familiar, cuidadores profesiones, ancianos dependientes en la base de datos Pubmed.

4 Bibliografía

- <http://www.formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/73>
- <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/35>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X08711764>

Capítulo 711

LACTANCIA ARTIFICIAL Y LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA PREPARACION Y LIMPIEZA DE BIBERONES.

ANA BELÉN SILVA BARREIRO

1 Introducción

La lactancia artificial, también llamada lactancia con leche de fórmula, consiste en nutrir al recién nacido con un producto alimenticio usado como sustitutivo parcial o total a la leche materna. Proporciona un aporte adecuado de nutrientes para las necesidades del bebé.

Dichas fórmulas se obtienen a partir de la leche de vaca, pero modificadas para intentar acercarse lo más posible a la leche materna en cuanto a su contenido en proteínas, grasas, hidratos de carbono, vitaminas y sales minerales, así como otros micronutrientes. Se usa en ocasiones en las que la lactancia materna, por un motivo u otro, no es posible o resulta insuficiente. En este último caso se suele usar la lactancia mixta para que el bebé obtenga los nutrientes necesarios para su correcto desarrollo.

2 Objetivos

- Enumerar la técnica de la preparación de biberones, así como su limpieza por parte del personal técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Preparación de biberones:

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Preparar la leche siguiendo las indicaciones prescritas por la casa comercial o el laboratorio.
- Poner en el biberón las medidas de leche en polvo. No colmar nunca el cazo dosificador ni añadir más de la cantidad prescrita. Para ello, debe retirarse el exceso de polvo.
- Echar el agua hervida y templada en el biberón, en función de la cantidad de leche que hay que preparar y de la edad del niño. En general, a cada cacito de polvo le corresponden 30cc de agua.
- Tapar el biberón con la tetina y agitar con las dos manos hasta que se disuelva totalmente la leche.
- Administrarlo inmediatamente después de prepararlo o, como máximo, pasada media hora.

Limpieza de biberones y tetinas.

- Lavar la tetina y el biberón con agua y jabón, frotando con el escobillón los restos de leche que queden adheridos en las paredes internas.
- Aclarar varias veces, para eliminar los restos de jabón, hasta que queden completamente limpios.
- Introducir las tetinas y el biberón en un recipiente con la disolución desinfectante durante, aproximadamente 5 horas. Es importante que queden totalmente cubiertos, para mantenerlos en condiciones idóneas de desinfección

5 Discusión-Conclusión

La persona encargada de la preparación, administración, limpieza y esterilización de los biberones es el TCAE por lo que debe conocer a la perfección cada uno de estos procedimientos, incluso la importancia de saber enseñarlos y/o aclarar dudas sobre ellos a los padres durante el ingreso para que se defiendan en su domicilio al alta.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=S1139-76322015000200003>.
- <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions>.

Capítulo 712

NEUROBLASTOMA EN PEDIATRÍA. ABORDAJE Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

YOANA LLAMES GONZÁLEZ

PALOMA RODRÍGUEZ SUÁREZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ NIETO

1 Introducción

El neuroblastoma es un tumor formado por células anormales del tejido nervioso. Es un tumor infantil que suele afectar al sistema nervioso simpático, se da en las primeras épocas de la vida y los lactantes menores de un año son los que mejor pronóstico tienen.

2 Objetivos

Conocer signos y síntomas iniciales del neuroblastoma, así como el diagnóstico y tratamiento y los cuidados generales del niño oncológico.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Los síntomas iniciales del neuroblastoma son vagos e incluyen fatiga y pérdida de apetito, aunque puede producir distintos tipos dependiendo de la localización del tumor. Los signos más frecuentes están provocados por la presión que ejerce el tumor sobre los tejidos circundantes conforme va creciendo o por la propagación a otras zonas del cuerpo. Para realizar un diagnóstico correcto es importante conocer el estadio. Además de realizar la exploración física y una correcta historia clínica, se deben incluir una serie de exámenes complementarios como el aspirado de médula y biopsia, análisis de sangre, orina de 24h, TAC, Resonancia Magnética entre otros. El tratamiento se basa en la categoría de riesgo y puede ser quimioterapia, radioterapia, resección quirúrgica e inmunoterapia. Los cuidados generales de enfermería son aliviar el dolor y proporcionar cuidados físicos y apoyo emocional

5 Discusión-Conclusión

El pronóstico del neuroblastoma sigue siendo incierto. Este tumor maligno tan común en niños es un enigma debido a la gran variabilidad de su conducta. La enfermería oncológica pediátrica exige un enorme reto en el abordaje, la atención y los cuidados.

6 Bibliografía

- Palma-Padilla, Virginia; Juárez-Ocaña, Servando; et al. Incidencia y tendencia del neuroblastoma en niños derechohabientes del IMSS. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 48, núm. 2, 2010, pp. 151-158.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 713

CAUSAS DE LAS AFASIAS PARA T.C.A.E.

PATRICIA CARDELI GONZALEZ

1 Introducción

La afasia es un trastorno por daño en la parte del cerebro que controla el lenguaje y puede dificultar la lectura, la escritura y el habla.

Tipos:

- Accidentes cerebro vasculares - ACV: Aproximadamente el 40% de personas que sufren este tipo de accidentes presentan cuadro de afasia. Estos accidentes pueden ser provocados por: trombosis, embolias, hemorragias.
- Trombosis: Acúmulo de placas de ateroma en la pared vascular que causan un coágulo fijo en un vaso provocando una obstrucción del mismo. Sus principales causas son alteraciones sanguíneas det. y la arterioesclerosis.
- Embolia: Fragmento de un coágulo que circula por un vaso hasta producir una obstrucción. Algunas causas de embolia son las valvulopatías (estenosis mitral), cirugía de cuello, fracturas de huesos largos (embolia grasa, como complicación), infarto agudo de miocardio, endocarditis bacterianas (toxicómanos), etc.
- Hemorragias:
Subaracnoideas: producidas por roturas de aneuriamas.
Intracerebrales: secundarias generalmente a cuadros de hipertensión.

2 Objetivos

- Conocer las principales causas de las afasias por parte de los T.C.A.E.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://arpaafasia.es/>
- <https://www.msmanuals.com/>
- <http://www.sld.cu/>
- <https://formacionasunivep.com/>

Capítulo 714

ALIMENTOS RECOMENDADOS A EMBARAZADAS

PATRICIA CARDELI GONZALEZ

1 Introducción

Durante el embarazo la cantidad diaria recomendada de todos los nutrientes aumenta en un 10 % aproximadamente, respecto a la de las mujeres adultas, excepto en el caso de los folatos, el hierro, el calcio y las vitaminas B1 y B6, que aumentan mucho más.

Las embarazadas deben aumentar el consumo de todas las frutas, especialmente las siguientes:

- Las manzanas y las ciruelas: evitan el estreñimiento.
- La piña entera o en jugo: ayuda a combatir el ardor en la boca del estómago.
- Los cítricos: previenen los resfriados y aumentan la absorción de hierro.
- La uva y los higos: por su riqueza de hierro.
- Hortalizas y verduras

Son básicas en el menú diario:

- Ensaladas (bien lavadas): proporcionan fibra, minerales y vitaminas.
- Palta: por su riqueza de hierro y vitamina E.
- Espinaca: por su riqueza en hierro y en vitamina A.
- Brócoli y coliflor: por su aporte de calcio.

Las legumbres constituyen la mejor fuente de folatos y una de las mejores de hierro.

2 Objetivos

Dar a conocer al T.C.A.E. los alimentos altamente recomendados durante el embarazo que son importantes en el desarrollo de su profesión al estar en contacto directo con el paciente y con embarazadas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.seedo.es>
- <http://www.aecosan.msssi.gob.es/>
- <https://www.sergas.es/>
- <https://www.astursalud.es/>

Capítulo 715

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL CABECERO DE LA CAMA.

ANDREA GALINDO MENÉNDEZ

CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La movilización consiste en la aplicación de un programa de ejercicios encaminados a conseguir el restablecimiento de las funciones físicas disminuidas por la enfermedad, se realiza para ayudar al paciente a adoptar determinadas posturas que él por sí mismo no puede realizar y mantener el alineamiento corporal, la fuerza y el tono muscular. Esta movilización comprende los cambios que se realizan al paciente en la cama, bien sean posturales o incorporaciones en la cama como paso previo para deambular, para un posible transporte en silla de ruedas o camilla o incorporación para comer.

Los problemas relacionados con la inmovilidad pueden ser: embolias y trombosis venosas, úlceras y escaras, disminución del tono muscular, encharcamiento pulmonar por edema agudo de pulmón, infecciones, etc. Para evitar estos trastornos,

se debe favorecer la movilización activa o pasiva de los enfermos encamados y realizar cambios posturales con frecuencia. Las movilizaciones activas son aquellas que el paciente realiza bajo supervisión del profesional sanitario. Pueden realizarse con asistencia o contra resistencia (poleas, manos, etc.). En un paciente encamado se estimulará al paciente para que contraiga y relaje la musculatura e incluso mueva brazos y piernas.

Las movilizaciones pasivas se realizan por el profesional sanitario sobre los distintos segmentos corporales del paciente, ya que éste no puede realizar el esfuerzo que requiere el ejercicio. Muchos pacientes pueden tener elevada la cabecera de la cama. Sin embargo, al cabo del tiempo, a menudo resbalan hacia la mitad o hacia los pies.

Necesitarán entonces moverse hacia arriba para mantener una buena alineación corporal y estar cómodos. El Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) a la hora de realizar movilizaciones y con el fin de evitarse lesiones a él mismo debe seguir los principios básicos de la mecánica corporal.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la movilización del paciente encamado para prevenir las úlceras por presión (UPP).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los descriptores fueron: "movilización", "paciente encamado" "inmovilidad". En todos los casos, el tipo de fuente seleccionada fueron publicaciones en español accesibles, revistas científicas y manuales profesionales; limitando la búsqueda a artículos en español y que fueran publicados en los últimos 15 años; seleccionando finalmente aquellos que aportaban la información más relevante para este trabajo.

4 Resultados

Las funciones del TCAE para mover al paciente encamado hacia la cabecera puede ser necesario cuando el paciente ha resbalado hacia los pies de la cama. El procedimiento será realizado por uno o dos auxiliares, en función de que el paciente pueda o no colaborar.

Paciente que colabora: el procedimiento lo lleva a cabo un auxiliar. No se necesita equipo, sólo guantes de manera opcional y, a veces, un biombo.

Forma de actuación:

- Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Procurarle intimidad.
- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.
- Colocar la almohada apoyada sobre el cabecero.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas, apoyando las plantas de los pies sobre la cama, y se sujete, si le es posible, al cabecero de la cama.
- Indicarle que colabore en la movilización, haciendo palanca sobre sus talones, cuando se lo indique el auxiliar.
- Colocar una mano sobre la espalda y la otra bajo los glúteos o muslos del paciente.
- Ayudar al paciente a deslizarse hacia la cabecera.
- Reordenar su cama y colocarle la almohada.
- Comunicar lo observado.
- Lavarse las manos.

Paciente que no colabora: son necesarios dos auxiliares de enfermería. El equipo opcional serían guantes y biombo.

Forma de actuación:

- Los cinco primeros pasos del procedimiento son idénticos al anterior.
- Estando cada auxiliar en un lado de la cama, sujetar al paciente bajo el cuello, el hombro, y la zona lumbar.
- Con un movimiento simultáneo, previa indicación de uno de los dos auxiliares, desplazar al paciente hacia la cabecera.
- Arreglar la cama y colocar la almohada.
- Comunicar lo observado al enfermero y lavarse las manos.
- Este procedimiento también puede realizarse utilizando la entremetida (o sábana de arrastre), que sujetarán los dos auxiliares, para facilitar el desplazamiento hacia la cabecera:

- A los pies de la cama, colocar la sábana en una silla y deshacer la cama, dejando el enfermo cubierto con la encimera.
- Poner al enfermo en un lado de la cama. Colocar la sábana doblada por la mitad, centrarla, mover al enfermo hacia el otro lado de la cama y terminar de estirar la sábana.
- Coger la sábana entre los dos auxiliares y, a la vez que se levanta al enfermo, moverlo hacia arriba.
- Quitar la sábana igual que se ha puesto.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería debe conocer las posiciones en que debe colocarse al paciente según las distintas situaciones, así como los procedimientos para colaborar en la realización de los cambios posturales y otros movimientos de un paciente encamado.

Tanto en estas actividades como en cualquier otra que precise sostener o desplazar a personas u objetos, es conveniente observar unos principios básicos de mecánica corporal, con el fin de evitar lesiones o contracturas en el profesional y riesgos para el paciente.

A la hora de realizar cualquier tipo de movilización debemos seguir unos principios fundamentales, que determinarán la eficacia de nuestra intervención. Dichos principios serán los siguientes:

- No hacer daño y no provocar problemas añadidos: debemos cuidar el modo en que manipulamos al paciente para no causarle dolor y no agravar su situación.
- Que sea cómodo para el paciente y quien lo realiza: es preciso dosificar el esfuerzo durante una movilización, así como el número de ellas.
- Valoración del nivel de dificultad: debemos valorar la complejidad de la intervención que vamos a realizar, según distintos componentes: paciente, profesionales, elementos sobre los que realizamos el manejo y recursos técnicos, instrumentales y humanos disponibles.

6 Bibliografía

- García Fernández, FP, Pancorbo Hidalgo PL; Laguna Parras JM: Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Jaén. H.U. Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001.

- González M, Cañete R, Izquierdo N, Segura M, Romance L, Aparicio M. Movilización de pacientes. Hospital General Universitaria de Alicante y Centro de Especialidades de Babel. Departamento 19. Alicante 2008. Mimeo
Guía de Actuación de Enfermería. Manual de Procedimientos Generales. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. Segunda Edición 2007.
- Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2003.
Seguridad del paciente. Manual de protocolos y procedimientos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Unidad de proceso enfermero. Málaga, 2004 (8ª Edición).
- SmithFS, Duell DJ, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica: de las técnicas básicas a las avanzadas (Vol 1) Ed. 7ª Madrid: Pearson Educación S.A; 2009.

Capítulo 716

CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CON ALIMENTACIÓN ENTERAL

ANDREA GALINDO MENÉNDEZ

CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando el enfermo no puede tomar alimentos por vía oral, es decir, por la boca, debe alimentársele a través de una sonda, hasta que el paciente se recupere. La sonda se inserta a través de una de las fosas nasales, luego se pasa a través de la garganta y el esófago hasta llegar al estómago.

Este sistema de alimentación se utiliza en aquellos enfermos que no pueden tomar alimentos por vía oral, tales como los pacientes inconscientes, los operados mediante cirugía maxilofacial, etc.

2 Objetivos

- Realizar un cuidado correcto del paciente que recibe nutrición enteral por sonda.
- Desarrollar un plan de cuidados del paciente desde la colocación de la sonda hasta finalización de la administración de la dieta.
- Prevenir y controlar las complicaciones derivadas de la administración de nutrición enteral

- Mantener o restablecer un buen estado nutricional mediante el aporte de energía y nutrientes de forma artificial.
- Proponer los comportamientos adecuados en cada momento de la atención de enfermería en pacientes con apoyo nutricional.

3 Metodología

En este estudio se plantea una revisión sistemática bibliográfica científica obtenida de bases de datos de ciencias de la salud, como Medline, Cuiden, Scielo. También se realizó búsqueda bibliográfica en el motor de búsqueda científico Google Scholar.

Al finalizar la búsqueda se aplicaron criterios de inclusión a los documentos científicos publicados desde el año 2010 a la actualidad en los que se tratara el tema en cuestión, excluyendo los artículos no científicos o que no trataran el tema de estudio, o bien que fueran publicados con anterioridad a la fecha estipulada. Descriptores: “alimentación enteral” “cuidados alimentación enteral” “sonda “.

4 Resultados

La dieta suministrada será líquida y templada. Los instrumentos para la administración del alimento son: jeringa de alimentación de 50 o 100 ml.; un sistema de goteo en el que la bolsa con la solución nutritiva se administra a la frecuencia del flujo apropiado; bomba de infusión enteral.

Método de administración de esta alimentación

1. Lávese las manos con agua y jabón.
2. Eleve la parte superior de la cama del enfermo, si éste puede movilizarse, para colocarlo en la posición de Fowler.
3. Eleve la cabeza del paciente inconsciente si está permitido y coloque una toalla debajo de su mentón. Si no es posible debe colocarlo de lado (decúbito lateral) y forrar su espalda con una almohada.
4. Aspire (traccione el émbolo) con una jeringa para extraer el líquido del tubo de la sonda.
5. Conecte la jeringa a la sonda gástrica.
6. Vierta 30 cc aproximadamente de agua , para limpiar la sonda.
7. Vierta el alimento en la jeringa , facilitando que el alimento líquido llegue al estómago por la acción de la gravedad, y regule la velocidad del flujo levantando

o descendiendo la jeringa.

8. Cuide que no entre aire. Para ello debe evitar la falta de alimento en la jeringa.

9. Vierta alimento en la jeringa hasta administrar la cantidad indicada.

10. Cuando haya terminado limpie el tubo con unos 30-60 cc de agua y a continuación coloque una pinza sobre la sonda para quitar la jeringa, y luego tape la sonda para que no penetre aire.

11. Fije el cabo suelto de la sonda gástrica a la ropa del paciente para impedir que salga del estómago.

12. Haga la correspondiente higiene de la boca y nariz al enfermo, para evitar posibles irritaciones o formación de costras.

13. El paciente sentado deberá permanecer en esa posición aproximadamente 1 h después de alimentarlo por sonda. Se evitará así que vomite o tenga aspiraciones. Si está acostado hay que colocarlo en decúbito lateral.

14. Debe registrarse la cantidad de alimento y de agua que se le ha administrado.

Los cuidados especiales que hay que dispensar al paciente son los siguientes:

- Hay que evitar las maniobras violentas que puedan provocar hemorragias nasales.
- Es necesario mantener la sonda fijada con esparadrapo antialérgico sin taponar los orificios nasales. Debe cambiarse periódicamente el punto de fijación de la sonda a la piel.
- La sonda no debe quedar tirante para evitar posibles úlceras por presión del ala de la nariz.
- Al empezar a administrar la dieta en perfusión continua debe hacerse muy lentamente, a un ritmo de unos 30 ml/h y a una concentración del 50% sobre lo previsto para después. Si en las primeras 12 horas el paciente no presenta complicaciones se debe aumentar el ritmo de nutrición enteral administrado hasta alcanzar el deseado que permita realizar el aporte necesario en 24 horas.
- La concentración debe aumentarse ya al 100% de lo previsto, teniendo presente que no debe hacerse simultáneamente con el aumento de ritmo de administración.
- La dieta preparada, si no se administra en ese momento, debe guardarse en el refrigerador y en su etiqueta deben figurar los datos de filiación del paciente, composición, fecha y hora de preparación.
- El equipo de infusión debe cambiarse cada 24 horas.
- Hay que observar la aparición de posibles signos de intolerancia a la dieta que se está administrando.
- Vigilar constantes vitales, ritmo de evacuaciones (diuresis, heces), grado de hidratación, etc.

- Aunque el paciente no utilice la vía oral para su alimentación, debe mantenerse la higiene adecuada de la misma

5 Discusión-Conclusión

La alimentación oral es la forma natural de nutrirse, pero hay muchas circunstancias por las que resulta imposible realizarse, lo cuál nos lleva a recurrir a otra técnica de nutrición artificial. La técnica de alimentación por vías de excepción son métodos de apoyo nutricional factibles de implementarse.

Llamamos nutrición enteral a la administración, por vía digestiva, de una mezcla constante y conocida de nutrientes obtenidos industrialmente, mediante diversas transformaciones, a partir de los alimentos naturales. La vía digestiva puede abordarse, bien a través de sondas nasogástricas o bien, a través de gastrostomías creadas por vía quirúrgica o endoscópica.

Así, la nutrición enteral se aplicará a todo paciente que no pueda o no deba comer normalmente, pero con un sistema digestivo funcional. Se puede definir como el ingreso de nutrientes por vía digestiva (estómago o intestino delgado), con las siguientes condiciones: empleo de sondas para su administración, supresión de las etapas bucal y esofágica de la digestión.

6 Bibliografía

- Gómez López L, Ladero Morales M, García Alcolea B, Gómez Fernández B. Cuidados de las vías de acceso en nutrición enteral. Nutr Hosp. Suplementos. 2011;4(1):23-31
- Alba Lopez A, Chumillas Fernandez A, Corcoles Requena E, et al . Protocolo de actuación de enfermería en la nutrición enteral . [Internet] Complejo Hospitalario Universitario Albacete.2012.
- Pinzón Espitia OL, Chicaiza Becerra A, Garcia Molina M, González Rodríguez JL, Manrique Hernández RD. Gestión de la nutrición enteral: factores clave en las mejores guías de práctica clínica y brechas en su aplicación. Nutr Clin Diet Hosp.2016;36(1):94103
- Galan Burillo L. Actuación de enfermería ante las complicaciones de nutrición enteral [Internet] Revista electrónica de portales médicos. 2011.
- Vaz Rodríguez JA, Díaz Estrella A, González Pérez MA, Romero Moreno FJ, Administración de nutrición enteral .Rev ROL Enferm. 2015, 38 (18) 23-28

Capítulo 717

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR DECÚBITO

ANDREA GALINDO MENÉNDEZ

CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión o úlceras por decúbito son lesiones de origen isquémico producidas por el aplastamiento de los tejidos entre dos planos duros, uno del propio paciente y otro externo a él. Afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital, pero su tratamiento y detección precoz aceleran la recuperación y disminuyen las complicaciones.

Las úlceras por presión siguen siendo una de las patologías más prevalentes dentro de los pacientes con movilidad nula o reducida, afectan al 9% de los pacientes ingresados en un hospital; como corroboran diversos estudios que destacan el gran impacto que tiene tanto a nivel personal para el paciente como a nivel familiar.

Se enfatiza en la prevención, ya que su detección precoz es la mejor medida para combatir este tipo de patología. No obstante, no siempre se consigue y puede llegar a instaurarse la úlcera por presión, pudiéndola clasificar en diferentes estadios para su mejor manejo y tratamiento. Además, se consideran los diferentes

puntos de mayor riesgo dónde pueden aparecer dichas úlceras, ya que dependiendo de la postura habitual de la persona pueden aparecer en una zona u otra.

Para la prevención se hace fundamental el manejo correcto de la movilización del paciente incluyendo los cambios posturales y las acomodaciones, no menos importante se hace mantener una higiene y nutrición adecuada. Para completar dicha prevención se puede acompañar de dispositivos que ayudan a prevenir su aparición. Todas estas medidas contribuyen tanto a la prevención como tratamiento de las úlceras por presión.

2 Objetivos

- Prevenir la aparición de úlceras por decúbito o presión mediante un esquema global de prevención.
- Actualizar conocimientos sobre métodos de prevención y cuidados de las UPP.
- Actualizar conocimientos sobre los materiales y las técnicas utilizadas en la prevención y los cuidados de las UPP.
- Unificar criterios sobre la prevención y los cuidados de las UPP.
- Promover la adecuada utilización de las técnicas por parte de los Auxiliares de Enfermería.
- Saber identificar a las personas con riesgo de desarrollar UPP.

3 Metodología

La revisión sistemática ha sido la metodología utilizada para la realización del estudio que nos ocupa. Se ha trabajado con diferentes bases de datos para la búsqueda de información. Para la obtención de nuestros resultados y discusión, nos hemos basado en los que a priori coinciden en la mayoría de los puntos en cuanto a prevención de úlceras por decúbito se refiere. Las bases de datos utilizadas son Pubmed, Lilacs y Dialnet, usando como descriptores: prevención, úlcera por presión, úlcera por decúbito, movilización, cambios posturales y dispositivos.

4 Resultados

Las recomendaciones generales para la intervención del Auxiliar de Enfermería en los cuidados de las úlceras por decúbito son:

- Conocer bien el método que se emplea.

- El tratamiento debe ser ordenado, si se cambia debe ser con criterio.
- Realizar las curas en las mejores condiciones de asepsia posibles.
- Utilizar métodos de difícil contaminación, para la propia úlcera, otras úlceras del propio paciente y a otros pacientes.
- En casos de pacientes con múltiples úlceras, dejar para el final la úlcera más infectada.
- Cambiar los guantes y lavarse las manos durante al menos 10 segundos entre un paciente y otro.
- Los apósitos deben colocarse con suavidad, sin comprimir la úlcera.
- La piel sana que rodea la úlcera debe quedar seca y limpia.
- Los parches deben adherirse sin presión y en al menos 3 cm. de superficie sana.
- Cada apósito tiene su tiempo de reposición.

5 Discusión-Conclusión

En primer lugar, es necesario recalcar que los pacientes encamados pueden estar en esta situación de inmovilidad, ya sea total o parcial, por múltiples causas. Por tanto, independientemente de la patología causante del encamamiento, el propio periodo que conlleva estar postrado en cama potencia ciertas lesiones que ya se han mencionado previamente como: una predisposición a la aparición de úlceras por presión o por humedad, estreñimiento por inmovilidad, atrofia muscular, déficits en los autocuidados etc. Cabe destacar que la edad del encamado será un factor importante en el desarrollo de su proceso en cama; por tanto, es un punto que el/la profesional sanitario deberá tener en cuenta ya que cuanto más avanzada sea la edad más riesgos de complicaciones existirán.

Para ayudar al equipo de enfermería a tener datos orientativos sobre los riesgos potenciales, pueden contar con algunos instrumentos de apoyo como son las escalas de valoración para medir los riesgos y tener datos objetivos personales de cada paciente en base a su situación como, por ejemplo: la escala de Braden y Norton para la medición de riesgos en UPP o el índice de Barthel para los riesgos de problemas en las actividades básicas de la vida diaria.

Por otro lado, la enfermera no debe olvidar que la situación del encamado es una situación complicada; por ello, se debe atender al enfermo no sólo con los cuidados físicos preventivos, sino que también mediante la escucha activa, hay que ayudarle a enfrentarse a sus miedos, a ganar autoestima, darle apoyo y evitar el aislamiento social.

Por último, todos los cuidados que el equipo de enfermería preste al enfermo encamado deben tener como finalidad que éste alcance la mayor autonomía e independencia posible para que finalmente logre retomar en la medida de lo posible su actividad diaria normal.

6 Bibliografía

- Manual de procedimientos de enfermería. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente. Hospital Universitario central de Asturias.2011.
- Plan de Cuidados estandarizado del paciente encamado/inmovilizado. Hospital general de Ciudad Real. Ciudad Real.
- Moratilla A, Ortí L, Bujedo J, Catalá A et al. Manual de actuación para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Valencia. Hospital Universitario de Valencia.2007.
- Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.2011.
- Rodríguez MA, Tejedor A, Ramos MM, Aldonza C et al. Manual de Procedimientos de Enfermería. Junta de Catilla y León. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.
- Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 2010
- GNEAUPP. Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. 2009.

Capítulo 718

EL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER.

ESPERANZA VELASCO CAMPA

ELISA VALLINA GONZÁLEZ

1 Introducción

El cáncer de mama ha sido siempre una de las áreas más dramáticas de la oncología de la mujer por su alta incidencia y mortalidad pero sobre todo por su agresión estética del cuerpo femenino resultante del tumor en sí mismo o de las medidas terapéuticas para combatirlo. La persona asiste a transformaciones de su imagen externa e interna a experiencias corporales displacenteras. Sean por las cirugías, Qmt o por la radioterapia.

2 Objetivos

Dar a conocer la importancia del significado de padecer un cáncer de seno, mostrando conceptos que definan a la enfermedad ayudando a establecer un alto compromiso para el proceso de promoción y prevención de la enfermedad. Mostrar cada una de las causas que permiten que una persona, sea hombre o mujer padezca de una enfermedad como lo es el cáncer de seno.

Establecer diferentes medios diagnósticos que permitan sin distinción de sexo poder establecer ayuda para la detección temprana de la enfermedad.

Generalizar en la importancia de realizar el auto examen de seno en una mujer desde edades tempranas desarrollando un proceso de prevención en cada una de ellas.

3 Metodología

Para la realización de éste trabajo se a utilizado diversos revistas y artículos nacionales e internacionales e información mediante el buscador de Google.

4 Resultados

Cada tumor tiene unos factores de riesgo y son diferentes en cada caso.Tener factor de riesgo no significa que la enfermedad pueda aparecer pero si estar más predispuesto a ella.

Hay algunos factores de riesgo que no se pueden cambiar y están ahí,como son: Sexo, raza, edad, factores genéticos, antecedentes familiares, tratamientos con radiación, períodos menstruales antes de los 12 o menopausia después de los 55,obesidad,alcohol. Sin embargo otros como: la dieta, el ejercicio físico, la descendencia(mujeres que no han tenido hijos tienen más posibilidades de desarrollar un cáncer de mama).Son factores que podemos modificar para reducir el riesgo de padecer ésta enfermedad y llevar un estilo de vida saludable que beneficie nuestra salud en general.

Las técnicas de prevención precoz como la mamografía es de suma importancia ya que permite que los pacientes mantengan un control acerca de su estado de salud y de la posibilidad de padecer un cáncer de seno.

El tratamiento es multidisciplinar, los equipos de atención al cáncer trabajan conjuntamente para crear un plan de tratamiento integral y personalizado para el paciente.

El tratamiento puede ser mediante Terapia Local: (cirugía y Radioterapia). Terapia Sistémica: (quimioterapia, terapia hormonal y la inmunoterapia).

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante someterse a programas de detección precoz de cáncer de mama ya que la mamografía es una prueba que puede detectar el cáncer en un estadio inicial ,asintomático o clínicamente inapreciable. la reducción de la mortalidad se ha reducido a pesar de su incidencia gracias a los programas de cribaje y a los avances en su tratamiento. Debemos mantener un estilo de vida saludable que nos ayude a mantener la mente y el cuerpo sano.

6 Bibliografía

. Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer de Mama. Santiago. 2009
Peralta O, Reyes J.M “Quimioprevención en cáncer de mama”. *Crin. Condes* 2006;
17(4):186-93

Capítulo 719

EL PACIENTE ENCAMADO: RIESGOS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Una persona enferma sufre pérdida de movilidad por diversos motivos: Puede deberse a efectos del tratamiento, por una discapacidad provocada por una enfermedad o bien por una reacción espontánea del paciente al sentirse enfermo. Las personas institucionalizadas tienen más riesgo de sufrir esta incapacidad.

El cuidado del paciente encamado se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar o bien por la propia familia o un cuidador. En un paciente encamado con movilidad reducida podemos encontrarnos alteraciones en diferentes aparatos o sistemas. Las más frecuentes afectan a los sistemas nervioso, respiratorio, cardiovascular, musculo esquelético, digestivo y genitourinario.

Para evitar los problemas del paciente encamado destacamos la educación sanitaria mediante un protocolo donde se haga una valoración cada cierto tiempo para evitar problemas y complicaciones.

La finalidad es hacer una correcta movilización del paciente encamado para mantener la integridad de la piel evitando úlceras por presión y realizando cambios posturales adecuados. Se avanzará así en el objetivo de aliviar el dolor, prevenir complicaciones respiratorias con cambios de posición que facilitarían el drenaje de secreciones y prevenir lesiones del paciente y del personal que lo movilice. También se busca garantizar el confort del enfermo y estimular su independencia.

En este proceso será importante la participación activa del personal sanitario para promover la salud de los pacientes encamados.

2 Objetivos

Informar sobre los riesgos y protocolos de actuación del paciente encamado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un análisis y estudio de los estándares y recomendaciones sobre la materia vigentes en el sistema nacional de salud, además de su transposición a la normativa y protocolos en diferentes comunidades autónomas españolas y sus hospitales de referencia. También se ha llevado a cabo una revisión narrativa sobre la base de publicaciones recientes.

4 Bibliografía

- Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes e investigación. 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Revista Scielo.
- Cuidados básicos al paciente encamado. Servicio de Salud Pública del Principado de Asturias. 2010.
- Manual de procedimientos de enfermería. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente. Hospital Universitario Central de Asturias 2011.

Capítulo 720

CAMBIOS POSTURALES COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

LAURA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un importante problema de salud que afecta a todos los niveles y contextos de la sanidad, con un considerable impacto en la calidad de vida de los pacientes.

La prevención es un aspecto fundamental, ya que la aparición de una UPP repercute tanto a nivel sanitario como social y económico. Se consideran un indicador del nivel de la calidad asistencial, pues traduce el nivel de cuidados que recibe un determinado paciente. Las guías de práctica clínica recomiendan diversas intervenciones para la prevención, tratamiento y seguimiento de UPP. En concreto los cambios posturales se establecen como medida básica a llevar a cabo en pacientes con movilidad limitada independientemente de las patologías acompañantes al proceso.

La puesta en práctica de cambios posturales en paciente con esta lesión es primordial, y por lo tanto hablamos de una actividad que debe implantarse con solidez en los distintos marcos de la sanidad. Lo que lleva a destacar la implicación de profesionales de la salud como los técnicos auxiliares de enfermería, encargados en un alto grado de poner en práctica con la mayor calidad y eficacia posible estos cuidados.

Son múltiples los artículos, trabajos de investigación y demás publicaciones que hacen referencia a la importancia de prevención de UPP, nombrando entre los cuidados básicos a cumplir, los cambios posturales. Los datos obtenidos reflejan que los cambios posturales como medida única no tienen una eficacia elevada por sí sola, pero en cambio, sí se demuestra, que como intervención complementaria de más cuidados, tienen una alta eficacia. Dichos cuidados deben encaminarse tanto a la prevención como al tratamiento en sí de las UPP.

2 Objetivos

Analizar la eficacia de los cambios posturales como medida de prevención de úlceras por presión.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa y bibliográfica de dicho tema teniendo en cuenta las publicaciones más recientes y las recomendaciones tanto de las autoridades sanitarias como de los centros de referencia del sistema sanitario nacional para la mejora de los protocolos de prevención de úlceras por presión. Se toma como referencia datos reflejados en diversos estudios, artículos, guías y publicaciones especializadas.

4 Bibliografía

- Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia. 2005.
- Guía práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras o riesgo de padecerlas. Comunidad Valenciana. 2012.
- Gestión de los cuidados enfermeros en úlceras y heridas. Comunidad de Madrid. 2009.
- Manual de procedimientos de enfermería. Protocolo de cambios posturales y técnicas de movilización y traslado del paciente. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) 2011.

Capítulo 721

EL ESTREÑIMIENTO

CLARA MARIA GARCIA HERRERO

MARÍA CELIA CABO SUÁREZ

MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El estreñimiento es un síntoma caracterizado por una disminución del número de deposiciones o existencia de esfuerzo o dificultad excesiva para expulsar las heces. Se considera que un paciente presenta estreñimiento cuando cumple dos o más de los siguientes síntomas en más del 25% de las deposiciones:

1. Número de deposiciones menor a 3 a la semana.
2. Esfuerzo excesivo en evacuar .
3. Heces duras. Se consideran excrementos duros cuando son en forma de bolas pequeñas.
4. Sensación de haber evacuado de forma incompleta tras una deposición.
5. Sensación de bloqueo / obstrucción en querer hacer una deposición.
6. Necesidad de ayuda para hacer una deposición (lavativas, supositorios, etc.).

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer que es el estreñimiento, los tipos que existen y las formas que hay de prevenirlo. En los resultados del trabajo se detallan los síntomas, causas, tratamientos y prevención del estreñimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estreñimiento crónico es un trastorno digestivo frecuente que afecta aproximadamente al 30% de la población general. Predomina en el sexo femenino con aproximadamente 2-3 mujeres afectadas por cada hombre y aumenta en edad avanzada. El estreñimiento puede, además, aparecer con cierta frecuencia durante el embarazo a causa de los cambios hormonales.

El estreñimiento puede tener causas muy diversas. Puede tener causas muy diversas. Puede ser

- Primario, es decir, por un trastorno del funcionamiento del intestino. Es el más frecuente.
- Secundario, es decir, a causa de otras enfermedades.

ESTREÑIMIENTO PRIMARIO

Los estreñimientos primarios se producen por una alteración de la defecación normal. La defecación normal es una función que se produce de la siguiente manera:

- El contenido que llega del intestino delgado al colon ha de llegar al recto de forma conveniente y en tiempo adecuado. Para ello la cantidad de heces ha de ser correcta (cantidad adecuada de fibra en la dieta) y los movimientos del colon han de ser normales.
- Cuando las heces llegan al recto, éste se distiende y es entonces cuando aparece la sensación de necesidad de defecar. Si el momento es el adecuado se realizará una deposición y si el momento no es el oportuno se provoca una contracción involuntaria del ano con la cual se evita transitoriamente el deseo de evacuar, no realizándose la defecación.
- La defecación se inicia cuando se produce una contracción de los músculos de la barriga (pared del abdomen) para facilitar la expulsión de las heces y conjuntamente una relajación del canal anal y de los esfínteres del ano que se abren para

que las heces salgan sin dificultad. La alteración de cualquiera de los mecanismos de la función de la defecación puede producir estreñimiento: hablaremos de estreñimiento funcional.

Por tanto, el estreñimiento crónico funcional puede producirse por una o más de las siguientes alteraciones:

- Déficit de fibra en la dieta y malos hábitos dietéticos, que no aportan suficiente contenido al colon.
- Alteración de la motilidad del colon, que no empuja el contenido hacia el recto de forma adecuada.
- Alteración en la sensación de ganas de evacuar que sucede cuando hay un recto demasiado grande (megarecto) o cuando hay algún problema neurológico que altera la sensibilidad que se encarga de hacer notar al enfermo las ganas de hacer de vientre.
- Disminución en la presión de la pared abdominal, sobretodo en ancianos, embarazadas, pacientes debilitados y enfermedades neurológicas que puedan afectar a los músculos del abdomen. Cuando eso pasa, los músculos no hacen fuerza suficiente para hacer de vientre.
- Alteraciones en la correcta obertura del ano en el momento de la defecación. Hay casos que durante la maniobra de defecación de los pacientes, de forma involuntaria, cierran o abren parcialmente el ano, lo que dificulta la expulsión de las heces.

SECUNDARIO

El estreñimiento puede ser secundario a otras enfermedades o medicamentos que tienen como efecto secundario esta patología.

El estreñimiento puede aparecer en pacientes con:

- Enfermedades metabólicas: Diabetes mellitus o Hipotiroidismo.
- Enfermedades neurológicas: esclerosis múltiples, enfermedad de Parkinson, Ictus o embolias cerebrales, lesiones de la médula espinal.
- Enfermedades del colon. Cáncer de colon.
- Uso crónico de medicamentos: compuestos de hierro, alcalinos, algunos antidepresivos o derivados opioides entre otros.

Por enfermedades del colon: cáncer de colon.

Por consumo crónico de medicamentos: compuestos de hierro, alcalinos, algunos antidepresivos o derivados opioides entre otros.

CONSECUENCIAS

El estreñimiento crónico no es un trastorno grave en la mayoría de casos. Puede ser molesto y, a largo plazo, favorecer la aparición de otras alteraciones:

- Complicaciones anales como hemorroides o fisuras. Suelen aparecer en estreñimientos crónicos que se acompañan de mucho esfuerzo defecatorio. Cuando aparecen estas complicaciones suele aparecer sangre roja generalmente al final de la deposición o al limpiarse (hemorroide), o dolor al momento de defecar (fisura), sobretodo cuando se evacúan excrementos muy duros.
- Divertículos del colon. Son pequeñas bolsas en la pared del colon que pueden aparecer por el aumento de presión en el interior del colon. Aparecen más allá de los 50 años y la proporción aumenta con la edad. Pueden no producir ningún síntoma y no es un trastorno grave. En una minoría de casos puede infectarse o sangrar. A pesar de ser una preocupación frecuente de los pacientes con estreñimiento crónico, no hay ningún dato que sugiera que éste se relacione con la aparición del cáncer de colon, ni que los excrementos retenidos en el colon puedan ser perjudiciales o producir otros síntomas como dolor de cabeza, mal aliento o mal sabor de boca.

5 Discusión-Conclusión

La medida fundamental para prevenir el estreñimiento y la primera medida del tratamiento es llevar una vida saludable: 1. Dieta. El primer paso en el tratamiento del estreñimiento es consumir una dieta con abundante fibra. La fibra se encuentra fundamentalmente en la fruta, verdura y legumbres. La fibra vegetal no es digerida ni absorbida en el intestino delgado por lo que llega al colon y constituye la parte más importante del volumen de las heces. Además la fibra absorbe el agua del intestino respecto que las heces tengan la consistencia adecuada (ni muy dura ni muy blanda) para ser expulsados con facilidad. Se aconseja comer unos 30 g de fibra al día. Los alimentos ricos en fibra son: - Verduras (crudas o cocinadas) - Legumbres - Frutas frescas - Frutos secos - Cereales, pan y harinas integrales Hay que tener en cuenta que gran cantidad de la fibra se encuentra en la piel de las frutas, por lo que se aconseja, en la medida de lo posible, comer las frutas con la piel. Las frutas y verduras licuadas y los zumos tienen mucha menos cantidad de fibra que la fruta en estado natural. Los alimentos integrales (pan, pasta, arroz) aportan un suplemento de fibra. Sin embargo, consumir un exceso de fibra puede producir flatulencia y distensión abdominal. 2. Ejercicio. Realizar ejercicio de forma regular ayuda al tratamiento del estreñimiento 3. Hábito deposicional. Es importante tener en cuenta el deseo de defecar que aparece cuando las heces

llegan al recto e indica que se está en la situación adecuada para realizar una deposición. Esto sucede, en general, por la mañana después del desayuno, que es la primera comida del día y con la que el intestino se pone en marcha tras el periodo nocturno. Es aconsejable, si es posible, hacer la defecación en este momento. Es importante hacer la defecación a la misma hora del día, de manera relajada y tranquila y no desestimar el deseo de defecar cuando se tiene. Hay que transformar la defecación en un hábito regular diario y dedicarle el tiempo necesario.

4. Laxantes. Son los medicamentos que se utilizan para el tratamiento del estreñimiento. Existen varios tipos:

- a. Laxantes formadores de masa. Son compuestos de fibra, generalmente plántago o metilcelulosa. Se deben tomar con abundante líquido (agua o zumo). Tienen la función de aumentar el volumen de las heces y, al absorber agua, disminuyen también su consistencia. No suelen tener efecto inmediato y hay que esperar varias semanas para saber su efecto óptimo. Es aconsejable tomarlo después de alguna comida y, no antes, para evitar su efecto saciante.
- b. Laxantes osmóticos y lubricantes. Los laxantes osmóticos son laxantes salinos (como la crema de magnesita) y azúcares no absorbibles (como la lactulosa) que tienen la capacidad de atraer agua en el colon con lo cual disminuyen la consistencia de las heces haciéndola más blanda para facilitar la defecación. Los laxantes lubricantes son aceites no absorbibles (parafina) que lubrican las heces para facilitar su salida. Cuando los excrementos tienen el volumen y la consistencia adecuada se pueden expulsar con facilidad evitando el esfuerzo excesivo durante la defecación y la sensación de tener que ir de vientre de forma incompleta. Estas familias de laxantes son seguras y, en caso necesario, se pueden tomar de forma crónica, siempre bajo indicación y supervisión del médico.
- c. Laxantes estimulantes o irritantes. Son los laxantes más potentes pero sólo deberían usarse de forma puntual y se desaconseja tomarlos de forma crónica ya que pueden dañar el intestino o empeorar el estreñimiento. Los llamados laxantes naturales o de herboristería suelen llevar laxantes estimulantes por lo que deben ser utilizados con precaución.

5. Procinéticos. Son medicamentos que aumentan los movimientos del colon. Se utilizan conjuntamente o después de haber utilizado los laxantes habituales.

6. Reeducción esfinteriana. También se dice biofeed-back ano-rectal. Es el tratamiento de los casos de estreñimientos por una alteración de la maniobra de la defecación. Se realiza introduciendo una sonda fina en el recto que registra y muestra las maniobras de la defecación. Se pueden detectar las alteraciones de la maniobra de la defecación, mostrándole al paciente y éste puede aprender a corregirlas. Se puede enseñar al paciente a:

- a. Reconocer la sensación de ganas de defecar que precede la defecación.
- b. Aumentar la fuerza de los músculos del abdomen o estómago para ayudar a defecar.
- c. Relajar totalmente el ano para

facilitar la expulsión de las heces. Habitualmente se necesitan varias sesiones para aprender a hacer la maniobra defecatoria correctamente. Este tratamiento tiene muy buena eficacia (70%). 7. Tratamiento quirúrgico El tratamiento quirúrgico del estreñimiento se realiza de forma excepcional. Se dice colectomía y significa sacar todo el colon y pegar (anastomosar) el final del intestino delgado y el recto. Es un tratamiento muy poco frecuente, sólo reservado a los estreñimientos más graves que no responden a ningún tipo de laxante ni a los medicamentos procinéticos. A veces las complicaciones anales del estreñimiento (hemorroides y fisuras) pueden necesitar ser operadas pero son operaciones menores y sin demasiada trascendencia.

6 Bibliografía

- Grupo Español de Motilidad Digestiva: www.GEMD.org
- Rev. esp. enferm. dig. vol.98 no.4 Madrid abr. 2006

Capítulo 722

VIGILANCIA Y ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE LAS CONSTANTES VITALES: MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA.

CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ANDREA GALINDO MENÉNDEZ

1 Introducción

Las constantes vitales son aquellos parámetros que valoran el estado general del paciente. Estos parámetros tienen unos valores diferentes de unas personas a otras dependiendo de factores como la hora del día, la actividad realizada previamente, etc. Revelan las funciones básicas del organismo humano, en forma específica, en los campos del funcionamiento en relación con los estados de la temperatura, circulatorio y respiratorio. Las constantes vitales son: temperatura corporal, frecuencia cardíaca o pulso, presión arterial, respiración.

Generalmente la toma de constantes en el recinto hospitalario se realizará una vez por turno, pero será más frecuente si la situación clínica lo requiere. Los valores de las constantes vitales se registrarán en unas gráficas, que permiten valorar el estado y evolución del paciente de forma rápida. La temperatura es el grado de calor que tiene el cuerpo como consecuencia del equilibrio mantenido entre el calor producido por los mecanismos de producción de calor (la actividad

muscular, el metabolismo energético, etc.) y el calor perdido por el organismo (a través de los fenómenos de evaporación, radiación, conducción y convección). El control nervioso de la temperatura reside en el hipotálamo, en el centro termorregulador.

El instrumento utilizado para la medición de temperatura corporal es el termómetro.

Para su recogida por métodos no invasivos se emplean termómetros clínicos (de galio, y hasta hace poco tiempo de mercurio), o electrónicos (tienen una sonda de recogida y una pantalla para la lectura), de rayos infrarrojos o de tiras desechables.

El Parlamento Europeo, en julio de 2007, resolvió restringir la comercialización de determinados instrumentos de medición que contienen mercurio, a causa de su alta peligrosidad para la salud humana y para el medio ambiente, en sintonía con el Reglamento REACH (Registro, evaluación y autorización de sustancias químicas). Esto implica el reemplazo paulatino de varios aparatos médicos, principalmente los termómetros. Hoy en día existe una alternativa muy útil, el termómetro de infrarrojos, que permite medir el calor emitido por el cuerpo sin estar directamente en contacto con él. Suele utilizarse como termómetro timpánico. Este es el que ha sustituido al de mercurio en el uso asistencial hospitalario.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en cuanto a tomas de constantes, en especial la temperatura y sus diferentes modalidades/protocolos.
- Analizar la valoración inicial del paciente por parte del TCAE, dentro del cuidado holístico del paciente.

3 Metodología

Para la revisión teórica hemos realizado una búsqueda de la bibliografía existente en varias fuentes documentales (Scielo, Medline, Dialnet, etc.), utilizando los descriptores y sus combinaciones, y distinguiendo aquellos documentos relacionados con el objetivo del estudio. Descriptores: “constantes vitales” “temperatura”.

4 Resultados

- La temperatura varía en relación con la hora del día (es más baja por la mañana) y con la temperatura ambiente. Otros factores que influyen son algunas características fisiológicas propias de la edad (en los ancianos la regulación térmica está ralentizada), la influencia hormonal (en las mujeres, a lo largo del ciclo menstrual), etc. Los valores normales en un adulto sano oscilan entre 36 y 37 °C cuando se toma en la axila y hasta medio grado por encima si se toma en el recto, en la boca o en el conducto auditivo externo.

- Medición de la temperatura timpánica: este método permite obtener una temperatura muy similar a la temperatura central del organismo, ya que la membrana timpánica está en el fondo del conducto auditivo externo y prácticamente no se ve influida por cambios exteriores. Además, la rama arterial que irriga el tímpano recibe la sangre de la misma arteria de la que parte la rama que irriga el hipotálamo. Se empleaba sobre todo en servicios de urgencias, pero su uso se ha ido extendiendo progresivamente a todos los servicios asistenciales.

- Protocolo de actuación.

Colocar una funda desechable en el termómetro timpánico.

Seleccionar el funcionamiento del termómetro.

Introducir en el conducto auditivo y asegurarse de que el cono con el sensor está bien introducido y orientado.

Al sonar la alarma acústica (a los pocos segundos), retirar, leer y anotar. Puede hacerse la medición en cada oído y hallar la media.

Retirar la funda y apagar el termómetro.

Acomodar al paciente, recoger el equipo y lavarse las manos.

- Medición de la temperatura axilar: fue el método más empleado. En los niños se podía sustituir por la recogida inguinal, que sigue el mismo protocolo:

Lavarse las manos y ponerse los guantes (opcional).

Explicar al paciente lo que se va a hacer, pidiéndole su colaboración.

Comprobar si la axila está húmeda; si es así, limpiar y secar con una gasa.

Colocar una funda desechable, si fuese necesario.

Colocar el bulbo del termómetro en la axila y cruzar el antebrazo del paciente sobre el tórax. Mantener durante 10 minutos.

Retirar el termómetro, hacer la lectura y anotar los resultados en la hoja para su registro en la gráfica de constantes.

- Medición de la temperatura rectal: suele emplearse en lactantes (protocolo de

actuación):

Lavarse las manos y ponerse los guantes.

Explicar al paciente lo que se va a hacer.

Colocar al paciente en decúbito lateral.

Extraer el termómetro del envase.

Lubricar el bulbo con vaselina, aplicándola con una gasa.

Separar los glúteos con una mano e introducir el bulbo con la otra (unos tres centímetros), esperar de uno a tres minutos. Si se trata de un lactante, la persona que realice la medición permanecerá con él hasta que se retire el termómetro.

Extraer el termómetro, limpiarlo con una gasa, hacer la lectura y anotar los resultados en la hoja para su registro en la gráfica.

Limpiar el termómetro y guardarlo.

Acomodar al paciente, recoger el equipo y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

Los valores de los diferentes signos vitales varían de una persona a otra, e incluso en el mismo sujeto, en función del grado de ejercicio realizado, la hora del día, la tensión emocional, etc. Todos estos signos o constantes vitales se registran en una gráfica que permite evaluar el estado del paciente con rapidez. Es muy importante realizar la anotación y el registro con la mayor exactitud, sin olvidar que cualquier cambio relevante debe notificarse a la enfermera. La recogida específica y continuada se adaptará a las peculiaridades de los cuidados, según se aplique en atención primaria o especializada. Como norma general, en el hospital las constantes vitales se toman y registran dos veces al día, pero si existe algún tipo de alteración se hará cada cuatro horas o cuando especifique el médico.

Además de estos signos vitales, hay que tener en cuenta el ingreso y las pérdidas de líquidos del paciente, de gran importancia para mantener el equilibrio hidroelectrolítico. Todos estos datos deben medirse y registrarse también en la gráfica de constantes vitales o en un registro específico para ello (hoja de balance, etc.). El auxiliar de enfermería colabora con la enfermera en la medida y el registro de los signos vitales del paciente.

6 Bibliografía

- Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. 2010.

- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008.
- Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. Hospital Universitario Reina Sofía. 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra 2007.
- González C, Jiménez AM, Luís MT. Medición de signos vitales. Metas de Enfermería noviembre 2000; 46: 50-53
- Ibarra Fernández Antonio José. Toma de constantes vitales. Manual de técnicas y procedimientos de enfermería .Edición.

Capítulo 723

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILARES DE ENFERMERÍA EN LA PREPARACIÓN DEL MATERIAL PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN Y EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE

CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ANDREA GALINDO MENÉNDEZ

1 Introducción

Administrar medicamentos es proceder a la introducción o aplicación de sustancias simples o compuestas al organismo, con una finalidad terapéutica mediante diferentes vías. El objetivo es: substituir deficiencias orgánicas, prevenir enfermedades, aliviar síntomas de enfermedades y curar procesos patológicos. Una vez diagnosticado el paciente, el médico prescribirá el tratamiento que considere más adecuado y lo anotará en la hoja de tratamiento que se encuentra en el historial del enfermo. En esta hoja debe leerse de forma clara: datos del paciente, la fecha de la prescripción, el nombre y dosis del fármaco que ha de ser administrado, la vía de administración y la duración del tratamiento.

Aspectos que debe conocer el equipo de enfermería: lo que se llama los cinco correctos para la administración de medicamentos, le permiten al personal de enfermería que va a administrar una medicación, seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error.

- Paciente correcto: debe asegurarse sobre la identidad de la persona que va a recibir la medicación.
- Hora correcta: todos los medicamentos de prescripción médica tienen por escrito el intervalo al cual se deben administrar.
- Medicamento correcto: el medicamento se verifica antes y en el momento mismo de la administración.
- Dosis correcta: debe tener claro cuál será la dosis que se debe administrar.
- Vía de administración correcta: La vía seleccionada siempre deberá ser la más segura.

2 Objetivos

- Describir la correcta preparación y administración de medicamentos por vía oral.
- Proporcionar los conocimientos necesarios para administrar por vía oral, la medicación prescrita con fines diagnósticos y terapéuticos.

3 Metodología

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

4 Resultados

La preparación de un medicamento para su administración al paciente podrá variar según su forma de presentación y la vía que vayamos a utilizar:

La preparación de medicación oral:

Consistirá en sacar las cápsulas o comprimidos necesarios del frasco o blister y ponerlas directamente en el vaso de medicación del paciente. Muchos comprimidos pueden ser triturados para facilitar su deglución, pero nunca trituraremos los comprimidos de liberación prolongada ni los de cubierta entérica, que son los que resisten a la acción ácida del jugo gástrico. Esta preparación requiere una técnica limpia, aunque no estéril.

Los fármacos administrados por vía oral se absorben en el tracto gastrointestinal. Esta vía es la más utilizada, cómoda y segura, permitiendo además la autoadministración. Los inconvenientes que presenta son: ser una vía lenta, que puede irritar la mucosa gástrica y que no se puede utilizar en pacientes inconscientes y se administran por esta vía comprimidos, cápsulas, jarabes y suspensiones.

Procedimiento:

- Lavarnos las manos y ponernos los guantes.
- Comprobar el nombre del paciente.
- Comprobar la prescripción de la medicación, el nombre del fármaco, la dosis y la hora de la administración.
- Preparar la medicación.
- Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- Hemos de asegurarnos de que el enfermo toma la medicación ofreciéndole algún líquido: agua, zumo, ...
- Anotar el medicamento una vez administrado en la hoja de medicación.
- Registrar la existencia de datos de interés: dificultad para la deglución, poca colaboración, efectos adversos, etc. en la hoja de enfermería. Si el paciente vomita después de la administración oral, se volverá a intentar o no en función de la prescripción médica, ya que ello depende de varios factores: tipo de medicación, lapso entre la administración y el vómito, estado del paciente.

¿Qué hacer con la medicación de sabor desagradable? Existen algunas técnicas que facilitan la tarea de administrar una medicación con sabor desagradable: tomarlos con una pajita o administrarla con una jeringa evita el contacto con las papilas gustativas; tapan la nariz del paciente mientras lo traga; administrar un elixir bucal tras la medicación para hacer gárgaras.

¿Qué hacer si al paciente le cuesta tragar una cápsula o comprimido? La mayoría de los comprimidos se puede triturar, siempre que no sean de cubierta entérica ni de liberación prolongada. Si al enfermo le cuesta trabajo tragar una cápsula, le indicamos que la introduzca en la boca con una pequeña cantidad de agua, que incline la cabeza hacia delante y que la trague (por ser más ligera que el agua, la

cápsula flota en dirección hacia el cuello y es más fácil tragarla).

5 Discusión-Conclusión

La vía oral es la vía de administración más cómoda, segura y económica, es la vía de elección, siempre que sea posible.

Para obtener la máxima seguridad y eficacia del uso de los medicamentos se debe tener en cuenta la biodisponibilidad, la tolerancia gastrointestinal, las interacciones, tanto entre fármacos administrados simultáneamente, como entre fármaco y alimento, y los efectos adversos más frecuentes fácilmente reconocibles.

La administración de medicamentos es un aspecto importante en la práctica profesional, no es únicamente una tarea mecánica, sino que requiere el pensamiento y el ejercicio de un juicio profesional. Uno de los aspectos más importantes de la administración de medicamentos es reducir la posibilidad de errores. Las cinco condiciones esenciales para reducir los errores son: Identificar el paciente, verificar que el medicamento sea el prescrito, la dosis correcta, el horario y la vía de administración indicada.

6 Bibliografía

- Delgado Mingorance ME, García Trallero O, Goma Fernández G, Hernández Rodríguez M, Maluenda Martínez M, Martínez Rebollar M et al. Procedimientos y Técnicas de Enfermería. Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R, editores. Barcelona: Rol; 2006.
- Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. 2010.
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla. 2006.
- Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, Proceso y Práctica. 7ª ed. Madrid. Interamericana. McGraw-Hill; 2005.
- Administración de fármacos por vía oral y rectal. Farmacología para enfermería. [Aproximadamente 11 paginas]. 2005

- Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital Comarcal de la Axarquía. Málaga. 2003.
- Generalidades Farmacológicas. Curso del Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid 2002.
- Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2001.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital de Galdakao. Vizcaya 2001.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital de Basurto. Bilbao 2001.

Capítulo 724

LA TCAE FRENTE A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

1 Introducción

Julio Gómez, director del equipo de Atención Psicosocial y médico de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi pronunció esta frase: “en cuidados paliativos no se ayuda a morir, sino a vivir hasta el final”, por ello cuando los médicos ya no pueden curar y se debe aceptar lo inevitable, el final de la vida, aún hay mucho por hacer: cuidar y ayudar a vivir con dignidad hasta el último minuto.(Del Río y Palma,2007). Aunque la enfermedad terminal se puede dar en cualquier edad es en geriatría donde se dan más casos de situaciones irreversibles que conducen a la muerte.(Pessini y Bertachini,2006).

Cuando la enfermedad se vuelve incurable y terminal, nuestra labor será aliviar los dolores físicos y morales, teniendo siempre presente mantener la calidad de vida del paciente y nunca empecinarnos en tratamientos sin esperanza que solo traerían mas sufrimiento. Debemos ayudar al paciente hasta el último momento con todo nuestro respeto y dignidad que se merece como persona. Los que sufren no son los cuerpos son las personas. E. Casell (1982). Cicely Sanders fue pionera

en la atención a pacientes terminales. Dedicó su vida a la atención de personas en la fase final de su vida, fundó el primer hospicio para personas en fase terminal en el St. Christopher's Hospice, en Londres, en 1967 (Rayner, Price, Hotopf y Higginson 2011). El papel del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) juega un rol muy importante ya que es el más empático con él y cubrirá sus necesidades básicas.

2 Objetivos

- Establecer el paradigma principal de los cuidados en enfermos terminales.
- Evaluar las funciones del TCAE dentro de los cuidados integrales del enfermo terminal.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El paradigma de estos cuidados tienen como objetivo tratar y paliar todos los problemas que se vayan presentando en la etapa final de los pacientes, intentando evitar todo tipo de sufrimiento para lograr una muerte digna. (Gort, March, Gómez, Mazarico, Ballesté y De Miguel, 2005). Podemos diferenciar cuatro grupos como objetivo principal según el paciente al que estén dirigidos, ofreciendo una atención integral:

Bienestar físico. Que engloba desde el dolor físico que produzca la enfermedad hasta el resto de cuidados físicos, como el aseo, alimentación, incontinencia, disnea, etc.

Bienestar psicológico. Abarca, ansiedad, depresión, agitación, etc.

Bienestar social. Donde también están incluido familiares y todo el personal sanitario.

Bienestar espiritual. La fe y la religión pueden proporcionar un lugar donde aferrarse a la esperanza, a los miedos, a las dudas y donde pueden encontrar un sentido a la vida. (SECPAL 2014).

- El papel de la TCAE es muy importante a la hora de proporcionar al paciente todos estos cuidados ya que es una persona muy cercana dado que ayuda al paciente en las actividades básicas de la vida, así como también le sirve de apoyo a la hora de calmar sus miedos e inseguridades mediante una comunicación adecuada y honesta. Los cuidados paliativos han evolucionado desde su inicio hasta nuestros días, siendo un equipo multidisciplinar el encargado de realizarlos. Este equipo está formado por médico, enfermero (DUE), Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), además de personal no sanitario.

La labor del TCAE frente a los cuidados paliativos pasa desde estar a las órdenes de Médico y DUE ayudándolos en sus cometidos hasta el aseo, cambios posturales, alimentación del paciente.

Podemos decir que los cuidados paliativos forman parte de nuestra condición como seres humanos, ya que se trata de prestar ayuda a otra persona en un momento de vital trascendencia para su vida como es el final de esta misma. (Codorniu, Bleda, Albuquerque, Guanter, Adell, García y Baquero 2011).

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal para pacientes terminales es el confort. Cuando hablamos de cuidados paliativos nos referimos a una serie de tratamientos cuyo objetivo es ofrecer el máximo confort al paciente cuando estos ya no responden a tratamientos curativos. (Mayer, 2006). Estos cuidados no significan que ya no hay nada por hacer, más bien al contrario, solo que nuestra finalidad cambia, ya no pretendemos curar al paciente, sino ofrecerle toda nuestra ayuda para cuidar, paliar y procurar confort en un ambiente de respeto y confianza donde el paciente pueda sentirse seguro en un momento tan crucial. (Medina, 2015).

Existen guías y pautas a seguir para la realización de los cuidados a los enfermos terminales, este trabajo es muy estresante para todo el personal sanitario. Las TCAES que son un eslabón muy importante en dicha atención debido a la cercanía que se produce a la hora de realizar estos cuidados, estudios demuestran que el nivel de estrés que se produce durante el turno es muy elevado, dada la implicación que conlleva un cuidado tan cercano en momento muy sensible para los pacientes. (Gómez, Puga, Santos, Manuel y Gandoy, 2012). También re-

calcamos que el TCAE es un profesional muy cualificado para desarrollar este tipo de labor.

6 Bibliografía

- Codorniu, N., Bleda, M., Alburquerque, E., Guanter, L., Adell, J., Garcia, F., & Barquero, A. (2011).
- Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de enfermería*, 20 (1-2), 71-75
- De Cuidados Paliativos, S. E. (2014). Guía de cuidados paliativos.
- Del Río, M. I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de medicina uc, Pontificia universidad católica de Chile*, 32(1), 16-22.
- Gómez Cantorna, C., Puga Martínez, A., Santos, M., Manuel, J., & Gandoy Crego, M. (2012). Niveles de estrés en el personal de enfermería de cuidados paliativos. *Gerokomos*, 23 (2), 59-62.
- Gort, A. M., March, J., Gómez, X., Mazarico, S., Ballesté, J., & De Miguel, M. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 124(17), 651-653.
- Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242.
- Mayer Rivera, F. J. (2006). Fase terminal y cuidados paliativos. *Revista digital universitaria*, 7(4), 2-10.
- Medina, M. I. S. (2015). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 23-37.
- Rayner, L., Price, A., Hotopf, M. y Higginson, IJ (2011). El desarrollo de pautas europeas basadas en la evidencia sobre el tratamiento del cáncer paliativo *European Journal of Cancer*, 47 (5), 702-712

Capítulo 725

INTERVENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: TRASLADO DEL PACIENTE DE LA CAMA A LA CAMILLA

CARMEN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ANDREA GALINDO MENÉNDEZ

1 Introducción

Movilización y transferencia de pacientes encamados no son conceptos sinónimos. Movilización es el movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación (giro en la cama), diferenciando dos tipos, activa y pasiva. Movilizaciones activas son las que puede realizar el paciente bajo la supervisión de un profesional. Movilizaciones pasivas son las que realiza el profesional en pacientes que no pueden realizar esfuerzos.

Transferencia es el movimiento que se realiza de una superficie a otra o de un plano a otro. Para realizar la transferencia del paciente disponemos de varios dispositivos que nos ayudan a efectuarla con cierta seguridad para el paciente y también para el personal, como son la sábana entremetida, grúas, transfer, etc.

El traslado del paciente puede hacerse de varias formas, dependiendo de su estado de salud: en silla de ruedas, en camilla, en la cama hospitalaria o por su propio pie.

Se tendrán en cuenta una serie de medidas de seguridad para evitar lesiones en el paciente, para ello deberá estar bien sujeto y acomodado para evitar caídas. Así, también el traslado del paciente de la cama a la camilla debe realizarse entre varias personas para evitarle daños y evitarnos nosotros mismos lesiones al hacer manipulaciones y esfuerzos incorrectos. De igual modo se buscará la máxima coordinación del personal que movilice al paciente y se avisará a la enfermera si es necesario asegurar sondas, catéteres o demás dispositivos para evitar reflujos, desinserciones, etc.

2 Objetivos

- Trasladar al paciente de una camilla a la cama, garantizando la seguridad del paciente y personal sanitario.
- Promover la comodidad del paciente.
- Mantener la intimidad del paciente.
- Tener conocimiento del estado del paciente y saber en todo momento cómo se le puede movilizar.

3 Metodología

Revisión de manuales y guías de actuación de hospitales Universitarios. Para realizar este trabajo se han incluido los artículos, guías, manuales, protocolos, etc. Comprendidos entre el 2000 y 2017 y se han excluido los anteriores a esta fecha por dos motivos: para que la información obtenida sea lo más actual posible y para limitar la cantidad de información.

Por último, se han utilizado diferentes términos para realizar la búsqueda de los artículos, tales como: “paciente encamado”, “inmovilidad”, “traslados camilla” o “complicaciones encamado”.

4 Resultados

Para el traslado del enfermo de la cama a la camilla harán falta 2-3 auxiliares dependiendo del estado del paciente.

Con dos auxiliares. Si el paciente colabora: se coloca la camilla paralela a la cama y se frenan cama y camilla; se pide al paciente que se deslice de una a otra, ayudándole si es necesario. Se acomodará al paciente y se le cubrirá con una sábana. Si

el paciente no colabora: se empleará la sábana bajera de la cama del paciente o una entremetida para pasar al paciente a la camilla. Los dos auxiliares se colocarán uno a cada lado del paciente. Se levantará al paciente con la sábana y se le deslizará hacia la camilla. Ya en la camilla, al paciente se le acomodará y se le cubrirá con otra sábana.

Con tres auxiliares. La camilla se coloca con la cabecera perpendicular a los pies de la cama. Se recogerán la sábana y mantas a los pies de la cama. Los tres auxiliares se colocarán en el mismo lado de la cama. Un auxiliar coloca un brazo por debajo de la nuca y otro por debajo de los hombros del paciente. Además, uno coloca un brazo por debajo de la región lumbar y el otro, por debajo de las caderas. El tercero, coloca un brazo debajo de las piernas y otro, debajo de los pies. Vuelven el paciente hacia ellos y lo deslizan suavemente sobre sus brazos. Levantan al paciente al unísono y lo mueven hacia la camilla, colocándolo sobre ésta suavemente. Una vez sobre la camilla, se cubre al paciente con la sábana. Si el paciente lleva sonda o sueros, un Auxiliar se encargará de su transporte al compás de la camilla.

Mediante transfer. Colocar la camilla a la que se va a trasladar el paciente junto a la cama en la que está. Ladear al paciente ligeramente e introducir el transfer por debajo de la sábana, apoyando al enfermo sobre él. Deslizar al paciente sobre el transfer, tirando suavemente por la sábana. Colocar al paciente en la cama a la que va destinado. Ladearle de nuevo para retirar el transfer y la sábana. Dejar al paciente nuevamente en posición cómoda.

5 Discusión-Conclusión

El Auxiliar de Enfermería procurará que el paciente vaya lo más cómodo posible, seguro y esté lo suficientemente sujeto para evitar caídas en el desplazamiento. Los movimientos serán suaves y el traslado lento. No se debe abandonar al paciente, ni dejarlo entre corrientes de aire. Es necesario conocer el estado del paciente.

También es muy importante que el profesional no trabaje en contra de la fuerza y lo haga a una altura adecuada. Es conveniente utilizar puntos de apoyo exteriores y empujar en vez de tirar. Si fuera posible es mejor utilizar medios mecánicos e intentar que el enfermo colabore en la movilización.

6 Bibliografía

- C. Guillamas. E. Gutiérrez. A Hernando. M.^a J. Méndez G. Sánchez-Casado. L. Tordesillas. Técnicas Básicas de Enfermería. Editorial Editex 2007.
- Guía de Actuación de Enfermería: Manual de Procedimientos. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat 2003
- Manuel Manzano González. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital General Universitario de Murcia. Universidad de Murcia 2000.

Capítulo 726

EL TCAE Y LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES HOSPITALARIAS

CRISTINA PRADA LORENZO

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

1 Introducción

El término nosocomial deriva de los vocablos griegos nosos (enfermedad) y komeion (cuidar) o nosojomein (hospital). La infección adquirida dentro de un recinto hospitalario abarca al menos 2,500 años de historia médica. Las primeras instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos se originan alrededor de 500 años antes de Cristo en la mayoría de civilizaciones conocidas, principalmente en la India, Egipto y Grecia. En esos primeros centros, las condiciones higiénicas giraban en torno a conceptos religiosos de pureza ritual. El primer escrito que contiene consejos sobre cómo construir un hospital es el texto sánscrito Charaka-Semhita, del siglo IV antes de la era cristiana. En la primera mitad del siglo XVIII, principalmente por unos médicos de Escocia tiene su origen el estudio científico de las infecciones hospitalarias cruzadas o nosocomiales.

Sir John Pringle (1740 – 1780) realizó las primeras y más importantes observaciones acerca de la infección nosocomial y como consecuencia él dedujo que las infecciones nosocomiales eran la causa principal y la más grave de la masificación

hospitalaria, fue Sir John Pringle quien introdujo el término antiséptico y fue el primero que defendió la teoría del contagio animado como el responsable del infecciones nosocomiales. (Sir John Pringle). James Young Simpson (Bathgate , Escocia 7 de Junio de 1811 Edimburgo 6 de Mayo de 1870) fue un médico escocés y una figura importante en la historia de la medicina. Descubrió las propiedades anestésicas del cloroformo y lo introdujo, con éxito, para el uso médico general. (James Young Simpson). Simpson fue el primero en usar anestésico para ayudar a aliviar el dolor durante el parto, y fue éste, fallecido en 1870, quien realizó el primer estudio ecológico sobre las IHH, donde relacionó cifras de mortalidad por gangrena e infección, tras amputación, con el tamaño del hospital y su masificación.

Oliver Wendell Holmes (1809-1894) fue un escritor, médico y profesor de medicina estadounidense y uno de los reformadores médicos más importantes de su época. Asistió a la Universidad de Harvard, donde estudió derecho y medicina. En 1843, se le atribuyó el descubrimiento de la contagiosidad de la fiebre puerperal y postuló que las infecciones puerperales eran propagadas físicamente a las mujeres parturientas por los médicos, a partir de los materiales infectados en las autopsias que practicaban o de las mujeres infectadas que atendían; así mismo dictó reglas de higiene en torno al parto. (Oliver Wendell) Joseph Lister (1827-1912) , el médico británico pionero en el desarrollo de las técnicas antisépticas en cirugía. Lister pensó que la gangrena era una forma de putrefacción y que podría ser provocada por los microorganismos presentes en el ambiente o en los instrumentos quirúrgicos (Lister). Así que meditó en la forma de eliminarlos para el caso de tener que intervenir quirúrgicamente a los pacientes. Insistió en la importancia de la higiene de las manos del cirujano y en el tratamiento antiséptico de los instrumentos. Trataba con soluciones de fenol al 5% el instrumental quirúrgico, los vendajes e incluso la piel de la zona que debía ser intervenida. Para eliminar los microorganismos que pudiera haber en el aire, inventó un aparato que aerosolizaba la solución de fenol.(Joseph Lister). Sus métodos fueron todo un éxito pues constató que la incidencia de gangrena disminuyó considerablemente, (Paul de Kurif).

Las infecciones nosocomiales constituyen un importante problema de salud relacionado con la calidad de la atención y la eficacia del trabajo. (López ML, Pastrana RI, González HJC, Álvarez RS, Rodríguez RJF, 2013) La Organización Mundial de la Salud en su documento sobre prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales define una infección nosocomial como: una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una

infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento. (OMS)

Las infecciones relacionadas con el sistema sanitario son las que tienen relación con prácticas asistenciales en pacientes que están hospitalizados o ambulatorios, pero en contacto con el sistema. Afectan al 5% de los pacientes y comportan una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico. Los principales tipos de infección relacionada con el sistema sanitario están relacionados con procedimientos invasivos como la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular. (Miguel Puyol, Enric Limón). Se ha demostrado que la aplicación de listados de verificación y paquetes de medidas son de utilidad en la prevención de estas infecciones. La vigilancia epidemiológica, entendida como la recopilación de información para emprender una acción, es la base de los programas de control de infección. Estos han evolucionado desde una vigilancia global de la infección nosocomial a una vigilancia dirigida a procesos relacionados con la prevención y a indicadores (tasas) de infección nosocomial. La comparación de estos indicadores puede ser de utilidad en el establecimiento de medidas de prevención.

El Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) es el primer sistema de vigilancia de la infección nosocomial desarrollado en nuestro país. Se inició en 1990, promovido por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH), y desde entonces se viene realizando cada año con una elevada participación de centros hospitalarios de todas las Comunidades Autónomas. El Estudio EPINE es ampliamente reconocido, y ha nutrido de información, de diagnóstico de la situación clínica y epidemiológica, y de la necesidad de adoptar medidas de Prevención y Control de las Infecciones en Asistencia Sanitaria en nuestro Sistema de Salud. Ha servido pues de soporte a los servicios de Medicina Preventiva, a otros servicios clínicos y epidemiológicos y a gestores sanitarios en los últimos veintiocho años, motivo por los que debido a sus características puede realizar una importante aportación al conocimiento de las Infecciones relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) en nuestro Sistema de Salud.

Las infecciones más frecuentes en pacientes hospitalizados, según EPINE

2018/2019 son

- Urinarias: el 90% está asociado a manipulaciones instrumentales de las vías urinarias (sondaje vesical) y en muchos casos pasan inadvertidas. La incidencia depende de varios factores, destacando la duración (más de 48 horas), la edad y el sexo.

- Infecciones quirúrgicas: según sea el tipo de la cirugía, varía el grado de contaminación.

Limpia: Son las heridas que cicatrizan por primera intención. El riesgo de descontaminación es exógeno.

Limpia-contaminada: cuando se penetra en cavidades comunicadas con el exterior.

Contaminada: son las heridas abiertas recientes (menos de 4 horas), operaciones con alteraciones de la técnica estéril.

Sucia o infectada: cuando se trata de heridas traumáticas no recientes (más de 8 horas) con tejido desvitalizado.

Los cuatro factores de riesgo de mayor influencia son:

La intervención abdominal.

Duración de la intervención.

Cirugía contaminada o infectada.

Existencia de tres o más enfermedades subyacentes.

- Respiratorias: neumonías y bronquitis son las infecciones nosocomiales más frecuentes. El principal mecanismo patogénico lo constituye la aspiración de secreciones gástricas y oro-faríngeas en pacientes con alteración de sus sistemas defensivos. Los factores que predisponen a la infección respiratoria son la traqueotomía, los equipos de respiración asistida, los equipos de anestesia, los tubos endotraqueales, la broncoscopia, etc

- Bacteriemias: la mayoría son secundarias a un foco infeccioso de otra localización, principalmente del tracto urinario, neumonía o herida quirúrgica. La Bacteriemias primarias están en relación con la instrumentalización intravascular y, aunque no se han descrito brotes debidos a la contaminación de líquidos de perfusión, son los catéteres intravenosos la principal fuente de patógenos. El mecanismo que origina una enfermedad infecciosa recibe el nombre de agente causal. El lugar desde el que pasa el agente causal (microorganismo) para infectar al ser humano se denomina fuente de infección. Una persona en la que el agente causal se ha puesto "a vivir en ella", pero no produce síntomas ni signos, es decir, que está sano, no padece la enfermedad, es estos casos se dice que la fuente de infección es un portador. La persona a la que infecta el microorganismo se llama huésped. El modo, sistema o método por el que el agente causal logra llegar al

huésped se denomina mecanismo de transmisión.

- Otras infecciones nosocomiales: afectando a diferentes órganos, aparatos y sistemas.

2 Objetivos

- Determinar el procedimiento de actuación del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), frente a las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias.

- Analizar el conjunto de medidas preventivas para minimizar esas infecciones, un técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) debe de adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes que sean necesarias para el correcto manejo de los procesos infecciosos.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las principales causas hospitalarias de las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias y que un técnico en cuidados auxiliares de enfermería debería conocer para así poder evitar su propagación son:

- La ausencia de medidas adecuadas de higiene hospitalaria. Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. Una buena higiene de manos antes y después del uso de guantes es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones (4-7, 9,17). La técnica del lavado de manos dependerá del tipo de maniobra que se vaya a realizar, en la mayoría de los casos el lavado higiénico con agua y jabón sería suficiente, en el lavado quirúrgico sería necesario el uso de un jabón antiséptico y prolongar ese lavado a cinco minutos.

- Las maniobras agresivas por el enfermo en un hospital, como puede ser el sondaje vesical, las estrategias de prevención de los episodios sépticos relacionados

con la sonda permanente, estrategias que pueden ser individualizadas para una mayor eficiencia. A pesar de estas medidas preventivas la infección motivada por la sonda permanente puede ocasionar episodios sépticos de extremada gravedad. Intervención quirúrgica importante el uso de métodos preventivos para evitarlo. Diálisis, drenajes, transfusión sangre, aspiración traqueal y distribución de fármacos por vía parenteral.

- El contacto con microorganismos patógenos, para ello el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe conocer las técnicas de aislamiento.
- Pacientes con defensas disminuidas, gérmenes oportunistas que con el sistema inmune debilitado causan problemas graves de salud.
- Trastornos locales que favorecen la infección, como son los pacientes con úlceras por presión, nuestra labor como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería es proporcionarles cambios posturales cada dos o cuatro horas, y el uso del colchón apropiado para evitar esas úlceras.
- Responsabilidad compartida de actuación a personas enfermas, Iatrogénico son las infecciones causadas por la actuación del personal sanitario, debido a la insuficiencia formación de higiene hospitalaria del personal sanitario, el uso inadecuado de antibióticos y el funcionamiento interno del hospital, recursos, organización administrativa o tamaño del hospital. Para evitar las infecciones nosocomiales en el hospital existe un plan de actuación.

- Plan de actuación:

Cuando aparece la infección: la detección precoz de la infección cuando afecta a un número reducido de pacientes. Evitar la propagación del microorganismo aplicando medidas de aislamiento e instaurar tratamiento efectivo para la infección.

Prevenir la aparición de la infección: para ello se utilizan los programas de higiene hospitalaria:

La vigilancia epidemiológica permanente por el comité de higiene hospitalaria.

Prevenir la contaminación persona a persona.

Prevención de obtención, manipulación y eliminación de residuos biológicos. Todas las maniobras con capacidad contaminante deben restringirse al máximo. Cuando se tengan que realizar deben hacerse en condiciones de asepsia y manteniéndose el menor tiempo posible.

Tener en cuenta el diseño arquitectónico del hospital.

Tener un saneamiento regular y sistemático del medio hospitalario.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en su trabajo al estar en contacto directo con los pacientes debe de llevar a cabo todas las normas básicas para evitar las infecciones, como tener la información y el cocimiento necesario para saber dónde se encuentran los riesgos de contraer infecciones. Los hospitales serán los encargados de tener y facilitar esa información, para minimizar el número de enfermedades nosocomiales. Las enfermedades nosocomiales suponen un aumento de la morbimortalidad hospitalaria, de los costos y de las estancias hospitalarias, y aunque hace años eran consideradas como efectos adversos inevitables, ahora ya demostrado que cuando los profesionales cumplen todas las medidas de prevención las enfermedades nosocomiales pueden disminuir de forma muy significativa.

Para ello es importante realizar el control y los cuidados para evitar la proliferación de las infecciones, realizando buenas prácticas de higiene individualizadas al paciente, y asepsia en las zonas críticas y protocolos de aislamiento. Es importante también las medidas de eficacia probada que se sabe que funciona a la perfección, como es el lavado de manos, las técnicas de aislamiento, la desinfección y esterilización tanto de las zonas del hospital, habitaciones, muebles e instrumental, un drenaje urinario cerrado, vigilar los catéteres intravenosos, no tocar las heridas, empleo de guantes y vacunación del personal sanitario. También son importantes las medidas de eficacia lógica sugerida por la experimentación, como puede ser la educación sanitaria, como las medidas de aislamiento y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Y por último están las medidas de eficacia dudosa o desconocida como irradiar los quirófanos con luz ultravioleta, desinfección paredes, suelos y pilas. Los nebulizadores, el flujo laminar, el control rutinario bacteriológico del ambiente, medios de barrera como pueden ser gorro, las calzas y las mascarillas y los filtros intravenosos terminales.

6 Bibliografía

- Anaya FVE, Gómez GDJ, Martínez GNJ, Galán CA, Galicia BGV, Veloz SI, 2009.
- Ibáñez Martí C. Infecciones nosocomiales: lugares más frecuentes de infección. Salud Pública y algo más. [Internet]. Abril 2008.
- Science Direct . Elsevier.
- EPINE 2018/2019
- Hurwitz, B., & Dupree, M. (2012). Why celebrate Joseph Lister? The Lancet DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60245-1.

- Joseph Hanaway, Richard Cruess. McGill Medicine: The first half century, 1829-1885.
- Lebeque Pérez Yamila, Morris Quevedo Humberto J., Calás Viamonte Nerys. Infecciones nosocomiales: incidencia de la Pseudomonas aeruginosa. Rev cubana med [revista en la Internet]. 2006 Mar
- Paul de Kurif. Cazadores de Microbios. Biblioteca Científica Salvat
- Pérez Montoya LH, Zurita Villarroel IM, Pérez Rojas N, et al. Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención. Rev Cient Cienc Méd. [Online]. dic. 2010, vol.13, no.2 [citado 28 Noviembre 2012]
- Rev Cient Cienc Méd. on F. Gudiol, E. Limón, E. Fondevilla, J.M. Argimon, B. Almirante, M. Pujol.)
- SCIELO (Scientific Electronic Library On-line): revistas en castellano y portugués
- Seastone, C. (1935). PATHOGENIC ORGANISMS OF THE GENUS LISTERELLA Journal of Experimental Medicine, 62 (2), 203-212 DOI: 10.1084/jem.62.2.203
- The Editors, "Holmes, Oliver Wendell," in American National Biography (New York: Oxford University Press, 1999.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica. Ginebra: OMS; 2003.
- Víctor H. Espinoza. 2010 Nov , Infectología Pediátrica, MEXICO.

Capítulo 727

EL T.C.A.E. CON EL PACIENTE HEPÁTICO EN CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA

DOLORES ARGÜELLES MEANA

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

YOLANDA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

Se denomina paciente hepático a aquella persona que presenta los siguientes síntomas: color amarillento en la piel y los ojos (ictericia), hinchazón y dolor abdominal, hinchazón en piernas y tobillos, picazón en la piel, orina de color oscuro, heces color pálido, heces con sangre o heces de color alquitrán, fatiga crónica, tendencia a formar hematomas con facilidad, náuseas o vómitos, pérdida de apetito.

La enfermedad hepática puede ser hereditaria (genética) o causada por factores diferentes que con el tiempo dañan nuestro hígado que son (1):

- Los virus y parásitos que producen la hepatitis A, B y C.
- El consumo del alcohol.
- La obesidad en la actualidad está siendo un problema emergente en la sociedad joven, porque con el tiempo ese exceso de grasa provoca en el hígado cicatrización (cirrosis) (2) produciendo insuficiencia hepática un trastorno que pone en riesgo la vida causado por una dieta insana y desequilibrada. La función del hígado es eliminar sustancias tóxicas y productos de desecho que circulan por la

sangre de forma que no dañen el organismo, almacena y libera la glucosa, produce bilis que es fundamental para realizar una buena digestión de los alimentos ayudando a la absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles.

2 Objetivos

- Identificar al paciente hepático en consulta para su correcto diagnóstico.
- Determinar la calidad de vida en pacientes hepáticos.

3 Metodología

Se han revisado diversos artículos científicos sobre el paciente hepático y la evolución que esta enfermedad ha producido en los últimos años, para ello se ha utilizado el Google Académico, bases de datos como Scielo, Elsevier y Revista electrónica portal médicos. Los descriptores fueron: paciente hepático, dieta para problemas hepáticos, calidad de vida, tratamientos.

4 Resultados

Cuando un paciente presenta unos síntomas persistentes que le preocupan junto con un dolor abdominal intenso es cuando decide ir al médico de atención primaria, éste le deriva al médico especialista en hígado (hepatólogo) en consulta externa de digestivo.

- Descubrir la causa y extensión de la lesión hepática es importante para dar un tratamiento individualizado al paciente. Lo primero que hará el médico es preguntar sobre los antecedentes médicos como transfusiones de sangre, tatuajes, dieta que se sigue para saber qué tipo de alimentos se ingieren, alcohol que se toma, etc. acto seguido hará una exploración física minuciosa. En todos los casos el médico pide a los pacientes un análisis de sangre completo que sirve para detectar trastornos genéticos o problemas hepáticos específicos, una ecografía para ver ese hígado o un Fibroscan (3) es lo más utilizado e incluso en algunos casos una biopsia cuando las pruebas anteriores indican que hay un problema hepático, ayudando a elaborar un plan individualizado en el tratamiento en función del estado del hígado.
- Como TCAE nuestra labor fundamental como miembro del equipo de enfermería es en consulta asistir al médico mientras realiza exploración física al paciente, mantener la consulta en óptimas condiciones, pasar a los pacientes lle-

vando el control de la agenda diaria, así como también concienciar al paciente, familiares o tutores legales del carácter crónico de la enfermedad, siendo imprescindible un cambio en el estilo de vida del paciente que ayudará a cuidar su enfermedad hepática. Además de vigilar los síntomas para actuar ante ellos en caso de complicación (4).

5 Discusión-Conclusión

La probabilidad de obtener un diagnóstico preciso aumenta con la realización de una historia clínica bien documentada y la consideración de las circunstancias que acompañan a su descubrimiento. En los últimos años están apareciendo en pacientes cada vez más jóvenes la enfermedad de hígado graso no alcohólico debido a las dietas que se siguen en nuestra sociedad. Actualmente las medidas higiénico-dietéticas han demostrado ser eficaces y deben representar cualquier estrategia terapéutica (5). Un plan de cuidados de enfermería individualizado garantiza la evolución del paciente mejorando su calidad de vida.

6 Bibliografía

- 1. Gómez, A. E. Cirrosis hepática. Actualización. Farm. Prof. Elsevier. [Internet]. 2012 Jul [citado 2019 Dic 26]; 26(4):45-51.
- 2. Aceves-Martins, M. Cuidado nutricional de pacientes con cirrosis hepática. Nutr. Hosp. [Internet]. 2014 Feb [citado 2019 Dic 26]; 29(2):246-258.
- 3. Carrión J.A. Utilidad del Fibroscan para evaluar la fibrosis hepática. Gastro. Hepat. Elsevier. [Internet]. 2009 Jun [citado 2019 Dic 26]; 32(6):415-423.
- 4. Pereira, E., Hermosín, A., Calviño, I. Cuidados de enfermería en pacientes con cirrosis hepática. Rev. Electr. Port. Médic. [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Dic 26]; Portada.

Capítulo 728

LOS CAMBIOS POSTURALES QUE DEBE DAR EL TCAE

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

1 Introducción

Cuando nos encontramos estirados en una cama, cambiamos de posición para evitar presiones en las distintas zonas de apoyo. Pero hay casos que no pueden realizarlos por ellos mismos por eso es importante la labor del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), ya que están muy cualificados para este trabajo y para formar parte del equipo.

Los cambios posturales son una necesidad para el cuerpo pueda moverse de un sitio a otro y no estar sobre los mismos puntos de apoyo, que se precisa una alineación del cuerpo y no una sobrecarga, el sistema muscular necesita cubrir satisfactoriamente una movilización adecuada y acorde, dependiendo de las limitaciones de cada enfermo.(Barrientos, Urbina, Ourcilleón y Pérez, 2005). Cuando se realizan las movilizaciones en los enfermos tienen efectos positivos tanto para el cuerpo como para la mente, ya que mejora la condición muscular, con ello desmineraliza la masa ósea, favorece la respiración y la función cardiovascular, evitando con ello que tengan malas posturas para corregir posibles defor-

dades y presiones sobre los mismos puntos de apoyo, así evitando úlceras de presión.(Díaz, Ayllon-Garrido y Latorre-García, 2008).

Cuando realizamos los cambios posturales también observamos si el paciente pueda tener alguna zona afectada o enrojecida,por eso es necesatio realizarlas cada 3 o 4 horas y siempre que sea posible hacer que el paciente colabore para su beneficio.(López y Martínez, 2011). Generalmente se realizan a gente mayor que esta encamada pero también a gente que por otros motivos estén en ese estado, independientemente de la edad hay que realizarlas para asegurarles un confort, l os TCAE son los encargados de realizarlos con la ayuda del celador pero si se ocupa todo el equipo multidisciplinar ya que cuando hay alguna anomalía trabajaran todos juntos para atajarlas o curarlas.(Prieto y Areosa, 2010).

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TCAE respecto a las posturas en pacientes dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del TCAE respecto a las posturas en pacientes dentro del ámbito sanitario (Hernández,2009). Hay varios, los más que conocemos son, decúbito supino, decúbito lateral, decúbito prono, fowler o semi-fowler, tredelemburg y tredelemburg invertida, litotomía o ginecológica, genupectoral.(Martínez,Soldevilla ,Verdú,Segovia ,García y Pancorbo,2007).

- Decúbito supino: acostado sobre su espalda, con los brazos y las piernas extendidas, las rodillas algo flexionadas.
- Decúbito lateral: acostado de lado, con la cabeza apoyada sobre la almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. El brazo

superior está flexionado y apoyado sobre el cuerpo. La pierna inferior se halla con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior, flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla. Los pies se sitúan en ángulo recto para evitar la flexión plantar. Esta postura puede ser lateral izquierda o derecha.

- Decúbito prono: acostado sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza.
- Fowler o semi-fowler: la cabecera de la cama esta elevada hasta formar un ángulo de 45°. El paciente esta acostado con las rodillas flexionadas y los pies descansando sobre el plano horizontal de la cama.
- Tredelemburg y tredelemburg invertida: colocado en decúbito supino, los pies están elevados sobre el plano de la cabecera, formando un ángulo de 45°. En la invertida el paciente se encuentra en decúbito supino, pero la cabeza y el tronco se encuentran en un plano superior al de las piernas formando un ángulo de 45°. (Ramos y Díez, 2008)
- Litotomía o ginecológica: en decúbito supino, con las rodillas separadas y flexionadas. Los muslos estarán también flexionados sobre la pelvis. Las piernas deben colocarse sobre unos estribos que tienen las camillas ginecológicas.
- Genupectoral: Rodillas sobre el plano de la cama o camilla, con la cabeza ladeada y apoyada sobre la cama o camilla, los antebrazos flexionados y las manos situadas delante de la cabeza, una encima de la otra. (Pegenaute, Galdiano, Ciarrusta, Coscojuela y Erro, 2005).

Los cambios posturales se consideran una de las técnicas más efectivas para la prevención de las lesiones por presión, aunque no hay estudios científicos suficientes sobre este método por lo tanto se toman otras medidas preventivas diferentes incluyen por ejemplo los colchones convencionales y el uso de colchones antiescaras viscoelásticos con una menor frecuencia de cambios ya que además producen una reducción significativa en el número de úlceras por presión. (Hidalgo, 2002).

5 Discusión-Conclusión

Hay un protocolo para realizar los cambios posturales pero a veces debido al poco personal contratado en los hospitales hoy en día genera más carga de trabajo siendo imposible hacer todos los cambios con suficiente tiempo o realizarlos a la carrera para realizarlos todos no siendo las mejores condiciones ni para el paciente ni para el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, no dando tiempo a realizar la visualización de posibles úlceras. (Ruiz, Carrero, Blázquez, Vera, Or-

tiz, Pulido y Gómez-Pardo,2001). Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Barrientos, C., Urbina, L., Ourcilleón, A., & Pérez, C. (2005). Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud. *Rev chil med intensiv*, 20(1), 12-20.
- Díaz de Durana-Santa Coloma, S., Ayllon-Garrido, N., & Latorre-García, K. (2008). Evolución de la incidencia de las úlceras por presión tras la mejora de un protocolo de prevención en cuidados intensivos. *Gerokomos*, 19(4), 55-60.
- Hernández Ortiz, J. Á. (2009). Prevención y cuidados en úlceras por presión: ¿Dónde estamos?. *Gerokomos*, 20(3), 132-140.
- Hidalgo, P. L. P. (2002). Estimación del coste económico de la prevención de úlceras por presión en una unidad hospitalaria. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 13(3), 164-164.
- López, R. M., & Martínez, D. P. (2011). Valoración de los conocimientos del cuidador principal sobre úlceras de presión. *Enfermería Global*, 10(4).
- Martínez Cuervo, F., Soldevilla Agreda, J. J., Verdú Soriano, J., Segovia Gómez, T., García Fernández, F. P., & Pancorbo Hidalgo, P. L. (2007). Cuidados de la piel y prevención de úlceras por presión en el paciente encamado. *Revista Rol de Enfermería*, 30(12), 9-17.
- Pegenaute, E. A., de Galdiano Fernández, A. G., Ciarrusta, N. Z., Coscojuela, M. Á. M., & Erro, M. C. A. (2005). Úlceras por presión en cuidados intensivos: valoración del riesgo y medidas de prevención. *Enfermería intensiva*, 16(4), 153-163.
- Prieto, J. R., & Areosa, L. A. (2010). Evidencias clínicas e intervenciones NIC para el cuidado de úlceras por presión. *Enfermería dermatológica*, 4(9), 13-19.
- Ramos, C. Q., & Díez, R. G. (2008). Evaluación del grado de conocimiento de las recomendaciones para la prevención y el cuidado de úlceras por presión en Unidades Críticas. *Enfermería intensiva*, 19(1), 23-34.
- Ruiz, J. G., Carrero, A. G., Blázquez, M. H., Vera, R. D. V., Ortiz, B. G., Pulido, M., ... & GómezPardo, L. D. (2001). Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos. *Enfermería Clínica*, 11(5), 184-190.

Capítulo 729

EL TRABAJO DEL TCAE EN LA PLANTA HOSPITALARIA

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

1 Introducción

Un hospital se desarrolla en varias plantas, cada una funciona de una manera ya que hay diferentes pacientes, la planta de pediatría por ejemplo es para niños, en cada una de ellas hay diferentes pacientes para distintos tratamientos o recuperaciones o simplemente para pruebas. La gente puede tener que ir al hospital por distintos motivos. Algunas personas pueden ser admitidas en un hospital a través del servicio de urgencias, por problemas que requieren tratamiento médico inmediato, recibir una medicación especial u otros tratamientos recetados por sus médicos. (Estella, Fontaña, Angulo, Coello y del Aguila 2009).

Cuando un paciente llega tiene que esperar a que le avisen y le marquen una habitación si el ingreso está programado, cuando llega se le acoge y se le explican todas las normas del hospital, según el protocolo de cada hospital. (Heras, Abizanda, Belenguer, Vidal, Ferrándiz, Micó y Álvaro, 2007), se le identifica y se toma registro de todo, prepararlos para lo que necesiten los especialistas o bien se les lleva a realizar algún tipo de prueba o sea para una intervención quirúrgica. (Moronta, Benítez y Gutiérrez, 2016).

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) para el cuidado del paciente en planta hospitalaria.

3 Metodología

En este capítulo se realiza una revisión bibliográfica de todo lo que se realiza en una planta de hospital. Realizando búsquedas en google académico, páginas de hospitales en general y basándonos en las principales funciones de los Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, Pubmed, Dialnet, etc...

4 Resultados

Las funciones que un TCAE realiza son:

- Los aseos de los pacientes dependientes y colaboramos con los independientes por si necesitaran ayuda.
- Asistir a los pacientes en altas, ingresos y traslados. (López, 2011).
- En caso de aplicar enemas colaboramos con la enfermera, apoyaremos a los pacientes que necesiten algún tipo de ayuda en orientación o empatizamos con ellos para que hablen y les resulte más fácil la estancia en el hospital, ya que no es un sitio muy agradable.
- Pondremos cuñas, realización de camas o cambios posturales según estén pautados por el médico o especialista.
- Nos ocupamos la higiene del carro de curas así como de su reposición, bajo la vigilancia de la enfermera.
- Cojeremos el carro de las comidas para repartirlas a los enfermos, las serviremos, los que puedan por ellos mismos comerán solos, a los que no puedan se les cebará.
- Se ordena y coloca la lencería clasificando y contando, revisamos a los de lavandería que este todo correcto.
- Se colabora con la enfermera en la administración de medicamentos siempre que sean por vía oral o rectal.
- Se registrarán las constantes temperatura siempre bajo la vigilancia de enfermería anotando todo y avisar si hay alguna anomalía.
- También nos corresponde el rasurado si así nos lo delegan.
- Cuando llegue el cambio de turno se les comunica cualquier incidencia dejando registrado todo, si nuestro turno es de tarde realizaremos las mismas funciones

que por la mañana quitando que no se realizan camas a no ser que sea necesario y que daremos la merienda y cena.

- Visitar a todos los pacientes al inicio del turno.

5 Discusión-Conclusión

Todas las funciones que realizamos son importantes ya que sin nosotras faltarían manos en el hospital, con ello no quitamos todo el mérito de los grandes profesionales desde médicos especialistas hasta enfermeras o celadores. Aunque cada uno tenga sus funciones, es cierto que el TCAE no para incluso a veces no llegando a tiempo para la siguiente tarea que debe realizar, sintiendo angustia y estrés.(Cabrera,Medina, Robaina,Sánchez-Palacios, Sánchez y Moreno,2009) El técnico en cuidados auxiliares de enfermería es un profesional capaz de poder empatizar tanto con pacientes como con el equipo que a veces están sobrecargados de trabajo, intentamos ayudar lo máximo posible.

A los pacientes hay que hacerles una estancia lo más agradable posible.

6 Bibliografía

- Cabrera, L. S., Medina, E. H., Robaina, P. E., Sánchez-Palacios, M., Sánchez, R. P., & Moreno, R. F. (2009). Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enfermería clínica*, 19(1), 31-34.
- Heras, A., Abizanda, R., Belenguer, A., Vidal, B., Ferrándiz, A., Micó, M. L., & Álvaro, R. (2007).
- Unidades de cuidados intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. *Medicina intensiva*, 31(7), 353-360.
- Garde Sesma, I. (2014). Propuesta de mejora para el Complejo Hospitalario de Navarra, Hospital D: manual de procedimientos para la Central de Esterilización.
- Estella, A., Fontaiña, L. P. B., Angulo, J. I. S., Coello, M. D. T., & del Aguila Quirós, D. (2009).
- Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de segundo nivel. *Emergencias*:
- *Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 21(2), 95-98.
- López, J. F. M. (2011). TCAE en la unidad de cuidados intensivos. Editorial Vértice.

- Moronta, M. B. B., Benítez, V. D., & Gutiérrez, I. O. (2016). CA 2-107: CONOCER EL USO
- Ortega, S. M. P., Álvarez, M. Y. A., González, S. P., & Delgado, C. C. (2013). SATISFACCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CON EL NUEVO INFORME DE ALTA/TRASLADO DE URPA.
- RevistaEnfermeríaCyL, 5(2), 67-71.

Capítulo 730

EL TCAE Y EL PACIENTE ADULTO CON LEUCEMIA AGUDA MIELOIDE CON TRATAMIENTO DE HOSPITAL DE DÍA ONCOLOGICO

DOLORES ARGÜELLES MEANA

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

1 Introducción

La leucemia aguda mieloide (LAM) es un cáncer hematológico y de la médula ósea (es el tejido esponjoso que se encuentra dentro de los huesos y el lugar donde se producen las células sanguíneas) que afecta a un grupo de glóbulos blancos llamados células mieloides que normalmente se convierten en los diversos tipos de células sanguíneas maduras como glóbulos rojos, blancos y plaquetas. En resumen es un daño en el ADN de las células en desarrollo de la médula ósea siendo deficiente la producción de células, además produce células inmaduras dando lugar a células anormales que son incapaces de funcionar adecuadamente y pueden proliferar y desplazar a las células sanas (1).

Cuando un paciente empieza a tener alguno o varios de estos síntomas: dolor de huesos, fiebre, letargo y fatiga, falta de aire, piel pálida, infecciones frecuentes, tendencia a la formación de moratones, sangrado inusual como sangrado nasal o de encías, acudirá a consulta de su médico de atención primaria (2). Lo primero

será realizar un análisis de sangre completo que determinará las anomalías que existen en la sangre como anemia, plaquetas bajas, estados de los glóbulos rojos y blancos, etc. A continuación acudiremos a consulta externa hospitalaria en hematología que serán los médicos especialistas quienes valoren de forma individual cada caso para ofrecer al paciente el tratamiento adecuado.

2 Objetivos

- Conocer el manejo terapéutico y de cuidados de los pacientes con LAM por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Se han realizado búsquedas de artículos científicos más relevantes publicados en las siguientes bases de datos: Google Académico, PubMed, Scielo, Dialnet y revistas electrónicas. Los descriptores han sido: paciente con mielodisplasia, leucemia aguda mieloide, tratamiento, factores y síntomas.

4 Resultados

Para determinar el tratamiento más adecuado el hematólogo necesitara realizar un estudio de médula ósea el cual permite analizar las células medulares e identificar la presencia de blastos. Este estudio consiste en una punción en el esternón o en los huesos ilíacos, las células leucémicas se estudian al microscopio, se analiza su aspecto de un modo sofisticado y se analizan los fallos en el programa que controla el funcionamiento celular.

- El tratamiento de la leucemia aguda mieloide puede ser diferente en función de las características concretas del subtipo de leucemia, así como del propio paciente (edad, estado de salud y otras enfermedades que pueda padecer), pero el objetivo terapéutico que el médico persigue es conseguir la curación (remisión completa) de la enfermedad para ello los tratamientos se aplican en fases:

Fase de inducción a la remisión. Utiliza siempre fármacos de quimioterapia intensiva para eliminar las células malignas de la sangre y de la medula ósea, combinados con transfusiones de glóbulos o plaquetas. Se precisaran varios ciclos. Muchos pacientes no sobreviven a esta fase por la agresividad de estos fármacos y los efectos secundarios que tienen (3). Dichos fármacos serán dispensados por la farmacia del hospital.

Fase de consolidación o post-remisión. Consiste en un tratamiento complementario de consolidación que se utiliza para el aumento del grado de eficacia para curar la enfermedad de forma definitiva. Serán fabricados en la farmacia del hospital ya que estos tratamientos son exclusivos para cada paciente y puestos en el hospital de día servicio de Oncología y hematología.

Después se realizaran consultas de seguimiento, las revisiones serán frecuentes al principio y luego serán semestrales incluso anuales.

- Los cuidados de enfermería en estos pacientes cubrirán varios aspectos que conlleva padecer esta enfermedad. A nivel inmunológico respetar una higiene rigurosa y evitar riesgo de infecciones, a nivel digestivo vigilar la dieta y el peso. A nivel músculo esquelético alternar periodos de reposo y ejercicio, alivio del dolor. A nivel circulatorio controlar la hidratación y facilitar la circulación y a nivel estético informar al paciente sobre la evolución de la enfermedad y cuidar aspecto físico para evitar estados de angustia y depresión, todo esto se realizara mediante un plan de cuidados individualizado a cada paciente por el equipo de enfermería. El TCAE repone material necesario en el hospital de día y lleva el control de los pacientes que asisten ese día a recibir el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad después de revisar diversos estudios científicos no queda claro que causa las mutaciones del ADN que da lugar a esta enfermedad, el perfil del paciente más habitual en el que se diagnostica la leucemia es en varones de 60-75 años (4), en cuanto a la prevención no se conoce ninguna porque no hay factores de riesgo conocidos. Se iniciara el tratamiento a la mayor brevedad posible ya que esta enfermedad tiene un bajo grado de supervivencia.

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Melchor, P., Santillán, A. Actuación de enfermería en la Leucemia Mieloide Aguda. ENE Rev. Enferm. [Internet] 2012 Ago [citado 2019 Dic 26]; 6(2): 71-80.

- 2. Pereira, E., Hermosín, A., Loro, M.D. Cuidados de Enfermería en paciente con leucemia. Rev. Elect. Port. Med. [Internet] 2017 Oct [citado 2019 Dic 27]; Portada.
- 3. Fuentes, R., Rojas, P., Ernst, D., Ocqueteau, M. Bertín, P., Sarmiento, M. et al. Resultados en el tratamiento de paciente con leucemia mieloide aguda no promielocítica en el Hospital Clínico de la Pontífica Universidad Católica entre los años 2010-2014. Rev. Med. Chile [Internet]. 2015 Oct [citado 2019 Dic 27]; 143(10):1269-1276.
- 4. Milanés, M.T., Losada, R., Hernández, P., Agramonte, O.M., Rosell, E. Aspectos clínicos epidemiológicos de la leucemia mieloide aguda en el anciano. Rev. Cubana Hematol. Inmunol. Hemoter. [Internet]. 2012 Abr [citado 2019 Dic 26]; 18(1).

Capítulo 731

VALORACIÓN DE LOS PREBIOTICOS Y PROBIOTICOS POR EL T.C.A.E. EN DIGESTIVO

MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

YOLANDA GONZALEZ GARCIA

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

DOLORES ARGÜELLES MEANA

PATRICIA PÉREZ CASTRO

1 Introducción

Los prebióticos son fibras vegetales especializadas que estimulan el crecimiento de bacterias sanas en el intestino, se encuentran en los alimentos en frutas y verduras. Los probióticos son diferentes ya que contienen microorganismos vivos, cepas específicas de bacterias que se añaden directamente a la población de microbios sanos en el intestino, el yogur, queso es donde los encontramos (1).

La diferencia entre ellos es que los prebióticos no son seres vivos, son hidratos de carbono complejos que nuestro cuerpo no es capaz de digerir (la fibra). Estos hidratos de carbono son utilizados como alimento por los microorganismos de la flora intestinal.

En pacientes con patología digestiva se usan los probióticos para modular la respuesta inmunitaria mucosal en el tubo digestivo consiguiendo disminuir la

inflamación en las colitis crónicas. En el mercado existen diversas formas de presentación de los probióticos: capsulas, suplementos alimenticios, fórmulas lácteas, ampollas, etc., con dosis y composiciones microbianas diferentes que hacen importante su elección. Por eso debe ser el médico quien prescriba de forma individualizada el adecuado a cada paciente (2).

2 Objetivos

- Diferenciar entre prebiótico y probiótico.
- Evaluar la función del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la nutrición del paciente, previniendo patologías gastrointestinales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de diversos artículos y estudios científicos consultando las bases de datos de PubMed, Google Académico, Scielo. Los descriptores utilizados han sido: prebióticos, probióticos, tratamiento patología digestiva.

4 Resultados

- Según diversos estudios algunos probióticos producen efectos beneficiosos en diversas áreas del tracto intestinal, ya que no todos son iguales. Actualmente en consulta digestiva los que más se prescriben a los pacientes son los probióticos que previenen la diarrea inducida por antibióticos, en el tratamiento de la intolerancia a la lactosa o para mitigar los síntomas del síndrome del intestino irritable (3). Los prebióticos (oligosacáridos y polisacáridos) son componentes bioactivos que generan sinergia con los microorganismos probióticos ofreciendo un beneficio a la salud del huésped favoreciendo la multiplicación de bacterias benéficas y disminuyendo la población de las patógenas. El efecto fisiológico de los prebióticos parece estar relacionado con un aumento de la viscosidad del contenido del tracto gastrointestinal reduciendo la tasa de vaciamiento gástrico y aumentando la absorción de nutrientes (4).
- El TCAE en pacientes hospitalizados es el encargado de llevar el control de las deposiciones y dejar registrado el número, cantidad, aspecto y color. En pacientes que van a consulta su función es dar una atención especializada garantizando su intimidad durante la consulta, confirmar asistencia e identificar a cada paciente, así como mantener en óptimas condiciones la consulta.

5 Discusión-Conclusión

Los prebióticos y probióticos se encargan de mantener y restaurar la función normal del intestino ayudándonos a mantener el equilibrio de la flora intestinal. La ingestión de estos alimentos debe hacerse en el marco de una alimentación variada y equilibrada, de este modo estos productos pueden ayudar a conseguir una correcta nutrición y una mejor calidad de vida de los pacientes (5).

Dada la complejidad de las variaciones nutricionales, las cuales son cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Guarner F. Probióticos en patología digestiva. Rev.esp.enfer.dig. [Internet] 2009 Dic [citado 2019 Dic 18]; 101(12): 880-880.
- 2. Millán A. Uso de probióticos en patologías gastrointestinales. Rev. Med. Elec. Port. Medic. [Internet]. 2017 [citado 2019 Dic 18]; Portada.
- 3. Romero M., Menchén L. Probióticos: nuevas líneas de investigación y aplicaciones terapéuticas en patología digestiva. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Ene [citado 2019 Dic 18]; 28(Suppl 1): 46-48.
- 4. Bernal C. A., Díaz C., Gutiérrez C. Probióticos y prebióticos en matices de origen vegetal: Avances en el desarrollo de bebidas de frutas. Rev. Chil. Nutr. [Internet]. 2017 [citado 2019 Dic 18]; 44 (4):383-392.
- 5. Gimeno E., Alimentos prebióticos y probióticos. Rev. Offar. Elserv. [Internet]. 2004 [citado 2019 Dic 18]; 23(5): 90-98.

Capítulo 732

LA TCAE Y EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

1 Introducción

Las medidas de aislamiento se conocen desde la antigüedad, incluso antes de que se conocieran los agentes infecciosos. Empezaron siendo medidas basadas en la experiencia, sin ninguna base teórica.(Suárez , Hart , Rivera, Salazar y Rodríguez,2012).

Ya en el siglo XIX se basaban en unos estudios más precisos sobre los agentes causales y los mecanismos de transmisión.(Armas ,Suárez ,Crespo y Suárez,2015). Estados Unidos fue el primero en recomendar medidas de aislamiento en los hospitales, que utilizó establecimientos distintos para los enfermos infecciosos, los llamados hospitales de infecciosos. En 1970, el Centro de Control de Enfermedades (CDC) DE Estados Unidos publicó una serie de recomendaciones recogidas en un manual, llamado “Técnicas de aislamiento para el uso en hospitales”. Donde proponía siete categorías de aislamiento basadas en el mecanismo de transmisión de los agentes biológicos: 1. Aislamiento estricto. 2. Aislamiento respiratorio. 3. Aislamiento protector. 4. Precauciones entéricas. 5. Precauciones para

la piel y heridas. 6. Precauciones de eliminación. 7. Precauciones sanguíneas. Estas medidas se han ido mejorando, sobre todo, a partir de la irrupción del VIH, ya que con este virus se constató que había enfermedades que podían ser contagiadas al personal sanitario a partir de enfermos que aún no estaban diagnosticados. Así surgieron las precauciones universales, que consistían en una serie de prevenciones que se deben tomar sistemáticamente con la sangre y los fluidos corporales de toda aquella persona que pueda ser atendida en un centro sanitario independientemente de su diagnóstico. (Rubio, Jalón, Sanjuan, Erdozain, Murieta y Escobar, 2000).

También sería apropiado conocer la definición de “infección nosocomial” ya que son parte del motivo por el cual se deben poner en marcha dichas medidas: según la Organización Mundial de la Salud es: “Cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo” (Domingo, 2017). Los CDC americanos (Centers for Disease Control and Prevention) la definen como “toda infección contraída en el hospital, reconocida clínica o microbiológicamente, que afecta al enfermo por el hecho de su ingreso, como resultado de los cuidados que haya recibido durante el periodo de hospitalización o durante tratamiento ambulatorio y que no se hallaba presente o en periodo de incubación en el momento de su admisión en el hospital, independientemente de que los síntomas aparezcan o no durante la hospitalización” .

EL aislamiento hospitalario es el conjunto de procedimientos o normas del ámbito hospitalario enfocados a evitar la propagación de las enfermedades infecciosas durante el período de tiempo en que éstas puedan ser transmitidas. Interviene sobre el segundo eslabón de la cadena epidemiológica. (Sánchez, 2015).

Aunque los procedimientos de aislamiento pueden ser aplicados en todo el recinto hospitalario, existen ciertas zonas con medidas más rigurosas, como por ejemplo las áreas quirúrgicas, Unidades de Cuidados Intensivos, neonatología, oncología, hemodiálisis... (Romero, Leon y Jimenez, 2013). El médico húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865) descubrió el carácter infeccioso y transmisible de la fiebre puerperal. Hoy en día es bien conocido que es el causante de esta afección que se producía después del parto es el estreptococo, procedente del propio personal sanitario, que penetra a través de desgarros uterinos Andrés Laguna de Segovia, médico del rey Carlos I de España, ya afirmaba que “no hay instrumento más apto que el médico para introducir la pestilencia por todas partes” (Iglesias, Marengo, Rentería, Gatti, Segal y Semorile, 2008).

2 Objetivos

Presentar las medidas de prevención que se usan en el aislamiento hospitalario, y aunque la erradicación de las enfermedades nosocomiales pueda ser una utopía, es importante intentar que su impacto en los pacientes sea cada año menor, para ello debe hacerse de una forma global, contando con todos los profesionales del medio hospitalario en el cual deben ponerse en marcha una serie de medidas efectivas basadas en evidencias científicas, entre otras, limpieza, desinfección y esterilización, donde la TCAE es de gran importancia, ya que es la encargada de realizar dichas tareas y también son de vital importancia las medidas de aislamiento donde no solo los profesionales de la salud están implicados, también es importante educar a las familias para que el resultado deseado sea finalmente conseguido.

Es de suma importancia que los Tcae tengan la preparación académica requerida ya que las funciones a realizar, como asear al paciente, cambiar camas, darles de comer o colaborar en la realización de toda reposición forma parte de dichas funciones. (Guillamás, Gutiérrez, Hernando, Méndez, Sánchez-Cascado y Torde-sillas, 2017).

3 Metodología

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

4 Resultados

Las medidas de aislamiento son el conjunto de procedimientos destinados a controlar y evitar la transmisión de enfermedades. Se basan en crear barreras físicas entre el enfermo, fuente de infección y la persona sana, se trata de romper la cadena epidemiológica en alguno de sus eslabones.

La cadena epidemiológica consta de tres eslabones:

- Primer eslabón: agente infeccioso en un reservorio o fuente de infección - Humano: paciente, personal sanitario, visitas
- Medio ambiente: agua, suelo, ani-

males.

- Segundo eslabón: mecanismo de transmisión Por contacto directo: - Gotas(mayores de 5 micras) -Aéreo(gotas menores de 5 micras) -Por contacto con las manos, contacto entre superficies corporales Por contacto indirecto : -A través de objetos inanimados o fómites (ropas, instrumental) -Vectores. Artrópodos que transmiten el microorganismo -vehículo común: agua, fármacos, etc., que transportan los microbios.
- Tercer eslabón: huésped susceptible

Podemos distinguir dos tipos de aislamiento de forma general:

- Aislamiento común o de barrera: separa pacientes infectocontagiosos de pacientes sanos.
- Aislamiento protector o inverso: separa a los pacientes inmunodeprimido para protegerlo.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo se ha basado en certezas reales de como aplicando las medidas adecuadas para cada paciente que llega al medio hospitalario, la posibilidad de infección por parte del paciente, así como del personal sanitario se puede evitar, aun siendo su erradicación total a día de hoy una quimera.

Las medidas de prevención que se usan en el medio hospitalario, son ha día de hoy totalmente eficaces, pero se necesita un compromiso por parte de todos los actores implicados, personal sanitario, pacientes y visitas para que su resultado sea satisfactorio.

6 Bibliografía

- Antolin, A. Cabezuelo J, Reyes, A. et al. (1995). Eficacia del aislamiento de pacientes anti-VHCpositivos en hemodiálisis. *Nefrología*, 15(2), 141-147.
- Armas Fernández, A., Suárez Trueba, B., Crespo Toledo, N., & Suárez Casal, A. (2015). Resistencia de *Staphylococcus aureus* a la meticilina en aislamientos nosocomiales en un hospital provincial. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(3), 80-91.
- Domingo, A. C. (2017). La enfermera de UCIP como coordinadora del equipo multidisciplinar. *Revista Española de*, 73(Supl 1), 96-98.

- Guillamás, C., Gutiérrez, E., Hernando, A., Méndez, M. J., Sánchez-Cascado, G., & Tordesillas, L. (2017). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Novedad 2017. Editex.
- Iglesias, N. G., Marengo, J. M., Rentería, F., Gatti, B., Segal, E., & Semorile, L. (2008). Tipificación molecular de aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa* obtenidos de pacientes con fibrosis quística. *Revista argentina de microbiología*, 40(1), 3-8.
- Romero, P. D. A., Leon, S. G., & Jimenez, C. S. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Editorial Paraninfo.
- Rubio, T., de Jalón, J. G., Sanjuan, F., Erdozain, M. A., de Murieta, J. S., & Escobar, E. (2000). Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 105-121).
- Sánchez Merino, V. (2015). Diseño de un estudio epidemiológico. Evaluación del grado de conocimiento y aplicación de las medidas preventivas frente a las infecciones nosocomiales por el servicio de Enfermería.
- Suárez Trueba, B., Hart Casares, M., Espinosa Rivera, F., & Salazar Rodríguez, D. (2012).
- Detección de mecanismos de resistencia en aislamientos clínicos de *Klebsiella pneumoniae* multidrogosresistentes. *Revista Cubana de Medicina*, 51(3), 228-238.

Capítulo 733

CONOCER E IDENTIFICAR LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL MÁS COMUNES.

CRISTINA PRADA LORENZO

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

1 Introducción

Desde los tiempos remotos las enfermedades de transmisión sexual ya eran conocidas, siendo las causantes del incremento de las tasas de mortalidad y morbilidad. Hoy en día es uno de los principales problemas de la salud pública.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), o infecciones de transmisión sexual (ITS), generalmente se adquieren por contacto sexual. Las enfermedades de transmisión sexual son las enfermedades que se contagian a través del contacto sexual o del contacto físico íntimo entre las personas (Carrada, 2007; Vázquez, Lepe, Oteo, Blanco, y Aznar, 2008). Los organismos (bacterias, virus o parásitos) que causan las enfermedades de transmisión sexual pueden transmitirse de una persona a otra por la sangre, el semen o los fluidos vaginales y otros fluidos corporales.

La mayoría de estas enfermedades afectan a los órganos genitales y a sus funciones, aunque también pueden producir enfermedades que afecten a todo el organismo, como el sida o la sífilis (Diez y Díaz, 2011; Teva, Bermúdez, y Buela, 2009).

La susceptibilidad es general y, a excepción de las hepatitis víricas, los episodios pasados no dejan inmunidad, por lo que persiste la posibilidad de reinfección ante una nueva exposición, incluyendo la reinfección desde la propia pareja si no se trata a ambos. (M. Diez y A. Díaz, 2011).

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o las infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden tener diversos signos y síntomas, incluso la ausencia de síntomas. Es por eso que pueden pasar desapercibidas hasta que ocurren complicaciones. La mayoría de las ETS afectan tanto a hombres como a mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres. Si una mujer embarazada padece de ETS, puede causarle graves problemas de salud al bebé. No son graves todas las enfermedades que se transmiten por contacto sexual pero algunas, pueden ocasionar serios problemas a quienes las padecen o a sus hijos, al no existir tratamientos definitivos para curarlas (Bermejo, y Leiro, 2011; Sarmiento et al., 2012).

Pero si ya suele ser difícil hablar de los aspectos positivos de nuestra sexualidad, todavía es más difícil hacerlo de los problemas que pueden causar las relaciones sexuales (Cabrera et al., 2011; Valverde, 2012). Esto hace que estas enfermedades se conozcan poco y tiendan a ocultarse, cuando lo más conveniente es conocerlas, saber cómo prevenir su contagio y reconocer sus síntomas (Ferrá y Ramírez, 2013; Muñoz y Salmerón, 2013).

2 Objetivos

Fortalecer las acciones de Promoción y Educación para la Salud para promover prácticas sexuales saludables en la población, para incrementar conocimientos y comportamientos positivos relacionados con las enfermedades o infecciones de transmisión sexual y analizar dichas enfermedades, describiendo sus características, síntomas y tipos de enfermedades. Para poder prevenir y minimizar el riesgo a contraerlas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en diversas bases de datos como son Dialnet , Cochrane y Scielo. Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron : Enfermedades de transmisión sexual, ETS, Infecciones sexuales, Educación sexual.

4 Resultados

Estas enfermedades pueden estar causadas por bacterias u otros microorganismos como los parásitos, las causadas por bacterias tienen cura, las causadas por un virus no tienen cura, pero los medicamentos ayudan a controlar sus síntomas y a mantener la enfermedad bajo control. En la vagina, por ejemplo, existen diferentes microorganismos que pueden vivir en armonía unos con otros. Pero cuando esta armonía se rompe, uno o más de estos microorganismos pueden aumentar tanto que aparecen los síntomas de la enfermedad o molestia. A partir de este momento, también pueden ser contagiosos (Diez y Díaz, 2011). Otras bacterias o virus tan solo se transmiten de persona a persona. Una misma persona puede llegar a tener más de una infección al mismo tiempo, provocando mucho más daño que si actuara por separado.

Las enfermedades de transmisión sexual no inmunizan, es decir, una vez contraídas y curadas pueden volver a contagiarnos si se tienen relaciones sexuales con una persona afectada, sin tomar las debidas precauciones. Por esta razón, es importante que la o las personas que hayan tenido contacto sexual con el afectado por una E.T.S. también serán tratadas en cuanto se descubra la enfermedad (Sarmiento et al., 2012).

Las diferentes enfermedades de transmisión sexual pueden dar lugar a síntomas comunes. Las manifestaciones más frecuentes son: (Sarmiento et al., 2012; Vázquez, Lepe, Oteo, Blanco, y Aznar 2008):

-En los hombres: secreción uretral, prurito o picazón, escozor al orinar, dolor, úlceras. Secreción uretral: cuando por el orificio de salida de la orina aparece una secreción diferente a la orina y al semen, en el caso de los hombres, se dice que existe una secreción uretral. Es un síntoma más frecuente en los hombres. Habitualmente va acompañada de escozor al orinar. El diagnóstico se realiza recogiendo una muestra de la secreción y analizándola en laboratorio. Puede ser debida a la gonococia (se llamaba “gota militar”) porque era muy frecuente entre los reclutas que la contraían durante el servicio militar, o una infección por Chlamydia, Trichomonas, herpes, o condilomas

-En las mujeres: flujo vaginal, secreción uretral, prurito o picazón en la vulva, escozor al orinar, dolor, úlceras. Secreción vaginal: el síntoma más común en las mujeres que han contraído una infección de transmisión sexual es el cambio en las características habituales del flujo vaginal: aumento en su cantidad, en el color, en el olor... La secreción vaginal o flujo no es siempre forzosamente un síntoma de E.T.S., puede ser absolutamente normal o deberse a otras enfermedades no contagiosas. En efecto, en la vagina de una mujer sana conviven unos 40 microorganismos diferentes que se equilibran entre si formando ácido lactico. Este mantiene la acidez de la vagina e impide la proliferación de ciertos microorganismos. Pero si las condiciones de la vagina cambian por alguna razón, el equilibrio se rompe y pueden crecer desproporcionadamente algunos microorganismos. La infección puede ser entonces transmitida por contacto sexual.

Los cambios del equilibrio vaginal pueden estar causados por:

-Alteraciones referidas al ciclo menstrual, sequedad vaginal debida a la edad, irritación debida a poca lubricación en las relaciones sexuales, embarazo, píldoras anticonceptivas, dispositivo intrauterino (DIU), diabetes, lavado demasiado frecuente o con jabones demasiado fuertes , el uso de antibióticos, la disminución de las defensas del organismo causada por otras enfermedades o por cansancio . Si se presenta una secreción anormal del flujo vaginal hay que realizar el diagnóstico de la enfermedad que la causa y tratarla específicamente. El diagnóstico se realiza tomando unas muestras del flujo en diferentes puntos de la vagina y, a veces, también de la uretra, del ano y de la garganta para luego ser analizadas, es una prueba indolora.

- El flujo debido a una infección se acompaña muchas veces de escozor al orinar, dolor y escozor al realizar el coito. Algunas de las infecciones que causan estas molestias son la gonorrea , la chlamydia trachomatis, Moniliasis (hongos), y los Trichomonas.

- Prurito o escozor: En las mujeres, el prurito o escozor en la vulva o sus alrededores está causado por moniliasis (hongos), Trichomoniasis, parásitos (ladillas, piojos...) ,cambios en las mucosas debidos a la edad, a lavarse demasiado a menudo, eczemas o alergias. En los hombres el pico en el pene o en la zona genitales debido frecuentemente a parásitos (ladillas, piojos...), a Moniliasis (hongos) o a enfermedades no contagiosas de la piel, alergias...

- Dolor: Puede ser debido a otras causas no relacionadas con las E.T.S., por ejemplo, el dolorimiento discreto de la vagina o el pene puede ser debido a una irritación por falta de lubricación durante el acto sexual. En las mujeres, el dolor puede ser síntoma de herpes simple, sífilis o de enfermedades ginecológicas no infecciosas. En los hombres, de herpes simple, de inflamación del prepucio, de

sífilis, de inflamación del epidídimo o de la próstata.

- Úlceras genitales: En los genitales, las úlceras se acompañan de nódulos linfáticos (ganglios) que pueden ser grandes y dolorosos. No deben confundirse con unos pequeños nódulos de tamaño uniforme y redondeado que pueden salir a lo largo del pene, que no son contagiosos y que desaparecen solos. Tanto en hombres como en mujeres, las úlceras genitales se deben frecuentemente a infecciones por herpes o sífilis.

- Sangrado: Rara vez está motivada por las enfermedades de transmisión sexual. Ante la presencia de sangre tanto hombres como mujeres (excluyendo la menstruación) debería acudir al médico para conocer su causa.

Ante cualquiera de estos síntomas es necesario acudir al médico u otro profesional sanitario para que realice el diagnóstico y establezca el tratamiento más adecuado a seguir lo antes posible.

GONORREA

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que puede infectar tanto a los hombres como a las mujeres. Puede causar infecciones en los genitales, el recto y la garganta. Es una infección muy común, especialmente en las personas jóvenes de 15 a 24 años. La causa un microbio, el gonococo, que vive en las zonas más templadas del organismo: el conducto urinario y el cuello uterino. Se transmite por contacto sexual. No se puede contagiar a través de toallas ni sanitarios. Si pueden contagiarse los bebés en el parto produciéndose una grave infección oculta que puede acabar en ceguera. Como prevención se colocan siempre unas gotas de colirio antibiótico en los ojos de los recién nacidos (Diez y Díaz, 2011). Los síntomas pueden aparecer desde tres días hasta tres semanas después del contagio, pero uno de cada cinco hombres y muchas mujeres con gonorrea no manifiestan ningún síntoma. Los más frecuentes son (Carrada, 2007).

En los hombres: secreción amarillo-purulenta, sensación de escozor al orinar y dolor en el pene y en la ingle. En las mujeres: discreto aumento del flujo vaginal, sensación de escozor al orinar, trastornos menstruales, dolor abdominal o cansancio. Se diagnostica analizando las secreciones y el tratamiento es a base de antibióticos aunque cada vez es más difícil tratar algunos casos de gonorrea debido a que las cepas de gonorrea resistentes a los medicamentos están aumentando. La falta de tratamiento puede ocasionar graves complicaciones: artritis, problemas cardiacos, meningitis, esterilidad, lesiones en las trompas de Falopio.

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) muy común que se propaga a través del sexo vaginal, anal y oral. La sífilis provoca llagas en el área genital (llamadas chancros). Por lo general, estas llagas no son dolorosas, pero pueden propagar la infección fácilmente a otras personas. Puedes contagiarte de sífilis al entrar en contacto con las llagas. Muchas personas con sífilis no se dan cuenta de las llagas y se sienten bien, de modo que es posible que no sepan que tienen la infección.

Su causa es un germen llamado *Treponema pallidum*. Se transmite por contacto sexual o de la placenta de la madre al feto. Los síntomas más frecuentes son (Bermejo y Leiro, 2011):

- En la primera etapa (1 a 12 semanas después del contagio), un endurecimiento o ulceración llamado chancro sifilítico cerca de la vagina o en el pene, o alrededor del ano o de la boca. Esta lesión dura de 1 a 5 semanas.
- En la segunda etapa (de 1 a 6 meses después del contagio), una erupción (pequeñas manchas en la piel) en el pecho, espalda, brazos y cuerpo y nódulos linfáticos (ganglios) en el cuello, axilas e ingles. Es frecuente el malestar general, la fiebre y el dolor de garganta.
- En la tercera etapa (a partir de 3 años después del contagio) aparecen úlceras en la piel y en los órganos internos, inflamación de las articulaciones y artritis en pies, manos y rodillas, pérdida de sensibilidad en manos y piernas, dolores e incapacidad para la actividad normal, debido a lesiones en el corazón, vasos sanguíneos, medula espinal y cerebro.

El diagnóstico se realiza con un análisis de sangre, y se cura gracias a la penicilina. Puedes prevenir la sífilis si usas condones o barreras de látex bucales cada vez que tienes sexo.

CLAMIDIASIS

Es una de las infecciones más frecuentes en los países desarrollados, sobre todo entre los jóvenes. La clamidiasis es una infección bacteriana común que se cura fácilmente con antibióticos. Es una de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más comunes; la mayoría de las personas con clamidiasis no presenta síntomas. La clamidiasis puede ocasionar infecciones más graves e incluso causar infertilidad si no la tratas .

Si no recibe tratamiento, la clamidia se puede propagar al útero o las trompas de Falopio y causar enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), una infección grave en

los órganos reproductores. ... Este daño puede hacer que no pueda quedar embarazada o llevar a un embarazo ectópico (afuera del útero). Sin embargo, usualmente es fácil de curar con medicamentos si la detectas a tiempo. La mejor manera de prevenir la clamidiasis es usar condones o barreras de látex bucales cada vez que tienes sexo.

Moniliasis. Candidiasis (Hongos) La candidiasis, moniliasis y hongos es una enfermedad de poca importancia que se encuentra en una de cada cuatro mujeres. Esta causada por un hongo (monilia) que vive en mucosas húmedas y calientes. Se transmite por contacto sexual o a través de ropas, toallas y objetos. Es más frecuente su aparición cuando se altera el equilibrio vaginal. Los síntomas más frecuentes son, en el hombre, escozor al orinar e inflamación del prepucio. En la mujer, prurito (picor) alrededor de la entrada y dentro de la vagina, y puede llegar a ser muy intenso. También sensación de irritación y secreción blanca y espesa (Vázquez, Lepe, Oteo, Blanco, y Aznar, 2008).

El diagnóstico se realiza por un análisis de flujo, en mujeres, o uretral, en hombres y el tratamiento es a base de fármacos antimicóticos y algunas medidas de higiene básicas: no usar jabones fuertes ni desodorantes íntimos, usar ropa interior de algodón y toallas de uso exclusivamente personal y evitar los pantalones ajustados.

TRICHOMONIASIS

Es una infección que provoca vaginitis en la mujer y que puede no dar síntomas en los hombres (Valverde, 2012). Esta causada por un parásito-protocista, la trichomona. Aunque las trichomonas pueden sobrevivir algunas horas en ropas y toallas húmedas, el contagio es casi siempre por contacto sexual. En la mujer, los síntomas son: flujo vaginal espumoso, amarillo-verdoso y maloliente, con picores e irritación además de enrojecimiento de la vulva y molestias al orinar. En los hombres, la mayoría de las veces es asintomática, en algunos casos aparecen molestias al orinar y enrojecimiento del pene. La confirmación del diagnóstico se realiza por análisis en laboratorio de una muestra de flujo vaginal o uretral. El tratamiento es a base de antibióticos específicos y deben realizarlo los dos miembros de la pareja al mismo tiempo; entretanto no deben mantener relaciones sin preservativo.

Herpes Es una enfermedad muy extendida y aumenta el riesgo de cáncer ginecológico en las mujeres. Esta causada por un virus, el herpes simple tipo 2. Se transmite por vía sexual, manos, labios... a través del líquido de las ampollas que esta enfermedad produce. El virus queda siempre en las raíces de los nervios pero solo se contagia en los periodos en los que aparecen las ampollas.

las o vesículas. Los primeros síntomas aparecen entre 2 y 20 días después del contagio y duran de 2 a 3 semanas. Los síntomas más frecuentes en hombre y mujeres son: fiebre y molestias similares a las de la gripe, escozor al orinar. Después comienzan a aparecer, en cualquier zona de los genitales, unas pequeñas manchas que producen picor y que se transforman en ampollas o vesículas. En 1 o 2 semanas, estas ampollas se rompen y quedan costras que pueden ser muy dolorosas (Cabrera et al., 2011). El diagnóstico se realiza por citodiagnóstico a partir de una muestra de vesícula y, en caso de que no aparezcan lesiones pero se cree que puede existir el virus, mediante otros exámenes y pruebas. No se conoce tratamiento que cure la enfermedad, solo aquellos que intentan espaciar y disminuir la intensidad de las manifestaciones (Cabrera et al., 2011).

CONDILOMAS ACUMINADOS

Es una enfermedad contagiosa que produce aparición de verrugas en los genitales. En España es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. Esta causada por el Papiloma virus. El contagio es por contacto directo con las verrugas. Dos o tres meses después, pueden aparecer en la vulva o en el cuello del útero de la mujer contagiada, o en el pene del hombre contagiado, unas pocas verrugas o grandes racimos de ellas. Si es así, el diagnóstico es fácil de realizar. También puede existir la infección sin síntomas externos, es decir, sin que se vean las verrugas. Si solo hay una sospecha de contagio se puede recurrir a exámenes profesionales con la colposcopia (Ferrá y Ramírez, 2013). Los condilomas se curan aplicando directamente sobre las verrugas o bien rayos laser, o bien medicamentos o bien un tratamiento por electrocoagulación. Como en el caso del herpes, se cree que este virus puede aumentar el riesgo de cáncer genital.

HEPATITIS B

Afecta al hígado causando vómitos, ictericia y otros trastornos. La causa un virus que se encuentra en la sangre, incluso después de haber sufrido la enfermedad. Se transmite a través del contacto sexual o cualquier otra vía que ponga en contacto la sangre de la persona sana con la de la persona portadora: uso común de jeringuillas, maquinillas de afeitarse, cepillos de dientes... (Muñoz y Salmerón, 2013). Actualmente existe una vacuna que previene el contagio pero que no elimina el virus de la sangre cuando ya se está infectado: una vez contraída la infección no existe tratamiento para eliminar el virus de la sangre. Se diagnostica realizando un análisis de sangre. Parasitosis Los parásitos como la ladilla o el piojo pueden contagiarse durante el acto sexual por la proximidad física o la ropa de cama. Estos parásitos producen mucho picor pero se diagnostican con facilidad

y los tratamientos son sencillos y muy efectivos (Sarmiento et al., 2012).

SIDA

Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida. Esta causado por un virus, el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Es muy sensible al calor y se destruye por encima de los 60° C y, además, puede vivir muy poco tiempo fuera del organismo (Teva, Bermúdez, y Buela, 2009). Cuando penetran en el cuerpo, los VIH, penetran en el cuerpo humano, se encuentran con el sistema inmunitario del organismo que produce anticuerpos para atacarlos. El sida como tal no tiene unos síntomas específicos, sino que cuando una persona está enferma, empieza a tener una serie de enfermedades e infecciones que si pueden hacer pensar en el sida, algunas de ellas son tuberculosis, diarreas, parálisis, meningitis, alteraciones neurológicas... (Teva, Bermúdez, y Buela, 2009). La detección del virus del sida se realiza de dos formas: con técnicas para descubrir el virus en la sangre, análisis para descubrir anticuerpos específicos contra el virus o con el método ELISA. Aunque no existe todavía tratamiento definitivo, sí que se puede realizar una serie de tratamientos para alargar considerablemente la vida del enfermo.

La mayor incidencia de estas enfermedades se da en personas jóvenes, sin pareja estable, residentes en áreas urbanas y no usuarios de preservativos. El contagio de estas infecciones se da durante la actividad sexual (oral, anal, vaginal. Además también puede haber contagio durante el embarazo o en el nacimiento cuando el bebé pasa por el canal de parto. Como prevención y control de estas enfermedades se propone:

- Educación sanitaria.
- Promoción de relaciones sexuales seguras usando la barrera de látex bucal.
- Preservativo tanto masculino como femenino.
- Inmunización en casos de vacuna disponible.
- Diagnóstico y tratamiento en caso de infección.

Hay que tener ciertas consideraciones sobre las medidas de prevención que todos deberíamos tener en cuenta:

- Ignorar u ocultar los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual.
- El uso de demasiados antibióticos hace que las bacterias y microorganismos causantes de algunas enfermedades hayan aumentado su resistencia a dichos antibióticos.
- La falta de información y el desconocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

- No usar los métodos anticonceptivos de barrera, como es el preservativo, que protege contra el contagio de las enfermedades de transmisión sexual.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que no todas las enfermedades de transmisión sexual son graves, pueden ocasionar serios problemas a quienes las padecen, a sus parejas e hijos, ya que algunas enfermedades de transmisión sexual no se curan.

En general las enfermedades de transmisión sexual son poco conocidas debido al desconocimiento, y porque se nos hace difícil hablar de los problemas que puedan causar estas enfermedades, tendemos a ocultar dichos problemas.

Para evitar estas enfermedades es fundamental fomentar el uso del preservativo, cómo tener una buena educación sexual desde la adolescencia, con la finalidad de minimizar el número de infecciones o enfermedades de transmisión sexual. La prevención sigue siendo la principal herramienta.

6 Bibliografía

- Bermejo, A., y Leiro, V. (2011). Sífilis. El desafío permanente. *Dermatol. Argent*,156-159.
- Cabrera, O., Cuello, M., Lindqvist, M., Lastre, M., González, E., y Pérez, O. (2011). Influencia de las vías de inmunización mucosales sobre la protección contra herpes simple tipo 2 con el AFCo1 como adyuvante. *VacciMonitor*, 20(3), 14-20.
- Carrada, T. (2007). Gonorrea diseminada: caso clínico y revisión del tema. *Rev Fac Med UNAM*, 50(1).
- Díez, M., yDíaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(2), 58-66.
- Ferrá, T. M., y Ramírez, E. N. (2013). Relación entre condilomas acuminados y cáncer de pene y ano. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 17(4), 479-489.
- González García Raiza, Ramos Iglesias Niurka, Scull Molina Martha Maria. Sida: Caracterización de pacientes positivos al virus de inmunodeficiencia humana en el policlínico "Carlos J Finlay" de La Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr*
- Muñoz, J. A., ySalmerón, J. (2013). Prevalencia de la hepatitis B y C en España: se necesitan más datos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(5), 245-248.

- Teva, I., Bermúdez, M., y Buela, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 309-320.
- Sarmiento, M., Gómez, I., Ordaz, A. M., Diaz, G., Delfa, C., y Casanova, M. (2012). Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(1), 32-43.
- Valverde, R. (2012). Tricomoniasis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 69(601), 113-117.
- Vázquez, F., Lepe, J. A., Otero, L., Blanco, M. A., y Aznar, J. (2008). Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual (2007). *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 26(1), 32-37

Capítulo 734

EL TCAE Y LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA RENAL: LA HEMODIALISIS

MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

DOLORES ARGÜELLES MEANA

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

1 Introducción

La Enfermedad Crónica Renal (ERC) es una enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo de la función renal. El riñón pierde la capacidad de producir orina y como consecuencia no elimina las toxinas de la sangre, entre otras funciones, que son necesarias para la vida del paciente. Los factores que producen esta enfermedad son la obesidad, hipertensión arterial y diabetes Mellitus (1).

El paciente acude a consulta de nefrología en la cual habrá profesionales especializados que serán los que le proporcionaran toda la información necesaria para la comprensión del tipo de enfermedad que es, de los cuidados que deben llevar a cabo así como también de los tratamientos que existen adaptados a la necesidad de dicho paciente, por ello es fundamental el papel que desempeña el personal sanitario de enfermería en la prediálisis, intradiálisis y posdiálisis.

Una vez diagnosticada la enfermedad el paciente tiene que recurrir a tratamientos que sustituyen la función renal la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y otra opción es el trasplante (2). Según diversos estudios la hemodiálisis es más costosa que

un trasplante de riñón, en nuestro país se destina un 3% del presupuesto total del gasto sanitario

2 Objetivos

- Analizar el cambio de la vida diaria en el paciente con enfermedad crónica renal, así como las principales funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Se ha utilizado la revista de Nefrología, de la Sociedad Española de Nefrología, así como también las bases de datos de Scielo, Dialnet y editorial Elsevier. Los descriptores fueron: hemodiálisis, enfermedad crónica renal, cuidados de enfermería, tratamiento, calidad de vida.

4 Resultados

- Cuando la enfermedad se diagnostica en fase temprana se puede planificar mediante un seguimiento por parte de los profesionales en el autocuidado y educación del paciente generando más confianza en el afrontamiento de la enfermedad (3). Cuando el paciente empieza con la hemodiálisis de forma urgente provoca inseguridad, porque el paciente ve su calidad de vida disminuida ya que se ve conectado a una maquina durante varios días a la semana y varias horas.
- La hemodiálisis consiste en filtrar mediante el paso de la sangre del paciente todas las toxinas y exceso de líquidos por un dispositivo externo, durante la sesión de hemodiálisis pueden surgir complicaciones agudas importantes que el personal de enfermería debe detectar y actuar rápidamente evitando consecuencias graves (hipotensión, pérdidas sanguíneas, desconexión de la líneas, coagulación, etc.), por todo esto debemos tener en cuenta que cada sesión y cada paciente es especial e único precisando tratamiento específico (4).
- El TCAE se encarga de vigilar el funcionamiento del equipo, limpieza y cambio de filtros, así como de la atención al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El apoyo familiar, social y del personal sanitario son esenciales para una correcta adaptación facilitando el ajuste psicológico en el paciente que son sometidos a hemodiálisis ya que provoca estrés y tensión al recibir el tratamiento. El equipo multidisciplinar es el que identifica cualquier complicación (física o psicológica) pudiendo solventar todo tipo de problema que surja en la sesión de hemodiálisis. Se realizan evaluaciones regularmente para saber si se cubren las necesidades de estos pacientes, para conseguir que se sientan una mayor independencia al realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Es necesario tener muy presente el papel que juega el primer nivel de atención en el tratamiento porque este proceso patológico es una causa importante de muerte de los pacientes, actualmente se consigue con el seguimiento estricto del equipo multidisciplinar de cada uno de los pacientes (5).

6 Bibliografía

- 1. Núñez, A., Loro, M.D. Estado psicológico del paciente renal crónico. Rev. Elec. Port. Med. [Internet] 2017 [citado 2019 dic 18]; Portada.
- 2. Martín, E. Registro Español de Enfermos Renales. Nefro. 2016; 36 (2): 97-120.
- 3. Ruiz, M.R., Camacho, A., Zamorano, R. M. Educación sanitaria al paciente en tratamiento con hemodiálisis. Rev. Elec. Port. Med. [Internet] 2017 [citado 2019 dic 20]; Portada.
- 4. Ruíz, M.R., Camacho, A. Cuidados de enfermería durante la sesión de hemodiálisis. Rev. Elec. Port. Med. [Internet] 2017 [citado 2019 dic 20]; Portada.
- 5. Avila, M. N. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. Med. Int. Mex. [Internet] 2013 [citado 2019 dic 19]; 29(2): 148-153.

Capítulo 735

LA UNIDAD DE PEDRIATRIA VISTA POR EL TCAE

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

1 Introducción

Narraremos el papel que tiene la Unidad pediátrica en una planta del hospital, ya que es una unidad donde hay que empatizar mucho y posiblemente donde se es más sensible, donde más cuesta trabajar ya que a veces por las circunstancias de los niños es más duro para todo el equipo multidisciplinar.(Winnicott y Beltrán,1999).

Su definición es la especialidad que se encarga de todos los niños independientemente de la enfermedad o causa por el cual tenga que estar ingresado así mismo, diremos que hay especialistas que se encargan de la evolución y de los estudios a realizar debido a ello, aunque también se encarga de niños sanos o de bebés, hasta que cumplen la mayoría de edad.(de Ferrol y Sanidade,2010).

En la planta de pediatría se suele separar por las enfermedades de un niño, por ejemplo en la planta del hospital están divididos en dos donde una de ella es de oncología, para la tranquilidad de los niños pero sobre todo por su protección.(Vargas,2000). Las unidades suelen pintarse con dibujos destacados para que

se encuentren en un lugar lo más agradable para ellos, también van voluntariado para jugar y pintar, pueden pasar un buen rato y los padres o familiares descansar ya que es muy duro también para ellos estar todo el día allí.(Ortiz ,Portuondo ,Ahuar y Rodríguez,2004).

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la unidad de pediatría.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los TCAE realizan muchas y variadas funciones entre ellas las de los cuidados de los niños en esta planta.(González, Bachiller, Dorado, Martín, Maté y Niño, 2019):

- Trataremos empatizar con el niño ya que es al profesional que más va a ver, ganándonos su confianza, y estableciendo un lazo con su familia ya que necesita ayuda para asimilar lo que esta ocurriendo.(Lissauer,Clayden,2002).
- Colocaremos la pulsera para su identificación, y revisaremos su historial, lo registraremos todo y anotaremos las incidencias ocurridas durante el turno, cuando demos el cambio de turno informaremos al relevo que entre de todo.(Oterino, Peiró, Calvo, Sutil,Fernández, Pérez y Sempere,1999).
- Registraremos todos los cuidados así como las ingestas, los alimentos que puede tolerar y los que no, le tomamos la temperatura, muestras de deposiciones, drenajes y todo lo que nos informe el equipo de enfermería.(Díez ,Pendas , Aláiz , Eiranova, Garcia, Quiñones Y García 2013).
- Al estar en la unidad pediátrica es evidente que tendremos que calentar biberones o tenerlos para las demandas que surgan. (Quiñones,2018).

- Lleveremos información o pedidos a la ala del hospital donde nos envíen. (farmacia, rayos, pedidos, analíticas) etc.
- Preparar a los niños que tengan que bajar a quirófano o hacer pruebas dependiendo de las peticiones de los especialistas.
- Los TCAE repartirán el desayuno a cada niño el que le corresponda por edad o por pauta, proporcionándole a cada madre lo que necesiten para el niño o para ella bien sean pañales o pijamas. (Fernández y Fernández,2002).
- Realizaremos las funciones de hacer las camas y colaboraremos con los padres en la función del baño del niño si nos necesitan.
- Reposición de todo el material necesario, (guantes, jeringas y todo lo que se pueda precisar).
- Mandaremos a esterilización todo el instrumental que sea utilizado.
- Comprobaremos el mantenimiento de los frigoríficos y que tenga la higiene precisa, para poder guardar las muestras o lo que necesiten los especialistas de la unidad, nos encargaremos de la leche y sueros necesarios así como de mantener en orden y limpia la parte de la biberonería.
- Repondremos los carros de parada y de curas bajo supervisión de enfermería a demanda.

Hay que recordar que también se trabaja en la sala de partos donde colaboramos con el equipo, lo más importante es que el recién nacido no salga sin su pulsera identificativa que es función nuestra el ponérsela o recoger muestras según nos indique la enfermera, ella nos dirá donde debemos de llevarlas o que debemos de hacer.

5 Discusión-Conclusión

Una conclusión que vemos realmente importante es la formación continuada de formación profesional. Asumimos que la experiencia es fundamental, cuando formamos parte durante bastante tiempo de el equipo multidisciplinar y necesario para el buen funcionamiento de la unidad, ofreciendo un cuidado de calidad en todas las esferas biológicas tanto al niño como a su familia.

6 Bibliografía

- Díez Fernández, R., Pendas Álvarez, C., Aláiz Rodríguez, N., Eiranova Díez, P., García Gómez, R., Quiñones Pérez, M., ... & García Rodríguez, P. (2013). Protocolo actuación de enfermería en el área de triaje.

- Fernández, J. P., & Fernández, J. B. (2002, January). Pediatría de urgencias: una nueva especialidad. In *Anales de Pediatría* (Vol. 56, No. 1, pp. 2-4). Elsevier Doyma.
- González Vereda, M., Bachiller Luque, R., Dorado Díaz, A., Martín Pérez, P., Maté Enríquez, T., & Niño Martín, V. (2019). ¿ Cuánto saben de lactancia los sanitarios del área materno-infantil?
- Estudio de los 14 hospitales públicos de Castilla y León. *Pediatría Atención Primaria*, 21(82), 133-146.
- Quiñones Pérez, M. (2018). La actitud de los profesionales del servicio de urgencias del hospital de León (CAULE) ante la muerte= The professional of the service of emergency area of hospital of León´ s attitude toward death (CAULE).
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2002). *Texto ilustrado de pediatría*. Harcourt Brace.
- Oterino, D., Peiró, S., Calvo, R., Sutil, P., Fernández, O., Pérez, G., ... & Sempere, T. (1999).
- Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta sanitaria*, 13(5), 361-370.
- Ortiz García, M., Portuondo Alacán, O., Ahuar López, L., & Rodríguez Rivalta, I. (2004). La ética en la práctica pediátrica. *Revista Cubana de Pediatría*, 76(3), 0-0.
- Vargas, P. (2000). Cáncer en pediatría: Aspectos generales. *Revista chilena de pediatría*, 71(4), 283-295.
- Winnicott, D. W., & Beltrán, J. (1999). *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (p. 393). Paidós

Capítulo 736

ACTUACIONES DEL TCAE EN TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN DE SONDAS NASOGÁSTRICAS

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

1 Introducción

Conjunto de intervenciones de enfermería necesarias para cuidado de un paciente con nutrición enteral (NE) administrada a través de una sonda nasogástrica (SNG) o sonda por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). La nutrición enteral es la administración a través de una sonda u ostomía de todos los nutrientes necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado y es el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) el encargado de su manejo, motivo por el cual será objeto de desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TCAE respecto a la técnica de alimentación por sonda nasogástrica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Actuación del TCAE ante la administración de nutrición enteral por sonda:

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Trasladar todo el material junto al paciente e informar al mismo de lo que vamos a realizar.
- Elevar la parte superior de la cama del enfermo, si éste puede movilizarse, para colocarlo en la posición de Fowler, y colocarle una toalla bajo su mentón.
- Si está contraindicado colocarlo en la posición de Fowler, colocarlo de lado (decúbito lateral), manteniéndolo con una almohada a su espalda;
- Colocarse los guantes y comprobar la correcta colocación de la sonda.
- Aspirar (traccionar el émbolo) con una jeringa para extraer el líquido residual del tubo de la sonda.
- Conectar la jeringa de 50 c.c. a la sonda gástrica.
- Verter unos 30-50 c.c. de agua caliente en la jeringa, para limpiar la sonda.
- Verter ahora el alimento en la jeringa.
- El alimento líquido llegará al estómago por la acción de la gravedad. Nosotros regulamos la velocidad del flujo elevando o descendiendo la jeringa.
- Poner cuidado de que no entre aire. Para ello evitaremos la falta de alimento en la jeringa.
- Verter alimento en la jeringa hasta llegar a administrar la cantidad indicada.
- Al terminar la administración hay que limpiar el tubo con unos 30-50 c.c. de agua y seguidamente pinzar la sonda para quitar la jeringa y luego taponar la sonda para que no penetre aire.

- Podemos fijar el cabo suelto de la sonda gástrica a la ropa del paciente con objeto de impedir que salga del estómago.
- Procederemos a lavar la boca del enfermo y su nariz, ya que con frecuencia se producen irritaciones en la misma y pueden formarse costras.
- Recogeremos el material, nos quitaremos los guantes y nos lavaremos las manos.
- El paciente deberá permanecer en la posición de Fowler entre 45 minutos y 1 hora después de alimentarlo por sonda para evitar vómitos o que tenga aspiraciones.
- En caso de que estuviera acostado, lo dejaremos colocado en decúbito lateral.
- Debe registrarse en las hojas de enfermería la cantidad de alimento y de agua que se le ha administrado así como las incidencias que se hayan producido.

En resumen se puede decir que:

- Es de suma importancia tener en cuenta una serie de cuidados diarios para evitar complicaciones de la sonda , entre ellos caben destacar:
- Realizar movimientos rotatorios de la sonda para evitar posibles acodamientos con la posible obstrucción de la sonda.
- El esparadrapo de fijación deberá ser cambiado diariamente de posición para evitar posibles acodamientos.
- Se mantendrá al paciente en posición de Fowler durante el día.
- A la hora de administrarle la alimentación al paciente se hará con lentitud.
- Muy importante administrar después de la nutrición agua para mantener la permeabilidad de la sonda.
- La higiene de la cavidad bucal se hará diariamente manteniendo los labios hidratados.
- Se comprobará diariamente las marcas de la sonda asegurando que se haya bien colocada.

5 Discusión-Conclusión

En resumen el TCAE debe:

- Mantener y/o restablecer un buen estado nutricional mediante aporte de energía y nutrientes de forma artificial.
- Prevenir y/o controlar las complicaciones de la administración de la Nutrición Enteral.
- Describir los cuidados de enfermería necesarios para un correcto manejo de los distintos tipos de sondas.

- Enseñar al paciente/familia pautas para correcta la administración de la alimentación.

Existen ciertas complicaciones de la sonda nasogástrica las cuales con la debida vigilancia e implicación por parte del personal de enfermería podrían prevenirse o por lo menos reducirse. Cabe destacar las mencionadas a continuación: movilización de la sonda por parte del paciente (suelen ser pacientes desorientados, enfermos mentales mayoritariamente), obstrucción de la sonda por una inadecuada manipulación ,un acodamiento de la misma, la escasa o nula administración de agua que pueda dar lugar a la pérdida de permeabilidad y a la formación de residuos en el interior de ésta. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Guenter P, Jones J, Robert Sweed M, Ericson M. Sistema de liberación y administración de la alimentación enteral. Madrid: McGraw-Hill Interamericana Editores, 1998; p. 272-301.
- Bulechek, GM/ Butcher, HK/ McCloskey Dochterman, J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid: Harcourt; 2009.
- Celaya Pérez S. Vías de acceso en nutrición enteral, 2ª ed. Multimédica. Barcelona, 2001.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 737

LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE TERMINAL

JOSÉ ANTONIO ESCANLAR MONTESERÍN

MARIA DE LOS ANGELES ESTEVEZ SEOANE

ANA BELÉN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

ANA ISABEL MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida en los últimos años ha provocado que exista un mayor número de personas con enfermedades oncológicas e invalidantes, avocadas a un proceso de enfermedad terminal y finalmente a la muerte. En parte esto se debe a los avances médicos y el desarrollo de nuevos medicamentos, con los que se ha conseguido “prorrogar” los años de vida.

La muerte hace muchos años se consideraba como un proceso familiar, íntimo, que generalmente se sucedía en el domicilio del fallecido o de su familia. Hoy en día esto ha cambiado mucho, y aunque hay casos de familias que prefieren tener a sus familiares en casa, es habitual que el paciente terminal pase sus últimos días en el hospital.

Hoy en día se ofrece el servicio de cuidados paliativos hospitalarios, pero también existe un equipo en atención primaria de cuidados paliativos para aquellas familias que prefieran tener a su familiar en el domicilio.

Los criterios diagnósticos para considerar a un paciente en una situación terminal son:

- Enfermedad irreversible de evolución progresiva.
- Pronóstico de vida inferior a un mes.
- Ausencia de tratamiento para la enfermedad que presente y/o ineficacia del mismo.
- Insuficiencia de órgano único, o fallo multiorgánico.
- Estado general grave o complicación irreversible.

Según el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE, se pueden definir los cuidados paliativos como “Tipo de cuidados que promueven una asistencia toral, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. La meta fundamental es proporcionar bienestar al paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo”.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados más adecuados para el enfermo terminal.
- Conocer estrategias para poder ayudar a los familiares del enfermo terminal.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Dialnet, Scopus, Pubmed y Cuiden entre 2014-2019. Las palabras utilizadas como descriptores han sido: paciente terminal, cuidados, hospital, medidas de confort y familia.

4 Resultados

Se encontraron resultados muy similares en toda la bibliografía revisada. Lo más importante en todos ellos es que el paciente no sufra, no tenga dolor y esté confortable. La familia desde el momento que conoce el pronóstico y que ya no hay tratamiento viable para solucionar la enfermedad, suelen preferir que no se realicen medidas agresivas a su familiar (extracciones de sangre, movilizarle más de lo que el paciente resiste, etcétera). También consideran muy importante poder

tener una habitación individual, para que la familia pueda despedirse y tener su duelo.

Además, agradecen el apoyo emocional, la empatía, que se les escuche y les comprendan. Nos llama la atención que muchas familias piden respeto para no mentir a los pacientes, pero si eludir la verdad, ya que hay casos en los que el propio paciente prefiere no saber el diagnóstico para no sufrir aún mas.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados en la fase terminal de un enfermo son una de las principales funciones de enfermería y auxiliar de enfermería, ya que es una asistencia basada en reconfortar, en evitar que sienta dolor y en ayudarle a no sufrir en la fase final de su vida. De la misma forma, hay que tener en cuenta a la familia porque también necesitan de un apoyo psicológico para poder afrontar la muerte de su familiar.

Aunque hay mucha bibliografía, consideramos que a los profesionales a veces se nos olvida que trabajamos con personas y que necesitan nuestra empatía para poder dar paso a su duelo de una forma adecuada. Hay que humanizar los cuidados, pero en esta fase aún mas.

6 Bibliografía

- Achury, D. M., & Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería universitaria*, 13(1), 55-60.
- Buisán, R., & Delgado, J. C. (2007). El cuidado del paciente terminal. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 103-112).
- Cáceres Lavernia, H. H., & Morales Morgado, D. (2016). Reflexiones éticas sobre la sedación paliativa en enfermos terminales. *Humanidades Médicas*, 16(1), 175-192.
- Andrade, C. G., de Melo Alves, A. M. P., da Costa, S. F. G., & Santana - Santos, F. (2014). CUIDADOS PALLIATIVOS AO PACIENTE EM FASE TERMINAL. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(2).
- Font-Ritort, S., Martos-Gutiérrez, J. A., Montoro-Lorite, M., & Mundet-Pons, L. (2016). Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal. *Enfermería Clínica*, 26(6), 344-350.
- García-Rueda, N., Errasti-Ibarrodo, B., & Solabarrieta, M. A. (2016). La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. *Medicina Paliativa*, 23(3), 141-152.

- Guerrero-Nava, J. A., Romero-Quechol, G., Martínez-Olivares, M., Martínez-Martínez, R. A., & Rosas-Reyes, S. C. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 24(2), 91-98.
- Medina, M. I. S. (2015). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 23-37.
- Olarte, J. M. N. (2014). Información al paciente en situación terminal: diferencias entre las publicaciones anglosajonas y la experiencia diaria en España. *Medicina Paliativa*, 21(3), 113-120.
- Pueyo Garrigues, S., Pueyo Garrigues, M., & Pardavila Belio, M. I. (2015). Necesidades de los familiares de un paciente terminal institucionalizado en un centro geriátrico: caso clínico. *Gerokomos*, 26(3), 94-96.

Capítulo 738

EL BAÑO DEL PACIENTE QUEMADO HOSPITALIZADO

ELISABET GRANDA GONZÁLEZ

LAURA RAMOS LLANO

MARIA TERESA DIAZ DIAZ

1 Introducción

Debido al deterioro cutáneo y tisular que producen las quemaduras, es necesaria la existencia de un protocolo a seguir a la hora de realizar el baño y las curas a los pacientes afectados por las mismas. Conocer este procedimiento en estos pacientes es relevante dentro de su cuidado y evolución, es por ello que es objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Detallar el baño del paciente quemado en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Descriptores baño de quemados, cura del paciente con quemaduras, el paciente quemado hospitalizado y protocolo para baño de quemados.

4 Resultados

El baño del paciente quemado se realizará atendiendo a las siguientes recomendaciones:

- La sala donde se realiza el baño debe estar preparada antes de iniciar el procedimiento. Para ello se debe calentar la habitación y preparar la mesa con todo el material e instrumental necesario.
- Se debe comenzar con la pauta de analgesia antes de trasladar al paciente al baño, para disminuir su ansiedad y sus miedos.
- Sobre la mesa se monta un campo estéril, sobre el cual se procede a disponer todo el material e instrumental, también estéril, para la realización de la cura.
- También se preparan los útiles necesarios para el baño, tales como toallas, jabón, gasas, etc.
- Una vez todo está listo se traslada al paciente a la sala. Sus constantes deben estar monitorizadas durante todo el procedimiento para evitar que surjan posibles complicaciones.
- Se comienza a lavar desde las zonas más limpias a las más contaminadas.
- Todo el personal debe colaborar para que tanto el baño, como las curas se realicen en el menor tiempo posible y de la manera más cómoda para el paciente.
- Una vez realizada la cura, el paciente es trasladado de nuevo a su habitación.

5 Discusión-Conclusión

Si cumplimos con los protocolos establecidos, el paciente sentirá menos dolor y ansiedad, favoreceremos un buen aseo del paciente y una cura en totales condiciones de asepsia, por lo que se disminuye el riesgo de infecciones y se propicia la cicatrización de las zonas quemadas.

Dada la gravedad de esta patología, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 739

CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE OSTOMIZADO

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

DOLORES ARGÜELLES MEANA

1 Introducción

El procedimiento en el que mediante una intervención quirúrgica se abre un orificio artificial para facilitar la eliminación del contenido de nuestro organismo tanto intestinal o de orina se denomina estoma. Esta técnica es utilizada en enfermedades digestivas del intestino delgado, el colon y el recto, y en urinarias en la vejiga.

Una buena educación y una atención adecuada al paciente por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental para ayudar a resolver sus dudas, y fomentar su independencia lo que le va a permitir facilitar una mejor adaptación a su nueva situación mejorando así su calidad de vida. Es por ello un tema importante a desarrollar en este capítulo.

2 Objetivos

- Estudiar los diferentes tipos de ostomías así como sus cuidados por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

La metodología utilizada es una revisión sistemática y bibliográfica para alcanzar los objetivos buscados al abordar este tema sobre los tipos de ostomía donde hablamos de el órgano implicado y tiempo de permanencia y los cuidados a seguir. Se realizó búsqueda en las bases de datos de enfermería Pumed, Cuiden, Medline.

4 Bibliografía

- Martínez L (ed.). Ostomía. Manual de Patología Quirúrgica. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile (consultado 20-feb-2006).
- Coloplast y PACE .Manual práctico. Una ayuda para pacientes ostomizados y sus familiares. Doering KJ, Mountain PL. Protocolo de cuidados para el paciente estomizado. Pulido, R., Sánchez-García, J., Baraza, A. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. Cult.cuid.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 740

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

LAURA CAMPA CAMPA

1 Introducción

La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) sigue constituyendo un diagnóstico clínico que en ocasiones puede ser dificultoso, para el profesional de salud, ya que tiene diversas formas de presentación clínica. La importancia de abordar de este tema es por su alta prevalencia en mujeres jóvenes y por su alto impacto a nivel individual, familiar, social, económico ya que puede afectar la salud reproductiva de la mujer si no se diagnostica de forma precoz.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad inflamatoria pélvica, así como su prevención y tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

La EIP: es un conjunto de síntomas y signos provocados por un proceso inflamatorio secundario a una infección en el tracto genital de la mujer. Por lo general, los microorganismos involucrados son los transmitidos sexualmente, como Clamidia o el gonococo, que ascienden desde la vagina hacia el útero, trompas de Falopio u ovarios e incluso puede extenderse a estructuras adyacentes como lo son los parametrios o el peritoneo. Existen numerosas formas de presentación clínica que van desde cuadros subclínicos hasta una peritonitis que amenaza con la vida de la paciente y deja secuelas que afectan el potencial reproductivo e incluso causa esterilidad. Dentro de los factores que aumentan el riesgo a padecerla encontramos:

- Ser una mujer sexualmente activa con menos de 25 años.
- Tener varias parejas sexuales.
- Mantener relaciones sexuales con una persona que tiene más de una pareja sexual.
- Tener relaciones sexuales sin preservativo.
- Usar periódicamente irrigadores vaginales que alteran el equilibrio entre la microbiota y bacterias patógenas, favoreciendo la adhesión y replicación de las mismas.
- Tener antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica o de una infección de transmisión sexual.

Para su diagnóstico clínico se han propuesto criterio, mayores y menores:

- Mayores:
Dolor abdominal pélvico, sordo, continuo, progresivo bilateral.
Dolor anexial en la exploración.
Dolor a la movilización del cérvix.
Historia de actividad sexual en los últimos meses.

- Menores:

Leucocitosis > 10 500/mm³.

VSG elevada.

Proteína C reactiva elevada.

Temperatura mayor a 38°C.

Infección cervical documentada por N. Gonorrhoeae y/o C. Trachomatis.

Exudado anormal endocervical con aspecto purulento y/o exudado en fresco con abundantes PMN .

- El diagnóstico definitivo se hace mediante laparoscopia exploratoria aunque también puede hacerse uso de la ecografía transvaginal que ponga en evidencia el engrosamiento de las trompas y líquido en las mismas con o sin líquido libre en la pelvis o en complejo tubo-ovárico o una biopsia endometrial que confirme la endometritis.

Se puede clasificar en cuatro estadios:

Estadio I: salpingitis aguda sin peritonitis

Estadio II: Salpingitis aguda con peritonitis

Estadio III: Salpingitis con la presencia de un absceso tuboovárico

Estadio IV: rotura del absceso .

- El tratamiento: es muy importante la sospecha diagnóstica puesto que el tratamiento precoz puede evitar secuelas con lo cual toda mujer joven, sexualmente activa con dolor abdominal bilateral y exploración bimanual dolorosa y una vez descartado embarazo, se deberá instaurar antibióticos de forma empírica que cubran Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis por dos semanas. El esquema se irá modificando en situaciones en las que haya que cubrir anaerobios como en el caso que haya un absceso pélvico, trichomonas vaginalis, vaginosis, antecedentes de instrumentación ginecológica o ante un cuadro grave. Ahora bien el tratamiento a instalarse puede ser ambulatorio u hospitalario. La elección va a depender del estado general de la paciente, si existe una mala tolerancia al tratamiento por vía oral, si existe riesgo de sepsis o rotura de un absceso, el estado de inmunosupresión o se encuentra embarazada. El tratamiento quirúrgico está reservado cuando no hay respuesta al tratamiento médico o exista un absceso pélvico donde es necesario evacuarlo. Además se aprovecha el uso de la laparoscopia para liberar las adherencias y lavar la cavidad.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad inflamatoria pélvica constituye un problema de salud pública por dos razones: afecta comúnmente a mujeres jóvenes y por las secuelas que conlleva. Su diagnóstico representa un gran desafío puesto que se puede presentar con escasos síntomas, sin signos patognomónicos o por el contrario con formas graves como lo es un abdomen agudo. Esto favorece que se produzca un mayor daño en el aparato reproductivo de la mujer y con ello la aparición de adherencias que facilita los embarazos ectópicos e incluso dolores pelvianos crónicos que afectan la calidad de vida. Por ello ante la mínima sospecha diagnóstica debe instaurarse un tratamiento antibiótico empírico que cubra los microorganismos más comunes. Por último, teniendo en cuenta los factores que favorecen el desarrollo de esta enfermedad, nos damos cuenta que en un gran porcentaje se podría reducir su aparición, por lo que el profesional dedicado a la atención primaria de la salud juega un rol muy importante haciendo hincapié en el uso de preservativo y dando pautas adecuadas.

6 Bibliografía

- Artículo de revista: Baquedano L, Lamarca M, Puig F, Ruiz MA. (2014). Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2014; 2.
- Página web: Guiaprioam.com [Internet]. Sevilla: Herrero M, Cerrillos L, Martínez MA, Gómez MJ, Merino; 2018 [actualizado 10 Ene 2018; citado 30 Dic 2019].
- <https://www.mayoclinic.org>
- Sociedad de obstetricia y ginecología de Buenos Aires. Enfermedad inflamatoria pelviana (2017)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 741

ASEO CORRECTO DE PACIENTE ENCAMADO

ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ

SHEILA MARTINEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El aseo de los pacientes es una tarea muy importante que el técnico auxiliar de enfermería ha ido adoptando como una de sus funciones con el paso del tiempo. Este momento de aseo es muy importante para el paciente ya que estamos hablando de la intimidad del mismo, por lo que es preciso llevar a cabo dicha tarea de la manera más adecuada posible. Además, puede ayudarnos a mejorar y aumentar la confianza entre enfermero o técnico auxiliar y paciente.

2 Objetivos

- Estudiar el procedimiento correcto del aseo de un paciente encamado por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), dentro de un cuidado integral.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Para llevar a cabo el aseo del paciente en primer lugar ha de informársele y adecuar el espacio a la situación, para la cual el técnico auxiliar o enfermero procurará brindarle la mayor intimidad además de anular en la medida de lo posible las corrientes de aire que pueda haber en la estancia. Seguidamente, el técnico auxiliar o enfermero deberá proceder al correcto aseo de sus propias manos y a la colocación de los guantes necesarios. El paciente debe permanecer en decúbito supino. Para comenzar con el propio lavado, se le limpiará la cara con un paño evitando por supuesto la zona de los ojos, se continuará con el cuello, torso, axilas, brazos, manos y abdomen, insistiendo sobre todo en las axilas y en zonas de pliegues cutáneos, siempre secando después para evitar enfriamientos. A continuación las extremidades inferiores, insistiendo en espacios interdigitales, tanto a la hora de lava como a la de secar. Por último antes de cambiar al paciente de postura, la zona genital. En este momento se deshechará la esponja y, tras ello, con una esponja nueva, se colocará al paciente en decúbito lateral y se procederá al lavado de la zona posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y la región anal.

Al acabar, enrollaremos la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama y la iremos sustituyendo progresivamente por una limpia. También se le aplicará crema al paciente si fuere necesario, se le peinará si no puede hacerlo por sí solo, se le pondrá colonia si quiere y, en caso necesario, se le cortarán las uñas y se limarán (1).

5 Discusión-Conclusión

El correcto aseo de cualquier paciente es de vital importancia entre otros motivos con el fin de evitar posibles infecciones que puedan complicar el estado de salud del paciente. Durante el proceso el técnico auxiliar debe permanecer atento puesto que ha de anotarse en el registro cualquier tipo de anomalía que se aprecie durante el baño, como por ejemplo rojeces en la piel, erupciones, disnea, extremidades débiles, etc. Es, por tanto, una tarea que requiere una técnica precisa y meticulosa. Además, el aseo del paciente puede ayudar a mejorar y aumentar la

confianza entre enfermero o técnico auxiliar y el mismo, lo cual no hace más que sumarle importancia a este proceso.

6 Bibliografía

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

Capítulo 742

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENFERMO TERMINAL

VERONICA MENENDEZ BARROS

1 Introducción

Podemos definir los Cuidados Paliativos como la forma de evitar y aliviar el sufrimiento para favorecer una mejor y mayor calidad de vida en la fase final de la misma. Este tipo de Cuidados Paliativos se aplican a aquellas personas con enfermedades muy avanzadas y terminales con un objetivo primordial que es de controlar el dolor y proporcionar cuidados de confort en la última etapa de su vida. Los Cuidados Paliativos los pueden ofrecer equipos médico, personal de enfermería especializada y formada, asistentes físicos, trabajadores sociales, psicólogos, capellanes etc. y es por esto que será objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer los principales objetivos de los Cuidados Paliativos en el enfermo terminal así como sus beneficios.

3 Metodología

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

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

Palabras clave “Cuidados Paliativos”, “Calidad de vida”, “Enfermo terminal” y “Pacientes”.

4 Resultados

Los principales objetivos de los Cuidados Paliativos son los siguientes:

- Manejar los síntomas que puedan ocasionar o provocar sufrimiento al enfermo terminal y a su entorno. Aliviando los síntomas y el dolor que este enfermo pueda presentar.
- Intentar seguir manteniendo la comunicación entre el enfermo, su entorno más próximo y el de todo el equipo médico y de personal de enfermería especializado que esté involucrado en el tratamiento de la enfermedad.
- Proveer de todo apoyo psicosocial y espiritual al enfermo y a su entorno más cercano.
- Instaurar metas en el tratamiento según las preferencias del enfermo para su vida.

Los beneficios a destacar de estos cuidados son:

- Atención individualizada y continuada.
- Promover la autonomía del enfermo y su dignidad.
- Proporcionar medidas de confort adecuadas.
- Los Cuidados Paliativos son beneficiosos tanto para la salud, como para el bienestar del paciente terminal.

5 Discusión-Conclusión

Sobrevivir con una enfermedad terminal es todo un reto tanto para el paciente como para su entorno familiar. La finalidad que se persigue con los Cuidados Paliativos es principalmente favorecer la calidad de vida, perseguir el mayor confort posible mejorando de este modo los problemas físicos, psicológicos, sociales e incluso espirituales, evitando todo aquello que provoque sufrimiento al paciente en fase terminal y el de sus familias. Dada la complejidad de estos cuidados, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) es fundamental dentro del equipo

multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Loncán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixidó A, Vidaurreta R et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet] 2007 [cited 2017 Mar] Vol. 30 (3): 113-128.
- Muñoz Cobos, F., Espinosa Almendro, J.M., Portillo Strempell, J., Benítez del Rosario, M.A. Cuidados paliativos: Atención a la familia. Atención Primaria [Internet] 2002 Nov [cited 2017 Mar]. Vol. 30 (9): 576-80.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Orbegozo, A. Presente y futuro de los cuidados paliativos [Internet] [cited 2017 May]
- Barbero, J., Díaz, L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. Anales Sistema Sanitario de Navarra [Internet] 2007 [cited 2017 Mar]. Vol. 30 (3): 71-86.
- Moreira De Souza, R. y Turrini, R.N.T. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enferm. glob. [online]. 2011[15 marzo 2015]; 10(22): 1- 13.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 743

EFECTOS DE LA TURNICIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA MÉDICA

LAURA ARAUJO MORILLAS

MARIA ISABEL RAMOS SASTRE

MARTA APARICIO PEREZ

PAULA DÍAZ AREA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946, se considera salud al bienestar físico, psíquico y social, y no a la ausencia de daño o enfermedad. La turnicidad es la manera de organizar el trabajo en equipo, ocupando los trabajadores, los mismos puestos de trabajo, de una forma continua o discontinua. Esto implica una disminución de las horas de sueño y variación de los hábitos alimenticios, produciéndose trastornos en los ritmos circadianos (sueños-vigilia), infracircadianos (pulsaciones cardíacas, tensión arterial, problemas del sistema nervioso) y ultracircadianos (menstruaciones y variaciones en la salud de tipo estacional), y por lo tanto, diferentes enfermedades como: estrés, ansiedad, enfermedades cardiovasculares, digestivas y síntomas psiquiátricos, entre otros. Y es por esto que la turnicidad será el tema de estudio de este capítulo.

2 Objetivos

- Analizar los efectos adversos de la turnicidad en los profesionales sanitarios, dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

Revisión sistemática. Se han usado datos de páginas científicas como Scielo, Medigraphic, Sciendirect, Medline y también libros y material científicos del ámbito de urgencias extra hospitalarias. Los datos se han obtenido de: Personal sanitario. Realizado dentro de unidades de hospitalización, urgencias o emergencias.

4 Resultados

- Los trabajadores con turnicidad:
Presentan un deterioro de la salud mayor que los trabajadores con turno fijo.
Presentan peor estado de salud que los trabajadores con jornada continuada.
El personal con turno de noche es el que peor nivel de salud presenta.
Presentan desajustes sociales en sus relaciones familiares y de pareja.

5 Discusión-Conclusión

La interacción social, tienen lugar durante el día y los fines de semana. Los trabajadores a turnos, tienen dificultad para participar en determinados acontecimientos familiares, lúdicos, sociales, etc. El trabajo excesivo o con diferentes horarios altera las funciones que como padres y parejas sexuales asumen las personas que viven en familia. Por tanto, se concluye que se debe estudiar alternativas para los turnos de trabajo que permitan una mejor conciliación con la vida familiar, así como un mejor cuidado de los pacientes.

6 Bibliografía

- <https://emesaprevenición.com>
- <https://biblioteca.unirioja.es>
- <https://istas.net/salud-laboral>

Capítulo 744

EL TCAE EN ODONTOLOGÍA

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

1 Introducción

La odontología es una de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades del aparato estomatognático, el cual incluye además de los dientes, las encías, el tejido periodontal, el maxilar superior, el maxilar inferior y la articulación temporomandibular. Las principales enfermedades de las que se ocupa la odontología son la caries dental, la maloclusión y la enfermedad periodontal.(Cameron, Widmer y Martínez,1998).

Como antecedentes históricos cabe citar que el primer odontólogo reconocido fue Hesi-Re que vivió en Egipto en el 3000 antes de Cristo, médico y jefe de los dentistas de la corte faraónica, más tarde, en el 2700 aC en China se utilizaban técnicas de acupuntura para el tratamiento de los dolores dentales,, los etruscos en el siglo V aC consiguieron grandes avances al confeccionar las primeras prótesis dentarias, a base de bandas de oro que sujetaban dientes que obtenían de animales sustituyendo las piezas perdidas, en el año 400 aC, Hipócrates dedicaba un capítulo describiendo diversos tratados sobre ungüentos, esterilización, extracción que incluía un patrón de erupción dental en su libro “ De partibus animal culum”. También Aristóteles describió la esterilización calentando un alambre y

aplicándolo para estabilizar las fracturas dentales.(Costa y Donat,2007). En 1360 dC en cirujano francés Guy de Chauliac inventó instrumentos para facilitar la extracción dentaria e introdujo el término de “dentista”.(López y Moreno,2019). En 1866 dC, Con 33 años de edad, Lucy Beaman Hobbs Taylor fue la primera mujer graduada en Odontología y luego también en la primera mujer en ser admitida como miembro de una sociedad odontológica. Incluso fue la primera mujer en la historia de la Odontología mundial en presentar un trabajo científico ante una Sociedad Dental. Luego de su graduación abrió un consultorio en Chicago y, en 1867, contrajo matrimonio con James Myrtle Taylor, un veterano de la guerra Civil que había sido su paciente. Escapando de los fríos inviernos de Chicago se mudaron a Kansas y Lucy comienza a enseñarle a su marido el arte y la ciencia de la odontología. Practican juntos la profesión en la ciudad de Lawrence, entre los años 1867 a 1907.(Cuenca y Baca,2005).

El equipo de salud bucodental está formado por personas que disponen de la titulación adecuada habilitándolos para ejercer la profesión, diferenciándose en dos grupos: los que trabajan directamente con el paciente, tales como el médico dentista (estomatólogo u odontólogo), higienista bucodental, técnico en cuidados auxiliares de enfermería y cirujano maxilofacial.(Galindo, Romo y Heredia,2009). También forman parte del equipo los profesionales que no trabajan directamente con el paciente como el protésico dental que es el encargado de fabricar las prótesis dentales indicadas por el dentista.(Pérez, Garrido y Sánchez,1994).

Dentro del ámbito profesional, la odontología ofrece al Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) una serie de tareas muy amplia que abarca desde la administrativa hasta la sanitaria pasando por supuesto por el trato personal y empático con los pacientes.(Harris y García-Godoy,2005).

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TCAE dentro del marco de la salud bucodental.

3 Metodología

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

Macmillan Educación, Edelvives, y varias revistas científico-sanitarias, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Las funciones del TCAE son:

Recibir a los pacientes, planificación de la agenda concertando y registro de las citas de los pacientes, archivar y registrar la documentación y organizar el archivo de las historias clínicas con la utilización de las técnicas de información y comunicación, controlar fechas de caducidad y el estocaje del material instrumental en el almacén y también emitir las facturas de la clínica.

- Las funciones asistenciales del TCAE son varias y se pueden clasificar en el momento de la jornada laboral en las que se realizan:

Antes de la llegada de los pacientes se debe organizar y poner en funcionamiento todos los equipos y aparatología de la consulta; seleccionar y organizar los materiales necesarios y previstos para realizar las técnicas programadas; controlar y realizar la limpieza, desinfección y esterilización de materiales y superficies; preparar guantes, batas, mascarillas, gafas, etc. necesarios para abordar los procedimientos; preparar las historias clínicas y la documentación de los pacientes y acondicionar el gabinete antes de sentar al paciente en el sillón dental.(Arequipa,2017).

Cuando llega el paciente se entregará al odontólogo la documentación del paciente tras la identificación del mismo, acompañándolo al sillón dental y colocándolo en la posición adecuada para su tratamiento, dejando al alcance del mismo vaso, servilletas... y protegiéndolo con un babero desechable. Durante la realización de la técnica se colocará la lámpara de forma que no moleste ni al dentista ni al paciente; proveer al odontólogo todo el instrumental que demande; revelar las radiografías realizadas y colaborar en todo momento con el dentista en todas las técnicas para el buen desarrollo de la consulta.

Al finalizar el procedimiento se verificará el buen estado del paciente antes de pedirle que se incorpore, ayudándolo en el caso de sufrir dificultades motoras para levantarse. Acompañarlo a la zona de recepción para la concertación de una nueva cita, si procede y archivar su historia clínica. Controlar que el material que se envíe al laboratorio lleve la filiación correspondiente, eliminar los residuos generados a lo largo del proceso, limpiar y desinfectar el material usado, las superficies y el sillón y preparar el gabinete para la llegada del siguiente

iente paciente.(Señor,2013). Al terminar el turno de trabajo se realizará las correspondientes tareas de limpieza, desinfección y esterilización del instrumental y superficies; lubricar el material rotatorio; archivar las historias clínicas y documentación, ordenar la sala de espera y apagar equipos y aparatos, cerrando llaves de agua, luz y gas del consultorio.

5 Discusión-Conclusión

La titulación de Técnico en cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en España incluye la formación académica de dichos profesionales en el campo de la Odontología, de forma que adquieran los necesarios conocimientos para trabajar en este ámbito laboral. Como normas generales el TCAE debe de cuidar su imagen y por ello tener en cuenta varios aspectos, tales como, vestir uniforme, cuidar la higiene personal, evitar el uso de joyas y adornos, no usar maquillajes fuertes, llevar las uñas cortas, sin pintar, pelo recogido, etc.

Se deben de distinguir dos campos a la hora de analizar el trabajo del técnico en cuidados auxiliares de enfermería dentro del mundo odontológico, las funciones administrativas y las funciones asistenciales, aunque generalmente, debido a la poca capacidad Estatal de generar una Sanidad Bucodental Pública, estos campos suelen estar unidos y en cada consulta tan sólo hay una persona para realizar ambos. Siendo importante la figura del TCAE en el cuidado integral del paciente.

6 Bibliografía

- Arequipa Chiluisa, E. C. (2017). Proceso y registro de la esterilización del instrumental en un sistema informático de lector de huella dactilar en la unidad de atención odontológica Uniandes (Bachelor's thesis).
- Cameron, A. C., Widmer, R. P., & Martínez, A. B. (Eds.). (1998). Manual de odontología pediátrica. Harcourt Brace.
- Cortizas Díaz, I. (2015). Estudio de la relación de cuidado enfermero desde una perspectiva de género.
- Costa, A. P., & Donat, F. J. S. (2007). Odontología en pacientes especiales (Vol. 101). Universitat de València.
- Cuenca Sala, E., & Baca García, P. (2005). Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones (No. 616.314-084). Elsevier,.
- Galindo, C., Romo, C., & Heredia, M. (2009). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica.

- Harris, N. O., & García-Godoy, F. (2005). Odontología preventiva primaria. Editorial El Manual Moderno.
- López, L. Q., & Moreno, J. R. (2019). La delegación en la profesión sanitaria. Ética de los Cuidados.
- Pérez, B. P., Garrido, B. R., & Sánchez, J. A. S. (1994). Odontología legal y forense.
- Señor López, A. M. (2013). Estudio diagnóstico de la educación prenatal en el Área Sanitaria de Ferrol

Capítulo 745

CORRECTA MOVILIZACIÓN DE PACIENTE ENCAMADO NO COLABORATIVO: GIROS Y VUELTAS.

ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ

SHEILA MARTINEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se distinguen dos tipos de movilización en función al tipo de paciente: movilización con paciente colaborativo y movilización con paciente no colaborativo. Se considera el primero de los casos cuando el paciente puede ayudar con la movilización y el segundo cuando el paciente por su enfermedad no puede colaborar con los profesionales al servicio. Los tipos de movimientos más comunes son los giros y vueltas y los enderezamientos. El giro consiste en el cambio de lado al paciente mientras que la vuelta se realiza cuando es necesario cambiar la posición extendida del paciente. Su conocimiento es necesario para el desempeño del trabajo sanitario, y es por ello que será objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Estudiar el procedimiento correcto o más adecuado para la movilización de un paciente encamado.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Se distinguen dos tipos de movilización en función al tipo de paciente: movilización con paciente colaborativo y movilización con paciente no colaborativo. Se considera el primero de los casos cuando el paciente puede ayudar con la movilización y el segundo cuando el paciente por su enfermedad no puede colaborar con los profesionales al servicio.

- Los tipos de movimientos más comunes son los giros y vueltas y los enderezamientos. El giro consiste en el cambio de lado al paciente mientras que la vuelta se realiza cuando es necesario cambiar la posición extendida del paciente. Para la movilización de giros en paciente encamado no colaborativo suelen ser necesarias dos personas, una a cada lado de la cama. Se procede a doblar una sábana por la mitad, por su largura. Dicha sábana se coloca por debajo, de forma que pase desde los hombros hasta debajo de los glúteos del paciente.

Para introducir la sábana se coloca a la persona en decúbito lateral y se mete la sábana por el lado en el que el cuerpo está elevado. Luego se vuelve a la persona hacia el lado contrario y se estira la parte de la sábana que falta. A continuación se sostiene la sábana enrollada por los laterales, sujetándola firmemente, pudiendo así movilizar a la persona a cualquier lado de la cama.

Para la movilización de vueltas también se necesitarán dos personas que se colocarán frente al paciente en el lateral de la cama contrario al que se va a girar. Se colocará el brazo distal bajo la cabeza del paciente, y el otro brazo bajo su cadera. Una persona desliza un brazo por debajo del hombro hasta el hombro contrario y el otro brazo por debajo del tórax, mientras que la otra persona desliza un brazo por debajo de la pelvis y piernas. A la orden establecida y de forma coordinada se moviliza a la posición deseada. Por último se acomoda al paciente en el centro de la cama utilizando entremetida.

5 Discusión-Conclusión

La movilización diaria de un paciente encamado debe hacerse conociendo la técnica y siempre de la manera indicada. De no hacerlo correctamente hay riesgo de sobreesfuerzo y de lesión para las personas cuidadoras además de riesgo de accidente (que puede llegar a tener consecuencias fatales) para el paciente. Por tanto, es necesario conocer la técnica dentro del cuidado multidisciplinar del paciente para un cuidado holístico del paciente encamado.

6 Bibliografía

- <http://www.auxiliar-enfermeria.com/>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 746

CAIDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las caídas de los pacientes en el ámbito hospitalario son relativamente frecuentes y son consecuencia de diversos factores como son: edad, estado cognitivo o movilidad reducida

2 Objetivos

- Establecer los factores de riesgo de las caídas en el medio hospitalario, así como las medidas para evitarlas para un cuidado integral del paciente por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Para el reducir el porcentaje de caídas en el centro hospitalario debemos conocer los factores de riesgo más habituales como son:

- Caída del paciente de su cama.
- Al trasladar al paciente.
- Al sentarse en el sillón.
- En el baño.

El personal sanitario sobre todo los TCAES al ser estos los que más tiempo pasan con el paciente deben de tomar una serie de medidas respecto al paciente como son:

- Recomendar al paciente que use un calzado adecuado, preferiblemente cerrado.
- En caso de necesidad utilizar las medidas de contención.
- Dejar el timbre cerca del paciente.
- Bajar la cama al nivel más bajo.
- Subir las barandillas.
- Dejar la luz de emergencia por la noche.
- Frenar la cama / sillón.
- Dejar la habitación ordenada y los objetos personales del paciente lo más cerca de él.

Respecto a las instalaciones hospitalarias estas deben cumplir una serie de normas:

- Los suelos del baño deben ser antideslizantes y el plato de ducha debe ser al ras del suelo.
- Las zonas comunes (pasillos) debe haber una buena señalización de donde se encuentra las escaleras, salidas, ascensores, etc. y una iluminación adecuada.

5 Discusión-Conclusión

Es imposible que el porcentaje de caídas en el centro hospitalario sea cero. Pero estableciendo un protocolo de las pautas a seguir para disminuir en la medida de lo posible los factores que provocan las caídas en el medio hospitalario contribuiremos a un mejor estancia del paciente. Ya que una caída de una paciente elevaría el coste su ingreso.

Dada la complejidad de las caídas, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar

para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 747

ACTUACIÓN DEL TCAE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DOLORES ESTHER MONGIL GONZALEZ

DESIREE JUAN GARCIA

1 Introducción

Los cuidados paliativos se basan en una concepción global, activa y viva de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales de las personas en situación de enfermedad terminal: siendo los objetivos principales el bienestar y la promoción de la dignidad y autonomía de los enfermos y su familia, y los medios terapéuticos, el control de síntomas, el apoyo emocional y la comunicación cuando estemos delante de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta a un tratamiento específico y con una muerte previsible a corto plazo, causada ya sea por un cáncer, SIDA o cualquier otra enfermedad crónica y progresiva.

2 Objetivos

- Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible.
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual.

3 Metodología

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

4 Resultados

Protocolo de actuación del tcae en los cuidados paliativos en el paciente terminal:

- Ante un ingreso: poner el nombre del enfermo en la puerta de la habitación, preparar la habitación con: botella de agua, 2 vasos de cristal, 2 palanganas, funda para el termómetro, acogida al paciente identificándose y explicar las normas de la unidad así como los servicios que se prestan en el hospital. Valorar la autonomía o dependencia (a los pacientes continentales no se les colocará pañal), dejar los enseres necesarios y siempre que sea dependiente se dejará en la mesilla ácidos grasos hiperoxigenados (linovera) para su correcta hidratación. notificar a la enfermera el estado de piel y mucosas.
- Ante un alta: recogida de todo el material usado por el paciente: de aseo, de oxigenoterapia y aspiración, ropa de cama; avisar al servicio de limpieza para higienizar la habitación y el mobiliario de la misma; equipar la habitación, dejándola preparada para un nuevo ingreso.
- Ante un éxitus: se ofrecerá apoyo a la familia y/o cuidadores, se facilitará el acompañamiento al fallecido hasta el momento de su traslado por parte de la funeraria, permaneciendo en la unidad, si la familia lo solicita, se trasladará al mortuorio, debidamente identificado con una pegatina colocada en el sudario, nunca iniciar la preparación del cadáver si no ha sido examinado por el médico o hasta que la enfermera responsable lo comunique, dejar un tiempo prudencial y si la familia lo solicita avisar al representante de su religión, se realizará la colocación del sudario, se despejará el pasillo y las puertas de acceso para trasladar el cadáver por parte de la funeraria

Existen una serie de recomendaciones o pautas de actuación ante el paciente terminal que serían las siguientes:

1. Asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano.

2. Que el Equipo de Salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, ya que el asumir los profesionales de la salud (y especialmente los de Enfermería) la responsabilidad de un proceso terminal puede resultar sumamente estresante. Este "espíritu de equipo incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.

3. Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que deseen hablar de sus miedos y temores. Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.

4. No ser demasiado estrictos con las normas y protocolos de la institución donde trabajamos a la hora de aplicarlos, sino más bien adaptarlos a las necesidades de cada enfermo. Así evitaremos la pérdida de autocontrol en el paciente y los consiguientes efectos estresantes, depresivos y de indefensión.

5. En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas, actitudes y también valorándose con la familia. No se puede decir ni negar la verdad por sistema.

6. Agilizar si estuviera hospitalizado, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos.

7. No extremar las medidas terapéuticas para alargar la vida a costa de aumentar el sufrimiento del paciente o alejarlo del contacto humano. Quizá, así, en lugar de alargar la vida se está alargando la muerte.

8. Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración.

9. Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de

su vida, si así lo desea.

10. Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades postmortem: cumplimentación de impresos, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.).

11. Trabajar con profesionalidad: si personalmente no deseamos plantearnos el tema, al menos como algo cotidiano en nuestro trabajo debemos aceptar que el fin de toda vida es la muerte. Esto, por supuesto, sin llegar a la frivolidad que se observa en muchos profesionales, que parecen estar tan acostumbrados que no personalizan la situación, comprendiendo el sufrimiento tanto del enfermo como de la familia.

12. Por último, contemplamos la asistencia a la familia en el duelo, intentando en la medida de lo posible evitar la aparición del duelo patológico.

Finalidad de los cuidados paliativos (OMS):

- Alivio del dolor y otros síntomas.
- No alargar ni acortar la vida.
- Reafirmar la importancia de la vida.
- Considerar la muerte como algo normal.
- Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

5 Discusión-Conclusión

Aumentar tanto el confort como el bienestar del paciente y familia son los principales objetivos de los profesionales de la salud, ya que ejercen un papel fundamental en la atención al paciente en sus últimos momentos de vida que proporcionan alivio y disminuyen tanto el dolor como otros síntomas a los enfermos que tienen un pronóstico de vida inferior a seis meses (paciente terminal). La confianza y el apoyo moral son dos factores claves para el alivio de la sintomatología del paciente terminal.

6 Bibliografía

- Cuidados Paliativos. Proceso Asistencial integrado. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2002 Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 4ª. Pamplona: EUNSA; 2002.

- Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia.
Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2003.

Capítulo 748

MEDIDAS DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Las medidas de aislamiento son un conjunto de procedimientos destinados a controlar y evitar la transmisión de enfermedades. El concepto de medidas de aislamiento es utilizado a nivel hospitalario, pero también abarca el entorno domiciliario. Las medidas de aislamiento constan en una serie de barreras físicas entre el enfermo y el sujeto sano. Deben aplicarse a todos los pacientes, sin tener en cuenta su diagnóstico, es decir, su estado infeccioso.

Estas precauciones estándar son las más importantes para el control de infecciones hospitalarias:

- Lavado de manos.
- Uso de guantes.
- Uso de bata, mascarilla y protección ocular.
- Prevención de accidentes ante la exposición de sangre y fluidos corporales.
- Tratamiento de material del enfermo

- Habitación del paciente.

Son medidas adicionales a los estándares y se diferencian según el tipo del paciente y se basa en los distintos mecanismos de transmisión utilizados por los agentes infecciosos.

- Habitación del paciente: individual.
- Visitas: restringidas.
- Material clínico: de uso exclusivo.
- Ropa: retirada dentro de la habitación.
- Traslado del paciente: estrictamente limitados.

Precauciones de contacto: (directo o indirecto).

Lavado de manos + guantes + bata limpia + material clínico exclusivo + puerta cerrada + visitas restringidas.

Precauciones respiratorias: (aire).

Lavado de manos + mascarilla de alta filtración + puerta cerrada + visitas restringidas.

Precauciones para evitar las transmisiones por gotas:

Lavado de manos + guantes + mascarilla de alta filtración + bata limpia + material clínico uso exclusivo + puerta cerrada + visitas restringidas.

Las precauciones en estos tipos de pacientes que se deben seguir para evitar la transmisión tienen cuatro aspectos:

- Habitación del paciente: individual y apartada, con doble puerta y ventilación independiente.
- Personal sanitario: lavado de manos y lavado quirúrgico para determinados procedimientos.
- Indumentaria: calzas, mascarillas, bata, guantes, gorro.
- Traslados restringidos.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Conocer más acerca de las medidas de aislamiento.

Objetivos secundarios:

- Agilizar sus mecanismos de protección.

- Adquirir mayores habilidades a la hora de actuar frente a distintas situaciones de riesgo de contagio.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Libro: Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. Editorial Macmillan Profesional.
- <https://Europa.eu/>
- www.enferurg.com/
- <https://www.who.int/>

Capítulo 749

VACUNACIÓN

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

El uso de las vacunas en la prevención de las enfermedades contagiosas es un éxito de la salud pública a nivel mundial.

Previene individualmente de enfermedades infecciosas y también permiten la erradicación de enfermedades. Sus beneficios son indiscutibles para el individuo y la comunidad.

La vacuna es un producto biológico que se utiliza para obtener una inmunización activa artificial y constituye el medio de prevención más efectivo, por lo que es fundamental el seguimiento vacunal recomendado por cada comunidad.

Calendario de vacunación:

- Vacuna de Poliomielitis: 2-4-11 meses y 6 años.
- Vacuna de Difteria-Tétanos-Pertussis: prenatal, 2-4-11 meses, 6 años, 14 años, 15-18 años, 19-64 años, >65 años.
- Vacuna de Haemophilus influenzae b: 2-4-11 meses.

- Vacuna de Sarampión-Rubeola-Parotiditis: 12 meses, 3-4 años, 15-18 años, 19-64 años.
- Vacuna Hepatitis B: 0-2-4-11 meses, 15-18 años.
- Vacuna enfermedad meningocócica C: 4 meses, 12 meses, 12 años, 14 años, 15-18 años.
- Vacuna de la Varicela: 15 meses, 3-4 años, 12 años, 15-18 años.
- Vacuna Virus Papiloma Humano: 12 años, 15-18 años.
- Vacuna enfermedad neumocócica: 2-4-11 meses, >65 años.
- Vacuna Gripe: prenatal, >65 años anual.
- Se administrará 1 dosis de vacuna de tosferina a embarazadas entre las 27 y 36 semanas.
- En época de gripe de vacunar a embarazadas en cualquier trimestre.

La importancia de las estas se ve reflejado reducción de la mortalidad infantil. Según informe de UNICEF de septiembre de 2007, la mortalidad infantil en el mundo se ha reducido en una cuarta parte desde 1990, lo que supone unos tres millones de muerte menos al año, gracias a las vacunas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer la importancia de una correcta vacunación.

Objetivo secundarios:

- Insistir en la prevención primaria desde la infancia.
- Colaborar con el sistema sanitario español en la difusión de las correctas actuaciones.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es/>
- <https://vacunasaep.org>
- <https://medineplus.gov/>
- <https://www.enfermeriaávila.com>
- Libro: Técnica básica de enfermería. Editorial Macmillan Profesional.

Capítulo 750

EL PROCESO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO EN EL TCAE.EL COACHING

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

1 Introducción

A primera vista las funciones de un técnico en cuidados auxiliares de enfermería pueden parecer muy sencillas, nada más allá de la realidad, las funciones que realiza directamente relacionadas con el ámbito privado del enfermo, como el aseo personal, la ayuda a la eliminación, a la alimentación, el abanico de tareas es amplio y variado, siendo necesario su trabajo para el buen funcionamiento del Centro Sanitario (Correa L, Janeth L 2008).

Constantemente se habla de calidad percibida, se analizan las características que marcan la satisfacción del usuario tras pasar por un servicio de salud, se adiestra a médicos y enfermeras en habilidades de comunicación, pero la mayor parte de las veces nos olvidamos de una parte transcendental: el auxiliar de enfermería, que

mantiene una estrecha relación con el paciente. Los vertiginosos cambios que se están produciendo en la sociedad y la alta exigencia en el entorno sanitario hacen necesario que la unidad de gerencia busque nuevos instrumentos intelectuales y físicos que permitan evitar la carencia intelectual o física, que puedan interferir en el adecuado desarrollo del trabajo. Todo funciona en cadena, si un eslabón falla esta se rompe, de ahí surge la necesidad instruir, entrenar y adiestrar a la persona o grupos en tareas específicas (Bonald R, Hilda B, Almenares C y Marzan M, 2012).

El éxito de la organización sanitaria reside en conseguir una cultura del aprendizaje y de la experimentación. Los bruscos cambios en la sociedad obligan a las instituciones sanitarias y a los profesionales a adaptarse si quieren mantener su razón de ser (Salter B ,1998). Las características especiales que se dan en el sector sanitario hacen imprescindible las cualidades de adaptación del personal a nuevas situaciones ,siendo necesario la capacidad de aprender nuevamente e incluso a desaprender anteriores métodos, a través de los recursos y metodología específica que la institución ha de prestar al trabajador con el fin de conseguir el correcto desarrollo del profesional dentro del centro de trabajo.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir el concepto coaching y su influencia en el aprendizaje, capacitación y adaptación a las necesidades sanitarias.

Objetivo específico:

- Analizar la utilidad que puede aportar al trabajador.
- Estudiar el valor que el coaching representa en el entorno sanitario y en los usuarios.

3 Metodología

El presente estudio está realizado en base a una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet buscadores como Google Scholar. Como criterios de inclusión hemos escogido: estudios avalados científicamente, textos completos, publicaciones en idioma Inglés y Español. De un amplio número de resultados se excluye una gran mayoría por su escaso valor, se estudian 15 por su similitud con el estudio presentado.

Las palabras empleadas para su búsqueda fueron: Coaching, sanitario, auxiliar, capacitación.

4 Resultados

Podemos definir coaching como el método para la enseñanza y formación de competencias profesionales, basada en ofrecer herramientas para que el profesional al aplicarlas crezca y mejore. Se fundamenta en la observación y recogida de información, lo más detallada y cuidadosa posible, y su puesta en acción. Precisa de reflexión para tomar conciencia de la situación de partida, de unas expectativas de mejora adecuadas y deseadas verdaderamente para fijar la meta y del compromiso que te pone en acción (Cuadri I, Suero F, Palma I, 2015)

El coaching en el entorno sanitario es la tendencia en la promoción y educación sanitaria en el nivel de atención, que tiende a lograr el empoderamiento y auto control de pacientes y profesionales tanto sanitarios como no sanitarios , evaluando las evidencias científicas de efectividad, estableciendo y logrando metas de promoción de salud a fin de modificar comportamientos relacionados con los estilos de vida, con el intento de reducir riesgos de salud, mejorar el automanejo de condiciones crónicas e incrementar la calidad de vida relacionada con la salud (Zapata M, 2012) .

El coaching utiliza las capacidades de entendimiento y la facultad de manejar las propias emociones con programas de psicología positiva, programación neurolingüística, guía nuestro cerebro, desarrolla la observación y las actitudes de creatividad, de comunicación y de relación, aumentando el conocimiento, la comprensión y la adquisición del lenguaje, ya sea hablado, escrito o con signos establecidos a partir de su experiencia, enalteciendo nuestra manera de mirarnos y mirar lo que nos rodea, ayudándonos a conseguir el poder y la libertad que surge de la capacidad de anticiparnos a las situaciones (Porres B, 2013).

De los distintos estudios podemos resaltar que a nivel personal nos encontraríamos con una herramienta que ayudaría a potenciar nuestras capacidades, conocimientos y aplicación de nuestros talentos, poniendo en evidencia nuestras carencias de tal manera que fuésemos capaces de entenderlas y resolverlas (Lozano L,2008).

El Coaching introduce conceptos a trabajar poco habituales como el compromiso, la valentía, la inteligencia emocional, que produce en el personal: autoestima personal, valores de superación, motivación, satisfacción así como de generación

de sinergia con los compañeros....

El adiestramiento de los profesionales o grupos de ellos presenta amplios beneficios sobre el entorno sanitario, debe estar cimentado en la convicción de que existe un potencial ilimitado en las personas que con el entrenamiento necesario podrá lograr resultados excepcionales como:

- Aumento de la sinergia en el equipo de trabajo.
- Búsqueda de objetivos comunes en beneficio del usuario.
- Aumento de la productividad.
- Comunicaciones eficaces y eficientes en el centro y usuarios.
- Fortalecimiento y compromiso personal.
- Resultados positivos.

5 Discusión-Conclusión

Son amplias las dificultades con que se encuentra el profesional en el ámbito de la salud, determinadas principalmente por los cambios de valores de la sociedad y a la resistencia al cambio de los profesionales, hace preciso que el entorno sanitario se adapte a las exigencias de la sociedad, mediante programas de estrategias, el establecimiento de objetivos y planificación de acciones en las organizaciones sanitarias.

De las amplias encuestas realizadas a los pacientes en calidad asistencial sobre trabajadores de atención al ciudadano, admisiones, mostrador...aparecen quejas bastante llamativas: falta de escucha activa, desinterés por los problemas, desconocimiento de los procedimientos administrativos, errores en la coordinación con el hospital, problemas informáticos, etc.

Las dificultades con que se encuentra el personal, agresiones físicas, verbales, junto al agotamiento emocional que se produce al tener que realizar funciones laborales diariamente y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo producen un desgaste profesional que lleva a la persona al agotamiento y pérdida de interés, que se manifiesta con actitudes negativas a los usuarios, pudiendo llegar a la deshumanización en el trato (Morilla I, 2015).

De los estudios realizados llegamos a la conclusión de la necesidad de formación del profesional sanitario en estrategias adaptadas a las necesidades de la sociedad y al entorno del trabajador, que hagan posible la mejora de los procesos y procedimientos, mejores resultados y mayores niveles de satisfacción en

las necesidades del paciente con menores discrepancias.

6 Bibliografía

- 1. Correa, L, Janeth, L. El coaching como estrategia para la formación de competencias profesionales. Revista Escuela de Administración de Negocios. [En línea] 2008; 63(20611455009):127-137.
- 2. Bonal, R, Hilda B, Marzan M, Almanzares C. Coaching de salud: un nuevo enfoque en el empoderamiento del paciente.(En línea)2012;V;16 (ISSN1029)
- 3. Salter, B. La política de cambio en el servicio de salud. En: Londres;, MACMILLAN(ed.)La política de cambio en el servicio de salud.1998.P.2-44 .
- 4 Morilla, I. Agresiones en Sanidad Una aproximación a las causas y medidas de prevención. [En línea].
- 5. Consejería de sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. [En línea].
- 6. Ruiz R, Alba A, Jiménez C, García M y González V. Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud. Revista de Calidad Asistencial.[En línea]2011/03;V26 N° 2 (DOI: 101016): páginas 97-103.
- 7. Fierro S, Cuadri, J, Palma I , García M, González, V. El Coaching. Revista de Educación, Motricidad e Investigación.[En línea]2015; V 4 (ISSN-e 2341-1473)págs.18-33.
- 8. Sanz, M. ¿Qué es el coaching? Sus orígenes, definición, distintas metodologías y principios básicos de actuación de un entrenador. Investigación y pensamiento crítico. [En línea] 2012; Vol 1, N° 3 (ISSN-e 2254 a 3376).
- 9. Consejería de sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. [En línea].
- 10. Porres B. ¿Qué es el Coaching? [En línea].
- 11. González, S, Clèries, X. El coaching en el ámbito sanitario: una aproximación a su viabilidad. Gaceta Sanitaria. [En línea] 2002; Vol16 (ISSN 0213-9111): 132-136.

Capítulo 751

EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN LA TOMA DE MUESTRAS SANGUÍNEAS

LUISA GANSO FERNANDEZ

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA

MARIA ELVA LOPEZ ALVAREZ

MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO

1 Introducción

La toma de muestras sanguíneas para el análisis de laboratorio es una de las prácticas más frecuentes en los centros de salud. La finalidad de los análisis de laboratorio clínico es recopilar información acerca del estado de salud de una persona para establecer un diagnóstico, evaluar una evolución y/o pronóstico de una enfermedad, valorar la efectividad de un tratamiento (1-4).

El proceso de laboratorio consta de tres fases: la fase preanalítica, la analítica y la postanalítica (1-2). Es en la fase preanalítica donde interviene de manera activa enfermería (en la preparación que debe seguir el paciente, la correcta selección de los tubos de extracción sanguínea, y por último en la realización de la extracción de la muestra), siendo uno, sino el actor principal en el proceso de toma de muestras sanguíneas tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, por esta razón es susceptible de cometer errores en la obtención de las muestras

que dan lugar a resultados erróneos y, en ocasiones, rechazo de la muestra por parte del laboratorio, lo que conlleva la realización de una nueva extracción (1-5).

La presencia de errores en la fase preanalítica es un problema ampliamente estudiado durante los últimos años, diversas revisiones muestran, que los errores que se cometen con mayor frecuencia son la falta Muestra, volumen incorrecto de Muestra y muestra hemolizada (1-5). En detalle, en una revisión sistemática realizada en España, se muestra la magnitud de esta problemática, exponiendo que el error más frecuente en el laboratorio del Hospital Juan Ramón Jiménez fue Falta Muestra (FM) con una cifra total de 10.059 (1.73%). El segundo en importancia fue Volumen incorrecto de Muestra (IVM), con 3236 errores (0.55%). En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria el más frecuente fue Muestra Hemolizada (MH), con 22.092 errores detectados (2.47%), seguido por FM, con 6.609 (0.74%) (2).

Por consiguiente, es responsabilidad del personal de enfermería prevenir, evitar y minimizar los posibles errores en el proceso. El método de obtención de muestras sanguíneas es importante para que los resultados sean de calidad (2). Se pretende con todo ello disminuir el número de muestras rechazadas, evitando el riesgo de malas interpretaciones en el diagnóstico de los pacientes y las molestias ocasionadas a los mismos por la repetición de pruebas analíticas (1-6).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Establecer el procedimiento de toma de muestras sanguíneas actualizado dirigido al personal de enfermería con base en la evidencia científica.

Objetivos específicos:

- Describir las generalidades del procedimiento de toma de muestras sanguíneas
- Detallar el material para el procedimiento toma de muestras sanguíneas
- Conocer la técnica correcta del procedimiento de toma de muestras sanguíneas.
- Identificar los problemas en el procedimiento de toma de muestras sanguíneas.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por

medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Medline, Proquest, Pubmed, Elsevier y Google académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: venopunción, preanalítica, errores, actualización, protocolo. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

Generalidades sobre la venopunción.

La venopunción es un procedimiento complejo, que exige conocimiento y habilidad. Cuando se extrae una muestra de sangre, un profesional experimentado debe seguir unas fases (1):

- Verificar la solicitud del médico y el registro de la petición.
- Presentarse al paciente, estableciendo la comunicación y ganándose su confianza
- Explicar al paciente o a su responsable el procedimiento al que el paciente va a someterse, siguiendo la política institucional con habilidad.
- Realizar la asepsia de las manos entre paciente y paciente.

Identificar a los pacientes:

- Conscientes: Confirmar los datos personales, comparándolos con los de la petición. Si el paciente está ingresado, habrá que contrastar sus datos con los de su pulsera de identificación. Si hubiera discrepancias entre las informaciones, habrá que resolverlas antes de la recogida de la muestra.
- Inconscientes, muy jóvenes o que no hablen el idioma de la persona que extrae la sangre: Confirmar los datos de registro con el acompañante o equipo de enfermería asistencial, anotando el nombre de la persona que facilitó la información. Comparar los datos facilitados con los contenidos en la documentación o en la petición. Si el paciente está ingresado y tiene pulsera identificativa, contrastar los datos con los de la pulsera. Si hubiera discrepancias, habrá que resolverlas antes de la recogida de la muestra
- Semiconscientes, comatosos o dormidos: El paciente debe ser despertado antes de la extracción de sangre. Si el paciente está ingresado, y fuera posible identificarlo, hablar con el enfermero o asistente médico. En pacientes comatosos, se debe tener un cuidado especial para evitar movimientos bruscos o vibraciones al introducir la aguja o una vez que ya está dentro de la vena. Si se producen incidentes durante la extracción, se deberán notificar de forma inmediata al equipo asistencial (enfermeros o médicos).

- No identificado en la sala de urgencias: En estos casos, se realizará una identificación provisional, hasta que se produzca la identificación positiva. Para estos casos, se debe preparar el registro institucional temporal. Cuando la identificación del paciente sea correcta y se considere permanente, se rastreará la identificación provisional.
- Verificar que la preparación y el ayuno del paciente son adecuados y preguntar sobre posibles alergias al látex (para el uso de guantes y del torniquete adecuados en dicha situación). Recordar que se pueden producir casos de hipersensibilidad al látex, siendo obligación del laboratorio prevenir riesgos (3,6-7).

Material.

- Bandeja.
- Algodón.
- Antiséptico.
- Jeringa (según cantidad de muestra), mariposa o sistema Vacutainer.
- Aguja I.V.
- Ligadura.
- Esparadrapo.
- Guantes.
- Tubos de recogida de muestras.
- Impreso de petición de analítica.
- Etiquetas identificativas.
- Resguardo informativo.
- Hoja de registro de enfermería.
- Contenedor de objetos punzantes (6).

Procedimiento.

Antes de acceder a puncionar se debe considerar una serie de parámetros relevantes para el éxito de la punción, tales como:

- Las condiciones físicas y psicológicas que trae el paciente.
- Considerar un tiempo adecuado para explicar el procedimiento (lo que es esencial para disminuir la ansiedad).
- Considerar las condiciones en que será tomada la muestra, sentado o en camilla.
- Necesidad de pedir ayuda antes de iniciar el procedimiento.
- Verificar que en el sitio a puncionar se encuentra indemne y lejos de focos de infección.
- Así estaremos en condiciones de realizar la actividad.
- Los tipos de técnicas a usar son mariposa, jeringa y sistema al vacío y su uso depende de varios factores tales como los recursos, habilidad del manipulador, tipo

de examen a realizar, edad del paciente (el sistema vacutainer no se recomienda en niños, ni ancianos por su fragilidad capilar) (3,6-7).

Descripción de la técnica.

- Identificación positiva del paciente. Se indagará por la identificación del paciente.
- Revisar la orden de paraclínicos y comprobar, tipo (urgente o normal), cantidad (una o más peticiones), determinaciones, datos del paciente, datos médicos como diagnóstico o tratamiento, servicio solicitante, servicio de destino, CNP y firma del facultativo.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Sentar o acostar al paciente.
- Preguntar si viene en ayunas o cualquier otro dato necesario previo a la extracción.
- Reunir todo el material necesario en la bandeja y llevarlo al lado del paciente.
- Lavado de manos.
- Colocación de los guantes.
- Colocación del torniquete entre 7,5 cm o 10 cm por encima del punto de punción (3,6-7)..

Forma de hacer el torniquete: se coloca el torniquete alrededor del brazo con los dos extremos hacia nosotros; se cruza el extremo izquierdo sobre el derecho y tire del extremo izquierdo hacia el hombro, manteniendo la tensión mientras que se hace un lazo en la sección del torniquete que rodea el brazo; esta forma de asegurarlo permite soltarlo con una sola mano.

Tensión del torniquete: el torniquete debe asegurarse con la tensión suficiente para que ponga las venas prominentes pero que no comprometa la circulación. Si está muy apretado la piel se pondrá blanca alrededor y si está muy flojo se escurrirá, suéltelo y asegúralo otra vez.

El uso prolongado del torniquete obstruye el flujo de la sangre y causa la acumulación anormal de fluidos y elementos de la sangre que puede afectar el resultado del análisis. También puede pedirle al paciente que cierre la mano, esto hace que la vena sea más prominente (3,6-7).

Tiempo del torniquete: El torniquete no debe ponerse más de 1 minuto y si en ese tiempo no se localiza la vena, suéltelo y póngalo de nuevo pasados 3 minutos. En caso de trastorno de la piel o excesivo vello el torniquete se puede poner encima de la manga:

- Colocar el brazo hiperextendido, de manera que la mano esté más baja que el codo; si es necesario ayudarse con una toalla o rodillo (6).
- Seleccionar la vena por palpación.

Recordar que las venas más utilizadas para la venopunción se localizan en el área antecubital: a) vena cubital: es la más larga y gruesa de todas y es la preferida por bordear la musculatura del brazo. b) vena cefálica: tiene iguales características que la anterior, pero es un poco menos gruesa. c) Vena basilíca: es más pequeña que las anteriores. Esta vena está cerca de la arteria braquial, por lo que su punción supone más riesgo y su área es más sensible y dolorosa para el paciente. La palpación se hará con el dedo índice, palpando con suavidad y firmeza. Las venas tienen una consistencia esponjosa y rebotará bajo la presión del dedo. Las arterias se encuentran a mayor profundidad y palpitan; los tendones están duros, son como cuerdas, resistentes a la presión. Las venas trombosadas sobresalen como vasos normales pero no poseen elasticidad. Antes de elegir una vena hay que ver su tamaño, dirección y profundidad. Con la experiencia se desarrolla un buen sentido del tacto para escoger la más adecuada. Nunca asuma que una línea azul es una vena que le dará sangre (3,6-7).

Existen técnicas para localizar las venas en caso de que estas no sean visibles, ni palpables:

- Cerrar el puño hace más prominente una vena.
- Colocar durante 30 segundos previos el compresor.
- Masajear el brazo desde la muñeca al codo
- Golpear con el dedo índice el lugar de punción.
- Aplicar calor en dicha zona.
- Dejar colgar el brazo para dificultar el retorno y abrir y cerrar la mano a modo de bombeo.
- Aplicar calor en dicha zona.

Desinfectar la zona elegida:

- Limpieza con alcohol u otro antiséptico para evitar la contaminación bacteriana o química.
- Debe hacerse con una torunda en forma circular, desde dentro hacia fuera.
- Dejar secar el alcohol o secarlo antes de puncionar; ya que si se deja húmeda el paciente sentirá quemazón durante la punción y si el alcohol penetra en el sistema de extracción de sangre se producirá una hemólisis que alterará los resultados.
- Si tiene que volver a palpar la vena, limpie su dedo con alcohol pero no toque

la zona de punción (3,6-7).

- Rompa el sello de la funda de la aguja e insértela con un giro en el receptáculo hasta el tope si usa sistema vacutainer. Si usa jeringa, encaje la aguja firmemente. En ambos casos compruebe que la aguja no contenga bordes ásperos o toscos, pero nunca la toque.
- Inmovilice la vena seleccionada colocando el pulgar debajo de la zona de punción y tense la piel; así se impide que la vena se escurra en el momento de la punción, el resto de los dedos se ponen detrás del codo para evitar que éste se doble o prevenir cualquier movimiento.
- Con el bisel hacia arriba puncione la piel con un suave y rápido movimiento. La pared superior de la vena debe ser puncionada y el bisel debe quedar en el interior de la vena; cuando la aguja está asegurada se conecta el primer tubo o se aspira para que la sangre fluya; una vez que empiece a salir soltar el torniquete.
- Si se usa sistema de vacío se encajará el tubo en el extremo y éste se llenará inmediatamente de sangre con un volumen hasta agotar el vacío del tubo. El tubo no se llenará nunca en su totalidad. Mientras se llena el tubo coloque el conjunto del receptáculo entre su dedo pulgar e índice para, apoyando sus dedos libres en el brazo del paciente para evitar que se movilece (3,6-7).
- Todos los tubos con anticoagulante hay que agitarlos suavemente invirtiendo los tubos 4 veces. Si se hace muy fuerte o muchas veces se puede producir hemólisis y si no lo hacemos suficientemente producirá coagulación.
- Una vez llenado todos los tubos (sistema de vacío) retiraremos la aguja, con un movimiento rápido y suave hacia atrás y se aprieta la zona con el fin de evitar la formación de un hematoma. La presión en la zona se hará durante más de cinco minutos o el tiempo necesario según el tipo de paciente, manteniendo recto el brazo.
- Se retira todo el material, colocando cada uno en el contenedor correspondiente.
- Se despide al paciente (6).

Recomendaciones.

- No sondee. Es doloroso para el paciente y puede provocar un hematoma. Si no se puede extraer la sangre, retire el torniquete y la aguja. Aunque no se haya podido extraer la sangre debe de controlarse el sitio de punción y presionar esa zona.
- Nunca puncione dos veces en el mismo sitio. Volver a poner el torniquete puede provocar una hemorragia y producir un hematoma.
- Nunca puncione en una zona azulada.
- Nunca vuelva a puncionar a un paciente si no es capaz de localizar una nueva

vena.

- Nunca puncione a un enfermo más de dos veces. Explique al paciente que no ha podido extraer una muestra de sangre completa y que lo tiene que volver a hacer.
- Use un equipo limpio que incluya jeringuilla, tubos, antisépticos y algodón. Si el segundo intento no tiene éxito, que otro flebotomista obtenga la muestra de sangre.
- Nunca vierta sangre de un tubo a otro, esto puede contaminar la muestra.
- No destapar NUNCA los tubos, ya que al volverlos a cerrar se produce un exceso de presión dentro del mismo (la sangre más el vacío) y esto hace que el tapón salte y se derrame la muestra (3,6-7)..
- Dejar resbalar la sangre por la cara interna del tubo, ya que sí cae al fondo puede producir espuma con rotura de hematíes. (Hemólisis).
- Recordar que si se usa el sistema de vacío, el volumen de llenado de cada tubo dependerá su tamaño y de la intensidad del vacío de su interior, esto garantiza una proporción adecuada entre el volumen de sangre recogida y el anticoagulante del interior (3,6-7).

Problemas en la extracción.

Cuando la recogida de sangre es insuficiente o no se extrae sangre. Las posibles soluciones son:

- Mover la jeringuilla ligeramente hacia delante (puede no estar en la luz), o hacia atrás (puede haber atravesado la vena).
- Ajuste el ángulo del aparato (el bisel debe mirar a la pared superior de la vena).
- Afloje el torniquete (puede estar demasiado apretado, obstruyendo el flujo de la sangre).
- Inténtelo con otro tubo (puede que no haya vacío en ese).
- Vuelva a sujetar la vena (a veces las venas se apartan de la punta de la jeringuilla y del sitio de punción) (3,6-7).

Si la sangre deja de fluir:

- La vena puede haberse colapsado; asegure el torniquete para aumentar la repleción venosa. Si esta maniobra no tiene éxito, retire la jeringuilla, fíjese en el sitio de la punción, y vuelva a introducir la jeringuilla.
- El ensamblaje de la aguja/adaptador/tubo puede no estar bien hecho y cada vez que se cambia de tubo la jeringuilla se sale de la vena; agarre firmemente el equipo y coloque los dedos en el brazo del paciente, usando el reborde para hacer palanca al sacar y meter los tubos (3,6-7).

Otros problemas:

- Se puede formar una protuberancia azulada debajo de la piel en el sitio de la punción; probablemente se trate de un hematoma afloje el torniquete inmediatamente y retire la jeringuilla. Presione la zona durante un tiempo prudencial manteniendo estirado el brazo del paciente. En el futuro evite usar cualquier zona azulada.
- La sangre es roja y brillante más que roja oscura (sangre venosa) esto indica una punción arterial. Una vez terminada la flebotomía, presione la zona durante más de cinco minutos, manteniendo recto el brazo del paciente (3,6-7).

Se deben evitar algunas zonas para hacer la venopunción:

- Excesivas cicatrices de quemaduras o de suturas quirúrgicas es difícil puncionar el tejido cicatricial y obtener una muestra.
- En el mismo lado de una mastectomía (los resultados de la prueba pueden alterarse por el éxtasis linfático).
- El hematoma azulado, además de ser doloroso, puede producir resultados erróneos.
- Terapia intravenosa/transfusiones sanguíneas, el líquido puede diluir la muestra. La sangre se debe extraer en el otro brazo. Si esto es imposible, coloque el torniquete por debajo de la cánula intravenosa y extraiga la sangre.
- En general la sangre nunca debe extraerse de un brazo con una fistula o cánula.
- Extremidades edematosas (los tejidos con acumulación de líquidos alteran los resultados (3,6-7).

5 Discusión-Conclusión

El procedimiento de toma de muestras sanguíneas para la analítica de laboratorio clínico es uno de los procedimientos más frecuente en la práctica diaria del personal de enfermería, la literatura expone que durante este proceso se cometen errores, muchos de ellos prevenibles (1-5). Por tal motivo se estableció un protocolo actualizado, basado en la mejor evidencia actual disponible del procedimiento de toma de muestras sanguíneas dirigido al personal de enfermería, con el principal objetivo de actualizar el conocimiento en esta área, estandarizar los procesos y actividades propios de la etapa preanalítica de laboratorio y servir de fuente de consulta y como instrumento de formación (1-7).

Por medio de esta herramienta, se intenta dar solución a algunos de los problemas asociados a la mala praxis en este procedimiento, con el fin de minimizar los

errores en esta práctica tan importante en el diario transcurrir de los servicios de salud (1-5).

Los errores en la toma de muestras sanguíneas expuestos en la literatura son multifactoriales (1-5), esto determina, que no solo un protocolo actualizado sea la solución a todos los problemas. Los autores recomiendan abordar la problemática integralmente intentando mitigar todos los factores contribuyentes (1-5), recomiendan la capacitación continua al personal de enfermería por parte de su empleador, implementado los procesos de inducción y reinducción a intervalos de tiempo regulares (2-3), mejorar la calidad de la formación teórico-práctica en las escuelas y universidades de enfermería, teniendo en cuenta el impacto socioeconómico de la mala praxis de este procedimiento, que forma parte del día a día en la práctica clínica y ambulatoria (2-3).

En este protocolo se proporciona al personal de enfermería encargado de la toma de las muestras para los análisis de laboratorio información que consideramos relevante y pertinente para el desarrollo de sus actividades, de manera que sea posible cumplir con los requisitos de un proceso seguro, confiable y oportuno de los exámenes, aportando así un servicio que satisfaga las necesidades de los pacientes, de los profesionales médicos y del equipo de salud (1-5).

6 Bibliografía

1. Sociedad Brasileña de Patología Clínica/Medicina Laboratorial. Recomendaciones para la extracción de sangre venosa – 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010.
2. Gómez J, Romero A, Camacho R. Relevancia de las enfermeras en los errores en la fase preanalítica: su relación con la seguridad del paciente. España, 2014.
3. Hospital Puerto Montt. Manual de Toma de Muestras Laboratorio Clínico. Chile, 2010.
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública. Manual para la toma de muestras para análisis microbiológico. Colombia, 2008. 1ra edición Editorial Linotipia Bolívar y Cía.
5. Romero D, Martínez O, Zamudio A, et al. Análisis de la evaluación del conocimiento de la enfermera en la técnica de la toma de muestras sanguíneas. México. Rev Sanid milit Mex 2006; 60(2): 103-108.
6. Hospital regional universitario Carlos Haya. Protocolo de extracción venosa. España.

7. Hospital nuestra señora del Rosario. Protocolo de toma de muestra de laboratorio. España.

Capítulo 752

ACTUACIONES DEL TCAE PARA HACER LA CAMA HOSPITALARIA CON ENFERMO ENCAMADO

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los pacientes encamados son aquellos que requieren cuidados específicos que no puedan realizar por sí mismos de manera independiente y consecuentemente necesitan ciertos cuidados enfermeros específicos, tanto para tratar su causa principal de encamamiento, como cuidados generales relacionados con el proceso en cama y las complicaciones potenciales que conlleva el hecho de estar postrado en cama. Este trabajo lo lleva a cabo el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y es por ello que es objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer la función del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) respecto a la técnica de realización de la cama hospitalaria.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos relacionados con las actuaciones del TCAE y poder llegar a unos resultados y conclusiones.

4 Resultados

La técnica para la realización de la cama hospitalaria es:

- Nos lavamos las manos con agua y jabón y nos colocaremos guantes de un solo uso.
- Prepararemos el material y lo llevaremos a la habitación, teniendo preparada la lencería y perfectamente ordenada.
- Informaremos al paciente y preservamos su intimidad.
- La temperatura de la habitación debe ser la adecuada, así mismo evitaremos en lo posible las corrientes de aire.
- Debemos proteger al paciente de posibles caídas, para lo cual es importante que esta técnica se realice entre dos personas.
- Si no está contraindicado, colocaremos la cama en posición horizontal (paciente en decúbito supino).
- En primer lugar, debemos aflojar la ropa de la cama.
- Retirar la colcha y la manta. Si están sucias, depositarlas en el carro o bolsa correspondiente.
- Dejar la sábana encimera cubriendo al paciente o colocar una toalla de baño por encima. No dejar nunca al paciente totalmente descubierto.
- Si es posible, se retira la almohada para cambiarle la funda y se coloca encima de una silla.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, cercano a uno de los bordes de la cama.
- Enrollar la ropa sucia a retirar (entremetida, salvacamás y sábana bajera) desde el borde de la cama donde nos encontramos, hacia la espalda del paciente.
- Empezar a hacer la cama por el lado contrario al que se encuentra el paciente.
- Colocamos la sábana bajera limpia enrollándose hasta el centro de la cama. Se fija a la cabecera y a los pies y se hace el ángulo o mitra.

- Colocar la entremetida y el salvacamas, si se precisan, hasta la espalda de la misma forma que la sábana bajera y se fija a lo largo de la cama.
- Dar la vuelta al paciente de manera que se sitúe encima de la ropa limpia, en decúbito lateral, y se hace la otra mitad de la cama quitando primero la ropa sucia.
- Estirar la sábana y la entremetida limpias evitando arrugas, metiéndolas debajo del colchón y efectuando el ángulo o mitra de las dos esquinas restantes.
- Ayudar a colocar al paciente de nuevo en decúbito supino.
- Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente y retirar la sucia o la toalla empleada para taparle.
- Después colocar el resto de la ropa (manta y colcha), metiéndolas con holgura en los pies de la cama de forma que quede floja la ropa para que pueda moverse cómodamente y así evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
- Colocar la almohada limpia por debajo de la cabeza del paciente.
- Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada. Que tenga fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material. La ropa sucia no deberá ser aireada ni colocada en el suelo, sino echada directamente en una bolsa de ropa sucia.
- Nos retiramos los guantes y nos lavamos las manos nuevamente.

En resumen, siempre que se vaya a realizar el cambio de sábanas con el paciente encamado deberán tenerse en cuenta una serie de recomendaciones:

- Comprobar la identidad del paciente.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Respetar la intimidad del paciente durante toda la técnica, no dejándolo nunca totalmente al descubierto. Evitar corrientes de aire.
- Retirar la ropa sucia cuidadosamente, evitando sacudirla y echándola en la bolsa adecuada.
- Tanto la ropa sucia como la limpia no deberá estar en contacto con la cama del otro paciente.
- Hacer las camas diariamente, con ropa limpia, a primera hora de la mañana y siempre que sea necesario.
- El carro de la ropa no debe entrar en la habitación, quedándose en la puerta.
- Tener en cuenta posibles alergias a utensilios y materiales a utilizar.
- Disponer del personal adecuado y los recursos materiales (grúas, asideros, triángulos, barandillas, etc...) para asegurar una buena higiene postural.
- La ropa limpia a utilizar, la colocaremos de abajo-arriba según el orden de utilización, en cantidad necesaria y en la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia realizar el cambio de sábanas en el paciente encamado de manera rutinaria y en todas las ocasiones que sea necesario para proporcionar alivio y máximo confort. Durante el proceso del cambio de sábanas se aprovechará para realizar los cambios posturales pertinentes y siempre nos aseguraremos, que dicho paciente no tenga asociadas patologías que impidan el cambio de posición ya que puede llegar a ser contraproducente para su salud. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Kozier R, B., Erb, G., Belman, A. & Snyders, S. (2005). Higiene. En: Guía desarrollada por equipo PAE I 2012. Escuela Enfermería UST. Revisada y actualizada por Equipo Ciclo Vital I. Primer Semestre 2012. Universidad Pedro de Valdivia.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 753

ASEO E HIGIENE EN EL PACIENTE ENCAMADO

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

1 Introducción

El aseo a un paciente encamado es un conjunto de actividades para proporcionar higiene y comodidad a la persona hospitalizada, en el aseo se incluye la limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

2 Objetivos

- Satisfacer las necesidades de higiene del paciente durante su hospitalización.
- Mantener su piel hidratada para evitar posibles lesiones.
- Obtener información sobre el estado general del paciente.
- Estimular al paciente para que sea lo más independiente posible.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Se procederá siempre teniendo como objetivo la salud y seguridad del paciente:
- Aislar al paciente de posibles causas que puedan agravar sus salud, como corrientes de aire y situaciones que puedan provocar su caída
 - Lavar las manos y poner guantes no estériles.
 - Preparar material: palangana, esponjas jabonosas, guantes de un solo uso, carro de ropa sucia, camisón, toallas, crema hidratante.
 - Colocar cerca del paciente y le explicar que vamos a realizar el aseo.
 - Prestar atención a la temperatura de la habitación y a las corrientes de aire si las hubiese, para evitarlas.
 - Priorizar la intimidad, aislar al paciente con biombos o cualquier tipo de cortina, mantener desnudo el menor tiempo posible.
 - Colocar a la persona encamada en decúbito supino para comenzar.
 - Desnudar a la persona, procurando que siempre esté tapado con una toalla o sábana.
 - El orden del lavado es: ojos, cara, orejas, cuello, hombros, brazos, manos, axilas, tórax, mamas, abdomen, piernas y pies, espalda, nalgas y genitales.
 - Usar esponjas jabonosas, ya que no necesitan aclarado y secar bien cada parte que se vaya enjabonando.
 - Los ojos y la cara lavar solo con agua.
 - Enjabonar tórax y abdomen, secar.
 - Cambiar de esponja y coger una nueva.
 - Seguir con el lavado y secado de las extremidades inferiores.
 - Cambiar el agua y la esponja jabonosa.
 - Colocar al paciente de decúbito lateral y lavar cuello, hombros, espalda y nalgas. Secar.
 - Cambiar el agua y la esponja, colocar al paciente de nuevo en decúbito supino, proceder a lavar la zona genital. Secar bien para evitar que se produzcan hongos

o infecciones.

- Aplicar crema hidratante por todo el cuerpo y poner camisón limpio.
- Animar al paciente para que use artículos de aseo como peine, desodorante, colonia, etc.
- Comprobar sus uñas, si fuese necesario cortar.
- Finalmente, dejar acomodada a la persona, hacer la cama y registrar las posibles incidencias.

Con los aseos veremos el grado de autonomía de la persona e intentaremos fomentar el autocuidado lo máximo posible, dentro de sus capacidades. El aseo ayuda al descanso, a eliminar de la piel el exceso de grasa y suciedad, estimularemos la circulación sanguínea. Está demostrado que con una buena higiene personal se evitan muchas infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Realizar un buen aseo ayuda a conseguir una mayor autoestima para la persona hospitalizada, ya que se evitarán malos olores y al proporcionarles mayor bienestar y comodidad conseguiremos que las personas que en ese momento no sean válidas completamente hagan intención de hacer cosas por ellas mismas, aunque sea el simple hecho de peinarse, estarán más animadas y con ganas de participar en su higiene.

Se recomienda el uso de clorhexidina para el aseo bucal y productos no irritantes para la piel, de esa manera no pierde su función de barrera.

6 Bibliografía

- <https://enfermeriapractica.com>
- <http://www.auxiliar-enfermería.com>
- www.areasaludplasencia.es

Capítulo 754

ACTUACIONES DEL TCAE EN LOS CUIDADOS POST-MORTEM

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Los cuidados post mortem son aquellos cuidados que se efectúan después de la muerte, una vez que el médico ha firmado el certificado de defunción o fallecimiento del paciente.

2 Objetivos

- Describir el protocolo de actuación que debe llevarse a cabo tras el fallecimiento de un paciente.
- Garantizar la integridad y aspecto físico del difunto.

3 Metodología

Protocolo de actuación del TCAE en los cuidados post-mortem:

1. Verificar y confirmar el éxitus en el parte médico. Se deberá colaborar con la enfermera responsable durante todo el proceso.
2. Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos.
3. Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación o, en su defecto, aislarlo mediante un biombo o cortina.
4. Lavarnos las manos y colocarse guantes de un solo uso.
5. Preparar todo el material necesario y trasladarlo a la habitación del fallecido.
6. Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada.
7. Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que llevará el fallecido.
8. Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarse si hace falta, limpiarle las secreciones y peinarle.
9. Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisarán.
10. Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo. El cadáver debe quedar alineado.
11. Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas. Colocar la dentadura si se le había quitado al enfermo moribundo, y cerrarle la boca.
12. Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
13. Entregar a la enfermera los objetos de valor retirados del fallecido (para su posterior entrega a los familiares) y ponerle una bata mortuoria o sudario. Si la familia lo desea, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
14. Cubrirlo por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación: identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
15. Antes del traslado por los Celadores, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos.
16. Notificar el éxitus a los servicios que corresponda: Farmacia, admisión, cocina, etc.
17. Recoger y limpiar la habitación, después avisar para su desinfección.
18. Nota: Los fallecidos por causa de ciertas enfermedades contagiosas deben ser amortajados de forma especial.

4 Resultados

Puede existir la complicación de que la familia del difunto no acepte la situación, para ello se permitirá y animará a que participen activamente durante todo el proceso. Es fundamental que el equipo sanitario, permita a la familia hablar del fallecido y expresar sus sentimientos. Debe evitarse el uso de fármacos e intentar ofrecer otro tipo de productos naturales aunque si hay sospecha de un duelo patológico habrá que realizarse un seguimiento realizar un seguimiento.

5 Discusión-Conclusión

El profesional debe ser competente, sensible a la situación y con sentido común, capacitado para técnicas de comunicación y empático con la situación a la que se enfrenta ser capaz de ayudar al paciente a enfrentarse con su muerte. Es muy importante tratar a cada paciente de manera individual ya que cada cual tiene necesidades específicas.

6 Bibliografía

- Viguria J., y Rocafort J. (1998). Bases Fundamentales de los Cuidados Paliativos. López Inmedio. E, Alcocer.
- Enfermería en Cuidados Paliativos,(pp 13-17). Madrid: Panamericana. (II) OPS/OMS.
- Manejo de cadáveres en situaciones de desastre. In: OPS, editor. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
- Protocolo cuidados postmortem del Complejo Universitario de Albacete. 2011.
- Manual de procedimientos de Hospital Reina Sofia de Cordoba. 2011.

Capítulo 755

EL EQUIPO DE ENFERMERIA EN EL CATETERISMO ARTERIAL

MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO

MARIA ELVA LOPEZ ALVAREZ

ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA

LUISA GANSO FERNANDEZ

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El manejo del paciente en estado crítico requiere de monitoria invasiva continua, con el propósito de identificar precozmente cambios en los parámetros fisiológicos, y de esta forma iniciar inmediatamente medidas correctivas para su control, que limiten el deterioro sistémico, los cuales pueden llegar a ser potencialmente mortales por disfunción orgánica (1-7).

Uno de los pilares fundamentales de la monitoria hemodinámica continua e invasiva es el cateterismo arterial o línea arterial, el cual es un procedimiento que permite el control de la presión arterial continua, utilizando un sistema que está diseñado para la medición de los tres parámetros de la presión sanguínea: sístole, diástole y presión arterial media (PAM) y realizar una valoración continua de la perfusión arterial de los principales sistemas del organismo, también permite diagnosticar alteraciones respiratorias o metabólicas, mediante la interpretación

de los gases arteriales, ya que facilita la toma de muestras sanguíneas, disminuyendo las punciones en el paciente, y un control más estricto del paciente sin causarle molestias (1-7).

Así mismo, es importante tener en cuenta que como todo procedimiento invasivo trae consigo, implícitos riesgos potenciales como, el riesgo de infecciones locales y sistémicas, trombosis, hemorragias, entre otras, por lo tanto, la importancia de contar con un procedimiento estandarizado que garantice el adecuado control de estos (1-7).

El procedimiento de canalización arterial se ha convertido en una tarea casi exclusiva del personal de enfermero de las unidades de cuidado intensivo, efectuar el procedimiento de forma adecuada permite la obtención de información confiables de la condición hemodinámica del paciente, así como tomar muestras de sangre arterial, minimizando las punciones al paciente (1-7).

No obstante, es importante que el personal de enfermería cuente con el conocimiento y las competencias suficientes para llevar a cabo este procedimiento, y brindar los mejores cuidados a este tipo de pacientes (1-2). Bajo esta premisa, se hace imprescindible la revisión literaria y sistemática de la mejor evidencia científica disponibles acerca de la inserción y cuidado del catéter arterial periférico para monitoria continúa.

2 Objetivos

Objetivo general:

Establecer el protocolo de enfermería de inserción, cuidado y retiro del catéter arterial.

Objetivos específicos:

- Conocer las indicaciones y contraindicaciones del cateterismo arterial.
- Reconocer el material necesario para el procedimiento.
- Conocer las técnicas de canalización arterial con catéter de línea arterial y con catéter periférico.
- Establecer los cuidados de enfermería con el catéter arterial.
- Conocer la técnica de retiro de catéter arterial.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, configurándose como un estudio de tipo documental. La elaboración de la revisión bibliográfica se ha realizado por medio de búsquedas bibliográficas en las bases de datos: Cuiden, Scielo, Medline, Proquest, Pubmed, Elsevier y Google Académico. Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: línea arterial, canalización arterial, línea arterial por catéter periférico, protocolo de enfermería, procedimiento de enfermería, guía de enfermería. Se encontraron artículos en inglés y español y se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

Línea arterial.

Una línea arterial es la canalización de una arterial, con la ayuda de un catéter periférico o un catéter de línea arterial. Puede utilizarse para la medición continua (invasiva) de presión arterial o para la toma de muestras de sangre arterial (en algunos centros hospitalarios se establece este criterio cuando se requiere tomar 2 o más muestras en un periodo de 24 horas). Generalmente se utiliza en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos que requieren medición continua de la presión arterial (shock de cualquier origen o cualquier situación que genere alteración de su estado hemodinámico y que requiera control estricto continuo), que requieran toma frecuente de muestras de sangre arterial (al menos dos o más punciones diarias), pacientes que requieran monitorización continua posoperatoria de cirugías mayores o con riesgos aumentados, pacientes anticoagulados o con suministro de antiagregantes plaquetarios que vayan a requerir toma de muestras arteriales, pacientes con emergencias hipertensivas o con infusión continua de algún medicamento inotrópico o vasoactivo (vasoconstrictor o vasodilatador), uso de balón intraaortico, o cualquier otra situación clínica en la que el medico a cargo determine que requiere canalización de arteria para monitoreo continuo o toma de muestra arterial (1-7).

Presión arterial. Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Esta presión es imprescindible para que circule la sangre por los vasos sanguíneos y aporte el oxígeno y los nutrientes a todos los órganos del cuerpo para que puedan funcionar.

Presión arterial sistólica. Presión arterial medida durante el período de contracción ventricular (sístole). Normalmente es la más alta de las dos medidas.

Presión arterial diastólica. Nivel mínimo de presión arterial medida entre dos contracciones cardíacas. Las presiones diastólicas de un individuo pueden variar según edad, sexo, peso corporal, estado emocional y otros factores.

Presión arterial media (PAM). Es la presión sostenida que se mantiene dentro de los vasos dependiendo de los dos niveles de presión. La forma más simple para el cálculo de la misma es: dos veces la diastólica (PAD) más la Sistólica (PAS) dividido por tres: (1-7). $PAM = (2PAD + PS) / 3$.

Indicaciones.

Está indicada fundamentalmente en tres situaciones:

1. Inestabilidad hemodinámica: En pacientes en shock con elevadas resistencias vasculares sistémicas en la que puede haber una discrepancia significativa entre la presión obtenida por auscultación y palpación (valor obtenido mediante procedimiento no invasivo) y la intraarterial directa (procedimiento invasivo). También en cirugías prolongadas en tiempo, para un mejor control hemodinámico del paciente inestable.
2. Cuando hay que obtener numerosas muestras arteriales, para evitar molestias al paciente.
3. Necesidad de infusión intraarterial de fármacos, como en angiografías o determinadas intervenciones quirúrgicas (1-7).

Selección de la arteria:

- Debe tener suficiente diámetro para que el catéter no produzca oclusión arterial o trombosis.
- La arteria debe tener una adecuada circulación colateral.
- Debe ser de fácil acceso a los cuidados de enfermería.
- Cómoda para la monitorización.
- No debe situarse en una zona fácilmente contaminable.
- El sitio elegido debe ser lo más confortable posible para el paciente.
- No debe existir infección ni alteraciones cutáneas en la zona elegida.
- Debe ser la más adecuada para la técnica que se desea realizar.

Contraindicaciones para la colocación de una vía arterial:

- Infección cutánea local.
- Quemadura superficial o profunda de la zona.
- Enfermedad vascular; diabetes avanzada, arteriosclerosis severa, Isquemia arterial.
- Fístula Arteriovenosa.
- Coagulopatías en arterias profundas, difíciles de comprimir.

- Punción reciente en otra arteria que ofrece flujo la circulación colateral Radial/Cubital y Pedía/Tibial posterior.
- Punción reciente en arteria con flujo aferente a otra arteria Axilar/Braquial/Radial (1-7).

Arterias de elección para la canalización y monitorización invasiva:

- La más utilizada la arteria radial ya que posee circulación colateral a través del arco palmar con la arteria cubital, es de fácil acceso y tiene menos complicaciones.
- La arteria axilar y la arteria femoral son consideradas por algunos autores en casos de situaciones cardiovasculares de intensa vasoconstricción (1-7).

Material:

- Clorhexidina jabón.
- Clorhexidina alcohólica.
- Guantes limpios (1 PAR).
- Guantes estériles (1 Par).
- Catéter de línea arterial.
- Campo de ojo estéril.
- Bata estéril.
- Tapabocas.
- Gorro desechable.
- Equipo de pequeña cirugía (o 1 portaagujas y 1 tijera estériles).
- Seda 2-0.
- Apósito transparente.
- Gasas estériles (4 paquetes).
- Micropore 4 tiras, largo acorde a las dimensiones de borde a borde del tegaderm.
- Transductor de presión.
- Solución salina.
- Heparina (solo si se va a utilizar solución heparinizada).
- Jeringa 1 cc.
- 1 isopañin (1-7).

Canalización de acceso arterial con catéter de línea arterial:

1. Colóquese gorro, tapabocas y gafas de protección ocular.
2. Realice lavado de manos según protocolo de la institución.
3. Seleccione la arteria a puncionar siguiendo los criterios establecidos en las recomendaciones de este documento y anotado en el numeral 4 de toma de muestras por punción arterial.

4. Colóquese la bata estéril.
5. Usando guantes estériles realice limpieza del área a puncionar con jabón de clorhexidina y aplique solución de clorhexidina con alcohol isopropílico.
6. Cambie sus guantes estériles por un nuevo par.
7. Coloque campo de ojo garantizando el acceso visual al sitio de punción.
8. Retire la tapa del catéter de línea arterial.
9. Tome el catéter de línea arterial y verifique permeabilidad retirando la guía, verifique permeabilidad de aguja de punción usando la guía del catéter.
10. Puncione el sitio elegido en un ángulo de 30 a 45 grados, hasta obtener retorno arterial.
11. Pase la guía a través de la luz de la aguja teniendo en cuenta introducir al menos 3 a 4 cm dentro de la piel del paciente.
12. Presione con un dedo por encima del sitio de punción y retire la aguja, teniendo cuidado de no retirar la guía en este momento.
13. Inserte completamente el catéter de línea arterial ayudándose por la guía metálica, verifique que la guía salga a través de la luz del catéter (introdúzcalo lentamente y verifique que la guía permanezca en su lugar).
14. Cuando haya introducido el catéter, retire la guía teniendo especial cuidado de que al retirarla estará permitiendo el flujo sanguíneo a través de la luz del catéter.
15. Cuando haya retirado la guía hasta el punto de pinzamiento del catéter, pince el mismo para evitar derramamiento accidental de sangre arterial.
16. Conecte el transductor de presión teniendo especial cuidado de que no se contamine la punta del mismo, no se traccione accidentalmente el catéter arterial y que se garantice el mantenimiento de las condiciones de asepsia (no contaminar el área de trabajo).
17. Si se comprueba adecuado trazado de la línea arterial suture el catéter con dos puntos de fijación a piel, usando el portaaugas y la seda 2-0.
18. Limpie nuevamente el sitio de inserción con solución de clorhexidina alcohólica impregnada en una gasa.
19. Verifique que no haya sangrado ni hematoma.
20. Aplique apósito transparente para proteger sitio de punción, asegure los bordes con tiras de micropore.
21. Rotule indicando fecha de inserción del catéter (después de la primera curación el rotulo deberá contener fecha de inserción y fecha de realización de curación).
22. Verifique diligenciamiento de lista de verificación de accesos vasculares.
23. En caso de presentarse alguna complicación como no obtener retorno a través

del catéter, no obtener trazado de línea arterial, contaminación del catéter o área de procedimiento, sangrado alrededor del catéter o hematoma, por favor verifique si es viable realizar nuevamente la punción, y que todas las consideraciones expuestas en precauciones y cuidados y mantenimiento del catéter arterial se estén cumpliendo (1-7).

Canalización de acceso arterial con catéter periférico (ANGIOCATH – INSITHE – YELCO) sólo de emergencia.

1. Colóquese gorro, tapabocas y gafas de protección ocular.
2. Realice lavado de manos según protocolo de la institución.
3. Seleccione la arteria a puncionar siguiendo los criterios establecidos en las recomendaciones de este documento y anotado en el numeral 4 de toma de muestras por punción arterial.
4. Colóquese la bata estéril.
5. Usando guantes estériles aplique solución de clorhexidina con alcohol isopropílico.
6. Puncione el sitio elegido en un ángulo de 30 a 45 grados, hasta obtener retorno arterial.
7. Retire el mandril, teniendo la precaución de presionar con un dedo arriba del sitio de punción para evitar derramamiento accidental de sangre.
8. Conecte el transductor de presión teniendo especial cuidado de que no se contamine la punta del mismo, no se traccione accidentalmente el catéter y que se garantice el mantenimiento de las condiciones de asepsia (no contaminar el área de trabajo).
9. Si se comprueba adecuado trazado de la línea arterial, limpie nuevamente con una gasa impregnada de clorhexidina alcohólica el sitio de punción y fije con micropore el catéter.
10. Verifique que no haya sangrado ni hematoma.
11. Rotule indicando fecha de inserción del catéter.
12. Este acceso es temporal por lo que en un periodo máximo de 3 días deberá ser reemplazado por un catéter de línea arterial, teniendo la consideración de valorar si el paciente aún requiere el acceso vascular. En caso de no ser posible el cambio a catéter de línea arterial, justifique en la historia clínica la razón del impedimento.
13. Verifique diligenciamiento de lista de verificación de accesos vasculares.
14. En caso de presentarse alguna complicación como no obtener retorno a través del catéter, no obtener trazado de línea arterial, contaminación del catéter. o área de procedimiento, sangrado alrededor del catéter o hematoma, por favor verifique si es viable realizar nuevamente la punción, y que todas las consideraciones

expuestas en precauciones y, cuidados y mantenimiento del catéter arterial se estén cumpliendo (1-7).

Complicaciones:

- Hematomas y/o hemorragias a nivel de la punción. Suelen ceder retirando el catéter y efectuando compresión sobre la zona.
- Trombosis de la arteria.
- Infección.
- Embolia gaseosa cerebral.
- Lesión de nervios contiguos.
- Isquemia distal.
- Fístula Arteriovenosa (1-7).

Valoración de la curva arterial:

La curva arterial refleja el volumen de eyección de la sangre y la elasticidad de las paredes arteriales. Las contracciones rítmicas del ventrículo izquierdo producen presiones arteriales pulsátiles. La presión máxima generada durante la contracción sistólica es la Presión Arterial Sistólica (PAS) y la presión mínima durante la relajación diastólica es la Presión Arterial Diastólica (PAD). La morfología típica de la curva pulsátil presenta un pico redondeado que corresponde a la sístole y una incisura dicota en su posición descendiente que corresponde al inicio de la diástole (1-2).

Cuidados de enfermería:

- Lavarse las manos antes de cualquier manipulación y utilizar guantes.
- Vigilar diariamente el punto de inserción del catéter, sin retirar el apósito. Así como las conexiones a rosca.
- Observar coloración de los dedos, temperatura, presencia de hemorragias.
- Utilizar preferentemente apósitos semitransparentes estériles. Si el punto de inserción presenta hemorragia, rezuma o el enfermo suda excesivamente utilizar un apósito de gasa.
- Efectuar una higiene de manos antes y después de cada cambio de apósito y cura del punto de inserción.
- Utilizar guantes estériles para el cambio de apósito, evitando en todo lo posible, el contacto con el punto de inserción.
- Cambiar el apósito transparente una vez cada 7 días y el de gasa cada 3 días y siempre que esté visiblemente sucio, húmedo o despegado.
- Reducir al mínimo la manipulación de conexiones, así como la entrada al sistema de monitorización de presiones y equipo transductor.

- Cambiar el sistema de presión arterial y llave de tres pasos cada 72 horas.
- No utilizar antibióticos ni antisépticos tópicos en pomada para proteger el punto de inserción.
- Identificar los signos de infección e isquemia.
- Fijar las alarmas de acuerdo con el tipo de paciente.
- Registrar los datos y valores.
- Lavar periódicamente el sistema y siempre después de una extracción.
- Comprobar la curva del monitor periódicamente.
- Vigilar que el presurizador mantenga la presión correcta, inflándolo si fuese necesario y que haya suficiente suero heparinizado.
- Evitar la administración de medicación o suero hipertónicos por esta vía, pues lesionan las arterias (1-7).

Retiro del catéter arterial:

- Realice lavado de manos.
- Utilice guantes limpios, gafas de protección ocular y tapabocas.
- Retire y deseche el apósito que cubre el sitio de inserción de la línea arterial.
- Con la ayuda de un bisturí suelte los puntos de fijación retire el catéter arterial con suavidad comprimiendo fuertemente con la ayuda de una gasa seca 1 cm por encima de la zona de punción.
- Luego de retirar el catéter continúe la compresión por 5-10 minutos para evitar la formación de hematoma o hemorragia.
- Coloque un apósito o vendaje compresivo, vigile periódicamente y regístrelo en la historia.
- Si observa presencia de hematoma o sangrado, continúe la compresión hasta que tenga evidencia de que se controló el sangrado (1-7).

5 Discusión-Conclusión

Se debe mantener una constante búsqueda del conocimiento, generando conceptos propios de enfermería con base en la evidencia científica que fortalezcan el desarrollo de la profesión para darle mayor reconocimiento y trascendencia al que hacer como enfermero (1-2). Por lo anterior se estableció un protocolo de línea arterial desde el enfoque clínico de enfermería, este instrumento ayudara a la toma de decisiones, a la promoción de prácticas seguras y la reducción de riesgos y procedimientos innecesarios que afecten a los pacientes, brindando una atención segura, teniendo como fundamento la mejor evidencia actual (1-7).

El compromiso del personal de enfermería (técnico y profesional) en el cuidado de la línea arterial, se constituye como la principal estrategia para el mantenimiento, manejo, y reducción de las complicaciones asociadas al procedimiento (1-2). La monitoria cardiovascular invasiva constituye un aspecto fundamental del cuidado del paciente crítico, ya que permite conocer el comportamiento de la presión arterial continuamente de los pacientes con inestabilidad hemodinámica (1-2), diversas revisiones exponen que el tiempo de permanencia del catéter depende la presencia o no de complicaciones y recomiendan que una vez no se encuentre indicado, este sea retirado, también se plantea no dejar un catéter arterial por un lapso mayor de 72 horas debido al riesgo de infección (1-7).

El sitio de punción arterial más indicado es la arteria radial al nivel de la muñeca debido a su fácil acceso y circulación colateral; Aunque también está indicado el uso de la arteria dorsal del pie, la arteria tibial posterior en el tobillo por detrás del maléolo interno, y la arteria femoral (1-7). La prueba de Allen sigue siendo la forma más eficiente de evaluar la circulación colateral del arco palmar, por parte de la arteria cubital, para la perfusión de la extremidad (1-2). La arteria femoral debe usarse sólo como último recurso pues no hay otra arteria que pudiera dar la suficiente circulación colateral a la extremidad inferior en caso de trombosis (1-2).

Para la reducción del riesgo de trombosis y garantizar la permeabilidad de las líneas arteriales la literatura recomienda el uso de soluciones heparinizadas a dosis de 2 U/ml, aunque algunos estudios sobre el efecto de las perfusiones de heparina a dosis de 4U/ml han demostrado ser más eficaces para mantener la permeabilidad de los catéteres arteriales y disminuir la formación de trombos hasta durante 96 horas (1, 2,4).

6 Bibliografía

1. Escobar A, Castiblanco A, Ávila L, et al. Cuidados de enfermería en la inserción y manejo de catéter arterial periférica. Colombia. Rev. Paraninfo Digital, 2018; XII (28): e192; [consultado 17 de Diciembre de 2019].
2. Castellanos S, Lagos O, Ramírez Y. Cuidados de enfermería para la inserción, mantenimiento y retiro del catéter de línea arterial periférica en adultos de la unidad de cuidados intensivos [Tesis postgrado]. Bucaramanga: Universidad de Santander. Facultad de ciencias de la salud, programa enfermería; 2018.
3. Aragón R, Murez N, Mojica A. Técnicas de Enfermería en cuidados críticos: canalización arterial. Colombia. 2016. Rev. Med electr. portales médicos ISSN

1886-8924; [consultado 17 de Diciembre de 2019].

4. Montalvo Bueno C. Monitorización invasiva de la presión arterial. Indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. España. Rev. Enfermería ciudad real; [Actualizada 27 de Septiembre de 2018]; [consultado 17 de Diciembre de 2019].

5. Ucienermeria.org [homepage]. Línea arterial. Colombia. [consultado 17 de Diciembre de 2019].

6. Sillero R, Mora C, Sillero M. Cateterización arterial. Cuidados de enfermería. Colombia. 2018; Rev. Med electr. portales médicos; [consultado 17 de Diciembre de 2019].

7. Serrano J, Aljama J, Luna M. Cuidados de Enfermería en la canalización de la arteria radial. España. 2016; Rev. Med electr. portales médicos; [consultado 17 de Diciembre de 2019].

Capítulo 756

TAREAS DEL TCAE PARA EVITAR COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA SONDA VESICAL

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

1 Introducción

Según Ferreiro et al. (2004), las sondas vesicales son instrumentos con una forma variable cuyo uso se realiza introduciéndola a través de la uretra, hasta la vejiga. Su objetivo será evacuar la orina o, en casos particulares, irrigar líquidos dentro de la misma con fines diagnósticos y clínicos. Pueden ser de materiales diversos, si bien las más habitualmente utilizadas son de látex, látex siliconado, silicona pura, polivinilo y poliuretanos. Por otro lado, se encuentran diferentes tipos de sondas en función de su permanencia (Vela et al., 2007; Jiménez et al., 2010):

- Sonda permanente: permanece en la vejiga a largo plazo. Para recolectar la orina, se une a una bolsa de drenaje. Esta tendrá una válvula que podrá manipularse para extraer la orina de la misma. Un subtipo es la sonda permanente de corta

duración, que es igual que la permanente en sus características, pero indicada para duraciones inferiores a un mes.

- Sondas Intermitentes: se utiliza cada cierto tiempo y su objetivo es el de servir de tratamiento para incontinencias, especialmente las causadas por lesiones medulares u otros daños similares. Consiste en introducir la sonda en la vejiga y retirarla tras haberla vaciado, pudiendo llegar a realizarse este proceso hasta 2 o tres veces al día.

El sondaje vesical no está exento de complicaciones y contraindicaciones. Por ello, tanto la propia sonda, como el paciente sondado, requerirán de unos cuidados especiales de los que se encargarán principalmente tanto el personal enfermero como el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) (Serrato, 2016; Rivas-Giles, 2019).

2 Objetivos

- Analizar las complicaciones más habituales del uso del sondaje vesical, así como el papel a desempeñar por el TCAE y personal enfermero en su cuidado.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: infección urinaria, paciente, sondaje, sonda vesical, complicaciones, auxiliar, ITU, enfermería. A través de estos tópicos, se encontraron 29 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper; se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés.

De este modo, se eliminaron 15 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 14 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 6 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 8 de los que descartan 2 más en una fase final. A continuación, se muestra un diagrama de flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios.

4 Resultados

Tras analizar la totalidad de los artículos, se encuentran los resultados que siguen:

1. Complicaciones y contraindicaciones del sondaje vesical:

Es habitual encontrar que el uso de cualquier tipo de sondaje vesical está contraindicado en dos situaciones específicas: en casos de alteraciones en la anatomía del tracto urinario y en casos en los que el facultativo sospecha que se ha producido una rotura en la uretra.

La utilización del sondaje vesical suele versar con problemas asociados de forma habitual. Uno de ellos son las infecciones del tracto urinario. Siendo las infecciones nosocomiales las más habituales por hospitalización, las infecciones urinarias componen cerca de un 70-80% de las mismas. Los resultados avalan que, del porcentaje de pacientes sondados tras su ingreso hospitalario, al menos el 10% desarrollará una infección urinaria.

Por otro lado, factores relacionados con el propio paciente deben ser tenidos en cuenta como un factor de riesgo, y que podrían facilitar la aparición de una infección urinaria por causa de sondaje vesical. Entre estos factores hay varios que deben tenerse en cuenta, tales como: que la persona sea mujer, de más de 60 años, que sufra patologías paralelas tales como diabetes o insuficiencia renal, presencia de malformaciones...

Con respecto a las complicaciones más habituales que se relacionan con el sondaje vesical, se encuentran las siguientes: en sondajes de duración corta, es habitual encontrar infecciones propias del tracto urinario, pielonefritis aguda y bacteriemia. Cuando el sondaje es más a largo plazo, se suman otras complicaciones a las previamente mencionadas, tales como desarrollo de cálculos, otras infecciones, cáncer, etc.

2. Cuidados a realizar por el TCAE y personal de enfermería sobre el sondaje vesical

Entre otras funciones, se encuentran las siguientes:

- Lavarse las manos adecuadamente antes y después de tocar o manipular la sonda o la bolsa de drenaje.
- Bolsa colectora situada, constantemente, a un nivel inferior al de la vejiga.
- Llevar a cabo todas las precauciones y protocolos básicos que se aplican para evitar infecciones de cualquier tipo.
- Manipular con cuidado la bolsa al proceder a su vaciado, de forma que no tenga contacto con el suelo. Además, no debe haber contacto entre la llave y el lugar

donde se procede a la recogida de la orina.

- El aseo e higiene del paciente debe realizarse de la manera habitual, limpiando la zona correspondiente con especificaciones especiales a indicar por el personal enfermero o médico.
- El TCAE debe observar y dar aviso, detectando posibles casos de fugas, que pueden tener diversas causas que han de ser valoradas. Por otro lado, detectar adecuadamente cuando se produce una obstrucción, y notificarlo, también será tarea del TCAE. En este caso la sonda podrá ser irrigada con suero salino o cambiada si esta solución no funciona.
- El cambio de los drenajes no debe realizarse de forma habitual a excepción de en casos concretos, y siempre considerando particularidades médicas. En estos casos, el TCAE participará de apoyo en todo lo que el resto de personal sanitario pueda solicitar.

5 Discusión-Conclusión

Tanto el TCAE como el resto de personal sanitario que, asiduamente, se encarga de tratar con pacientes con sondajes y manipularlos, debe estar sometido a una formación periódica sobre su tratamiento, tanto a nivel técnico como humano con el paciente sondado.

El paciente con sonda tendrá unas particularidades especiales que han de ser tenidas en cuenta por el TCAE, quien le visitará de forma habitual para ayudarle en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Un análisis en profundidad de las implicaciones psicológicas del sondaje vesical, así como su impacto a corto y largo plazo en la persona portadora, sería interesante de cara a desarrollar protocolos de comunicación y tratamiento concretos y específicos a aplicar por todo el personal sanitario.

6 Bibliografía

- Cano de Vicente, D. (2018). Sondaje vesical hospitalario y enfermería. Revisión bibliográfica narrativa.
- Chilingua Chariguamán, L. E., & Fonseca Mejía, D. J. (2019). Prevalencia de la infección del tracto urinario asociado a sonda vesical intermitente versus permanente en pacientes hospitalizados en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra en el año 2018.

- Ferreiro, E. A., Castaño, A. M. F., González, B. F., Rodríguez, B. G., & Gómez, J. M. G. (2004). Sondaje vesical: protocolo de enfermería. *Enfuro*, (90), 7-14.
- Jiménez Mayorga, I., Soto Sánchez, M., Vergara Carrasco, L., Cordero Morales, J., Rubio Hidalgo, L., & Carreño, C. (2010). Protocolo de sondaje vesical. *Biblioteca Lascasas*, 6(1).
- Otegui, I. A., Aldaz, B. R., González, J. C. S., Genua, R. A., Prieto, Y. G., Echeverría, A. M., & Aranaz, R. A. (2015). Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada. *Enfuro*, (128), 4-15.
- Otegui, I. A., Aldaz, B. R., González, J. C. S., Genua, R. A., Prieto, Y. G., Echeverría, A. M., & Aranaz, R. A. (2015). Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada. *Enfuro*, (128), 4-15.
- Párraga, O., Nicole, D., & González Lino, D. L. (2019). Complicaciones más frecuentes de la Sepsis Urinaria asociado al cateterismo vesical en pacientes adultos atendidos en el hospital Dr. Abel Gilbert Pontón 2018 (Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2019.).
- Reyes, F., Virgen, S., Porto Castellanos, M. D. R., Navarro Rodríguez, Z., López Veranes, F. N., & Rodríguez Fernández, Z. (2014). Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Medisan*, 18(11), 1524-1530.
- Rivas Giles, I. (2019). Efectividad de los cuidados de enfermería en pacientes con cateter unirario para la disminución de las complicaciones en el servicio de emergencia.
- Serrato, I. M. (2016). Cuidados de Enfermería al paciente portador de sondaje vesical.
- Vasquez, L., Clara, S., & Tovar Perez, E. (2018). Dispositivos invasivos y sus complicaciones en los cuidados del personal de salud en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Zacarías.
- Vela Navarrete, R., Soriano, F., González Enguita, C., Ponte, L., López, M. D. C., Martín Vivas, C., ... & Gómez, J. (2007). Infecciones del aparato urinario motivadas por la sonda permanente. Historia natural, mecanismos infectivos y estrategias de prevención: Una revisión de conjunto basada en nuestra experiencia clínica e investigaciones. *Archivos Españoles de Urología* (Ed. impresa), 60(9), 1049-1056.

Capítulo 757

ACTUACIONES DEL TCAE EN SONDAJE NASOGÁSTRICO

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

1 Introducción

El sondaje nasogástrico consiste en la introducción aséptica de una sonda o tubo flexible a través de uno de los orificios nasales, llegando hasta el estómago. La finalidad de esta técnica es la comunicación entre el interior y el exterior del tubo digestivo, siendo utilizado tanto para la introducción de nutrición enteral, hidratación y administración de medicamentos como la extracción de contenido gástrico.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Mantener las SNG permeable y en buen estado.
- Realizar un cuidado correcto del paciente que recibe nutrición enteral.

Objetivos secundarios:

- Eliminar secreciones gástricas / lavado gástrico.
- Administrar fármacos.
- Recoger muestra de contenido gástrico para facilitar el diagnóstico.
- Administrar alimentación enteral.
- Prevenir broncoaspiración en pacientes inconscientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Preparar todo el material necesario en una batea (sonda nasogástrica del tamaño correcto, apósitos para la fijación de la sonda o esparadrapo, guantes no estériles, jeringa de 50 ml, gasas, bolsa colectora si fuese necesaria y agua para ayudar a conducir la sonda). Lavar las manos y poner los guantes. Identificar al paciente y proceder a informarle sobre el procedimiento a realizar pidiendo su colaboración si está consciente y orientado. Colocar al paciente en posición Fowler. Asistir al profesional que vaya a hacer la inserción y lubricar la punta de la sonda con lubricante hidrosoluble. Indicar al paciente que de pequeños sorbos de agua para facilitar el paso de la sonda al esófago. Una vez colocada, fijar la sonda con esparadrapo, comprobar que esté correctamente instalada en el estómago mediante aspiración de contenido gástrico. Para finalizar, si todo está correcto, colocar un tapón a la sonda, conectar una bolsa colectora o nutrición, según la finalidad del sondaje, fijar bien la sonda a la nariz.

Esta técnica es invasiva, por lo que puede tener complicaciones leves como sangrado nasal, sinusitis o dolor de garganta, pero también se pueden producir complicaciones más significativas como erosión en la nariz donde se ancla el tubo, perforación del esófago, aspiración pulmonar y muchas otras más, en cambio, si se sonda es para mejorar o ayudar a mejorar la salud del enfermo, ya que la nutrición es muy importante y una buena hidratación es vital.

5 Discusión-Conclusión

Tras leer varios artículos, he llegado a la conclusión, de que cada vez se opta más por la opción de dar el alta hospitalaria de pacientes con sonda nasogástrica para nutrición, ya que con unas buenas recomendaciones y cuidados puede hacer vida normal en su entorno sin falta de estar hospitalizado. Toda información es poca, por lo que, animaremos al paciente a que haga todas las preguntas que crea necesarias, ya que eso le dará seguridad y a la hora de realizar la técnica no pondrá impedimentos.

La información que se le debe dar tiene que ser simple, con un lenguaje acorde a su nivel intelectual y cultural. La elección de la sonda depende del objetivo de la colocación de la misma, bien sea para alimentación, lavados, administración de medicamentos, aspiración, drenaje, etc.

6 Bibliografía

- <http://www.auxiliar-enfermería.com/>
- <https://enfermeriapractica.com>
- <https://blinklearning.com>
- www.Publicaciones.unirioja.es.

Capítulo 758

ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

MARÍA VANESA DÍAZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso dinámico e inevitable, donde tienen lugar unos cambios físicos, psicológicos y sociales.

2 Objetivos

Conocer y analizar la importancia de la estimulación de cognitiva en ancianos hospitalizados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre como estimular a los ancianos dependientes hospitalizados. Se han utilizado únicamente textos completos posteriores el 2.005 Cuyo idioma fuera el español. Se usaron bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

En el estudio cogido de una de las bases de datos anteriormente nombradas en el que eran mayoritarias las mujeres estudiadas, son una edad comprendida entre los 80-84 años. Casi la mitad presentaba deterioro cognitivo y la otra mitad tenía independiente total o leve dependencia. Se realizaron actividades de orientación temporo-espacial y de personas, actividades pertenecientes al lenguaje. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: las actividades de repetición verbal fueron las que más sencilla les resultó con un acierto del 100%, en la orientación espacial es donde se encuentran más orientados, la mayoría reconocía el sitio donde se encontraban.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar actividades que ayuden a los adultos mayores a retrasar al máximo el deterioro cognitivo en el que también influyen factores sobre los que no podemos actuar como son el genotipo, los fármacos necesarios para sus diversas terapias. Entre estas actividades están: atención, percepción, memoria, velocidad de procesamiento, razonamiento.

6 Bibliografía

- <https://mundoasistencial.com/>
- <https://www.sciencedirect.com/>

Capítulo 759

LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

1 Introducción

Los pacientes ingresados en los hospitales debido a su patología de base presentan más riesgos de contraer una infección diferente a la que ha motivado su ingreso. Además, las diferentes técnicas de diagnóstico y tratamientos debilitan sus defensas y son más susceptibles a la infección.

Una infección hospitalaria es la que se presenta en un paciente ingresado en un hospital u otro establecimiento de atención de la salud, en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento de ser internado.

- Distribución de las infecciones hospitalarias:

Las infecciones hospitalarias afectan a nivel mundial con independencia del desarrollo socioeconómico del país, aunque si varía la frecuencia, ya que en países más desarrollados los niveles son más bajos que en países poco desarrollados.

También dentro de un mismo país hay diferencias, con mayores tasas de infección en hospitales más grandes y con más camas, donde los tratamientos y técnicas diagnósticas más agresivas por las patologías que se tratan en estos hospitales de mayor envergadura.

A nivel intrahospitalarios hay servicios con más riesgos de infección como son la neonatología, la unidad de cuidados intensivos, los quemados, la oncología y la unidad de trasplantes, por ejemplo.

- Factores de riesgo: Son los que aumentan la posibilidad de que un paciente desarrolle una infección hospitalaria.

Se clasifican en intrínsecos y extrínsecos.

- Los intrínsecos son debido al paciente y de difícil modificación: -edad del paciente, -enfermedades de base.

- Los extrínsecos se deben a los tratamientos y técnicas de diagnósticas que debilitan sus defensas:

Tratamientos inmunodepresores.

Antibioterapia.

Técnicas de diagnóstico y tratamientos invasivos.

Cadena epidemiológica.

Como en toda enfermedad contagiosa, se puede identificar los eslabones de la cadena epidemiológica:

- Agente causal.

- Fuente de infección.

- Mecanismo de transmisión.

- Agente causal: bacterias, virus, hongos, parásitos.

- Fuente de infección: endógenas o exógenas.

- Mecanismos de transmisión: directa (contacto, aire); indirecta (objetos contaminados).

Infecciones hospitalarias más frecuentes:

- Vías respiratorias.

- Vías del tracto urinario.

- Heridas quirúrgicas.

- Bacteriemias.

2 Objetivos

Alcanzar un nivel mayor de conocimiento sobre el tema en cuestión para lograr una mejor atención hospitalaria a los pacientes enfermos.

3 Metodología

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

Además, se han puesto en común las distintas opiniones y se ha realizado un estudio de toda la información obtenida

4 Bibliografía

- Libro: Técnicas básicas de enfermería. Editorial Macmillan Profesional.
- <https://www.who.int/>
- <https://www.elseiver.es>
- <https://www.medigraphic.com>

Capítulo 760

TITULO CAMBIOS POSTURALES

BEATRIZ BAQUERO CUEVAS

HEIDY JOSEFINA PULIDO GUILLÉN

CORINA GARCÍA MERA

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Cambios posturales en cama.

Para aliviar la presión continúa en las personas encamadas, se realizarán movimientos de posición cada 2 o 3 horas y alternando ambos laterales (izquierda-derecha), la colocación boca arriba (o supino) y la postura semi-sentada a Fowler.

En las personas que puedan estar sentados se hará cada hora. Para mover al usuario, debemos saber cuál es su estado para determinar si puede o no colaborar en la realización del cambio postural.

Tipos.

Decúbito supino.

- Poner la cama en posición horizontal y colocar una sábana entremetida.
- Desplazar al paciente al centro de la cama con ayuda de la sábana entremetida.
- Colocar bajo la cabeza una almohada, de modo que el cuello quede recto, alineado con la columna, pero no hiperextendido.
- Situar los brazos a lo largo del cuerpo, con los codos ligeramente flexionados, o colocados encima del abdomen.
- Colocarle las muñecas en posición neutral, en actitud natural de descanso.

- Levantarle los talones un poco por encima del colchón, utilizando una almohada pequeña, bolsas de agua o algún otro.
- Colocar los pies formando un ángulo de 90º con las piernas.

Decúbito lateral.

- Desplazar al paciente con la ayuda de la sábana entremetida hacia el lado contrario del que se le va a colocar.
- Colocarle lateralmente, situando una almohada en la espalda para mantener la posición. La cabeza debe apoyarse sobre otra almohada, manteniendo la alineación con la columna.
- Extenderle la pierna inferior en línea recta con la espalda y los hombros.
- Flexionarle la pierna superior por la cadera y la rodilla y apoyarla sobre una almohada que vaya desde la parte superior del muslo hasta la pantorrilla.
- Colocarle el brazo inferior en rotación externa.
- El brazo superior se colocará con el codo en flexión, si es posible encima de una almohada.
- Colocar barandillas laterales.

Decúbito prono.

- Colocar al paciente en esta postura con ayuda de una sábana entremetida.
- Colocar la cabeza ladeada apoyada sobre una almohada y alineada con el resto del cuerpo.
- Colocar los brazos separados del cuerpo con los codos flexionados descansando las palmas de las manos sobre la cama.
- Las extremidades inferiores deben estar extendidas y se recomienda que los pies cuelguen al final del colchón para prevenir el equinismo.
- Siempre que sea necesario utilizar almohadas o en hombros, abdomen, muslos y piernas para disminuir la presión en las prominencias óseas.

Fowler.

- Para asumir la posición de Fowler, hay que poner al individuo sobre su cama en una posición semisentada de aproximadamente 45-60º o con las rodillas extendidas o flexionadas utilizando una almohada o bolsas de agua.
- Colocar la cabecera de la cama eleva unos 60-90 cm hasta la altura deseada y producir el ángulo característico de la postura para mayor confort del individuo utilizar una almohada detrás del cuello.

2 Objetivos

- Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad.
- Prestar atención especial en la realización de las maniobras.

3 Metodología

Revisión integrativa de la literatura mediante la identificación de documentos en las principales bases de datos relacionadas con las ciencias de la salud: Medline, Cinahl, Scielo, Cochrane y Cuiden, y mediante búsqueda inversa en los artículos identificados. Se incluyeron estudios prospectivos, revisiones sistemáticas u otro tipo de estudios, que evaluaran la efectividad de los cambios posturales. No hubo restricciones en fechas de publicación hasta diciembre de 2014, pacientes, contexto, estado de la publicación o idioma. El objetivo de este trabajo era la búsqueda de información, en diferentes soportes (tanto digitales como libros y prensa), de la enfermedad del ictus para profundizar en este tema. Para ello se ha acudido durante 2 meses a diversas fuentes entre ellas bibliotecas municipales y diversas plataformas y buscadores de Internet, entre utilizados destacan: Google.

4 Resultados

De 108 artículos, potencialmente relevantes para la revisión, se incluyeron 13: 6 ensayos clínicos, 1 estudio de cohortes, 4 revisiones sistemáticas y una histórica, además de un estudio cualitativo. No se encuentran evidencias sólidas para recomendar los cambios posturales cada 2 horas, pero si hay evidencia que apoya los cambios posturales cada 4 horas combinados con una superficie de apoyo viscoelástica.

- Proporcionar los conocimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.
- Prestar atención especial en la realización de las maniobras si el paciente es portador de sueros, sondas o algún otro dispositivo, dejándolos correctamente colocados una vez acomodado el paciente.
- Evitar que, en las movilizaciones, el paciente sea arrastrado en la cama, realizando los movimientos siempre con ayuda de una sábana entremetida.

- Evitar en las distintas posturas el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Vigilar la posición correcta de las articulaciones para evitar contracturas, deformidades y rigidez.

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

Registro del procedimiento en el plan de cuidados:

- La necesidad y la frecuencia de los cambios posturales.
- En el apartado de precauciones anotar si existe alguna postura contraindicada.

Registrar en las observaciones de enfermería:

- La hora del último cambio realizado.
- Complicaciones, si han surgido y medidas adoptadas.
- Tolerancia del paciente a las diferentes posiciones.
- Actitud y grado de implicación de la familia.
- Cuidados posteriores.
- Para prevenir las complicaciones derivadas de la inmovilización los cambios deben realizarse cada 2-4 horas, siguiendo la siguiente rotación: Decúbito supino, decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo.
- Inspeccionar, al realizar la movilización, los puntos de apoyo para detectar enrojecimientos, eritemas, etc.
- Valorar la evolución de la movilidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

No existen estudios que comparen la efectividad, solamente, de los cambios posturales frente a la no realización de estos cambios. La conjunción de una superficie viscoelástica con cambios posturales cada 3-4 horas dispone de la mejor evidencia. Los pacientes en decúbito lateral de 90 grados tienen una tasa casi 4 veces

superior de lesiones que los que están a 30 grados. La investigación cualitativa es casi inapreciable en los estudios sobre cambios posturales.

6 Bibliografía

- International Journal of Nursing Studies Volume 42, Issue 1, January 2005, Pages 37-46.
- Portal geriátrico. Residencia Virgen de la Guardia. [Citado Nov 2004].
- <https://es.validasinbarreras.com>
- <http://www.portalgeriatrico.net>

Capítulo 761

CUIDADOS DEL TCAE ANTE PACIENTE CON FLEBECTOMIA

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

NORMA LORENA BUYO AVALOS

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

ANA VIOR LÓPEZ

1 Introducción

La insuficiencia venosa es una condición en la que las venas del cuerpo (generalmente en las piernas) no pueden bombear sangre de vuelta hacia el corazón. Esto hace que la sangre se acumule en los vasos sanguíneos y que con el tiempo, se agranden (varices) o dilaten. Las venas varicosas (varices) son venas hinchadas, retorcidas y dilatadas que se detectan mediante la exploración de la piel, pueden estar acompañadas de dolor, y causar prurito o sensación de cansancio o pesadez, también se suelen producir calambres en muslos y pantorrillas generalmente de noche, hinchazón de los tobillos, cambios de color en la piel de las piernas y tobillos, sensación de acorchamiento, piel seca, escamosa e incluso llagas cutáneas. Hay cirugía y terapias para eliminar las varices, aunque a menudo se forman otras nuevas. Tipos de varices:

Varices superficiales: telangiectasias o arañas vasculares, y varices tronculares: pueden presentar diferente grado o dilatación y son las varices propiamente

dichas, venas dilatadas más o menos visibles.

Para el tratamiento de las venas varicosas se dispone de diversidad de medios, incluidos los tratamientos conservadores y las intervenciones quirúrgicas. En general, las terapias conservadoras se recomiendan a pacientes asintomáticos o a aquellos con síntomas de carácter leve o moderado. En general, las intervenciones quirúrgicas son necesarias cuando los síntomas de esta patología interfieren sustancialmente en la calidad de vida de los pacientes. Siempre que el sistema venoso profundo de las piernas sea competente y esté libre de obstrucción, un paciente puede tolerar sin riesgo la extirpación quirúrgica u oclusión de las venas varicosas.

La flebectomía ambulatoria también conocida como stripping, es un procedimiento mínimamente invasivo, normalmente de carácter ambulatorio, indicado para tratar las varices de tamaño mediano o grande, incluso varices perforantes que se asocian a la insuficiencia de la vena safena. Utilizando anestesia local. La cirugía elimina las venas varicosas que están justo debajo de la superficie de la piel. Después de limpiar y anestesiar la piel, se hacen una serie de incisiones pequeñas en la piel, al lado de la vena engrandecida. Se inserta un gancho de flebectomía debajo de la superficie de la piel para quitar la vena varicosa a través de la incisión minúscula utilizando un gancho de flebectomía. Este procedimiento por lo general lleva una duración de entre 30 minutos y una hora. El médico suele extirpar la vena en un tratamiento y deja cicatrices diminutas. La sangre circulará normalmente por las venas sanas. Las incisiones hechas durante el procedimiento son tan pequeñas que no hay necesidad de suturar. Se aplica una gasa pequeña para cubrir las incisiones. Al terminar el procedimiento, la pierna queda envuelta en una envoltura de compresión cómoda pero ceñida. Será necesario usar medias de compresión graduada por aproximadamente dos o tres semanas después del procedimiento. Siempre que se usen las medias, es posible llevar a cabo casi toda actividad el día después de la cirugía. Debe ser posible retomar sus actividades diarias dentro de unas 24 horas. Las actividades vigorosas quedan limitadas por dos semanas.

Entre los beneficios de esta intervención están el no ser necesario hacer una incisión quirúrgica, solo es un pequeño corte que no necesita sutura. Entre los inconvenientes tenemos que como cualquier procedimiento invasivo, conlleva un riesgo de infección. Existe la posibilidad de necesitar antibióticos. También puede ocurrir una pigmentación en el sitio de la vena tratada, que normalmente es temporal. Si realmente son para cirugía, es recomendable operarse ya que no se curan, pero nunca son urgentes a excepción de que provoquen úlceras o flebitis.

Dado que las várices se eliminan en forma manual, no deberían volver a formarse, aunque es posible que los pacientes con antecedentes familiares de várices noten que estas reaparecen con el tiempo. La indicación quirúrgica se ha de basar en la localización, tamaño de las venas y molestias que ocasionan. Siempre se aconseja de operar después de la edad fértil ya que el embarazo suele hacer que vuelvan a aparecer. De hecho uno de los principales factores de riesgo para la aparición de varices e insuficiencia venosa es el embarazo, los otros son los cambios hormonales y factores genéticos.

Los tres pilares básicos para hacer frente a los síntomas y la evolución de esta enfermedad, son las medidas posturales, la terapia compresiva y el tratamiento farmacológico con venotónicos también llamados flebotónicos o fármacos venoactivos.

Los principales consejos que pueden darse a los pacientes con IVC (insuficiencia venosa crónica) desde los distintos centros sanitarios: mantener una vida activa y evitar pasar mucho tiempo en la misma postura ya sea en posición sentada o en pie, limitar el consumo de grasas y dejar el sedentarismo. Utilizar medias de compresión adecuadas, según las pautas del especialista y el uso de flebotónicos previa recomendación del cirujano vascular.

La diferencia distintiva entre la ablación por radiofrecuencia (ARF) y la TLEV (tratamiento endovenoso con láser) está en el hematoma y dolor perioperatorios. La ARF se asocia significativamente con menos dolor y hematomas que la TLEV cuando se las midió una semana después del tratamiento. Otro aspecto a considerar es la relación coste-beneficio del procedimiento en el tratamiento de las varices, que llega ser relevante al soportar en muchos casos su coste los servicios públicos de salud. La calidad de vida es otro de los aspectos que se ha relacionado con las diferentes técnicas del tratamiento de varices.

En términos de costos del catéter, existe poca diferencia entre la ARF y la TLEV. Existen desventajas adicionales significativas con la TLEV que no impactan en el costo. Los procedimientos láser requieren una habitación segura y protección óptica adicional. La variabilidad en la velocidad de retirada puede limitar la reproductibilidad del tratamiento, en relación con la ARF.

Los resultados a largo plazo de la flebectomía son excelentes cuando se realiza el procedimiento en pacientes que son buenos candidatos. La flebectomía ambulatoria no debe realizarse en pacientes alérgicos a la anestesia local, en aquéllos que no pueden caminar por sí mismos o en aquéllos que no pueden usar vendas de compresión.

En este estudio se presenta el tratamiento de las varices , se define qué es la insu-

ficiencia venosa, la eficacia de los tratamientos de las venas varicosas, incluido el tratamiento conservador escleroterapia, y en especial el más común: flebectomía y los cuidados que ofrece el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Explica además cómo es la cirugía, el postoperatorio y los resultados que puede esperar, conociendo el paciente la enfermedad le aportará beneficios físicos y psíquicos.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ante pacientes con problemas vasculares, en concreto con flebectomía y otras técnicas médicoquirúrgicas.

3 Metodología

Se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos electrónicas (BMJ Clinical Evidence, York Centre for Reviews and Dissemination, Cochrane Library, PubMed, y EMBASE). También búsquedas extendidas de páginas web en internet, y de resúmenes de conferencias, manuales de revistas publicados y revisión de los artículos recuperados.

4 Resultados

Las venas varicosas pueden tratarse generalmente en forma ambulatoria. Si la enfermedad es más grave puede el médico sugerir otros tratamientos:

- Escleroterapia: suele ser un procedimiento ambulatorio con anestesia local. La técnica incluye la inyección de una sustancia química líquida (el esclerosante) en la vena anormal para iniciar una inflamación, oclusión y cicatrización. La vena afectada se colapsa y en último término desaparece.
- Tratamiento con láser percutáneos (superficie de la piel: impulsos luminosos que hacen desaparecer arañas vasculares.
- Terapia térmica endovenosa: procedimientos asistidos por catéteres con radiofrecuencia o energía láser.
- Sistema de sellado : se sella la vena con un adhesivo.

Para las venas varicosas muy grandes o severas, los tipos de cirugía incluyen:

- Ligadura alta y extirpación de venas.
- Flebectomía ambulatoria.

- Cirugía endoscópica de venas: rapado de una vena.
- En esta revisión sistemática se comparan las complicaciones/riesgos y eficacia de los tratamientos de las venas varicosas, incluido el tratamiento conservador, escleroterapia, flebectomía, tratamiento endovenoso con láser, ablación endoluminal por radiofrecuencia, y cirugía con ligadura y stripping de la vena safena. Para todos los tratamientos se demostraron niveles de eficacia en función de la extensión de la vena en cuestión. La escleroterapia y los tratamientos endovenosos parecieron asociarse a ventajas a corto plazo, y la eficacia a largo plazo fue más evidente después de la intervención quirúrgica. Las pruebas sugieren que el tratamiento conservador es menos eficaz que la escleroterapia y la cirugía para esta patología.
- La ARF (ablación por radiofrecuencia) y la TLEV (tratamiento endovenoso con láser) brindaron una tasa comparable de oclusión de las várices de la VSI, cuando fueron evaluadas a los 3 meses después de la cirugía. La diferencia significativa entre las 2 modalidades de tratamiento yace en que la ARF (ablación por radiofrecuencia) causa menos dolor y hematoma en la primera semana después de la cirugía. Dados estos beneficios a corto plazo y la falta de evidencia de deficiencia en la oclusión vascular primaria, la ARF debería ser considerada como el tratamiento endovenoso de elección para las venas varicosas troncales primarias.
- Inicialmente el tratamiento de varices se centra en el objetivo de aliviar los síntomas, evitar posibles complicaciones y en la medida de lo posible, mejorar su aspecto a la vista. Para ello se recomiendan cambios en el estilo de vida y uso de medias de compresión. Sin embargo, puede llegar un momento en que el dolor sea intenso, que las varices se hagan demasiado grandes y presenten riesgos de complicaciones o que su aspecto sea antiestético y cause problemas de autoestima en el paciente. Es entonces, cuando se plantea la posibilidad de llevar a cabo una intervención quirúrgica con el fin de eliminar las varices. Y para ello existen diferentes técnicas o tratamientos:
El tratamiento conservador trata de limitar la progresión de la enfermedad.
- El angiólogo puede recomendar cambios en el estilo de vida, incluido el ejercicio físico y la pérdida de peso, para favorecer la circulación. También se disuade a los pacientes de la posición de sedestación y bipedestación prolongadas y se les aconseja que, siempre que sea posible, eleven la pierna afectada para reducir la presión ejercida sobre las válvulas venosas deterioradas. Las medias de compresión proporcionan una resolución adicional de los síntomas venosos, como el dolor y la inflamación, al mismo tiempo que mejoran la hemodinámica venosa.

El objetivo de la operación es eliminar el dolor, la sensación de pesadez y la hinchazón provocada por una mala circulación. A través de la intervención, se elimina la vena que presenta el problema y la sangre pasa a circular por otras venas sanas, normalizándose su flujo.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de esta patología, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Venas varicosas o várices-evaluación y tratamiento [actualizado 17 abril 2017]
- Venas varicosas-GW Heart & vascular Institute [actualizado en 2019]
- Flebectomía de las varices-Radiologyinfo.org [actualizado 13 febrero 2019]
- Flebectomía: qué es síntomas, causas, prevención,
- Tratamiento Quirúrgico de varices-Sanitas [actualizado 2019]
- Anales Médicos: Vol. 40, nº3- Revista.
- Flebectomías o esclerosis con espuma para el tratamiento del segmento venoso. [actualizado en2008]
- Utilización del método de Muller para la microcirugía de varices.

Capítulo 762

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON LAS NECESIDADES DE ELIMINACIÓN.

DAVID HUERTA ALONSO

ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ

ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO

MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ

MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS

1 Introducción

La eliminación de desechos y toxinas resultantes del metabolismo celular es una necesidad fisiológica. El aparato respiratorio, el digestivo y el urinario son los medios de los que disponemos para liberar estas sustancias. La salud de una persona dependerá en gran medida de la capacidad de su organismo para eliminar residuos tóxicos tanto internos como externos.

Con la respiración, además de transportar el oxígeno desde la atmósfera hasta el interior de los pulmones, también se elimina el anhídrido carbónico desde los alveolos pulmonares hacia el exterior. Con el aparato urinario, la sangre se filtra y se eliminan de ella las sustancias tóxicas a través de la orina.

La función del aparato digestivo consiste en asimilar los alimentos ingeridos para que puedan absorberse y eliminar los productos no absorbibles mediante la defecación. Cuando cualquiera de las vías de salida de líquidos o desechos esté alterada, ya sea por una patología infecciosa, obstructiva, maligna o por malos hábitos, nos enfrentamos a una alteración de la necesidad de eliminación.

Otras vías de eliminación serían en la pulmonar y la cutánea, Por respiración a través del aire exhalado se elimina el agua, en cantidad de 350 a 400 mililitros diarios al aumentar la frecuencia respiratoria. Por sudor, un mecanismo que hace descender la temperatura corporal mediante la evaporación del líquido segregado por las glándulas sudoríparas de la piel, su volumen puede variar dependiendo de la temperatura ambiente desde 0 hasta más de 1000 mililitros por hora cuando la sudoración es intensa, el sudor supone pérdida de líquidos y electrolitos. Además del sudor a través de la piel se produce por difusión una pérdida continua de agua, no visible de aproximadamente 350 a 400 mililitros al día. La fiebre, pueden eliminarse por esta vía 50 a 75 mililitros por cada grado de temperatura elevado por sobre la normal al día. Por lo tanto, un estado febril puede aumentar considerablemente las pérdidas insensibles. Otras pérdidas: Vómitos, aspiración gástrica, drenajes, hemorragias. Todas ellas se estiman en cada caso midiendo el volumen eliminado y sumándolo a las pérdidas anteriores .

Eliminación urinaria:

El sistema urinario recibe también el nombre de aparato excretor, ya que es el responsable de eliminar ciertas sustancias del cuerpo del organismo. La eliminación de esas sustancias se lleva a cabo mediante un proceso que conlleva a la producción de un líquido denominado orina. Esta constituido por riñones, uréteres, vejiga y uretra.

Nuestro organismo cuenta con dos riñones, situado uno a cada lado de la columna vertebral. Tiene forma de habichuela y mide aproximadamente 11 cm de largo, 6 cm de ancho y 2.5 cm de grosor. Su superficie es lisa y finamente granulada y se encuentra cubierta por una cápsula fibrosa. En la mayoría de las personas el riñón derecho se sitúa en una posición algo más inferior que el izquierdo.

En un corte frontal del riñón distinguimos:

- Corteza: Es la parte exterior del riñón.
- Médula: Es la parte interna del riñón. Está constituida por formaciones cónicas: Pirámedes de Malpighi.
- Pelvis renal: Tiene forma de embudo y de ella parte el uréter.

La unidad funcional del riñón es la nefrona, la nefrona está compuesta por un

corpúsculo renal y túbulos renales, dónde se encuentra el asa de Henle. la función de los riñones es la producción y eliminación de la orina .

Uréteres:

Es también un conductor par, es decir, que tenemos dos, uno por cada riñón. Cada uréter mide aproximadamente 30 centímetros de largo y es el encargado de transportar la orina desde el riñón a la vejiga. En su unión con el riñón, el uréter se dilata formando la pelvis renal, que tiene forma de embudo. Los uréteres desembocan en la pared posterior de la vejiga urinaria .

Vejiga urinaria:

Es un órgano hueco de naturaleza muscular que se sitúa en la pelvis, detrás del pubis. Su función es la de almacenar la orina hasta que es eliminada al exterior a través de la uretra.

Uretra:

La uretra es una estructura de forma tubular que drena orina desde la vejiga hasta el exterior. En las mujeres mide aproximadamente 3 centímetros de largo y se sitúa por delante de la vagina. En los hombres mide aproximadamente 20 centímetros de largo, atraviesa el centro de la glándula prostática y el pene y le sirve de conducto para la expulsión del semen durante la eyaculación y para la expulsión de orina durante la micción.

Fisiología del aparato urinario:

El sistema urinario se encarga de la fabricación de la orina para eliminar sustancias tales como el sodio, el potasio, sulfatos, fosfatos, y sobre todo amoníaco. El amoníaco que se elimina es un producto del metabolismo de las proteínas y es altamente tóxico para la célula. El ser humano pertenece a un grupo de animales denominados uro te lycos por excretar el amoníaco en forma de úrea.

Formación de la orina:

El riñón elabora la orina a través de la filtración y la reabsorción. La filtración es el paso por el cual sustancias de un tamaño muy reducido abandonan los capilares del glomérulo para entrar en la cápsula de Bowman. Una vez que el filtrado se encuentra en el sistema tubular del riñón tiene lugar la reabsorción, un paso muy importante porque recupera hasta el 99 por ciento del agua en la mayoría de las sales que vuelven al torrente sanguíneo. Una vez formada la orina se almacenará en la vejiga urinaria, que tiene una capacidad de 800 mililitros de orina, aunque cuando el volumen es de 200 a 300 mililitros se produce la estimulación o necesidad de orinar. Orinar es un acto reflejo aunque durante la infancia se aprende

a controlar por el sistema nervioso. Gracias a la micción eliminamos la mayor parte del exceso de agua corporal y el adulto promedio elimina entre 1000 y 1500 mililitros de orina en 24 horas , este volumen variará según el líquido ingerido y la cantidad que se pierde por los otros medios. Normalmente la orina normal es transparente y de color ámbar claro, cuanto más oscura más concentrada, con un pH D 4,8 y 8,0 y contiene un 95 por ciento de agua, un dos por ciento de sales minerales y un 3 por ciento de sustancias orgánicas.

Diuresis:

Llamamos Diuresis a la secreción de orina realizada por las células renales . Por control de la diuresis entendemos la medición del volumen de orina eliminado en un determinado espacio de tiempo, este control es fundamental para la elaboración del balance hídrico del paciente. Se Debe inspeccionar la orina del paciente y tomar nota del color transparencia y olor.

Defecación:

Las deposiciones son el resultado de los productos de desecho de la digestión. durante la digestión los alimentos y líquidos ingeridos se mezclan y procesan, se selecciona y absorben los nutrientes para ser utilizados por los tejidos del cuerpo y los productos de desecho de la digestión son eliminados. Los productos de la digestión llegan al colon en forma semilíquida. Éste los procesa y absorbe la mayor parte del líquido que circula por el aparato digestivo tornando los en heces semisólidas y por último en sólidas. durante este proceso se absorben los iones de sodio y cloruro y se eliminan los de potasio y bicarbonato. los productos de desecho que salen del estómago y luego pasan por la válvula ileocecal se denominan quimo. diariamente llegan al colon unos 1500 mililitros de quimo, de los que se absorbe prácticamente todo menos unos 100 mililitros que son excretados. Las deposiciones son expulsadas al exterior por vía rectal, mediante movimientos peristálticos del colon.

El aparato digestivo está formado por:

- Tubo digestivo: Consta de boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso y ano.
- Glándulas ajenas: Son Las glándulas salivales el hígado y el páncreas. Vierten sus secreciones al interior del tubo digestivo. Estas secreciones intervienen en la descomposición o digestión del alimento. el intestino grueso es un tubo mucho más corto y de mayor diámetro que el intestino Delgado mide aproximadamente 125 o 150 centímetros de largo. no posee repliegues ni vellosidades. Es la última porción del tubo digestivo. Sus paredes secretan mucus para facilitar el paso de

las sustancias. Se extiende desde la válvula ileocecal, la cual cierra la abertura del intestino delgado, hasta el ano. Está formado por:

- Ciego: forma un fondo de saco del que parte el apéndice
- Colon Ascendente: asciende verticalmente desde el ciego hasta el colon transversal.
- Colon Transversal: cruza el abdomen desde el ángulo hepático hasta el esplénico.
- Colon Descendente: desciende verticalmente desde el ángulo esplénico hasta el cuadrante inferior izquierdo.
- Sigmoides: tiene forma de S. Se une con el recto y sale de la cavidad peritoneal.
- Recto: última porción del intestino. Se abre al exterior por medio del esfínter anal, a través del ano.

En el intestino grueso hay una serie de microorganismos que constituyen la flora intestinal, su función es la de absorber azúcares agua y sales minerales , dejando el material más seco que se expulsara al exterior a través del ano. Cuando las ondas peristálticas desplazan las heces hasta el colon sigmoide y recto , se estimulan los receptores nerviosos del recto, produciéndose la relajación del esfínter anal interno. La relajación del esfínter anal externo suele ser voluntaria, si no se atiende el reflejo de defecación o se inhibe voluntariamente contrayendo el esfínter anal externo, la necesidad de defecar desaparece en unas horas.

Las heces normales son formadas y suaves, de forma cilíndrica, de color café pardo. Su eliminación es de 100 a 400 gramos diarios según la cantidad de fibra en la dieta y la frecuencia de eliminación es de uno a 3 veces al día hasta una vez cada dos o tres días. La alteración de la función normal de la eliminación gastro intestinal tiene repercusiones graves en la función total del cuerpo.

2 Objetivos

Conocer la fisiología de los sistemas excretores y la recogida de sus elementos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Recogida de muestras.

En una muestra de orina se puede solicitar:

1. Análisis rutinario o elemental : Con él se obtiene información general sobre la composición de la orina (PH, densidad), estudio bioquímico (presencia de proteínas y glucosa) y análisis del sedimento (presencia de células, cristales).
2. Urocultivo: para este tipo de análisis se precisa que la muestra sea estéril. De esta manera se pretende identificar en la muestra el crecimiento de algún germen que sea el causante de un proceso infeccioso.
3. Control de diuresis: Orina de 12 o 24 horas, con esta muestra debemos recoger la orina del paciente anotar la cantidad que lleva una muestra al laboratorio para su análisis. La recogida de las muestras de orina es realizada por el auxiliar de enfermería bajo la supervisión de la enfermera.

La recogida de muestras de heces se suele llevar a cabo para:

- Determinar la presencia de sangre, hemorragias ocultas, parásitos o bien otros componentes.
- Realizar un coprocultivo (estudio microbiológico de las heces).

Obtención de la muestra de heces. Material necesario:

1. Guantes desechables.
2. Cuña.
3. Frasco contenedor de la muestra debidamente etiquetado.
4. Depresor lingual o espátula de madera para la recogida de la muestra, si el frasco no lleva cucharilla incorporada.
5. Equipo de aseo para zona anogenital (gasas, agua, jabón, suero fisiológico y batea).

Procedimiento:

- Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración.
- Lavarnos las manos y ponernos los guantes.
- Colocar la cuña al paciente y pedirle que defeqe en ella, no debe orinar en el mismo recipiente.
- Con el depresor o la cucharilla del frasco, si la tiene, coger una muestra e introducirla en el frasco. Cerrarlo y mandarlo al laboratorio correctamente etiquetado de forma inmediata.
- Acomodar y asear al paciente dejándole debidamente instalado.
- Recoger los materiales.

- Quitarnos los guantes y lavarnos las manos.
- Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería y las posibles incidencias.

En cuanto a la conservación, si la toma es para un coprocultivo , ésta deberá depositarse en un tubo de ensayo estéril y enviarse directamente al laboratorio para su análisis. Esta técnicas se hace en condiciones de máxima esterilidad, se recoge con una torunda estéril y se deposita en un recipiente también estéril . A continuación , se envía directamente al laboratorio para su análisis. En niños menores de dos años, la muestra se recoge con una bolsa que se adhiere a la zona anal del niño, para evitar riesgos de contaminación. Las muestras pueden mantenerse en el frigorífico a 4 o 6 grados centígrados hasta su análisis, pero es conveniente enviarlas antes de dos o 3 horas. En cuanto a transporte, se atenderá a las medidas generales. El auxiliar de enfermería es el encargado de realizar la recogida de este tipo de muestra.

La salud de una persona dependerá en gran medida de la capacidad de su organismo para eliminar residuos tóxicos tanto internos como externos. Los procedimientos y técnicas de eliminación lograrán satisfacer las necesidades alteradas por el usuario.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer y distinguir las distintas vía de eliminación del cuerpo humano , así como los distintos desechos del metabolismo, su composición y los efectos que provocan cambios en el organismo. Como TCAE, es necesario saber los procedimientos para la recogida de muestras y el trato que va a recibir el paciente en dicho procedimiento.

6 Bibliografía

- <http://docenciaenenfermeria.blogspot.com>
- <http://csisanidad.blogspot.com>
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 763

RELACIONES DEL TCAE CON EL PACIENTE INGRESADO

MARIA JOSEFA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

En la profesión sanitaria es imprescindible el trabajo en equipo. Los distintos roles que forman parte del equipo de trabajo están muy bien definidos. Cada uno de sus componentes, médicos, ATS/DUEs, TCAEs, celadores debe cumplir un papel y se tiene muy claro cuáles son las competencias de los distintos profesionales. Los derechos y deberes de la profesión se encuentran en tres lugares distintos:

Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Se encuentra en una Orden Ministerial de 26 de abril de 1973 (B.O.E. de 28 de abril) y las funciones del Auxiliar de Enfermería se detallan en los artículos 75 al 85. El Estatuto sufrió algunas modificaciones y actualizaciones en abril de 1989.

El Real Decreto 137/1984 (11 de enero de 1984) sobre las estructuras básicas de salud en Atención Primaria. En este caso se especifican las funciones del Auxiliar de Enfermería en Atención Primaria.

El Real Decreto 546/1995 de 7 de abril (B.O.E. de 5 de junio de 1995) en el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería. En él se especifica qué debe ser capaz de hacer un TCAE.

2 Objetivos

- Analizar los trabajos relacionados con las funciones del profesional sanitario en los diversos servicios disponibles en el hospital.
- Enseñar al profesional sanitario a aplicar todos sus conocimientos para devolver al paciente su salud, aliviar su padecimiento o prevenir la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados de una mala comunicación generan estrés, ansiedad y angustia. Está demostrado que la enfermedad siempre genera ansiedad porque es una situación amenazante que, en muchas ocasiones, nos obliga a abandonar nuestro modo de vida cotidiano. También está demostrado que la profesión sanitaria es una de las que más ansiedad genera en sus trabajadores porque todos los días tenemos “entre manos” la salud y la vida de las personas. En conclusión: ambos roles son estresantes.

Las palabras estrés, ansiedad y angustia son enormemente habituales e incluso parecen estar de moda. Entendemos por estrés la respuesta fisiológica, psicológica y de conducta de una persona que ante un acontecimiento inusual para ésta, intenta adaptarse a la nueva situación para poder afrontarla o salir de ella. Es necesario analizar qué ocurre entre el detonante (la situación estresante) y la respuesta (estrés). El estrés es algo subjetivo y personal porque no todos percibimos una misma situación como amenazante. En general podemos decir que ocurren varias cosas:

Cambios fisiológicos.

- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento de la temperatura corporal.

- Aumento de la tensión arterial.
- Aumento de la tensión muscular.
- Aumento de la secreción sudorípara.
- Aumento de la secreción endocrina.
- Dilatación de la pupila.
- Ganas de orinar.

Cambios psicológicos y conductuales. Pueden ser muy variados, los más habituales son: irritabilidad, mal humor, alteración de la memoria, alteración de la concentración, confusión, preocupación.

Todos estos cambios los podemos resumir en dos palabras: ansiedad y angustia. En la práctica diaria los términos estrés, ansiedad y angustia se usan indistintamente. Quizá, la única diferencia entre ellos esté en el grado de afectación del individuo, de tal modo que la ansiedad es el estado inicial de intranquilidad. Cuando la ansiedad se perpetúa y se intensifica hablamos de angustia.

El estrés es una respuesta fisiológica, psicológica y de conducta ante una situación amenazante o desafiante en nuestra vida cotidiana. Hasta este momento hemos tratado el principio (situación estresante) y sus consecuencias finales (estrés) pero ¿qué ocurre en medio? Está demostrado que todo individuo ante una situación estresante puede realizar las siguientes valoraciones o evaluaciones intermedias:

Situación estresante -> Evaluación 1: ¿Cómo me afecta? -> Evaluación 2: ¿Puedo afrontarla? -> Respuesta: Estrés.

¿Es el estrés siempre malo? Un cierto grado de excitación o estrés es esencial para la vida. Sin el impulso que proporciona el estrés no seríamos capaces de conseguir nada, no abordaríamos ningún reto laboral, social, académico.

Está demostrado que hay un nivel óptimo de estrés que hace que aumente nuestro rendimiento y eleva nuestra salud. Es el llamado estrés positivo. Ahora bien, cuando se rebasa el nivel óptimo de cada cual, o cuando se tiene un grado mínimo de estrés, nuestro rendimiento disminuye y también lo hace nuestro estado de salud. Por tanto, podemos llegar a hablar de estrés positivo y negativo y de sus características.

El objetivo no es eliminar el estrés sino buscar nuestro nivel óptimo de estrés para permanecer en la fase positiva. Un estrés excesivo que se perpetúa en el tiempo es una situación absolutamente agotadora y además de afectar directamente a la

calidad de vida, está demostrado que es capaz de originar alteraciones. Las más relacionadas con el estrés son: cardiovasculares (infarto de miocardio), psicológicas (depresión), infecciones frecuentes (disminuyen las defensas), infertilidad, aumento de la predisposición a padecer un tumor maligno, etc.

El estrés es una reacción necesaria para afrontar aquellas situaciones que nos resulten amenazantes. Si el estrés se intensifica y perpetúa en el tiempo puede llevarnos a enfermar.

5 Discusión-Conclusión

Destacar una buena comunicación con el paciente, desarrollar instrumentos, que permitan una evolución ajustada a las conductas del personal sanitario, tcae, hacia el paciente.

6 Bibliografía

- <http://www.isipedia.com/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 764

ARTRITIS REUMATOIDE

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

1 Introducción

La artritis reumatoide es una forma de artritis que causa inflamación rigidez y pérdida de la función de las articulaciones, afecta a cualquier articulación, pero es más frecuente en muñecas y dedos. Se produce cuando el sistema inmunitario ataca el sinovial y el revestimiento de las membranas que rodean las articulaciones, la inflamación resultante engrosa el sinovial que finalmente puede destruir el cartílago y el hueso de dentro de la articulación Los tendones y ligamentos que mantienen unida la articulación se debilitan y se estiran y la articulación va perdiendo su forma y alineación.

Los médicos no saben lo que inicia es te proceso, aunque es probable que sea un componente genético. Los genes no son los únicos responsables del desarrollo de la artritis reumatoide. Existen otros factores que pueden predisponer la enfermedad entre los que se encuentran los siguientes:

- Diversos estudios apuntan que algunos virus y bacterias podrían ser la causa de dicha enfermedad.
- La obesidad, personas con sobrepeso y obesidad tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad y de sufrir síntomas más graves una vez establecida la

enfermedad, aunque se desconoce que por sí sola constituya un desencadenante lo que está claro es que empeora los síntomas y la evolución.

2 Objetivos

Analizar la enfermedad de la artritis reumatoide.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los signos y síntomas pueden variar en gravedad e incluso aparecer y desaparecer. Los periodos de mayor actividad de la enfermedad denominados brotes se alternan entre periodos de remisión cuando la hinchazón y el dolor desaparecen. Además de estos pueden haber síntomas relacionados directamente con las articulaciones, como son:

- Fatiga o cansancio.
- Dificultad para realizar actividades diarias.
- A veces febrícula.
- Ardor picazón y secreción de ojo.
- Resequedad en ojos y boca (síndrome de Sjogren).

5 Discusión-Conclusión

La artritis reumatoide no tiene cura pero los estudios clínicos indican que la remisión de los síntomas es más probable cuando el tratamiento comienza temprano con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD). El tipo de tratamiento dependerá de la gravedad de los síntomas y del tiempo que hayas tenido la artritis reumatoide. Medicamentos según la gravedad:

- AINE (alivian del dolor).

- Esteroides (reducen inflamación y retardan el daño articular).
- Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad como: metotrexato, leflunomida, hidroxicloroquina y sulfasazina.
- Agentes biológicos modificadores de la respuesta biológica como: Abatacept, Baricitinib y Certolizumab.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Reumatología acv ediciones.
- Bays AM Gardner G Pharmacologic Therapies for Rheumatologic and Autoimmune Conditions.
- Genovese MC Harris ED. Tratamiento de la artritis reumatoide En: Kelley Tratado de Reumatología (7ª edición). Harris ED ed Elsevier España (2000).
- Harris Ed Manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide en :Kelly Tratado de Reumatología (7ª edición). Harris Ed. Ed Elsevier España (2006).
- JJ. Artritis Reumatoide. En: Manual SER de las enfermedades reumáticas (5ª edd). Sociedad Española de Reumatología. Editorial médica Panamericana (2008).

Capítulo 765

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR Y CUIDADOS A PACIENTES CON SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ

MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

NORMA LORENA BUYO AVALOS

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

ANA VIOR LÓPEZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano se produce por la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca, provocando una disfunción del mismo. A veces, el engrosamiento de tendones irritados u otra inflamación estrecha el túnel aumenta la presión en el interior y causa que se comprima el nervio mediano.

El nervio mediano controla las sensaciones del lado palmar del pulgar y los dedos (excepto del meñique), al igual que impulsos a algunos músculos pequeños en la mano que permiten que se muevan los dedos y el pulgar.

El síndrome del túnel del carpo, es la neuropatía compresiva más frecuente de la extremidad superior, el STC a menudo es el resultado de una combinación de factores que aumentan la presión sobre el nervio mediano y los tendones en el

túnel carpiano, en lugar de un problema con el nervio mismo. Podría haber una predisposición congénita.

Otros factores que contribuyen incluyen traumatismo o lesión en la muñeca que causa inflamación, como esguince o fractura; obesidad, artritis reumatoide; problemas mecánicos en la articulación de la muñeca, retención de líquidos o desarrollo de un quiste.

Entre las causas más frecuentes que provocan el STC encontramos la realización del mismo movimiento de la mano y la muñeca una y otra vez. De hecho, el uso de herramientas manuales que vibren puede llevar al síndrome. El STC ocurre casi siempre en personas de 30 a 60 años de edad y es más común en los hombres que en las mujeres.

Cada persona puede experimentar los síntomas de una forma diferente, los más comunes son :

- Dificultad para hacer un puño sensación de hinchazón en los dedos, ardor o cosquilleo en los dedos. especialmente en el pulgar, índice y medio.
- Torpeza de la mano al coger objetos.
- Entumecimiento u hormigueo en el pulgar y en los dos o tres dedos siguientes.
- Dolor que puede irradiarse en la mano, antebrazo y brazo.
- Problemas con los movimientos finos de los dedos.
- Atrofia del músculo por debajo del pulgar.
- Aprehensión débil o dificultad para cargar bolsas.
- Debilidad y torpeza en la mano.
- Parestesias en la mano.

2 Objetivos

En este estudio se presenta el tratamiento del Síndrome del túnel carpiano, se define tanto el síndrome como la patología y los cuidados que precisan entorno a la cirugía perioperatoria. Explica cómo es la cirugía, el postoperatorio y los resultados que puede esperar. Que el paciente conozca la enfermedad le aportará beneficios físicos y psíquicos.

3 Metodología

Se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos electrónicas (BMJ Clinical Evidence, York Centre for Reviews and Dissemination,

Cochrane Library, PubMed, y EMBASE). También búsquedas extendidas de páginas web en internet, y de resúmenes de conferencias, manuales de revistas publicados y revisión de los artículos recuperados. también se lleva a cabo una revisión minuciosa sobre protocolos de actuación en cirugías de este tipo en la intranet del Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Resultados

Medidas preoperatorias: valoración previa en consulta. Dígale a su cirujano qué medicamentos está tomando. Le pueden solicitar que temporalmente deje de tomar medicamentos anticoagulantes, incluido ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, naproxeno. Si fuma trate de dejar el hábito, fumar puede retardar la cicatrización. Comente a su médico si tiene cualquier resfriado, fiebre, herpes... quizá tenga que postponer la operación.

Realización de un estudio preoperatorio : hemograma, bioquímica, coagulación, Rx de tórax, y ECG. Se lavará con jabón antiséptico la zona a intervenir.

- No tomar alimentos ni líquidos las 8 horas anteriores a la intervención.
- No llevar ningún objeto metálico durante la intervención.

Liberación del túnel carpiano:

En general, puede realizarse de forma ambulatoria o con una estancia de varias horas, bajo anestesia local-regional, pero también recibirá medicación para estar relajado. La intervención puede ser abierta: se hace una pequeña incisión quirúrgica en la palma de la mano cerca de la muñeca. Se corta el ligamento que cubre el túnel carpiano, esto alivia la presión en el nervio mediano. A veces, se retira el tejido alrededor del nervio. Se cierran la piel y el tejido por debajo de esta, con suturas. (cirugía clásica).

En la intervención endoscópica (por artroscopia). Se hacen dos incisiones, una en la muñeca y otra en la palma, se inserta una cámara unida a un tubo, se observa el tejido en la pantalla, y se corta el ligamento. Minimiza las cicatrices y el dolor. Después de la cirugía ,la muñeca puede ser inmovilizada con un vendaje y una muñequera.

Post operatorio:

No necesita quedarse en el hospital, después de la cirugía, su muñeca estará con una férula o un vendaje grueso durante aproximadamente dos semanas, ha de mantenerse la mano en alto con ayuda de un cabestrillo para evitar que sangre y se inflame. Manténgalo limpio y seco, no se deben mojar las incisiones.

Después se utiliza de forma intermitente durante el mes siguiente. Existe un grado moderado de dolor después de la cirugía, el cual se controla normalmente con medicación oral. El cirujano puede pedirle que mantenga la mano afectada elevada mientras duerme. Después de retirar la férula, usted empezará los ejercicios de movimiento (fisioterapia). Se alienta al paciente a que mueva los dedos y no flexionar la muñeca unos cuantos días después de la cirugía. Durante el primer mes no se recomienda coger pesos con la mano intervenida.

5 Discusión-Conclusión

Aunque los síntomas pueden aliviarse inmediatamente después de la cirugía, la recuperación del túnel carpiano puede llevar meses. La liberación del túnel carpiano, disminuye el dolor, el hormigueo en el nervio y el entumecimiento y restablece la fuerza muscular. En general los síntomas mejoran en un plazo breve, permitiendo una vuelta a la normalidad precoz.

Algunas personas pueden tener infecciones, rigidez y dolor en la cicatriz. Ocasionalmente la muñeca pierde fuerza debido a que está cortado el ligamento carpiano. Las personas deben someterse a fisioterapia para restablecer la fuerza de la muñeca. La recurrencia del STC después es rara. La mayoría de las personas se recuperan completamente.

6 Bibliografía

1. Síndrome túnel carpiano- clínica medicina integrativa.
2. Tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel carpiano.
3. Cirugía Túnel Carpiano- operación de túnel carpiano. Síndrome del túnel carpiano (STC). Dolor.com. [actualizado 4 septiembre 2017]
4. Preguntas y respuesta: recuperación de la cirugía para el túnel carpiano [actualizado 1 julio 2019]
5. Liberación del túnel carpiano: Medline Plus enciclopedia médica [actualizado 11 septiembre 2019]
6. Túnel carpiano- Secpre . [actualizado en 2019]
7. Cirugía del túnel carpiano- tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [actualizado en 2019]
8. Cirugía abierta del túnel carpiano para el síndrome del túnel carpiano [actualizado 21 marzo 2019]

Capítulo 766

TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y EL CUIDADO AL CUIDADOR INFORMAL EN EL HOSPITAL

FELICIDAD PENELOPE PROENZA GARCÍA

MONICA ALVAREZ GARCIA

LUCIA ARDURA GONZALEZ

NOELIA CERNUDA MORA

1 Introducción

Desde hace unos años, cada vez son más las personas mayores que en vez de ser institucionalizadas, van a vivir con sus hijos, convirtiéndoles así en cuidadores informales. La crisis económica y el miedo a la soledad son causas que hacen que las personas ancianas decidan quedarse con sus hijos.

Esto provoca en muchos casos, que la persona encargada del cuidado desarrolle un estrés que con el tiempo deriva en importantes síntomas físicos y psíquicos. Los Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) lo observamos muy a menudo en los ingresos hospitalarios, en los que las familias y en concreto el cuidador principal, se ven desbordados por la situación, se culpabilizan por haber tenido que ingresar a su familiar y son incapaces de gestionar la situación ni física ni psicológicamente. El cuidador informal se define como aquella persona que

sin tener conocimientos profesionales, debe de cuidar a un adulto dependiente y hacerse cargo de las carencias que tenga.

En la mayor parte de los casos, este trabajo recae sobre la hija del enfermo, y en caso de que no la tengan, recae sobre la nuera. Esto sumado a los posibles hijos que tenga ella, su trabajo y la casa, implican mucho trabajo físico y psicológico que tarde o temprano repercute de forma negativa, en la salud de la mujer. Y con el tiempo puede incluso deteriorar las relaciones personales y su propio matrimonio si lo tiene.

2 Objetivos

- Conocer las estrategias que los TCAE pueden aportar durante el ingreso hospitalario a los cuidadores informales para aumentar el afrontamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Cuiden y Dialnet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. La búsqueda la realizamos entre los años 2010 y 2019. Los descriptores que hemos utilizado son: “cuidador informal”, “paciente dependiente”, “técnicas básicas” y “afrontamiento”

4 Resultados

- Hay muchos artículos basados en la atención al cuidador informal, y desde el hospital podemos hacer más de lo que creemos.
- Según la revisión encontrada, podemos favorecer a esa persona, a que mientras su familiar esté ingresado, aproveche a relacionarse con gente a la que hace tiempo que no ve, para así fomentar su tiempo de ocio y distracción.
- También en la bibliografía se incluye que los auxiliares de enfermería podemos enseñarle las técnicas que nosotras utilizamos en el hospital para el aseo diario, los cambios de pañal, las rutinas al fin y al cabo.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estamos acostumbrados a trabajar con pacientes con todos los grados de dependencia, mientras que los cuidadores informales no. Mientras el paciente está ingresado, podemos aprovechar a ayudar al cuidador informal a conocer trucos para movilizar al paciente sin forzar la espalda, para asearle sin tanto esfuerzo, etcétera, y por supuesto a que mire por su propia salud y tenga vida propia.

Cada vez es más habitual encontrarnos con cuidadores que tienen ansiedad, estrés e incluso depresión. Los vemos totalmente desbordados en muchas ocasiones, porque además la persona enferma se vuelve egoísta y egocéntrica provocando si cabe aun más estrés en la persona que cuida. Muchas veces también los culpan de los ingresos, los empeoramientos, las heridas, etcétera, y hay que animar al cuidador a que acuda a su centro de salud a ponerse en manos de un profesional y buscar alternativas para poder vivir con salud.

6 Bibliografía

- Burgos Garrido, P., Figueroa Rodríguez, V., Fuentes Verdugo, M., Quijada Hernández, I., & Espinoza Lavoz, E. (2015). Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra-Chillán.
- Córdoba, A. M. C., & Aparicio, M. J. G. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12(1), 149-167.
- Domínguez, E. M. Z., & Martín, M. D. G. (2012). Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. *Aquichan*, 12(3), 241-251.
- Espinoza Miranda, K., & Jofre Aravena, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 23-30
- García, E. P. L. (2016). PUESTA AL DÍA: CUIDADOR INFORMAL. *Revista EnfermeríaCyL*, 8(1), 71-77.
- García, F. E., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111.
- Martínez, R. T. S., Cardona, E. M. M., & Gómez-Ortega, O. R. (2016). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio pi-

loto. Revista Cuidarte, 7(1), 1171-1184.

- Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. Revista de motivación y emoción, 1, 22-30.

- Pinzón-Rocha, M. L., Aponte-Garzón, L. H., & Galvis-López, C. R. (2012). Perfil de los cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas y calidad de vida, Villavicencio, Meta, 2011. Orinoquia, 16(2), 107-117.

- Ramos, V. N. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. Trabajo social hoy, (77), 63-83.

- Vaquiro Rodríguez, S., & Stiepovich Bertoni, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Ciencia y enfermería, 16(2), 17-24.

Capítulo 767

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS DISTINTOS MÉTODOS PARA HALLAR LA DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA.

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

BEATRIZ LEAL LÓPEZ

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

1 Introducción

Existen diversidad de estudios que reflejan la prevalencia de malnutrición en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Para poder objetivar la cantidad de pacientes desnutridos se utilizan distintos métodos de valoración, teniendo en cuenta también el momento temporal en que se realice la medición. Se ha podido observar la relación entre desnutrición y la aparición de complicaciones, el aumento de la estancia hospitalaria, de la mortalidad y el reingreso hospitalario. Por lo que se hace necesario señalar y tratar a este tipo de pacientes (1).

Para valorar el estado nutricional del paciente, se utilizan distintos parámetros de medición que puede objetivar dicho estado. Estos pueden ser del tipo

antropométricos y bioquímicos. La evidencia de caquexia en una exploración, la medición del peso corporal, que se define por un bajo índice de masa corporal, la hipoalbuminemia, colesterol bajo o parámetros bajos de leucocitos pueden mostrar dicho estado. Estos parámetros predicen la posibilidad de un mal pronóstico del paciente con insuficiencia cardíaca. Si bien es cierto que estos parámetros por sí solo no muestran precisión. También es cierto que estos parámetros pueden verse alterados por la propia fisiopatología que presenta el paciente y que la pérdida de peso se vea condicionada por factores inflamatorios (2).

Se ha podido observar que las instituciones sanitarias utilizan cada vez más métodos de cribado nutricional con la finalidad de detectar precozmente la malnutrición o el riesgo de desarrollarla. También es cierto que no existe un método universalmente aceptado para la valoración nutricional (3).

Los pacientes ingresados en el hospital por insuficiencia cardíaca y que presentan estado de desnutrición, tienen un pronóstico más desfavorable que los que están en un correcto estado nutricional. No se sabe a ciencia cierta si una intervención nutricional puede revertir el pronóstico desfavorable de estos pacientes (4).

2 Objetivos

- Revisar la bibliografía existente para comprobar la prevalencia del estado nutricional en pacientes con insuficiencia cardíaca.
- Observar si los distintos métodos de cribado para la detección precoz de la desnutrición son eficaces y cuantificar cuales de ellos existen.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica hemos acudido en busca de información lo más rigurosa y objetiva posible. Para ello, utilizamos bases de datos donde se pueden encontrar estudios, artículos, ensayos y otros tipos de trabajos interesantes para el objetivo de este capítulo. Las bases de datos consultadas fueron MEDES y Scielo. En ellas se han encontrado un total de 32 artículos en medes y 60 en Scielo. Para realizar una selección de artículos y trabajos rigurosos hemos utilizado ciertos criterios de inclusión y exclusión. Estos criterios se han basado en la fecha de edición del artículo; siendo esta no superior a 6 años, al idioma excluyendo aquellos que no estuvieren redactados en castellano y por último al tipo de trabajo haciendo especial inciso a las palabras claves, nutrición,

malnutrición e insuficiencia cardiaca.

4 Resultados

Según el estudio realizado por Guerra – Sanchez et al. la prevalencia de pacientes mal nutridos con patología cardíaca de base, concretamente insuficiencia cardíaca crónica, es de 95% de los cuales presentaban alto riesgo de entre un 37,0%-46.9% personas de edad avanzada. Señala también que según el sexo del paciente, así como la edad están relacionadas con el estado nutricional. Por lo visto, el sexo femenino es el que más prevalencia presenta de entre ambos sexos y aquellos con edad avanzada. Parece ser que el instrumento de medición (VSG) es un buen predictor de morbimortalidad. También señala que el índice de masa corporal no determina el pronóstico, pero si la malnutrición en pacientes con insuficiencia cardíaca. Cuanto antes se detecte en personas con insuficiencia cardíaca una posible malnutrición, antes de podrá corregir tal desequilibrio y no empeorar su pronóstico. (1).

Otro como el Mini Nutritional Assessment (MNA) instrumento de cribado nutricional y el NRS-2002, han sido los más efectivos para clasificar pacientes malnutridos y con insuficiencia cardíaca como patología de base. (3) Parece ser que los pacientes con insuficiencia cardíaca es más difícil objetivar la desnutrición que en otras patologías. También señala que es complicado realizar una valoración sistemática nutricional global aceptado. La aplicación de estos métodos a distintos pacientes, se obtienen diferentes resultados. (3) (4).

Otros autores como Bonilla-Palomas et al., en sus estudios realizados en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca, presentaron un buen estado nutricional, aplicando como instrumento de medición la (MNA). Sugiere que para reducir la mortalidad de este tipo de paciente, se aconseja que este tipo de valoración debe integrarse como parte fundamental en estos pacientes con insuficiencia cardíaca, dando por hecho que en las consultas de cardiología como en atención primaria se haga este seguimiento. (3) (5) (4).

5 Discusión-Conclusión

Para concluir, podemos afirmar habiendo revisado la información extraída de los autores citados, que existe una prevalencia bastante alta de pacientes con insuficiencia cardíaca que presentan malnutrición. La edad es un factor a tener

en cuenta, pues a mayor edad mayor riesgo de padecer malnutrición, si además padece insuficiencia cardíaca. Destaca también la prevalencia de sexo femenino sobre el masculino en malnutrición. Para el cribado de pacientes tanto ingresados como ambulatorios, los autores consultados dejan claro el uso de instrumentos de valoración como la VSG, MNA o la NRS-2002. Parece haber controversia entre autores para señalar cual de ellas es la aceptada, sin embargo, por lo que parece la MNA de todas es la que mejores resultados presenta. Por último, se debería de aplicar estos instrumentos de manera sistemática en atención primaria y en las consultas de cardiología, así como mejorar el tipo de instrumentos para realizar esta valoración que den resultados más concluyentes.

6 Bibliografía

1. Fresno-flores m. prevalencia de malnutrición en pacientes hospitalizados por descompensación de insuficiencia cardíaca crónica; valoración subjetiva global como indicador pronóstico. *nutrición hospitalaria*. 2015; 4(31).
2. Influencia de la desnutrición sobre la mortalidad a largo plazo en pacientes ambulatorios con insuficiencia cardíaca crónica. *Nutrición hospitalaria*. 2017; 6(34).
3. Guerra-Sánchez. Cribado nutricional en pacientes con insuficiencia cardíaca: análisis de 5 métodos. *nutrición hospitalaria*. 2015; 2(31).
4. Gámez-López et al. Justificación y diseño del estudio picnic: programa de intervención nutricional en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardíaca desnutridos. *Revista española de cardiología*. 2014; 4(67).
5. Pérez Ruiz JM. Impacto de la valoración nutricional en los pacientes con insuficiencia cardíaca. *Nutrición hospitalaria*. 2017; 6(34).

Capítulo 768

LOS CUIDADOS GERIÁTRICOS DE LOS TÉCNICOS DE CUIDADES AUXILIARES DE ENFERMERÍA

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Uno de los lugares de trabajo más comunes para los técnicos de cuidados en auxiliar de enfermería (TCAE), son los geriátricos. Estando en contacto directo con personas mayores y nuestra tarea será ayudarles en las actividades básicas de la vida diaria, dependiendo siempre de su nivel de autosuficiencia.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las diversas funciones que los TCAE realizan cuando trabajan directamente con personas mayores.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una vez identificados que pacientes son autónomos y cuales son dependientes deberemos centrarnos en las necesidades de cada uno de ellos. A los pacientes que son autónomos trataremos de animarlo a que él solo realice sus actividades básicas diarias, con lo que lograremos fomentar su independencia y mejorar su autoestima.

Ayudaremos a realizar cualquier actividad siempre que nos inste a ello, pero dejando la acción principal al paciente autónomo. Para los pacientes que son dependientes para las actividades básicas diarias, actuaremos de otra forma completamente distinta. Serán los TCAE los que realizan esas funciones diarias, como pudiera ser la higiene, alimentación, desplazamientos, informándoles de todo lo que vamos a realizar antes de hacerlo. Controlar sus cambios físicos, psicológicos, su estado de salud, y en definitiva, cualquier cambio que percibamos del paciente, también es una función del TCAE, ya sean en pacientes autónomos o dependientes. También trataremos de entablar una relación con las familiar de los usuarios, que en muchos casos se encuentran perdidos ante los constantes cambios, tanto físicos como mentales, que los pacientes geriátricos experimentan.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos y sus familias, es importante conocer cuáles son nuestras funciones. Ser empático, darles seguridad y confianza en nuestras actuaciones, ya que muchos de estos pacientes se sienten incómodos en muchas actividades íntimas que los TCAE tienen que realizar cada día. Ofreciendo apoyo físico y moral conseguiremos que su estancia sea más placentera y fructífera y que su familia viva de una manera más natural los cambios

que este paciente va a experimentar.

6 Bibliografía

- <http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/>
- <https://revistamedica.com/tecnico-en-cuidados-auxiliares-de-enfermeria>
- <https://www.educaweb.com/profesion/auxiliar-geriatria-41/>

Capítulo 769

NUTRICIÓN Y ESPESANTES PARA PACIENTES CON RIESGO DE BRONCOASPIRACIÓN

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La disfagia es una alteración de la deglución con una elevada incidencia en el paciente geriátrico relacionada con un aumento del riesgo de desnutrición y neumonía por broncoaspiración. La adición de espesantes comerciales en líquidos es frecuente en esta situación, así como la adición de fármacos en esta mezcla para facilitar su administración.

En nuestro entorno hospitalario es muy común observar problemas con la deglución en ancianos principalmente con patologías múltiples y problemas neurodegenerativos. Durante las últimas décadas el envejecimiento de la población en los países desarrollados se ha incrementado, de tal forma que la población con más de 65 años supone en España el 16,9% del total. Unido a ello se ha producido un aumento de la prevalencia de las comorbilidades y consecuentemente de la complejidad del manejo de las mismas.

Uno de los problemas asociados a la edad es la disfagia, un síntoma que cursa con la dificultad o imposibilidad del paso de líquidos o sólidos desde la boca al estómago. En ésta, el proceso de deglución normal resulta alterado a nivel estructural o funcional por diferentes causas, congénitas o adquiridas.

En una dieta para una persona mayor que sufre disfagia es fundamental:

- Garantizar una nutrición e hidratación adecuadas.
- Adaptar la textura de los alimentos sólidos y de los líquidos para conseguir una alimentación segura a fin de evitar atragantamientos y broncoaspiraciones de comida, que pueden derivar en infecciones pulmonares.

El objetivo es preparar alimentos que ayuden a la persona a hacer un bolo alimenticio que sea fácil y seguro de tragar y, además, realizar comidas variadas para mantener una alimentación lo más completa posible y con un aspecto, olor y sabor agradables.

Si tenemos en cuenta que la hidratación de la persona es vital, en estos casos se recomienda iniciar un tratamiento que garantice seguridad en la deglución. Además, la primera (y fundamental) recomendación/pauta será la eliminación de líquidos en la alimentación de la persona. La alternativa más común, aunque podrían valorarse otras vías, será la modificación de la textura a través de espesantes, consiguiendo otra textura que garantice la protección de la vía aérea durante la deglución. El espesante es una sustancia que nos permite modificar la consistencia del líquido, teniendo en cuenta la valoración previa del paciente, a consistencia néctar, miel o pudding.

La importancia del buen control de la disfagia con espesantes es debida a la relación establecida entre la presencia de la misma y la aparición e impacto clínico de dos tipos de complicaciones: la desnutrición y la bronco-aspiración. Entre el 25 y el 75% de los pacientes con disfagia sufren malnutrición, acompañada o no de deshidratación. La malnutrición a nivel hospitalario está asociada a un aumento de la estancia media hospitalaria, prolongación del periodo de rehabilitación, disminución de la calidad de vida y aumento de los costes.

En este contexto se ha identificado la disfagia como un agente contribuyente a la malnutrición. El espesante representa, de hecho, el aliado fundamental para la transformación de las recetas, un producto que no altera el sabor de los alimentos y además se conserva tanto en frío como en caliente

2 Objetivos

- Conseguir una buena alimentación en el paciente anciano.
- Conocer los beneficios de los espesantes.
- Dar indicaciones sobre cómo y cuándo se usan los espesantes en el paciente con disfagia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica mediante el uso en la búsqueda de palabras clave DECS descriptores de la salud en varias bases de datos.

4 Resultados

La detección precoz de los síntomas, la valoración individual de los pacientes, la realización de pruebas complementarias, el planteamiento de las intervenciones terapéuticas (incluyendo la instauración de medios alternativos a la deglución por vía oral) y la monitorización de resultados requieren la colaboración de varios profesionales.

La implicación del paciente y de sus cuidadores es básica para obtener resultados satisfactorios.

El abordaje multidisciplinar permite optimizar los recursos y los conocimientos de los diferentes profesionales y trabajar de manera continua en la consecución de los objetivos del programa de rehabilitación, que, en última instancia, serán alcanzar un adecuado estado de nutrición e hidratación y evitar las complicaciones respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

Existe controversia sobre el manejo de la disfagia y su eficacia en la prevención de complicaciones. Hasta el momento se han estudiado estrategias diversas: posturales, cambios en la viscosidad y volumen del bolus, maniobras deglutorias específicas, estrategias de incremento sensorial, fármacos, cirugía y gastrostomía percutánea. El uso de espesantes y disminución de los volúmenes de ingesta en estos pacientes es una práctica habitual, y se observa una mejora al pasar de textura fluida (agua) a otras más espesas (néctar, miel, pudding).

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población referidas al 01/01/2010 Real Decreto 1612/2010, de 7 de diciembre. Disponible en: www.ine.es.
2. Rofes L, Arreola V, Almirall J, Cabré M, Campins L, García-Peris P, Speyer R, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia and Its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastroenterol Res Pract* 2011; 2011. pii: 818979. Epub 2010 Aug 3.

Capítulo 770

DERMATITIS DE PAÑAL EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO

M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL

RAQUEL MUÑIZ PERERA

NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA

1 Introducción

Este tipo de dermatitis es un problema cutáneo que se desarrolla en la zona de piel cubierta por el pañal del anciano. Es un proceso irritativo e inflamatorio de la piel provocado por las condiciones de humedad, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias, como detergentes plásticos, perfumes u otros compuestos.

Afecta por igual a ambos sexos y, en términos generales, se suele producir más frecuentemente entre los seis y los doce meses de edad y en los ancianos con poca movilidad, encamados o con enfermedades degenerativas tipo Alzheimer. Del mismo modo, la incidencia de dermatitis de pañal es mayor en los pacientes con diarrea.

A pesar de que se desconoce la causa por la que se produce la irritación, se puede considerar que el agente irritativo no es único, sino que resulta de la mezcla de diferentes factores que influyen en el desarrollo del proceso, como la fricción, la oclusión, la humedad excesiva o el aumento del pH en la piel del área del pañal, y todo ello produce daño en la epidermis, que conduce a la pérdida de la función

de barrera que ejerce la piel y provoca una mayor susceptibilidad a la irritación cutánea.

El papel que tienen las bacterias en este proceso aún no se ha determinado científicamente, pero una explicación posible es que transforman la urea en amonio y elevan el pH de la piel.

Lo que se observa principalmente es:

- Un sarpullido de color rojizo que se vuelve más grande a medida que pasa el tiempo.
- Diferentes áreas descamativas que se enrojecen en el escroto y el pene de los hombres y en los labios y la vagina de las mujeres.
- También es característica la aparición de granos, ampollas, úlceras o protuberancias grandes, además de llagas llenas de pus en algunos casos.

Para prevenir este tipo de irritaciones es esencial que se mantenga una buena higiene de la zona, procurando que permanezca siempre seca y limpia. Se recomienda que se emplee agua tibia o con jabón neutro y se desaconseja el uso de los productos con perfumes o compuestos químicos similares.

De la misma manera, cuando la piel está expuesta a orina y/o heces, y esta situación desgraciadamente es muy frecuente en personas encamadas, la combinación de estos dos productos provocan cambios a nivel cutáneo por su efecto irritante que va desde la pérdida de lípidos epidérmicos por efecto de la humedad, cambios en el pH cutáneo (alcalinización) y aumento del coeficiente de fricción (denudación) junto al desequilibrio de la flora saprofita de la piel, que se traducen en procesos irritativos y en un aumento de las infecciones fúngicas y bacterianas en la zona expuesta a humedad.

La aplicación de productos formadores de una película barrera no irritante (PBNI) en los pacientes que presentan dermatitis por incontinencia representa una alternativa a los tratamientos convencionales como son las cremas o ungüentos de óxido de cinc o pastas al agua. Esto nos sirve para mantener la piel hidratada pero evitar que se macere y la aparición de dermatitis y otros problemas. Si existiera ya la dermatitis el principal tratamiento para su control y erradicación además de las medidas preventivas comentadas anteriormente es el uso de corticoesteroides en pomada.

2 Objetivos

- Explicar en que consiste la dermatitis del pañal
- Justificar cómo es más propensa a padecerla los pacientes ancianos.
- Exponer las principales medidas preventivas y tratamiento

3 Metodología

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

4 Resultados

No cabe duda de que la piel es un órgano que presenta una elevada complejidad en el abordaje de sus alteraciones, pero no por ello se han de restar esfuerzos para conocer e interpretar de forma adecuada las respuestas que nos da la piel. Nuestra labor es muy importante en este caso para mantener la integridad cutánea impidiendo la aparición de nuevos problemas para el paciente que ya de por sí suelen tener pluripatologías y dificultades en el cuidado. Se impide también la aparición de otro importante problema que son las UPP o úlceras por presión.

5 Discusión-Conclusión

La labor de las TCAE en el mantenimiento de la integridad cutánea es muy importante actuando en equipo junto a la enfermería.

6 Bibliografía

- Brown DS, Sears M. Perineal dermatitis: a conceptual framework. *Ostomy/Wound Management* 1993; 39: 20-6
- Soldevilla JJ, Torra JE, Rueda J, Martínez F, Verdú J, Mayán JM, López P. Segundo Estudio Nacional de Prevalencia de úlceras por Presión en España, 2005: epidemi-

ología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006; 17: 154-72

- Sampetro M, Varela L, Caro R. Lesiones por humedad. Revisión de conocimientos. Revista Enfermería Global. 2015; 14(2), 325-334

Capítulo 771

EDUCACIÓN SANITARIA DEL TCAE AL PACIENTE COLOSTOMIZADO

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Una colostomía es la creación quirúrgica de un orificio (estoma) que permite la evacuación hacia el exterior del contenido del colón.

Podemos hacer una clasificación de las colostomías dependiendo de su duración y su localización:

- Según su duración, las colostomías pueden ser permanentes o temporales. Las colostomías temporales se realizan después de una intervención en el colon, y se suelen reconectar los extremos en un periodo de tiempo relativamente corto, por lo que el impacto psicológico en el paciente es menor. Cuando una colostomía es permanente, es necesario que la educación sanitaria y psicológica le permita al paciente incorporar esta nueva situación a su vida de la forma menos traumática posible. En ambos casos, es muy importante la labor docente del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE), ya que será el responsable de darle a ese

paciente las nociones necesarias para realizar los cuidados de la colostomía en su domicilio.

- Según su localización podemos hablar de 3 tipos de colostomías: la colostomía ascendente se sitúa en el lado derecho del abdomen. A esta altura del colon las heces son más líquidas e irritantes por la presencia de enzimas, y las deposiciones suelen ser continuas e impredecibles; por ello es necesario la utilización de una bolsa de recogida de heces. La correcta colocación del dispositivo es de gran importancia para evitar posibles fugas, que dificultan la vida normal del paciente y provocan mucha irritación en la zona que rodea el estoma; la colostomía transversa se localiza en la parte superior del abdomen. Las heces aumentan de consistencia y tienen un flujo más intermitente. Este tipo de colostomías suelen ser temporales, y al cabo de un tiempo se realiza una intervención para retirar el estoma y restablecer el flujo intestinal; a colostomía descendente o sigmoidea se localiza en el lado izquierdo del abdomen. En este caso las heces ya son más consistentes y las deposiciones son más o menos predecibles, aunque la ausencia de un esfínter hace que pueda haber pérdidas. Hay determinados casos en los que los pacientes consiguen establecer un ritmo intestinal que les permite utilizar la bolsa solo cuando hay deposición, y no necesitan llevarla continuamente, aunque lo habitual es que por precaución se lleve puesta todo el tiempo.

Una vez realizada la colostomía, se debe seleccionar el dispositivo colector que mejor se adapte al tipo de colostomía y al paciente. Los dispositivos o bolsas de colostomía pueden ser:

- De 1 pieza: están formados por una bolsa unida a un disco adhesivo que se adhiere a la piel y se recorta en función del tamaño del estoma. Hay que cambiarlos entre una y dos veces al día, y son muy fáciles de colocar y retirar.
- De 2 piezas: están formadas por una placa que se mantiene adherida a la piel durante 2-3 días, y la bolsa se encaja y se retira según necesidad. De esta manera, las personas con piel sensible evitan pegar y despegar tan a menudo la bolsa de colostomía.

2 Objetivos

- Definir un protocolo de actuación respecto a los cuidados de la colostomía y el material necesario.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Scielo, utilizando las palabras clave ostomía, colostomía y cuidados. La base de datos arroja 11 resultados, de los cuales 5 se tienen en cuenta para establecer cuál sería el plan de actuación idóneo para dotar de las herramientas necesarias al paciente colostomizado.

4 Resultados

A continuación, se detalla el protocolo que el TCAE llevará a cabo para realizar la limpieza del estoma y la bolsa de colostomía. En todo momento se le explicará al paciente los pasos a realizar, animándole a preguntar cualquier duda que tenga, y siempre con la finalidad de que pueda continuar con sus cuidados en el domicilio. Es importante también extender esta explicación a los familiares o personas cercanas, ya que en un principio, y en algún caso permanentemente, su ayuda será necesaria.

Antes de llevar a cabo cualquier procedimiento, tanto en el medio hospitalario como en el domicilio, es muy importante preparar y tener a mano todo el material que se va a utilizar.

Protocolo para la higiene y cambio de dispositivo de colostomía. Material:

- Dispositivo o bolsa de recambio y material adicional.
- Bolsa de plástico para eliminar el material usado.
- Pañuelos de papel de celulosa o papel higiénico.
- Jabón neutro o toallitas húmedas de pH neutro no grasas.
- Agua templada.
- Toalla suave.
- Esponja suave (similar a las esponjas de bebés).

Solo en caso de dispositivos recortables:

- Tijeras.
- Plantilla para medir el estoma.

Protocolo.

- Preparar y colocar todo el material necesario.
 - Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar, y también a la familia.
- Es importante transmitir calma y seguridad, que el paciente lo vea como algo que será capaz de realizar por sí mismo.

- En el medio hospitalario, es muy importante preservar la intimidad del paciente colocando un biombo. En el domicilio, se recomienda que, si es posible, estos cuidados se lleven a cabo en el aseo.
- Se debe retirar la bolsa sucia de colostomía lentamente, de arriba hacia abajo y sujetando la piel que rodea al estoma. Al ser desechable, se mete en la bolsa de residuos para su posterior eliminación.
- Si en la zona del estoma hay restos de heces, se retiran con una gasa estéril.
- La limpieza del estoma se realiza del centro al exterior con un movimiento suave y circular. Utilizaremos agua templada y jabón neutro, y una esponja muy suave. Se pueden utilizar toallitas limpiadoras con Ph neutro, siempre que no contengan materia grasa ni cremas hidratantes.
- Secar la zona por presión, con pequeños golpecitos, nunca por fricción. En ningún caso se debe utilizar el secador para secar la zona.
- La colocación del nuevo dispositivo se realiza siempre de abajo hacia arriba, evitando pliegues y presionando con la palma de la mano para favorecer que el adhesivo se pegue.
- Si hay vello en la zona que rodea al estoma es recomendable recortarlo con unas tijeras, ya que rasurar podría aumentar la irritación.

Además de los cuidados de higiene que requiere el paciente colostomizado, debe ser informado de una serie de recomendaciones dietéticas que ayuden a regular el tránsito intestinal, favoreciendo el control de las heces. Algunas de ellas son:

- Introducir poco a poco y en pequeñas cantidades los alimentos después de la intervención.
- Mantener un peso saludable contribuirá a que el paciente pueda realizar su propio aseo.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Comer despacio, masticando bien y con la boca cerrada, para evitar los gases.

Cuando una persona sufre una colostomía, pone fin a un grave problema de salud, muy limitante y en muchos casos doloroso. En su lugar, debe enfrentar una situación que le provoca un fuerte impacto psicológico, y que socialmente impresiona más que la enfermedad. Esta serie de circunstancias hacen que muchos pacientes se aislen, y eviten las relaciones sociales, la reincorporación al trabajo, las aficciones...

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, es de vital importancia ofrecer desde el primer momento al paciente una información clara, veraz y que transmita tranquilidad. El TCAE, responsable directo de la higiene de los pacientes, juega un papel muy importante, ya que debe proporcionar al paciente las herramientas necesarias para continuar con los cuidados en el domicilio con total seguridad. Si el paciente aprende a controlar su nueva situación, podrá adaptarse con mayor rapidez, y poco a poco se irá incorporando a las diferentes facetas de su vida.

Es importante recordarle al paciente que, una vez recuperado de la intervención, puede practicar deporte con normalidad, volver al trabajo e incluso viajar, con la tranquilidad de saber que ha recibido una buena educación sanitaria y es capaz de cuidarse por si mismo.

En definitiva, la función docente del TCAE en este tipo de pacientes es de gran importancia, ya que de ella depende que se adapten lo antes posible y puedan tener una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- <https://www.educainflamatoria.com/>
- La información, elemento clave para reconstruir la autoestima: relato de una persona recientemente ostomizada. Martín Muñoz, Begoña; Crespillo Díaz, Antonia Yolanda. Index de Enfermería Sep 2015, Volumen 24 N° 3 Paginas 169 - 173.
- Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social . Ferreira Umpiérrez, Augusto Hernán. Texto & Contexto - Enfermagem Sep 2013, Volumen 22 N° 3 Paginas 687 - 693.
- Coloplast. Calidad de vida y necesidades de personas ostomizadas y sus cuidadores. Rev Rol Enferm. 2003; 26(4): 37-64.
- La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso . Crespillo Díaz, Antonia Yolanda; Martín Muñoz, Begoña. Index de Enfermería Jun 2012, Volumen 21 N° 1-2 Paginas 43 - 47.
- <https://www.fisterra.com/Salud/2dietas/colostomia.asp>
- El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Martín Muñoz, Begoña; Panduro Jiménez, Rosa M^a; Crespillo Díaz, Yolanda; Rojas Suárez, Lucía; González Navarro, Silvia. Index de Enfermería Sep 2010, Volumen 19 N° 2-3 Paginas 115 - 119.

Capítulo 772

PROBLEMAS EN LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La desnutrición continúa siendo un problema importante en el paciente hospitalizado, con una prevalencia que oscila del 20 al 50% en diversos estudios. Su etiología es multifactorial. Entre las causas de la desnutrición hospitalaria encontramos factores relacionados con la propia enfermedad, con la hospitalización, factores achacables al equipo médico y otros relacionados con las autoridades sanitarias. Un punto relevante entre estos factores etiológicos es la ausencia de estrategias establecidas para evitar el ayuno, identificar a los pacientes en riesgo de desnutrición, reevaluar periódicamente dicho riesgo, e instaurar medidas de prevención y tratamiento.

La desnutrición aumenta la morbimortalidad de los pacientes con enfermedades tanto agudas como crónicas y altera su recuperación, prolongando la duración del tratamiento, la estancia hospitalaria y el período de convalecencia.

Identificar la desnutrición es fundamental en el ambiente hospitalario para evitar o minimizar la repercusión en la evolución clínica de los enfermos y la aso-

ciación con mayores complicaciones, mayor tiempo de estancia hospitalaria e incremento en la mortalidad, y eso está asociado a costos aumentados para la institución y la sociedad.

La prevalencia de la desnutrición en pacientes hospitalizados ha sido ampliamente documentada en las últimas tres décadas y es de 19% hacia 80% de los enfermos. Nosotros como personal en mayor contacto con los pacientes debemos de ser la primera voz de alarma de estos casos. Somos el primer eslabón de la prevención, observando y valorando al paciente a diario, así es que el enfermo hospitalizado sufre cambios en el metabolismo asociados a la propia enfermedad y al tratamiento que la misma demanda. Esa situación puede implicar reducción en la ingesta de alimentos, así como en el metabolismo intermediario, caracterizando desequilibrio metabólico.

Algunos de los factores de riesgo que predisponen a la malnutrición son los siguientes:

- Alteraciones en la masticación, salivación, deglución, disgeusia, disfagia.
- Náuseas, vómitos, intolerancia gástrica.
- Dolor abdominal o diarrea tras la ingesta, interacciones farmacológicas.
- Anorexia nerviosa, otras enfermedades psiquiátricas.
- Alcoholismo, drogadicción.
- Edad avanzada, bajos recursos económicos.

2 Objetivos

- Identificar la figura de la auxiliar de enfermería como fundamental en la prevención de la malnutrición.
- Conocer que no se está haciendo lo posible por mejorar este aspecto a pesar de que la tecnología y los años van avanzando las estadísticas son similares a las de hace tiempo.
- La importancia que tiene en cuanto a curación del paciente y en cuanto a gasto sanitario al aumentar las estancias.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en varias bases de datos mediante el uso de palabras clave. Se han escogido los artículos más adecuados para el trabajo. Las palabras clave se han obtenido mediante la certificación de descriptores de la salud DECS.

4 Resultados

La nutrición ha de ser siempre un proceso INDIVIDUAL y DINÁMICO , esto es, tiene que adaptarse a las necesidades del paciente en cada momento realizándose las modificaciones que sean necesarias. El personal de enfermería junto a las TCAE son el pilar fundamental en la lucha contra la desnutrición hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

La desnutrición hospitalaria es un problema universal que hoy en día se puede detectar y se puede combatir. A pesar de una mayor sensibilización del colectivo médico, su prevalencia sigue siendo muy elevada y el soporte nutricional no se utiliza ni en un tercio de los pacientes que lo requieren. Sus consecuencias se manifiestan en el aumento de la morbilidad, la prolongación de la estancia hospitalaria y el incremento en el gasto sanitario.

6 Bibliografía

1. Gómez Candela C, Iglesias Rosedo C, De Cos Blanco AI. “Manual de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid. [16 Mayo 2005].
2. Álvarez J, Monereo S, Ortiz P, Salido C. “Gestión en nutrición clínica”. Nutr Hosp. (2004) XIX(3):125-134.
3. Ulibarri Pérez JI y colaboradores. “Proyecto para la prevención, detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. Proyecto CONUT” [16 Septiembre 2005].
4. Burgos R, Virgili N, Sarto B. Desnutrición y enfermedad. En: A Gil. Tratado de Nutrición, 2a Edición. Editorial Panamericana, Madrid 2010.

Capítulo 773

CASO CLINICO SOBRE UN CASO DE BRONQUITIS ASMATIFORME

ANA ISABEL GARCIA LOPEZ

LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ

ANDREA ISABEL LLERA PEÑA

YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ

MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ

1 Introducción

Paciente de 9 años que acude a urgencias por cuadro de febrícula y pitos desde hace 48 horas. Ha aumentado la fiebre y la disnea por lo que acude a su centro de salud Saturación del 91%.

2 Objetivos

- Instaurar un tratamiento para la prevención del los síntomas y su posible mejoría posterior.

3 Caso clínico

Paciente de 9 años que acude a urgencias con un cuadro de febrícula y pitos desde hace 48 horas. Ha aumentando la fiebre y la disnea por lo que acude a su centro

de salud. Tiene una saturación de 91%.
Es remitida de su centro de salud a urgencias. Vacunas al día.

4 Resultados

Se le realizan exploración física en la que salen roncus y silibancias sin signos de distress. Rx de tórax normal no se objetivizan condensaciones. Mejoría de la saturación tras las nebulizaciones. Se le recomienda un tratamiento que sería con Aldobronquial jarabe :1 cucharada de 5cc 3 veces al día durante 8 días .Salbutamol (con cámara) 2 inhalaciones 3 veces al día durante 7-8 días. Contro posterior por su pediatra.

5 Discusión-Conclusión

Es importante vigilar El asma, o como queramos definir esos síntomas que están agobiando al paciente y a su entorno, es la principal enfermedad crónica entre los niños y adolescentes en la mayoría de los países industrializados. Sin embargo, la base de datos sobre aspectos específicos del asma a estas edades, y más aun en menores de 3 años, es limitada aún queda mucho camino por recorrer y utilizando los conocimientos adquiridos hasta la fecha, el sentido común y la evidencia científica, iremos aproximándonos al objetivo.

6 Bibliografía

- Informe del Hospital Univeristario San Agustín (27/07/2009).
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 774

EL TCAE EN LA ADMINISTRACIÓN Y MANEJO DE ENEMAS

SORAYA TORRE BARBON

ANGELA ROCES MENÉNDEZ

ÁNGEL JOSÉ CALVO DE DIOS

VIRGINIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

RAQUEL SANTÍN ANTUÑA

1 Introducción

La administración de enemas es una técnica que consiste en la inserción o introducción de un líquido al recto o colón a través del esfínter anal con distintas finalidades: terapéuticas diagnósticas preventivas limpieza del intestino.

Entre los objetivos principales en la administración de enemas encontramos los siguientes:

- Facilitar la evacuación de las heces o el reblandecimiento de las mismas.
- Favorecer la expulsión de gases y aumentar los movimientos peristálticos del intestino.
- Mejorar el estreñimiento.
- Introducción de soluciones con finalidad terapéutica.
- Limpieza del intestino para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y partos.

2 Objetivos

- Describir el protocolo para la administración de enemas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para la administración de enemas se debe llevar a cabo el siguiente protocolo:

- En primer lugar se deberá identificar al paciente.
- Se le explicara e informara del procedimiento que le vamos a realizar.
- Le proporcionaremos intimidad cerrando puertas, ventanas y colocando biom-bos si fuese necesario.
- Lavaremos las manos y procederemos a la preparación del material necesario para llevar a cabo dicha técnica.
- Nos colocaremos los guantes.
- Cubriremos la cama con un protector y colocaremos al paciente en posición de sims (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada).
- Se comprobará si la temperatura a la que se encuentra la solución es la adecuada ya que si estuviese por encima de los grados indicados se podría dañar o lesionar la mucosa intestinal del paciente.
- Al igual que se comprueba la temperatura también habrá que hacer las pertinentes comprobaciones en cuanto a la cantidad de líquido que se va a administrar.
- Una vez se comience a administrar la solución se hará lentamente y siempre por gravedad.
- Si el paciente denotase molestias graves se detendrá el proceso si fuese necesario.
- Una vez introducida toda la solución informar al paciente que debe retener el enema el tiempo estipulado.

- Se le facilitará el acceso al baño o en el caso de pacientes con movilidad reducida se le colocará una cuña recogeremos todo el material, nos retiraremos los guantes y procederemos al correcto lavado de manos.
- Por último se registrara la realización de la técnica en el registro pertinente.

5 Discusión-Conclusión

Siempre se evitará en la medida de lo posible la administración de enemas en pacientes con inflamación intestinal, apendicitis, peritonitis, postoperados de cirugías abdominales, alérgicos a algún componente de la solución y sangrantes del aparato digestivo. En pacientes con hemorroides se le pueden administrar enemas siempre y cuando la cánula de la solución esté debidamente lubricada

Un uso frecuente de administración de enemas puede derivar en irritación y pérdida del tono muscular del intestino y esfínter anal. La posición aconsejable para este tipo de procedimiento sería la de Sims aunque dependiendo las condiciones del paciente se podría variar la posición a lateral derecho. Es de suma importancia tener en cuenta que si al introducir el enema tenemos que forzar para poder administrarlo se suspenderá la técnica de manera inmediata y lo notificaremos al médico en la mayor brevedad posible.

Nunca debe de administrarse un enema sin que haya una prescripción médica. Aunque la técnica de la administración de enemas es un procedimiento muy sencillo siempre deberá ser llevada a cabo por personal cualificado y deberá tenerse en cuenta si el paciente al que se le va a realizar la técnica no conlleva contraindicación alguna.

6 Bibliografía

- MARRINER,Ann.Modelos y teorías de enfermería,3ªEdición. Mosby. Madrid España 2004
- OCEANO/CENTRUM,Manual de la enfermería.1ªedición Editorial océano. 2007
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.Madris 1995
- Esteve,J.YMitjans,J.Enfermería Técnica Clínica. Mc Graw-Hill Interamericana.2002.Pag 487-490

Capítulo 775

INFECCIONES NOSOCOMIALES, Y LA HIGIENE DE MANOS

M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL

RAQUEL MUÑIZ PERERA

NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales las entendemos de forma simple como aquellas que los pacientes desarrollan en el propio medio hospitalario sin haber ingresado con ellas presentes, son patologías que se producen por una mala prevención y por unas malas medidas higiénicas. La prevención de la infección nosocomial constituye una oportunidad de intervención para promover la seguridad de los pacientes. Las estrategias para obtener la mejora de las medidas de prevención disponibles son el principal desafío en la práctica clínica. El uso de paquetes de medidas, la formación continua, y las informaciones acerca del cumplimiento de las medidas propuestas son cruciales para mejorar la seguridad de los pacientes.

A pesar de los buenos niveles de control conseguidos y de la elevada concienciación del personal sanitario, la mayor frecuencia de pacientes con alta susceptibilidad a las infecciones, la extensión de microorganismos resistentes a los antibióticos y el incremento en la complejidad de las intervenciones realizadas y en de procedimientos invasivos motivan la gran importancia que las infecciones

nosocomiales mantienen en los hospitales españoles, cifrándose en los últimos años la prevalencia entre un 8 y un 10%.

El lavado de manos es el método más efectivo para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes y para prevenir la transmisión de infecciones hospitalarias. La vía más frecuente de transmisión de las patologías nosocomiales es por contacto, ya sea directo, a través de las manos no higienizadas, o, indirecto, a través de elementos o dispositivos contaminados.

Los gérmenes que más preocupan y que podemos transmitir a pacientes actuando como vectores son los resistentes a los antibióticos, algunos de ellos, como el *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* resistente a vancomicina, *lebsiella* productora de carbapenemasa y algunos emergentes como el *Clostridium difficile*.

Por ello la higiene de manos, que es fundamental, esta simple medida disminuye el 50% de las infecciones nosocomiales. El problema es que el lavado tradicional de manos no se practica con la frecuencia necesaria y la adherencia es muy baja. Por eso insistimos con la higiene de manos con una solución alcohólica con emolientes cuando las manos no están visiblemente sucias y respetando los 5 momentos de la higiene de manos informado por la OMS. Los 5 momentos que describe la OMS son:

1. Antes de cualquier tipo de contacto con el paciente.
2. Antes de realizar tareas que requieran asepsia.
3. Después de cualquier tipo de exposición a fluidos corporales del paciente.
4. Después de cualquier tipo de contacto con el paciente.
5. Después del contacto con superficies de la unidad del paciente.

2 Objetivos

- Concienciar sobre la importancia de la actuación de los profesionales sanitarios ante las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica para recopilar información sobre el problema de las infecciones nosocomiales, en varias bases de datos y protocolos de hospitales españoles. Se han utilizado varias palabras clave para encontrarlos, que previamente se han certificado como DECS.

4 Resultados

A partir de los datos del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España (EPINE), que se realiza desde hace 2 décadas, y del Point Prevalence Study, efectuado en diversos países de Europa durante el año 2015, se estableció que alrededor del 7% de los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia durante el corte de prevalencia, estimándose que alrededor del 5% de los pacientes hospitalizados desarrollaban una infección nosocomial durante el ingreso.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de estos datos epidemiológicos existen multitud de factores que agravan o facilitan las infecciones nosocomiales, como intervenciones quirúrgicas, heridas, sondajes vesicales; incluso la inmunosupresión del paciente, pero ante todas ellas una de las medidas que más ayuda a evitar estos contagios y qué es más fácil de realizar por nuestra parte es el lavado de manos correcto, que ha demostrado reducir hasta en un 50% el contagio de infecciones intrahospitalarias. La responsabilidad mayor sobre la prevalencia e incidencia de las infecciones nosocomiales recae sobre el personal que más en contacto está con el paciente, enfermería, tcaes principalmente, y también a las familias y acompañantes a los que hay que instruir.

6 Bibliografía

- Barcenilla F, Jover A, Castellana D, López R. Control de la infección nosocomial. Una visión más allá de cuidados intensivos. En: Net A, Quintana E, editores. Infecciones en Medicina Intensiva. Barcelona: Ars Medica; 2007. p. 19-28.
- Álvarez-Lerma F., Palomar M., Olaechea P., Otal J.J., Insausti J., Cerda E. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Unidades de Cuidados Intensivos. Informe evolutivo de los años 2003-2005. Med Intensiva. 2007; 31:6-17.
- J. Vaqué, J. Rosselló, J.L. Arribas. Prevalence of nosocomial infections in Spain: EPINE study 1990-1997. EPINE Working Group. J Hosp Infect, 43 (1999), pp. S105-S111.

Capítulo 776

CUIDADOS DEL EQUIPO DE ENFERMERIA EN PACIENTE CON SONDAJE VESICAL

ESPERANZA JORGE FERRÁNDEZ

NATALIA PÉREZ COTO

NURIA OTERO BARTOLOME

VANESA ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA OLGA SOLIS VILLA

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica muy común y de gran importancia a nivel hospitalario de cuya realización se encarga el equipo de enfermería. Es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente, desde la vejiga hasta el exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos, entre otros:

- Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención
- Tratamiento intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas
- Control de diuresis
- Tratamientos terapéuticos: mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes en situaciones especiales, como en el caso de tratamiento de escaras,

úlceras o dermatitis de contacto en la región genitourinaria o sacra de difícil manejo.

-Tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga.

-Recogida de muestra estériles

-Introducir medicamentos con fines exploratorios o terapéuticos

2 Objetivos

-Estandarizar los criterios de actuación en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter vesical.

-Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de los profesionales

-Disminuir el riesgo de infección asociada al catéter vesical

-Garantizar los derechos del paciente en cuanto a seguridad, intimidad y confort

-Mejorar la calidad de vida de los pacientes portadores de sonda vesical.

3 Metodología

Para la realización de esta investigación, se ha revisado la bibliografía existente en bases de datos de salud y buscadores como son Scielo, Cuiden, Lilacs. También obtuve datos mediante el Google Académico. A la hora de realizar la búsqueda se usaron unos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: artículos que hagan referencia al sondaje vesical y las funciones que realiza el equipo de enfermería.

Idiomas: español o texto traducido al español. Tipos de artículos: revisiones bibliográficas, trabajos fin de grado. Criterios de exclusión: artículos de pago. A la hora de hacer la búsqueda se usaron las siguientes palabras claves: Equipo de enfermería, TCAE, cateterismo vesical, prevención, calidad de cuidados de salud

4 Resultados

Para que el cuidado del paciente portador de un sondaje vesical sea adecuado, seguro e integral, el equipo de enfermería debe contar con herramientas eficaces que lo garanticen. Por una parte deben mostrar conocimientos y compromiso con la formación continuada, para la actualización de estos conocimientos y poder desarrollar modificaciones en la mejora en los cuidados y por otra parte, deben

responsabilizarse del adecuado registro y continuidad de cuidados, en el cual se recogerán datos como la indicación médica, la fecha de inserción de la sonda, las características de la misma (tipo, calibre, número de luces....) o las características de la orina evacuada (cantidad, color, presencia de coágulos....).

Es importante tomar las precauciones estándar para el control de las infecciones y la importancia del lavado higiénico de las manos antes de realizar cualquier procedimiento o manipulación. Mantener la asepsia y la esterilidad de todo el material que se requiere para realizar los cuidados evita el riesgo de contaminación y/o infección.

Los principales cuidados que debe proporcionar y tener en cuenta el equipo de enfermería, para evitar y controlar cualquier tipo de complicaciones respecto al sondaje vesical, son los siguientes:

- Mantener una adecuada higiene corporal
- Lavado de manos cada vez que se manipule el sistema, tanto de la sonda como de la bolsa.
- Realizar movimientos rotatorios diariamente en la sonda para evitar adherencias y decúbitos.
- Asegurar adecuadamente el catéter al muslo del paciente
- Estimular al paciente para que realice una adecuada ingesta de líquidos.
- Tras una intervención quirúrgica, se tratará de retirar el catéter lo antes posible.
- Mantener en todo momento la bolsa por debajo del nivel de la vejiga y asegurarse de que no toca el suelo.
- Anotar la diuresis recogida siempre que se vacíe la bolsa o se recambie
- Si se confirma existencia de infección, para recoger una nueva muestra, se debe retirar el viejo catéter y colocar uno nuevo.
- Realizar educación sanitaria en todo momento, respetando la intimidad del paciente, hacer especial hincapié en una higiene adecuada, enseñando al paciente como ha de realizarla y asegurarse de que tanto el paciente como la familia salen del hospital con unas nociones claras y entienden todas las explicaciones del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de enfermería es un pilar básico en el desarrollo del sondaje vesical, interviene a lo largo de todo el proceso: inserción, mantenimiento y retirada de la sonda vesical.

Antes del sondaje vesical se encargará de la valoración del paciente y la elección de la sonda más adecuada, durante el proceso se encargará de controlar la posición genital y del llenado del balón vesical con la cantidad y el contenido adecuado y al terminar el proceso se deben llevar a cabo las acciones de recolocación genital y la fijación correcta de la sonda.

El equipo de enfermería realizará actividades de: valoración, información, de intimidad y confidencialidad y también se encargará de la eliminación de los residuos.

Las actividades de evaluación del proceso del sondaje vesical incluyen: indicadores de información y comunicación, seguridad, continuidad asistencial y satisfacción.

La infección urinaria nosocomial es la complicación más común en el proceso de sondaje vesical, pudiéndose evitar en un 56,6% de los casos.

No existe un único protocolo de actuación de enfermería de sondaje vesical

6 Bibliografía

- Jimenez Mayorga, Isabel; Soto Sánchez, María; Vergara Carrasco, Luisa; Cordero Morales, Jaime; Rubio Hidalgo, Leonor; Coll Carreño, Rosario. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1)
- Argáiz Fernández, Judith. Cuidados al paciente portador de sondaje uretral, trabajo fin de grado. Logroño, 24 de junio de 2014.
- Cano de Vicente, Daniel. Sondaje vesical hospitalario y enfermería. Soria, 16 de Julio de 2018.

Capítulo 777

LAS MEDIDAS DE ASEPSIA

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

1 Introducción

Las normas de Bioseguridad es una doctrina de comportamiento a lograr actitudes y conductas que el personal de salud, cumpla con las normas de bioseguridad ya que están destinada a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en los servicios.

Los procedimientos de asepsia se los considera los salvavidas dentro de las instituciones de salud por ser los protocolos utilizados para brindar seguridad y protección al personal de salud que día a día batalla con patologías que pueden ser de elevada incidencia en los hospitales, ya que se desarrollan en relación directa a la estancia hospitalaria, y por ello es necesario conocer los agentes involucrados, las actuales medidas preventivas y los tratamientos hoy vigentes para el control de estas infecciones.

2 Objetivos

Conocer las medidas de asepsia y los tipos de lavados higiénicos para evitar las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados sobre las infecciones nosocomiales; se utilizaron los siguientes descriptores en la búsqueda: infección, cuidados, lavados antisépticos, higiene de manos, asepsia. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y se excluyeron aquellos textos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Existen varios factores que intervienen en las infecciones nosocomiales contribuyen un indicador de calidad asistencial permitiendo adoptar medidas de prevención y control, los procedimientos de asepsia son importantes en la práctica médica del personal de enfermería aplicada para disminuir las graves secuelas que puedan ocasionar las infecciones nosocomiales como: aumento de la morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y utilización de recursos para el tratamiento.

Todo protocolo de Enfermería es para garantizar la calidad del personal de salud en atención y cuidados hacia el propio profesional y hacia el paciente. Las infecciones que ocurren durante la hospitalización y que no estaban presentes o incubándose en el momento de admisión del enfermo en el hospital reciben el nombre de nosocomiales. Muchas infecciones se transmiten a través del personal sanitario por no guardar las medidas de asepsia, la asepsia se define como la ausencia de materia séptica, estado libre de infección, aunque también se puede definir como el conjunto de procedimientos destinados a preservar de gérmenes infecciosos al organismo. Entre las medidas generales de asepsia destacan: lavado de manos y los aislamientos.

1. Lavado de manos

El lavado de manos es una medida simple pero muy útil para reducir las infecciones nosocomiales. El lavado de manos debe realizarse:

- Al empezar la jornada laboral.
- Antes de la realización de técnicas invasivas.
- Antes y después de manipular heridas quirúrgicas, traumáticas o relacionadas con procedimientos invasivos.
- Siempre que se entre en contacto con secreciones.
- Tras atender a pacientes infecciosos.
- Tras un estornudo, golpe de tos o ir al baño

Las técnicas de asepsia podrían mejorarse en cuanto a limpieza y desinfección de maquinarias, y la sala en general. El medio ambiente constituye el factor de riesgo de mayor amplitud, contra quienes hay que luchar. Para ofrecer un servicio de calidad en salud, es conveniente la actualización en cursos sobre el tema y así su desempeño será óptimo. Algunas consideraciones que hay que tener en cuenta son:

- Las uñas deben estar limpias, cortas y sin esmalte. No utilizar uñas postizas.
- Retirarse joyas y adornos de las manos.
- No utilizar jabón cosmético.
- Utilizar toallas de un solo uso.
- Realizar un buen secado de manos.

El lavado higiénico elimina la suciedad, el material orgánico y disminuye la concentración de bacterias o flora transitoria, adquiridas por contacto reciente con pacientes o fómites. Se realiza con agua tibia y jabón líquido de arrastre mojándose las manos con agua, poniendo jabón o detergente y frotándose las manos durante 10 o 15 segundos. Debe frotarse toda la superficie de manos y dedos, llegando hasta los pliegues de las muñecas y enjuagarse con abundante agua. Para la higiene de las uñas se emplea un cepillo. Por último, se realiza el secado de manos con toalla de un solo uso. Se debe realizar al entrar en el trabajo y al salir, después de toser, estornudar o ir al baño, antes y después de comer, antes y después de atender a un paciente.

El lavado antiséptico se realiza tras el lavado higiénico de las manos. Se utiliza povidona yodada al 7,5% o clorhexidina al 4% para eliminar los restos que puedan quedar tras el lavado higiénico de las manos. Se debe realizar siempre antes y después de cualquier técnica invasiva.

El lavado quirúrgico se realiza con solución antiséptica y cepillo quirúrgico. Se realiza una fricción enérgica desde las manos hasta los codos durante varios minutos y luego se enjuaga con abundante agua. El objetivo es eliminar completamente la flora transitoria y reducir la flora residente y debe realizarse en cualquier

acto quirúrgico

5 Discusión-Conclusión

Siempre debemos de lavarnos las manos, y llevar una higiene adecuada cuando estemos trabajando con personas y en la vida diaria, hay muchas infecciones que son transmitidas por las manos y por el simple hecho de no lavarlas, al toser, estornudar etc.. El simple gesto de lavarse las manos previene de muchas enfermedades infecciosas.

En los profesionales de enfermería se identifica como principal factor desencadenante de infecciones, el ambiental, o sea la parte física, infraestructura y todos los implementos utilizados, objetos, lavado de manos en lo cual el cuidado de las enfermeras es de suma responsabilidad. Los familiares expresan no estar informados en su totalidad con respecto a las normas de higiene y cuidado que deben tomar para atender a los pacientes. Ello podría constituirse en la preocupación actual de ser factores desencadenantes de infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

1. CIE-10 Condensado. (2001): clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión.
2. Guía de higiene hospitalaria. (2004): Servicio de Medicina Preventiva.
3. Guía de procedimientos de prevención y control de las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario(1999).
4. Eggimann P, Pittet D. (2001): El control de las infecciones en la U.C.I.
5. Alianza mundial para la seguridad del paciente. (2001): Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria: unas manos limpias son unas manos más seguras.
6. Arévalo JM, Arribas JL, Hernández MJ y Lizán M. (2001): Guía de utilización de antisépticos. Medicina Preventiva.

Capítulo 778

EL DESGASTE EMOCIONAL EN LOS CUIDADOS DE LAS PERSONAS MAYORES

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

1 Introducción

El Síndrome del Cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía.

Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. El agotamiento emocional aparece cuando sentimos que no tenemos los recursos personales suficientes para gestionar lo que nos está pasando y por lo tanto nos sentimos desbordados.

El cansancio emocional va más allá del estrés y se da en personas que están expuestas a situaciones con un alto impacto emocional como ocurre en el cuidado. Escuchar nuestras emociones y saber gestionarlas es una herramienta muy valiosa que puede ayudarnos a sentirnos más felices, mas plenos y más fuertes.

2 Objetivos

- Aprender a gestionar las emociones y el agotamiento emocional.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados desgaste emocional, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, población, desgaste, síndrome, cuidados, emociones.

4 Resultados

Los sanitarios que trabajos día a día con personas mayores que son la mayoría de enfermos debemos aprender a gestionar las emociones , puesto que cuando cuidamos podemos llegar a sentir emociones contrapuestas, desde:

- Alegría porque nos estamos ocupando de alguien a quien queremos.
- Tristeza porque le decimos adiós a nuestro tiempo libre y al rol que tenía en nuestra vida la persona de la que cuidamos.
- Miedo, ya que no podemos saber cómo puede evolucionar la situación de salud de la persona de la que nos ocupamos.
- Culpa porque a veces pensamos que no hacemos las cosas de manera correcta.
- Frustración puesto que a veces la situación se nos escapa de las manos.

La aparición del desgaste emocional se produce de modo paulatino por lo que a veces el propio tcae no se da cuenta, e incluso si se da cuenta de ello no suele pedir ayuda porque considera que pedir ayuda es sinónimo de no estar haciendo bien su trabajo, por lo que aquí la supervisión y el apoyo de la unidad familiar y de los cuidadores secundarios es muy importante.

Poseer una información clara y ajustada a cuál es la situación clínica del paciente permite que el cuidador (tcae)-familiar pueda poner en marcha estrategias de manejo y afrontamiento adecuadas, favoreciendo un cuidado más constructivo y disminuyendo alteraciones emocionales de tipo ansioso, depresivo, etc.

Las emociones en sí mismas no son ni buenas ni malas, ni positivas ni negativas, solo son respuestas a estímulos que nos están permitiendo adaptarnos, por lo que nunca vamos a censurar o a negar una emoción, le daremos la bienvenida y la validaremos.

El cuidador debe tratar siempre de atender sus necesidades físicas, de relación y de ocio. Su buen estado de salud repercute directamente en la calidad del cuidado que le aporta al paciente, no sólo en la salud de él mismo.

Es importante repartir las tareas de cuidado con otras personas y no caer en el error de pensar que el cuidador principal es el único que puede atender las necesidades del paciente.

Lo que podría ser la gestión correcta o incorrecta, adaptada o inadaptada ,que estamos haciendo de las emociones, y aquí reside la diferencia de saber o no gestionar nuestro mundo emocional y no es fácil hacerlo, ya que socialmente nos han dicho muchas veces que no estuviéramos tristes, que no nos enfadáramos, cuando realmente lo que nos querían decir es que la herramienta que estábamos utilizando para gestionar la tristeza o el enfado no era la correcta.

Ahora que ya sabemos esto, podemos elegir dar un espacio a nuestras emociones, eso nos va a hacer sentir más libres y más ligeros.

5 Discusión-Conclusión

Cuidar de personas, mayores o pequeñas, es una experiencia positiva, cariñosa, emotiva y gratificante. Aún así, también puede provocar estrés, frustración, ansiedad y depresión, emociones que por sí solas nos salen cuando cuidados a las personas mayores, en el hospital o en casa.

Cuando esto ocurre debemos tener cuidado porque estamos empezando a experimentar el síndrome del cuidador, debemos aprender a gestionar nuestras emociones y saber sobrellevar a la persona mayor, hacerle una vida más fácil y saber ponernos en la misma posición que ellos están pasando, solo así aprendemos a gestionar nuestras emociones y les ayudamos a sentirse y sentirnos mejor con nosotros mismos y a ellos les hacemos más felices.

6 Bibliografía

1. Alberca R, Lopez Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Ed. Panamericana, 2002.
2. Fernández Ballesteros R, Díez J. Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines. Vol. I-II. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2001.
3. Slachevsky A, Fuentes P, Javet L, Alegría P. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Santiago de Chile: Ed. LOM, 2007.
4. Rojas-Marcos L. El sentimiento de culpa. Madrid: Ed. Santillana, 2010.
5. Fernández Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Ed. Pirámide, 2005.

Capítulo 779

EL AFRONTAMIENTO DEL DUELO

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El duelo se define como el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida. Sobrellevar con la pérdida de un amigo cercano o un familiar podría ser uno de los mayores retos que podemos enfrentar. La muerte de la pareja, un hermano o un padre puede causar un dolor especialmente profundo. Podemos ver la pérdida como una parte natural de la vida, pero aún así nos pueden embargar el golpe y la confusión, lo que puede dar lugar a largos períodos de tristeza y depresión.

Todos reaccionamos de forma diferente a la muerte y echamos mano de nuestros propios mecanismos para sobrellevar con el dolor que ésta conlleva. Las investigaciones indican que el paso del tiempo les permite a la mayoría de las personas recuperarse de la pérdida si pueda contar con apoyo de su entorno social y mantenga hábitos saludables. Aceptar la muerte de alguien cercano puede tomar desde meses hasta un año. No hay una duración “normal” de duelo.

2 Objetivos

Aprender a saber gestionar las emociones y el duelo de un familiar.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como afrontar el duelo, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: desgaste, cuidados, emociones, duelo, afrontamiento, depresión.

4 Resultados

Superar la pérdida de un amigo cercano o algún familiar toma tiempo, pero las investigaciones nos sugieren que esto puede ayudar a alcanzar un renovado sentido de propósito y dirección en la vida. Para superar el duelo, pasarás por varias fases. Según los psicólogos el duelo se divide en cinco etapas:

NEGACIÓN. Es un mecanismo de defensa, que tiene como finalidad amortiguar el impacto psicológico del dolor que aún no estás preparado para sentir. Es un estado temporal y paralizante. Es muy normal que pienses: “Esto no me puede estar pasando a mí”.

IRA. En esta fase puedes llegar a sentir resentimiento hacia la persona dependiente, llegando, incluso, a vivir con culpa este enojo haciéndote sentir más enojado/a aún. En esta etapa es normal que pienses: “¿Por qué yo? ¡No es justo!”.

NEGOCIACIÓN. En esta fase, que es una de las más cortas del duelo, es normal que vuelvas al pasado, para intentar negociar una salida a la situación que vives actualmente. Seguro, cuidador/a, que alguna vez te has preguntado: “¿Qué hubiera sucedido si...? ¿Y si mi familiar no estuviera enfermo/a...?”.

TRISTEZA. Sientes tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Estos sentimientos muestran que estás comenzando a aceptar la situación. Es muy normal que pensamientos del tipo: “¿Por qué seguir?, ¿dónde queda mi vida?”, te invadan de vez en cuando.

ACEPTACIÓN. Estás aprendiendo a convivir con la nueva situación y a crecer a través del conocimiento que te está proporcionando tu experiencia como

cuidador.

A las personas que están pasando por el duelo podrían resultarles útiles algunas de estas estrategias para lidiar con su pérdida:

1. Hablar sobre la muerte de su ser querido con amigos y colegas para poder comprender qué ha sucedido y recordar a su amigo o familiar.
2. Negarse que ocurrió la muerte lleva al aislamiento fácilmente y puede a la vez frustrar a las personas que forman su red de apoyo.
3. Aceptar los sentimientos. Después de la muerte de alguien cercano, se puede experimentar todo tipo de emociones. Es normal sentir tristeza, rabia, frustración y hasta agotamiento.
4. Cuidarse a uno mismo y a la familia.
5. Comer bien, hacer ejercicio y descansar le ayudará a superar cada día y a seguir adelante.
6. Ayudar a otras personas que también lidian con la pérdida. Al ayudar a los demás, nos sentiremos mucho mejor .
7. Compartir anécdotas sobre los difuntos puede ayudar a todos a lidiar con la pérdida.
8. Rememorar y celebrar la vida de tu ser querido.

Se puede enmarcar fotos de momentos felices que vivieron juntos, ponerle su nombre a un nuevo bebé o plantar un jardín en su memoria. La elección es suya sólo tu sabes cuál es la forma más significativa a su mismo de honrar esa relación única. Si te sientes que sus emociones le abruman o que no puede superarlas, quizás hablar con un profesional de salud mental calificado como un psicólogo le podría ayudar a lidiar con sus sentimientos y recuperar el rumbo para salir adelante.

5 Discusión-Conclusión

Para poder afrontar la pérdida de un amigo , familiar o persona nunca se está preparado para asumir que te ha tocado y no sabes como poder gestionar las emociones ni saber que hacer en ese momento tan duro.

Debemos de ser fuertes, valientes y salir adelante, ya que la persona a la que cuidábamos o hemos perdido en un hospital dejo de existir, ahora nos toca aprender a gestionar, la ira , la negación y sobre todo la aceptación de saber que esa persona ya no se encuentra con nosotros y que la vida sigue.

Aunque es difícil a lo primero de la pérdida, pero después como pasa el tiempo, aprendemos a vivir con ello y seguimos adelante, aunque físicamente no está, pero espiritualmente lo llevamos con nosotros mismos.

6 Bibliografía

- Rojas-Marcos L. El sentimiento de culpa. Madrid:Ed. Santillana, 2010.
- Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental Ginebra. CIE-10. Decima revisión de la clasificación de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ed. Meditor. Madrid, 1994.
- Hayes S. Sal de tu mente, entra en tu vida. Bilbao:Ed. Desclée de Brouwer, 2011.
- Zeisel J. Todavía estoy aquí. Madrid: Ed. EDAF, 2011.
- Jacobs B. Cuidadores. Barcelona: Ed. Paidós, 2008.

Capítulo 780

LA VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La valoración en la enfermería es una parte vital del proceso de enfermería puesto que ésta es la primera etapa del proceso de enfermería y de ésta dependerá en gran parte los cuidados que el profesional de esta disciplina le proporcione al paciente. La valoración enfermera se hace con el fin de llegar a un diagnóstico enfermero exacto.

Los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon representan un marco construido a partir de planteamientos humanistas, pero además supone un desarrollo operativo adaptado a las exigencias actuales de la práctica de enfermería, incluyendo una visión integral de los procesos vitales que afectan a la salud.

Los patrones funcionales de salud describen una serie de 11 áreas relativas a la salud. Tienen un enfoque funcional, de desarrollo y cultural que permite su aplicación a todos los ámbitos, especialidades y grupos de edad. Los patrones son configuraciones de comportamientos construidos desde las descripciones del cliente

y las observaciones de la enfermera. Entender un patrón puede ser difícil hasta que no se hayan valorado todos los patrones debido a la naturaleza interdependiente de los patrones.(M. Gordon).

2 Objetivos

Determinar la valoración de los patrones funcionales

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como valoración de patrones funcionales, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: valoración, patrones funcionales, salud.

4 Resultados

Los patrones funcionales están influidos por factores biológicos, evolutivos, culturales, sociales y espirituales. Se pueden presentar patrones de salud disfuncionales (descritos por los diagnósticos de enfermería) en caso de enfermedad; también, los patrones de salud disfuncional pueden causar una enfermedad.

Se concluyen si un patrón es funcional o disfuncional mediante la comparación de los datos de valoración con alguno de los siguientes parámetros:

- Datos de referencia individuales
- Normas establecidas para grupos de edad
- Normas culturales, sociales y otras.
- Un patrón particular debe evaluarse en el contexto de otros, y su contribución a un funcionamiento óptimo del paciente.

Los 11 Patrones Funcionales se llaman de la siguiente manera:

Patrón 1: Percepción – manejo de la salud.

Patrón 2: Nutricional – metabólico.

Patrón 3: Eliminación.

Patrón 4: Actividad – ejercicio.

- Patrón 5: Sueño – descanso.
- Patrón 6: Cognitivo – perceptual.
- Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto.
- Patrón 8: Rol – relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad – reproducción.
- Patrón 10: Adaptación – tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores – creencias.

Estos patrones de valoración se obtienen a través de una serie de preguntas que se le hacen al paciente buscando determinar el perfil funcional del individuo y al mismo tiempo identificar aquellos patrones que presentan una anomalía.

El cuidado, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, es el principal elemento que define el papel de la enfermera. La implantación progresiva del Proceso de Enfermería como herramienta fundamental para la gestión de los cuidados, con la estandarización y sistematización de los mismos y la utilización de un lenguaje normalizado.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Constituye un proceso planificado y sistematizado de recogida de información e interpretación de la misma que implica toma de decisiones en aspectos como la determinación de aquella información relevante en nuestro área competencial de Manual de valoración de patrones funcionales cuidados, la existencia del mayor grado de evidencia en las distintas herramientas utilizadas para las valoraciones (escalas, tests, cuestionarios, etc.) y el enfoque hacia la respuesta humana integral y global ante un problema de salud.

5 Discusión-Conclusión

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

También nos permite una valoración sistemática y premeditada, con la que se ob-

tiene una importante cantidad de datos, relevantes del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

6 Bibliografía

1. Olmedo M.C.; Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. Revista de Calidad Asistencial (en línea). 2010.
2. Tipología de los patrones funcionales de salud.
3. Gómez Pavón J. Promoción de la salud personas mayores. EL anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud.
4. Frutos M. Fundamentos Metodológicos de Enfermería.
5. Álvarez Suárez JL, Del Castillo Arévalo F, Fernández Fidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Comisión de Cuidados. 2010

Capítulo 781

LABORES DEL TCAE EN EL ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Dos de los grandes nombres de la enfermería, Virginia Henderson y Florence Nightingale, manifiestan en sus obras la importancia de los cuidados, incluyéndose en estos la higiene. Florence Nightingale definió la teoría del entorno, basada en cinco elementos esenciales de este, el aire puro, el agua potable, la eliminación de las aguas residuales, la luz y la higiene. La higiene la aplicaba a la higiene del paciente, a la higiene de la enfermera y a la higiene del entorno, aspectos que deben regir a la enfermería. La función de la enfermera, según Nightingale, debía llevarse a cabo sin olvidar la higiene de manos, ya que así se conseguía reducir la transmisión de infecciones a los pacientes, promoviendo la seguridad de estos.

Por lo tanto, una de las funciones más importantes del Tcae es mantener la higiene de los pacientes, supervisando a aquellos que son autónomos y la pueden

realizar ellos mismos, y supliendo a aquellos más dependientes que necesitan ayuda. En este caso nos vamos a centrar en el aseo al paciente encamado, que conlleva mayores riesgos asociados a su situación.

Podemos definir la higiene del paciente como el conjunto de medidas destinadas a mantener la piel limpia e hidratada, con el fin de proporcionar al paciente bienestar y comodidad, además de evitar enfermedades al romperse esa barrera de protección. Por lo tanto, una correcta higiene permite a la piel realizar sus funciones, que son:

- Función de respiración: por los poros.
- Función de protección: ante agentes externos.
- Función termorreguladora: sudor ante el calor, vasoconstricción ante el frío.
- Función de absorción: absorbe sustancias liposolubles.
- Función de secreción: por las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Función de reserva: de sustancias grasas que se acumulan debajo de la piel.
- Función de información: por las terminaciones nerviosas sensitivas.

Durante su realización, se contribuye al bienestar del paciente (físico y psíquico) y al descanso, además de estimular la circulación sanguínea. Otro beneficio para el paciente es que el aseo ayuda a mejorar su estado de ánimo y su autoestima. Durante la higiene, se puede proceder al examen y valoración de la piel, analizándola exhaustivamente, enfatizando en las prominencias óseas, donde se suelen dar los puntos de presión, y prestando atención a la aparición de heridas, que alteran la integridad de la piel.

De esta forma, se podrán prevenir numerosas complicaciones, estimulando y protegiendo la piel. También son de importancia las actividades que se pueden realizar durante el aseo, como son masajes, la movilización de miembros y articulaciones y el empleo de la temperatura del agua para modificar la del paciente en casos de fiebre, etc., además de transmitir técnicas de cuidado, es decir, proporcionar educación para la salud, fomentando el autocuidado.

2 Objetivos

- Unificar criterios para la creación de un protocolo de actuación para la higiene del paciente encamado. De esta manera, se pueden prevenir infecciones nosocomiales, lesiones derivadas de la inmovilidad y la supervisión de la aparición de nuevos signos o síntomas.
- Contribuir al bienestar del paciente.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Scielo, utilizando las palabras clave higiene, encamado, salud, y entre los resultados arrojados utilizamos 5 que proporcionaban información relevante. También se consultaron protocolos de diferentes sistemas de salud con la intención de unificar los aspectos más positivos de cada uno.

Utilizando todos estos datos, consideramos que el protocolo que se detalla a continuación es el adecuado para aumentar la satisfacción y bienestar del paciente, y detectar y prevenir las posibles patologías que se deriven del tiempo encamado.

Protocolo para el paciente encamado. En primer lugar, vamos a detallar unos aspectos que se han de tener en cuenta antes y durante el aseo al paciente:

- Informar al paciente de lo que se va a realizar.
- Comprobar la temperatura de la habitación, y evitar corrientes de aire.
- Colocar un biombo para favorecer la intimidad del paciente.
- Colocar al paciente en posición de decúbito supino y cubrirlo con una manta de baño. Es muy importante descubrir solamente la zona que se está lavando.
- Lavarnos las manos antes y después, y utilizar guantes.
- Prestar atención al aspecto de la piel, fijándose si hay zonas enrojecidas o maceración.
- Cambiar el agua cuando sea necesario.
- Tener especial cuidado en zonas blandas o con pliegues.

Materiales: guantes desechables, lencería para hacer la cama, empapador, pañal (si es necesario), toallitas húmedas, 2 esponjas jabonosas, palangana con agua a temperatura corporal, jabón neutro, 2 toallas, peine, colonia, crema hidratante o aceite, pijama.

Técnica:

- Cara y cuello (toalla humedecida sin jabón): si se observan secreciones en los ojos, se deben limpiar con una gasa humedecida (una para cada ojo). Más adelante detallaremos como se debe realizar la higiene bucal.
- Brazos y manos.
- Tórax y abdomen.
- Muslos.
- Piernas y pies
- Espalda y nalgas.
- Zona genital

(Durante la técnica, se debe secar al paciente sin fricción, y teniendo especial cuidado en no dejar zonas húmedas).

Cuidados especiales:

Aseo perineal : se debe realizar al final de aseo completo, o de manera localizada siempre que sea necesario (cambio de pañal, toma de muestra estéril de orina...).

Es conveniente colocar una cuña para evitar empapar la cama.

- Colocar al paciente en posición ginecológica o de litotomía.
- Cubrir la zona con la manta de baño para preservar su intimidad.
- Colocar la cuña.
- Enjabonar sucesivamente, primero la zona genital y finalmente el pliegue interglúteo.
- Aclarar con abundante agua y secar.
- Retirar la cuña y secar el pliegue interglúteo.

Cuidado de los cabellos: el cepillado del cabello es necesario ya que estimula el cuero cabelludo, distribuye las grasas, elimina impurezas y disminuye el prurito. La frecuencia varía según las necesidades del paciente, pero se recomienda 2 veces por semana. Para llevarlo a cabo, se pueden utilizar lavacabezas que se colocan debajo de la cabeza del paciente, o colocar al paciente en posición de Roser quitando el cabecero de la cama. Después de lavar el cabello, se retira el exceso de humedad con una toalla, y si es necesario se utiliza un secador a una temperatura media.

Cuidado de la boca del paciente: en la boca hay gran cantidad de bacterias, y es necesario hacer una limpieza diaria.

- Si el paciente se puede incorporar, se le aproxima el material necesario (cepillo de dientes, dentífrico, vaso con agua y colutorio), y se sujeta una batea debajo de su barbilla para que se pueda enjuagar.
- Si tiene prótesis dental, se retira con una gasa y se cepilla bajo el grifo con agua corriente. Las encías y lengua se limpian con una torunda empapada con una mezcla a partes iguales de agua y colutorio, y se le acerca un vaso con agua para que pueda enjuagar la boca. Se le entrega al paciente con una gasa la prótesis para que se la ponga, o se deja en un recipiente con agua y colutorio.
- En caso de un paciente totalmente dependiente o inconsciente, es importante realizar una correcta higiene e hidratación de la mucosa bucal, ya que se reseca con más facilidad que en un paciente consciente. Después de la limpieza y aclarado con la torunda, se aplica lubricante en los labios, lengua e interior de la boca para que los tejidos se mantengan húmedos.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que se le debe dar mucha más importancia a realizar un correcto aseo del paciente, ya que está demostrado que repercute positivamente en su bienestar y autoestima, y previene múltiples patologías y daños ocasionados por la inmovilidad.

Llevando a cabo este protocolo de cuidados en la higiene del paciente, nos aseguramos de que esa parte tan importante de la asistencia sanitaria quede perfectamente realizada, y evitaremos desde la aparición de úlceras, a la posibilidad de contraer una infección nosocomial.

4 Bibliografía

1. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos. Carvajal Carrascal, Gloria; Montenegro Ramírez, Juan David. *Enfermería Global* Oct 2015, Volumen 14 N° 40 Paginas 340 - 350.
2. La higiene corporal: una necesidad básica deslustrada en la Enfermería moderna. Moreno-Martínez, Francisco José; Ruzafa-Martínez, María; Ramos-Morcillo, Antonio Jesús. *Index de Enfermería* Dic 2016, Volumen 25 N° 4 Paginas 289 - 289.
3. Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. Calil, Keila; Cavalcanti Valente, Geilsa Soraia; Silvino, Zenith Rosa. *Enfermería Global* Abr 2014, Volumen 13 N° 34 Paginas 406 - 424.
4. La cárcel de Jerez de los Caballeros (Badajoz) durante el siglo XIX. Suárez-Guzmán, F.J.; Peral-Pacheco. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* Feb 2014, Volumen 16 N° 3 Paginas 75 - 83.
5. Los orígenes de los estudios sobre la salud pública en la España renacentista. López Piñero, José María. *Revista Española de Salud Pública* Oct 2006, Volumen 80 N° 5 Paginas 445 - 456.

Capítulo 782

LA VALORACIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La valoración geriátrica y dentro de ésta la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes. Hoy en día, se ha generalizado el uso de escalas con el objetivo de conocer la situación basal del paciente, determinar el impacto de la enfermedad actual, transmitir información objetiva, poder monitorizar los cambios y en último término, establecer tratamientos específicos y valorar la respuesta a los mismos.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar las acciones que componen nuestro quehacer diario de manera autónoma, es decir, de la manera deseada a nivel individual y social. El deterioro funcional es predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico.

2 Objetivos

- Analizar las escalas para determinar la capacidad para las actividades diarias del anciano.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como valoración integral en ancianos, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: valoración, ancianos, gerontología, salud.

4 Resultados

Las actividades de la vida diaria (AVD) se pueden dividir en básicas, instrumentales y avanzadas. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales, se realizan en todas las latitudes y no están influenciadas ni por factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia. Se miden mediante la observación directa siendo las escalas más utilizadas el Índice de Katz (IK), el Índice de Barthel (IB).

Su principal limitación es su dependencia de factores como el sexo, la cultura y preferencias personales. Su medida suele basarse en el juicio y no en la observación. Son más útiles que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro y en su evaluación se utiliza principalmente la Escala de Lawton y Brody (ELB). Dentro de las AIVD se incluyen actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) que valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos o el transporte.

- El índice de Barthel:

Es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. Se establece un grado de dependencia según la puntuación obtenida siendo los puntos de corte más frecuentes 60 (entre dependencia moderada y leve) y 40 (entre dependencia moderada y severa).

El índice de Katz:

Miden niveles elementales de función física como: comer, moverse, asearse, o contener los esfínteres; valoran la capacidad básica de la persona para cuidar de ella misma. Denominadas Actividades de la vida diaria básicas(AVDB).

En la escala original cada actividad se categorizaba en tres niveles (independencia, dependencia parcial y dependencia total) pero actualmente ha quedado reducido a dos (dependencia o independencia).Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto le confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, la mayoría de hospitales tienen unidades de atención al paciente geriátrico donde se aplica la valoración general integral al paciente completando la historia clínica con una correcta valoración de la situación social, funcional y cognitiva. El paciente anciano frágil queda fuera de esta valoración ya que no se encuentra en unidades específicas sino que puede ingresar en cualquier unidad en función de la patología que motive el ingreso. La atención al paciente anciano requiere, por parte de enfermería y auxiliar de enfermería, de una formación específica para proporcionar unos cuidados de calidad e individualizados. Debe tener en cuenta como instrumentos de valoración la historia de vida del paciente y la VGI. Ha de regirse por valores éticos y el humanismo que identifica la profe-

sión.

6 Bibliografía

- Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL.
- Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2008; 43: 271-83.
- Cruz AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1991; 26: 338-48.
- Alvarez Solar M, Alaiz Rojo A, Brun Gurpeguit. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria*, 1992; 10: 12-18.
- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*.
- Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32: 297-306.

Capítulo 783

LA EPOC EN ANCIANOS

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La EPOC es una enfermedad respiratoria crónica, compleja y heterogénea. Su prevalencia entre adultos de 40 a 80 años en nuestro país es del 10,2%², su frecuencia es mayor en el sexo masculino y aumenta con la edad, el historial de tabaquismo y el menor nivel sociocultural. De esta forma, la mayor frecuencia se da en el grupo de pacientes de 70 a 80 años, en los que se eleva hasta el 23%, alcanzando el 50% en los varones con un índice de acumulación tabáquica superior a 30 paquetes/año.

La EPOC es en España la quinta causa de muerte en la población general, la cuarta en varones y es una de las pocas afecciones cuya mortalidad sigue aumentando.

La mayor parte de los ensayos clínicos y de las revisiones no contemplan las peculiaridades de la EPOC en la edad avanzada, la interacción con otras afecciones frecuentes en la vejez o su impacto en los síndromes geriátricos.

Los pacientes mayores de 80 años hospitalizados por exacerbación de EPOC tienen más comorbilidad y mayor dependencia funcional que los pacientes más jóvenes⁴ y que los mayores de 85 años ingresados por exacerbación tienen el triple de posibilidades de fallecer durante el ingreso o en los 90 días siguientes al alta que el resto, mientras que la posibilidad de recibir un tratamiento correcto durante la exacerbación es menor.

2 Objetivos

Determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como valoración integral en ancianos, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: valoración, ancianos, gerontología, salud.

4 Resultados

Con la vejez se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que en parte se asemejan a los de la misma EPOC. Un aumento del tejido colágeno pulmonar junto con una disminución de su elasticidad, un aumento de las resistencias respiratorias por la disminución del diámetro bronquiolar y una disminución de los flujos espiratorios con aumento del volumen residual. Además, se producen cambios en la caja torácica por la cifoescoliosis y calcificación de los cartílagos intercostales, disminuye la fuerza de los músculos respiratorios y existe una mayor reactividad bronquial.

Los ancianos con EPOC presentan con frecuencia efectos extrapulmonares, como pérdida de peso, sarcopenia, miopatía, elevación de los parámetros de inflamación sistémica y un aumento de comorbilidades, entre las que destacan enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes, insuficiencia renal, osteoporosis, ansiedad o depresión, deterioro cognitivo, caídas, anemia o neoplasias, en especial el cáncer de pulmón.

La probabilidad de tener cardiopatía isquémica y la de presentar insuficiencia cardíaca son dos y cuatro veces mayores, respectivamente, con independencia de otros factores de riesgo vascular, como el tabaquismo. La prevalencia de la insuficiencia cardíaca se eleva también con la gravedad de la EPOC: un 20% en los pacientes ambulatorios mayores de 65 años y un 30% en los hospitalizados por exacerbación.

La EPOC es por definición una afección pulmonar obstructiva, lo que obliga en la práctica a realizar una espirometría forzada para confirmar el diagnóstico, estimar su gravedad, valorar la respuesta broncodilatadora y evitar tanto tratamientos innecesarios como el infradiagnóstico.

Existen diversas revisiones sobre el tratamiento de la EPOC en el anciano se trata más bien de adaptaciones de las guías generales dado que no existen unas pautas de tratamiento exclusivas dirigidas a la EPOC en el anciano. Esto es debido a que en la mayor parte de los ensayos clínicos los pacientes ancianos no han sido incluidos.

Incluso en estos pacientes, el abandono del tabaquismo disminuye la pérdida de función pulmonar y la mortalidad, por lo que el primer escalón del tratamiento es conseguir la abstinencia tabáquica.

Para evitar estos problemas en los ancianos, se recomiendan inhaladores, tratamiento farmacológico. Las principales ventajas que ofrecen los nebulizadores frente a los pMDI es que permiten aplicar antibióticos en aerosol y mezclar fármacos si son compatibles, y que no requieren coordinación ni pausa inspiratoria.

Sin embargo, se ha comprobado que su eficacia es variable al ser dependiente de la técnica, de la dosis, del volumen de llenado o del flujo del gas; requieren un tiempo prolongado, es posible su contaminación, son caros y no todos los fármacos se encuentran disponibles para ser nebulizados.

Aunque los nebulizadores continúan siendo usados con frecuencia, solo están indicados en pacientes mayores con dificultades para la utilización de inhaladores presurizados con cámara o dispositivos en polvo seco y en crisis severas de broncoespasmo que requieran dosis elevadas de broncodilatadores.

5 Discusión-Conclusión

En las disciplinas se excluye de manera rutinaria al anciano de los ensayos, dada la importante complejidad de interpretación que suponen poblaciones con mul-

timorbilidad, de tal manera que las evidencias demostradas en población joven y generalmente en mejor estado de salud se suponen válidas para la población de mayor edad. Sin embargo, en el caso de la EPOC, extrapolar las evidencias demostradas en población más joven tiene una serie de importantes limitaciones.

A nivel diagnóstico, algunos pacientes pueden presentar limitaciones como hipoacusia, déficit visual o sarcopenia, que dificultan la realización correcta de una espirometria, y consecuentemente su interpretación. En un contexto de deterioro funcional o cognitivo, la realización de pruebas complejas o incluso algo tan sencillo como la prueba de los 6 min de marcha pueden ser de difícil cumplimiento e interpretación.

La mayor parte de las guías clínicas tienen numerosas limitaciones, pues no valoran el amplio espectro de necesidades del paciente anciano, y la evidencia que arrojan dichas guías habitualmente infravalora la prevalencia de efectos secundarios, la multimorbilidad y así como los aspectos funcionales, cognitivos y sociales, además de no ser acordes a la realidad.

6 Bibliografía

1. Lowery EM1, Brubaker AL, Kuhlmann E, Kovacs EJ. El pulmón en el anciano. *Clin Interv Aging*. 2013; 8: 1489-96.
2. Almagro Mena P., and Llordes M.: Enfermedad pulmonar obstructiva en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012; 47: pp. 33-37.
3. Sánchez Simón-Talero. R, Callejas González. FJ, Núñez Ares. A. Capítulo 73: El anciano con deterioro respiratorio. En: Abizanda Soler, P. *Tratado de Medicina geriátrica*. El Sevier; 2014. Pág.: 575-582.
4. Nicolás Martínez Velilla. N. Guía GesEPOC y pacientes ancianos *Archivos de Bronconeumología*, 2013-08-01, Volúmen 49, Número 8, Pág 367-368.
5. Almagro P., López García F., Cabrera F.J., Montero L., Morchón D., Díez J., et al: Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por descompensación de EPOC en los servicios de medicina interna. *Estudio ECCO. Rev Clin Esp* 2010; 210: pp. 101-108.

Capítulo 784

EL MANEJO DEL PACIENTE ANCIANO CON EPOC

ANGELES MARTIN DE ALMAGRO FERNANDEZ
CALVILLO

MARIA DEL CARMEN MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARTA FERNANDEZ FERNANDEZ

MONICA ÁLVAREZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El envejecimiento de la población está aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas como la EPOC, que afecta a personas de edad cada vez más avanzada. Estas personas suelen presentar comorbilidades asociadas: hipertensión, diabetes, cardiopatía, arritmias, desnutrición, o cáncer de pulmón. Son más frágiles, y la disnea les limita en sus actividades diarias. Pueden acompañarse de deterioro cognitivo o alteraciones sensoriales, lo que hace que su manejo tanto diagnóstico como terapéutico sea más dificultoso.

Los síntomas de la EPOC pueden aparecer también acompañados de alteraciones en el estado de ánimo, la depresión, la ansiedad y el insomnio son frecuentes.

En ocasiones viven solos en el domicilio, o son atendidos por su pareja con limitaciones similares a las del paciente. Por ello, la valoración geriátrica integral de los pacientes mayores afectados de EPOC, viéndolos globalmente, y abordando no solo los aspectos médicos, sino también sociales, cognitivos, funcionales, y

emocionales, debe ser una herramienta fundamental, para ayuda al médico que a tomar decisiones más precisas e individualizadas.

2 Objetivos

Determinar y evaluar el tratamiento para el manejo de la epoc en los ancianos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como tratamiento de la epoc en ancianos, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: valoración, ancianos, tratamiento, enfermedad obstructiva pulmonar.

4 Resultados

La EPOC en los ancianos es más difícil de detectar debido a la existencia de otras patologías previas, como asma, cáncer de pulmón, insuficiencia cardíaca, bronquiectasias u otras. Esta comorbilidad puede dificultar el diagnóstico de la misma y por lo tanto un retraso en la iniciación del tratamiento. Las actividades diarias son cada vez más difíciles de realizar y la persona se vuelve cada vez más sedentaria.

Existen unos cambios pulmonares debido al envejecimiento, que hacen que en las personas mayores sean más frecuentes las complicaciones. La fragilidad (sarcopenia) en un anciano con EPOC es un elemento de mal pronóstico.

Las complicaciones en los ancianos con EPOC pueden ser: arritmias ,latidos cardíacos irregulares, Insuficiencia cardíaca derecha, neumonía, neumotórax, osteoporosis, debilidad, pérdida de peso y desnutrición, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo, aumento en la frecuencia de caídas.

La EPOC es una enfermedad que empeora, de forma gradual, a lo largo del tiempo independientemente de su tratamiento, ya que se trata de una enfermedad crónica. Aunque los medicamentos disminuyen los síntomas y mejoran la calidad de vida, no pueden curar la EPOC. Las funciones pulmonares se deterioran con

la edad, incluso en personas sanas, pero en el caso de los fumadores este deterioro es mucho más rápido, por lo que es básico advertir a la población sobre este riesgo. “La mejor medida en la prevención y mejora de la evolución de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es no fumar o dejar de fumar cuanto antes.”

El tratamiento médico incluye los medicamentos llamados broncodilatadores de acción rápida, que relajan y dilatan los bronquios y ayudan a aliviar la disnea. Cuando los síntomas persisten, el médico suele recetar broncodilatadores de acción prolongada, y si el paciente tiene dificultades para respirar, se añaden al tratamiento corticosteroides inhalados. En el caso de las personas que sufren EPOC en su nivel más avanzado, puede recomendarse el tratamiento de oxigenoterapia, que consiste en la administración de oxígeno al paciente. Existen diferentes tipos de asistencia respiratoria en función de las características del paciente.

Se aconseja, en todo caso, que el paciente tome una gran cantidad de líquido durante el día para reducir la acumulación de flema, ya que el agua es el mejor mucolítico que existe.

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la calidad de vida de las personas que sufren la EPOC se recomienda la realización de ejercicio físico, dentro de las posibilidades de cada paciente, ya que mejora su calidad de vida y facilita el desarrollo normal de sus actividades. Además, también es necesario que los pacientes de EPOC tengan una alimentación completa y saludable, dado que la pérdida de peso es uno de los peores síntomas de la evolución de la enfermedad. En los casos de la enfermedad de la EPOC a nivel avanzado, puede ser necesario realizar una intervención quirúrgica de trasplante o reducción del volumen pulmonar.

La EPOC si no es tratada a tiempo, progresa cada vez más, produciendo mayor dificultad respiratoria que es potencialmente mortal, sobre todo en el caso de los ancianos, en los que se pueden dar con mayor frecuencia determinadas circunstancias que agraven la enfermedad.

6 Bibliografía

1. Lowery EM1, Brubaker AL, Kuhlmann E, Kovacs EJ. El pulmón en el anciano. *Clin Interv Aging*. 2013; 8: 1489-96.
2. Almagro Mena P., and Llordes M.: Enfermedad pulmonar obstructiva en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2012; 47: pp. 33-37.
3. Sánchez Simón-Talero. R, Callejas González. FJ, Núñez Ares. A. Capítulo 73: El anciano con deterioro respiratorio. En: Abizanda Soler, P. *Tratado de Medicina geriátrica*. El Sevier; 2014. Pág.: 575-582.
4. Nicolás Martínez Velilla. N. Guía GesEPOC y pacientes ancianos *Archivos de Bronconeumología*, 2013-08-01, Volúmen 49, Número 8, Pág 367-368.
5. Almagro P., López García F., Cabrera F.J., Montero L., Morchón D., Díez J., et al: Estudio de las comorbilidades en pacientes hospitalizados por descompensación de EPOC en los servicios de medicina interna. *Estudio ECCO. Rev Clin Esp* 2010; 210: pp. 101-108.

Capítulo 785

PAPEL DEL TCAE EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Como bien sabemos, el uso de enemas es algo muy frecuente en el ámbito hospitalario. Podemos definir los enemas como la introducción de líquido en el intestino, a través del recto, con el fin de que se produzca la eliminación o evacuación de heces o gases.

No sólo hay enemas de este tipo, cabe destacar, que también existen diferentes tipos de enemas, dependiendo de cuál sea su finalidad, es decir, hay enemas que sirven para administrar alimentos, otros de carácter medicamentoso y por último enemas con fines diagnósticos, también llamados enemas opacos o de bario.

A continuación haremos una clasificación un poco más extensa de este tipo de enemas, ya que cada uno sirve para una cosa diferente, es decir, se clasifican según el fin con el que se emplean:

- Enemas de limpieza o evacuadores: su finalidad es favorecer la evacuación de sustancias sólidas o gaseosas acumuladas en el intestino, y que no salen por si solas. Se trata de la introducción de líquido en el intestino a través del recto consiguiendo aumentar el peristaltismo intestinal y favoreciendo la evacuación de las heces o los gases.
- Enemas de retención: están formados por un principio activo disuelto en una solución acuosa, la cual, los pacientes deben retener en su intestino aproximadamente durante 30 minutos para que éste la absorba. Su principal finalidad no es evacuadores, sino terapéutica.

A su vez los enemas de retención los podemos clasificar en diferentes subtipos:

- Enemas carminativos: llevan sustancias vegetales y se usan para favorecer la expulsión de gases. También se denomina lavativa de Harris.
- Enemas emolientes: sirven para ablandar heces y relajar la mucosa intestinal irritado.
- Enemas antihelmínticos: para eliminar parásitos intestinales, como las lombrices.
- Enemas medicamentosos: se usan para administrar fármacos, como por ejemplo sustancias sedantes.
- Enema antiséptico: se administran para eliminar gérmenes o bacterias..
- Enemas con fines diagnósticos: también llamados enemas opacos o de bario. Su finalidad es la exploración radiológica del intestino a través de una sustancia que es opaca a los rayos X. Su componente principal es el sulfato de bario.
- Enemas alimenticios: están prácticamente en desuso, pero su finalidad es la administración de alimentos cuando la alimentación oral no es posible.
- Enema oleoso: contienen una sustancia oleosa que ablanda las heces y favorece la deposición.

La diferencia principal entre los enemas de evacuación y los de retención, además de su finalidad, es el tiempo que deben permanecer en el intestino, como su propio nombre indica los enemas de retención deben estar más tiempo, aproximadamente media hora, mientras que los enemas de evacuación deben permanecer en nuestro intestino entre 5 y 10 minutos.

2 Objetivos

El objetivo principal de esta publicación es facilitar información acerca de los enemas:

- Tipos de enemas y su clasificación según su finalidad.

- Preparación de los enemas y del paciente.
- Administración

Esta información va dirigida especialmente hacia los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería, ya que son los encargados de preparar y administrar los enemas. El propósito principal de esta información es preparar al TCAE acerca de cómo ha de realizar este procedimiento adecuadamente, ya que es una práctica muy habitual en el ámbito hospitalario. Estos datos les pueden servir para aclarar dudas y para formarse; a su vez se reducirá el número de errores en la administración de enemas. También tenemos como objeto no producir daños al paciente y que la aplicación del enema resulte efectiva.

3 Metodología

Para realizar esta publicación he consultado diferentes fuentes bibliográficas acerca de toda la información necesaria sobre los enemas, su clasificación, su preparación y su administración. Algunas fuentes bibliográficas son: pubmed y medline. He utilizado las palabras clave aplicación de enemas y enemas de evacuación. Estas páginas, tienen diferentes artículos relacionados con este tema, pero sólo se han usado los más destacados. En este caso he escogido unos artículos de la aplicación de enemas opacos con fines diagnósticos para detectar la diverticulitis, y otro que menciona el uso de enemas de evacuación ante casos de estreñimiento.

4 Resultados

El protocolo para la aplicación de un enema es la siguiente. Se debe tener en cuenta:

- Lo primero de todo, y muy importante es comprobar que el enema está prescrito por el facultativo.
- Comprobar que es el enema que tenemos que administrar y que el paciente son los establecidos en la prescripción médica.
- Tendremos que hacer una valoración de las características de la zona por donde se va a introducir el enema, es decir, la zona anal y perianal, ya que puede haber hemorroides, fístulas, etc.
- Comprobar que el paciente está dispuesto a colaborar.
- En el caso de que el paciente presente colostomía, valorar las características de la misma.

- La solución que vamos a introducir con el enema, debe estar a una temperatura de 37°C. Introduciremos una cantidad que oscile entre 500ml y 1500ml para provocar la distensión del intestino.
- Los enemas siempre se tienen que poner en la cama, en una posición concreta, decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas.
- Algo muy importante y que se debe tener en cuenta es que no se pueden aplicar enemas en caso de: apendicitis, peritonitis, cirugía reciente y trauma abdominal.

A continuación se explicará de forma más detallada las técnicas de administración de enemas de evacuación y sus diferentes formas de aplicación:

ENEMAS DE LIMPIEZA

Indicaciones de uso: para aliviar el estreñimiento, antes de procedimientos diagnósticos como una colonoscopia, antes de una intervención quirúrgica, antes de un parto, etc.

Preparación o composición: pueden ser de agua sola, de agua con aceite, salinos, jabonosos, etc. Forma de administración: técnica de aplicación con irrigador. Prepararemos el material: irrigador, sonda rectal, guantes, lubricante, la cuña y solución evacuadora. Informaremos al paciente acerca del procedimiento. Colocaremos al paciente en decúbito lateral izquierdo con las rodillas flexionadas. Lavado de manos y colocación de guantes, purgamos el irrigador y lubricamos la sonda rectal. Introducir la sonda a través del ano, conectar el irrigador y abrir la llave para que pase el líquido, se debe hacer lentamente. Por último, retiramos la sonda, e informamos al paciente de que debe aguantar unos minutos. En el caso de que no pueda salir al baño, le colocaremos la cuña y posteriormente limpiaremos bien la zona.

Técnica de aplicación con pera:

- Preparamos el material necesario: pera, cánula, guantes, cuña, etc
- Informar al paciente de lo que vamos a hacer.
- El paciente se debe colocar en la misma posición que con el irrigador, es decir, en decúbito lateral izquierdo con las piernas lesionadas.
- Lavado de manos y colocación de guantes, cargamos la pera con la solución necesaria, expulsaremos el aire que contenga la pera y volvemos a cargarla.
- Aplicamos el lubricante en la cánula, la introducimos, conectamos la pera y comprimimos hasta que se vacíe. Tenemos que tener en cuenta que una vez que hayamos procedido a comprimir la pera, no podemos dejar de hacerlo, para evitar absorber.

- Sacaremos la pera y colocaremos la cuña en caso de que el paciente no pueda ir al baño, y posteriormente limpiaremos la zona.

Técnica de aplicación con jeringa rectal: el procedimiento es igual que con la pera, sólo que usaremos una jeringa rectal.

Enema desechable o Enema Casen: está disponible en farmacias y su técnica de aplicación es directamente con dicho enema, ya que trae un formato con una cánula para aplicar directamente, es importante lubricar la cánula con un poco del propio contenido del enema para favorecer su introducción y no causar daños. Después de el procedimiento de administración del enema debemos hacer otra valoración. Observar el estado del paciente, por si sufre molestias, dolor abdominal, mareo, sangrado, etc. Comprobar la eficacia del enema. En el caso de que el paciente tenga un control de heces prescrito, se deberá observar su aspecto y sus características. Y por último, en caso de que el paciente necesite ayuda para su higiene corporal, se la proporcionaremos.

Como conclusión de esta publicación podemos decir que es una información muy importante para el técnico auxiliar en cuidados de enfermería. Contiene unos datos muy útiles que servirán para llevar a cabo el procedimiento de aplicación de un enema y que evitará muchos errores y daños que se les puedan causar a los pacientes, ya que en el caso de no aplicarlo correctamente, le podemos provocar sangrado, dolor e incluso provocar una hemorragia en el caso de introducir la sonda de forma incorrecta.

El TCAE tiene un papel fundamental en la valoración y detección de problemas intestinales, ya que son los encargados de la preparación y administración de los enemas.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE tiene que estar perfectamente informado acerca de cómo realizar dicho procedimiento, y tener la información actualizada, ya que ésta puede variar y en el caso de que los enemas requieran una preparación, es decir, que no son comprados directamente, es necesario que sepan la técnica completa, junto con las características y las cantidades concretas.

6 Bibliografía

- <https://blog.opositatest.com/repaso-a-la-materia-de-sanidad-tipos-de-enemas/>
- <https://enfermeriabuenosaires.com/tipos-de-enemas>
- Diagnóstico de diverticulitis a través de un enema opaco
- Los problemas del control intestinal <https://www.niddk.nih.gov>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 786

LA RELACIÓN DE AYUDA ENTRE EL TCAE Y EL PACIENTE

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

La relación de ayuda en enfermería se basa en la creación de un vínculo entre el paciente y el TCAE, con el fin de ayudarlo a afrontar de la mejor manera posible las consecuencias emocionales de la enfermedad. Por lo tanto, esta interrelación se establece entre dos personas:

- El paciente, que está afectado psicológicamente por la enfermedad y necesita herramientas para afrontar su nueva situación,
- El TCAE, que dispone de los conocimientos para proporcionar esas herramientas.

La relación de ayuda es imprescindible para ofrecer unos cuidados de enfermería eficaces y de calidad, ya que aumenta las capacidades del paciente y, por lo tanto, eleva su autonomía y autoestima. Para que esta relación sea eficaz han de observarse los siguientes aspectos:

- Tiene que ser una ayuda exclusiva y única, y será diferente dependiendo del tipo de paciente que sea. También influye el contexto o el tipo y gravedad de la enfermedad.
- Es una asistencia definida, precisa y eficaz. Se debe involucrar a la familia, y aunar todos los esfuerzos en conseguir la autonomía del paciente.
- Los papeles han de estar bien definidos, dejando claro cuáles son nuestras funciones.
- Es importante que el TCAE deje al margen sus sentimientos, y se centre en resolver los que resultan problemáticos para el paciente.
- Si se lleva a cabo correctamente, supone un crecimiento personal tanto para el TCAE como para el paciente, ya que el paciente consigue afrontar con éxito su nueva situación, y el TCAE experimenta una gran realización profesional.
- Es necesario respetar las fases que tienen lugar en esta relación de ayuda.

Hay una serie de actitudes que debemos adoptar para garantizar el éxito de la relación de ayuda:

- Habilidad empática: la finalidad es que el paciente se sienta comprendido. Debemos tratar de ponernos en el lugar del paciente para comprender sus miedos, tensiones...
- Congruencia y autenticidad: hay que ser fiel a uno mismo, y que exista una coherencia entre lo que se dice, se hace y se piensa.
- Respeto cálido: es necesario establecer una relación con el paciente que le haga sentirse valorado, respetado. No se trata de establecer una amistad, pero tampoco debería ser una relación fría y distante.
- Capacidad de escuchar: se trata de la habilidad del profesional para captar toda la información que transmite el paciente, tanto de forma verbal como no verbal. El TCAE debe mostrar su disponibilidad para escuchar, para que el paciente sienta que lo que tiene que decir es importante y se tendrá en cuenta.
- Confrontación: quizás sea la técnica a utilizar más delicada, ya que puede herir o molestar al paciente si se actúa con poco tacto. Consiste en poner en evidencia las incongruencias y contradicciones entre lo que el paciente dice y lo que hace. Su finalidad no es enfadar al paciente, sino ayudarle a encontrar otras formas de actuar diferentes.

2 Objetivos

El objetivo fundamental de la relación de ayuda es el cambio en las actitudes negativas del paciente mediante las técnicas utilizadas por el TCAE.

Podemos desglosar esos objetivos en:

- Lograr disminuir la ansiedad del paciente a través de la comunicación, expresando sus sentimientos y pensamientos.
- Ayudarle a identificar y reconocer los problemas derivados de su situación para poder afrontarlos.
- Hacerle consciente de que sus actitudes influirán en su estado físico y emocional.
- Ayudarle a buscar razones para darle sentido a su vida, aun con las modificaciones que deba sufrir a causa de la enfermedad.
- Facilitarle herramientas para que pueda recuperar su autoestima, de manera que pueda modificar y reconocer los comportamientos dañinos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica y retrospectiva en la base de datos Scielo, y de los resultados arrojados en la búsqueda se han tenido en cuenta 5 para documentarnos. Las palabras clave utilizadas son RELACIÓN, AYUDA, COUNSELING.

4 Resultados

Para que la relación de ayuda entre el paciente y el TCAE sea satisfactoria deben seguirse una serie de fases. Durante este proceso, el enfermo ensaya nuevos comportamientos que permiten su crecimiento personal.

Las etapas del proceso de la relación de ayuda son las siguientes:

1. Acogida y orientación: se centra en el primer contacto con el paciente, que puede ser decisivo en la relación que se establezca. Para que sea una relación exitosa, debemos desarrollar una serie de habilidades orientadas a:
 - Facilitar un clima de confianza.
 - Favorecer la expresión de sentimientos y miedos del paciente.
 - Clarificar y definir los papeles y responsabilidades tanto del paciente como del profesional.
 - Mantener informado al paciente sobre los recursos físicos y humanos de los que dispone durante la hospitalización, y sobre todo, los objetivos de los cuidados, para asegurar su participación e implicación.
2. Clarificación y presentación del problema: consiste en atender las peticiones del enfermo para que sea capaz de detectar sus necesidades. Para ello, es nece-

sario el uso de la escucha activa y la retroalimentación, que consigue que el paciente se sienta escuchado y comprendido, y establece un mayor clima de confianza con el profesional.

3. Reestructuración: en esta etapa, el TCAE ayuda al paciente a realizar un cambio de perspectiva de su problema. Es necesario utilizar la confrontación para que el paciente detecte y modifique sus incongruencias. Así, el paciente consigue superar la negatividad de las primeras etapas, y buscar alternativas actitudinales para realizar el cambio. El TCAE debe ayudar al paciente a reconocer sus capacidades, y facilitar la ayuda emocional necesaria.

4. Programar la acción: consiste en elaborar un plan de acción de manera conjunta con el paciente, estableciendo unos objetivos concretos y adaptados a las necesidades del paciente. El TCAE debe motivar al paciente en buscar unos objetivos realistas y responsabilizarse de su cumplimiento.

5. Etapa de evaluación: permite comprobar la eficacia del plan de acción, y en caso contrario, realizar las modificaciones necesarias para obtener mejores resultados.

6. Etapa de separación: aquí termina la relación entre el paciente y el TCAE. El paciente lo puede vivir como un duelo, y sufrir angustia, ansiedad y cierto miedo a la separación. Para superar esta situación, y darle seguridad, es necesario explicar las técnicas de autocuidado necesarias para adquirir confianza.

5 Discusión-Conclusión

Se aprecia la necesidad de darle a la esfera emocional tanta importancia como a los cuidados físicos. Si logramos que el paciente asuma su nueva situación, e implemente con éxito los autocuidados en su vida, aumentará su adherencia terapéutica al tratamiento, y rebajaremos el riesgo de aparición de nuevas patologías derivadas del desinterés.

6 Bibliografía

- La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Muñoz Devesa, Aarón; Morales Moreno, Isabel; Bermejo Higuera, José Carlos; Galán González Serna, José María. Index de Enfermería Sep 2014, Volumen 23 N° 3 Paginas 153 – 156.
- Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Hermosilla Ávila, Alicia; Mendoza

Llanos, Rodolfo; Contreras Contreras, Sonia. Index de Enfermería Dic 2016, Volumen 25 N° 4 Paginas 273 – 277.

- Valoración enfermera del estado emocional del paciente en hemodiálisis mediante la herramienta para la detección del estado emocional de pacientes en diálisis (EE-D). Olmedo Moreno, Noelia; Sánchez Izquierdo, Francisco Luis; Urbón Peláez, Nuria; Rico González, Ana; Abad Lambert, Milagro de La Caridad; González Miñano, Joaquín. Enfermería Nefrológica Mar 2017, Volumen 20 N° 1 Paginas 58 – 64.

- Satisfacción de los pacientes atendidos en dos modelos asistenciales de Atención Primaria distintos, en España y Portugal. Reolid Martínez, Ricardo E.; Flores Copete, María; López García, Mónica; Briones Monteagudo, Fernando; Alcantud Lozano, Pilar; Azorín Ras, Milagros; Fernández Pérez, María José. Revista Clínica de Medicina de Familia Oct 2019, Volumen 11 N° 3 Paginas 128 – 136.

- Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Martí-Gil, C.; Barreda-Hernández, ; Marcos-Pérez, G.; Barreira-Hernández, D. Farmacia Hospitalaria Jun 2013, Volumen 37 N° 3 Paginas 236 – 239.

Capítulo 787

BULIMIA NERVIOSA: ASPECTOS GENERALES Y CARACTERÍSTICAS

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

1 Introducción

La OMS ha clasificado la Bulimia como un trastorno mental y del comportamiento. Es un trastorno de la conducta alimenticia que acaba por lo general en procesos depresivos. Esta enfermedad es predominante en el sexo femenino. El interés por la BN se inició en la mitad de los años 70, al publicarse una serie de informes describiendo el “síndrome de atracones y purgas” entre estudiantes universitarias americanas. En 1980, Fairburn publicó en la revista femenina *Cosmopolitan* un artículo en el que describía los síntomas de la BN.

Desde 1980 se han realizado en todo el mundo más de 60 estudios sobre la prevalencia de la BN y se ha comprobado que esta afecta a entre el 1 y el 2% de las mujeres jóvenes (Fairburn 1995). Según el DSM-IV, la BN se presenta en el 1 al 3% de mujeres adolescentes y jóvenes, mientras que en el sexo masculino la prevalencia es 10 veces menor. Diversos estudios indican que el número de casos sigue incrementándose en la actualidad.

2 Objetivos

- Exponer y describir los síntomas y características que describen la Bulimia Nerviosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es posible que el origen de la BN sea multifactorial:

- Aspectos Biológicos (genética).
- El entorno familiar (clima tenso, poco afectuoso, sobre-protector, falta de comunicación, altas expectativas familiares).
- Aspectos psicológicos.
- Carácter personal (baja autoestima, inmadurez, perfeccionismo, insatisfacción personal permanente).

La enfermedad suele aparecer al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta, durante una dieta o poco después, con frecuencia junto con depresión. El paciente tiene una imagen distorsionada de su cuerpo y siente repulsa hacia su imagen corporal. Los medios de comunicación ejercen una influencia en ocasiones negativa, imponiendo criterios de imagen física insanos, que nada tienen que ver con las características físicas de la mujer real.

El paciente se auto impone dietas estrictas que provocan aumento del apetito, lo que les lleva darse "atracones", que consiste en ingerir grandes cantidades de comida en un corto espacio de tiempo, preferiblemente comidas dulces o con alto contenido graso, por lo general a escondidas. Se avergüenzan de su conducta y sienten remordimientos, por lo que para no engordar utilizan varios métodos:
Provocar el vómito.

Restringir de forma estricta la ingesta de alimentos.

Tomar laxantes y diuréticos.

Tomar pastillas para evitar el apetito, es habitual que las adquieran por internet, con el riesgo que supone el desconocer su composición, pueden llegar a ocasionar la muerte.

Realizar ejercicio físico en exceso para compensar los atracones.

En el caso de pacientes con Diabetes Tipo I, es decir insulino-dependientes, llegan incluso a omitir inyecciones de insulina para no comer hidratos de carbono que son imprescindibles para el funcionamiento de la insulina. Al dejar de ingerir carbohidratos, la persona pierde un poderoso supresor del apetito. La dieta estricta afecta a ciertos Neurotransmisores del cerebro, como es la Serotonina, este efecto es mayor en la mujeres que en los hombres. Una anomalía en la Serotonina puede suponer el riesgo de padecer Bulimia Nerviosa. Existen dos subtipos de BN:

El Subtipo de “purga” en el que se provoca el vómito y se abusa de laxantes y diuréticos. El Subtipo de sin “purga” en el que compensan los atracones ayunando o con ejercicio excesivo, el peso de estos pacientes tiende a ser mayor. El exceso de comida que se ingiere en un “atacón” produce una dilatación en el estómago que puede dar lugar a molestias de diverso grado, por ejemplo:

Sensación de hinchazón.

Dificultad para respirar, debida a la elevación del diafragma.

Lesiones o desgarros de la pared del estómago.

Los problemas derivados del vómito auto inducido son los siguientes:

Daños en los dientes con pérdida de esmalte dental especialmente de la superficie posterior de los incisivos, por lo que pueden llegar a resquebrajarse.

Hinchazón en la glándulas salivares que suelen incrementar la producción de saliva.

Lesiones en la garganta, frecuentemente se producen heridas superficiales que en ocasiones se infectan, estas lesiones pueden producir dolor, afonía o ronquera.

Desgarros en el esófago. Aunque es poco frecuente, en ocasiones los vómitos violentos pueden producir desgarros del esófago con hemorragias abundantes.

Llagas o cicatrices en la piel sobre los nudillos de la mano que usan para vomitar (signo de Rusell).

Desequilibrio de los Electrolitos. El equilibrio de los fluidos corporales y de los Electrolitos (sodio, potasio, etc.) puede alterarse en diferentes formas algunas de ellas muy graves, la principal es la hipocalemia (bajo nivel de potasio) que puede provocar irregularidades en el ritmo cardíaco, e incluso el paro cardíaco repentino, los trastornos en los Electrolitos pueden producir: sed extrema, debil-

idad, letargia, tensión muscular y espasmos. En mujeres con BN se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea, no esta del todo claro si estas alteraciones se deben a la fluctuaciones de peso, a déficit nutritivos o al estrés emocional.

Otros Síntomas psíquicos de la enfermedad son:

Cambios en el carácter.

Tristeza.

Depresión.

Culpabilidad.

Irritabilidad.

Inseguridad.

Sensación de descontrol.

5 Discusión-Conclusión

Se estima que en España el 8% de la población femenina entre 12 y 21 años sufre BN. En Asturias, un 3% de de las adolescentes entre 12 y 21 años están en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimenticia, entre ellos Bulimia. El indice de mortalidad es mas bajo que en la anorexia, en torno al 5% a los 5 años del inicio de la enfermedad.

En la población universitaria entre el 19 y el 30% de las mujeres presentan conductas de Bulimia. El número de hombres que padecen BN se ha duplicado en los últimos 10 años. Los porcentajes de recuperación de la BN van del 40 al 10%.

6 Bibliografía

1. Cabranes JA, Gil I, Gómez Candela C, Gual P, Julian R, Ponce de Leon C. etal.protocolo de atencion a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, Centro de Publicaciones. 2000.
2. Beck A, Rush A. S haw B, Emry G.: Terapia cognitiva de la depresión. Desclée Brouwer, Bilbao, 1983.
3. Fairburn CG.Agras WS. Wilson GT. : The rearch of the treatments of bulimia nervosa. En The biology of feast and famine (Anderson G.H: y Kennedy. S.H: Eds.). Nueva York. Academic.

Capítulo 788

ACTUACIÓN DEL TCAE PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas que aparecen en pacientes hospitalizados, que no se encontraban presentes ni estaban en periodo de incubación en el momento del ingreso. Deben diferenciarse de las siguientes:

- Infecciones extrahospitalarias: son las que están presentes o en periodo de incubación en el momento del ingreso.
- Infecciones yatrógenas: son ocasionadas por alguna intervención diagnóstica o terapéutica.
- Infecciones oportunistas: son las causadas por agentes patógenos que habitualmente no afectan a los sujetos sanos y se presentan en pacientes inmunocomprometidos.

La incidencia de las infecciones nosocomiales varía de acuerdo con el tipo de hospital. Son más frecuentes en los grandes hospitales terciarios, donde los pacientes ingresan con cuadros clínicos más graves, que los hacen más susceptibles, y donde el número de trabajadores es mayor. Dentro de cada hospital existen áreas de alto riesgo, como son las unidades de cuidados intensivos (UCI), las de quemados, diálisis y los servicios de oncología.

En la actualidad las infecciones nosocomiales son un problema de salud pública debido a su frecuencia, severidad y alto costo. Según la OMS, más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital. Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.

En España se han desarrollado principalmente 2 sistemas de vigilancia de infecciones nosocomiales:

- El Estudio de la Prevalencia de la Infección Nosocomial en España (EPINE): es un estudio de prevalencia que se realiza anualmente desde 1990 y fue el primer sistema de vigilancia desarrollado en el país. Su objetivo es determinar las tendencias en las tasas de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles.
- El Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN-UCI) desarrollado por el Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias desde 1994 recoge datos de las principales IN asociadas a dispositivos y llegan a participar en la actualidad más de 100 unidades anualmente. Es un sistema específicamente dirigido a la UCI y en el que son objeto de seguimiento únicamente aquellas infecciones relacionadas directamente con factores de riesgo conocidos o que se asocian a mayor morbimortalidad en pacientes críticos, como son la neumonía relacionada con la ventilación mecánica (NAV), la infección urinaria relacionada con sondaje uretral (IU-SU), la bacteriemia primaria y relacionada con catéteres vasculares y la bacteriemia secundaria.

Los últimos datos de los que disponemos según EPINE son de 2018, y son los siguientes:

1. Herida quirúrgica: representan el 27,15% de las IN.
2. Infecciones respiratorias: representan el 19,93% de las IN.
3. Infecciones urinarias: representan el 17,43% de las IN.
4. Bacteriemia: representan el 15,17% de las IN.

La prevalencia total de las infecciones nosocomiales durante 2018 ha sido de 7,5%, es decir, que este porcentaje de pacientes ha contraído una IN.

2 Objetivos

El personal de enfermería es quien permanece más tiempo al lado del enfermo, proporcionándole un cuidado permanente. Para esto se requieren altos conocimientos, habilidades y actitudes; por ello es de gran importancia resaltar el rol que cumple el profesional de enfermería, el cual debe estar encaminado a investigar, gestionar, educar y cuidar al paciente, la familia y los colectivos con la utilización de la vigilancia epidemiológica como método integrador en la identificación de las infecciones intrahospitalarias, en la potencialización de las condiciones favorecedoras, en la participación de la modificación de los procesos de riesgo y en las estrategias de intervención desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación a la comunidad.

3 Metodología

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

Las palabras clave NOSOCOMIAL, PREVENCIÓN y EPINE. De los resultados arrojados, se han tenido en cuenta 4 para documentar el tema que se desarrolla.

4 Resultados

Teniendo en cuenta la información de la que disponemos, se pueden hacer una serie de recomendaciones encaminadas principalmente a la prevención:

- Control de los pacientes afectados de infecciones transmisibles, a través de medidas de aislamiento y tratamientos adecuados. Se debe suspender el ingreso programado de los pacientes cuando estos padezcan una infección en fase de contagio
- Comunicar las normas que se deben aplicar en caso de que se detecte una infección, así como informar de las medidas necesarias para prevenir la transmisión.
- Responsabilizarse de la inmunización adecuada del personal hospitalario, mediante la vacunación de toda la plantilla contra la gripe, varicela, sarampión, parotiditis y tétanos, y hepatitis B.

- Vigilar el uso de los antimicrobianos, para evitar la aparición de resistencias, así como estudiar los patrones de susceptibilidad de los patógenos más frecuentes en cada centro.

Una vez que el paciente se encuentra hospitalizado, hay que tener en cuenta una serie de factores importantes para la planificación de los cuidados de enfermería:

- Condiciones generales del paciente (edad, patología base...)
- Enfermedades asociadas (diabetes, arterioesclerosis, neoplasias, insuficiencia renal o hepática, quemados, desnutrición, toxicomanías...)
- Tratamientos que disminuyan las defensas (quimioterapia, radioterapia, corticoides, antibioterapia prolongada, inmunosupresores)
- Realización de pruebas diagnósticas invasivas (cateterismos cardiacos, biopsias, arteriografía...)
- Factores ambientales (capacidad del hospital, superpoblación hospitalaria, habitaciones compartidas, sistema de ventilación...)

Además de tener en cuenta los factores preventivos detallados anteriormente, es necesario prevenir y tratar los diferentes tipos de enfermedad nosocomial que se suelen dar:

1. INFECCIÓN URINARIA

1.1. ACCIONES PREVENTIVAS

- Sondaje vesical sólo si es necesario.
- Emplear sonda del calibre más fino posible.
- Retirar sonda tan pronto como sea posible.
- Fomentar la ingesta de líquidos para aumentar la diuresis.
- Mantener unas rigurosas normas de asepsia.

1.2. CUIDADOS

- Controlar temperatura una vez por turno.
- Comprobar calidad de la orina (color, densidad, sedimento...)
- Controlar la diuresis una vez por turno.
- Recoger muestra para urocultivo si el paciente refiere dolor.
- Cumplir las normas de asepsia en los cuidados.

2. INFECCIÓN HERIDA QUIRÚRGICA

2.1. ACCIONES PREVENTIVAS

- Rasurado y desinfección de la zona.
- Comprobar que se ha administrado al paciente la profilaxis antibiótica pautada por el facultativo.

- Cerciorarse de las perfectas condiciones de esterilidad del material utilizado en quirófano.

2.2. CUIDADOS

- Vigilar el apósito protector de la herida cada hora en las 6 primeras horas, cada 2 horas en las siguientes 6, y una vez por turno hasta la retirada de la sutura. Si el apósito aparece manchado con sangre o líquido seroso y la mancha es pequeña, marcar los márgenes de la misma y vigilar en las siguientes horas si aumenta de tamaño.
- Controlar la temperatura cada hora en las primeras 12 horas, cada 2 en las 12 siguientes, y cada 4 tras el primer día de intervención.
- Controlar y cuidar los drenajes.
- Manipular con las máximas medidas de asepsia.

3. INFECCIÓN RESPIRATORIA

3.1. ACCIONES PREVENTIVAS

- Comprobar la esterilidad del material (por ejemplo, el de intubación endotraqueal).
- Proporcionar al paciente los cuidados necesarios de cambios posturales, aspiraciones de secreciones, lavados bronquiales, etc....
- Animar al paciente a eliminar las secreciones pulmonares mediante la tos.
- Mantener la cama en un ángulo de 90°.

3.2. CUIDADOS

- Vigilar frecuencia, ritmo e intensidad de las respiraciones.
- Monitorizar la saturación de O₂. Si es menor de 90 necesitará que se le administre O₂.
- Gasometría según indicación médica.
- Aspiración de secreciones.
- Administrar abundantes líquidos.

4. INFECCIÓN BACTERIEMIA

4.1. ACCIONES PREVENTIVAS

- Uso limitado y adecuado de los catéteres.
- Técnica de punción según protocolo.
- Máxima asepsia en todos los procedimientos.

4.2. CUIDADOS

- Control de temperatura cada hora las primeras 12 horas, cada 2 las 12 siguientes y cada 4 después.
- Por orden médica, retirar todos los catéteres y enviarlos al laboratorio para su cultivo.
- Respetar rigurosamente las normas de asepsia.

5 Discusión-Conclusión

La aparición de las infecciones nosocomiales en el medio hospitalario causa un gran impacto en el gasto sanitario, y derivan en un empeoramiento cuantitativo de la salud del individuo. Tras revisar los protocolos establecidos, se llega a la conclusión de que siguiendo las pautas indicadas se pueden prevenir un gran número de ellas. El reto de la sanidad pasa por lograr una mayor adherencia del personal sanitario, ya que la mejor arma contra las infecciones nosocomiales es la prevención.

6 Bibliografía

- Caracterización de las infecciones nosocomiales López Méndez, Lucía; Pastrana Román, Irene; González Hernández, Juan Carlos; Álvarez Reinoso, Sarah; Rodríguez Ramos, Jorge Félix. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río Abr 2013, Volumen 17 N° 2 Páginas 86 – 97.
- EPINE - Estudio de prevalencia de las enfermedades nosocomiales en España. <https://epine.es/>
- Acciones y/o intervenciones de enfermería para la prevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. Calil, Keila; Cavalcanti Valente, Geilsa Soraia; Silvino, Zenith Rosa. Enfermería Global Abr 2014, Volumen 13 N° 34 Páginas 406 – 424.
- Vigilancia de procesos y resultados en la prevención de las infecciones nosocomiales. Guanche Garcell, Humberto. Revista Cubana de Salud Pública Jun 2011, Volumen 37 N° 2.
- Tendencias y pronósticos de las infecciones hospitalarias y sus gastos asociados. Rivero Llonch, Lucila; Álvarez Sánchez, Aleida; Ballesté López, Irka; Villarreal Acosta, Aracelys; Galbán Hernández, Osmany. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología Dic 2009, Volumen 35 N° 4 Páginas 150 – 161.

Capítulo 789

EDUCACIÓN DEL TCAE ANTE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Las úlceras por presión o UPP, son zonas de la piel que están dañadas o lesionadas a causa de permanecer en la misma posición durante un largo período de tiempo, es decir, son producidas por mantener una presión continuada en la misma zona.

Hay áreas de la piel donde este tipo de úlceras aparecen con más facilidad, como por ejemplo, en la cadera, en el sacro, en los talones, etc. Se trata de zonas anatómicas donde los huesos son más prominentes o están más cerca de la piel.

Existen más factores de riesgo que favorecen la aparición de una úlcera por presión, como es el grado de movilidad de la persona, es decir, cuánto más reducida sea su movilidad, más probabilidades tiene de que aparezca una úlcera de este tipo; por este motivo, las personas que las presentan suelen ser personas encamadas o con movilidad reducida.

Para detectar la aparición de una úlcera por presión debemos controlar exhaustivamente el estado de la piel de la persona. Los primeros síntomas son enrojecimiento de la piel, dolor a la palpación y sensación de quemazón en la zona.

Existe una clasificación de las UPP según el grado de lesión que haya en la piel o estadio. De esta forma las podemos diferenciar y clasificar:

- Úlceras de primer grado: la piel está rosada o enrojecida y cuando retiramos la presión de la zona, esta coloración no desaparece.
- Úlceras de segundo grado: la piel ya se presenta agrietada, aunque es lo único que está dañado.
- Úlceras de tercer grado: junto con la piel dañada de forma más grave que las de segundo grado, aparece exudado o supuración de la úlcera.
- Úlceras de cuarto grado: es el tipo de úlcera más grave, ya que se puede apreciar tejido necrótico, el músculo y los tejidos blandos están dañados; en ocasiones el hueso se hace visible.

2 Objetivos

La finalidad de esta información acerca de las úlceras por presión es favorecer su detección precoz, pero sobre todo prevenir su aparición. Este tipo de afecciones es muy habitual en residencias de ancianos y en hospitales, por lo que el objetivo es concienciar al personal y así minimizar su aparición.

En el caso de los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería podrán usar este tipo de información para hacer un control más exhaustivo del estado de la piel de los pacientes, por ejemplo en la hora de los aseos, cuando realicen los cambios posturales, etc, de este modo podrán detectarla cuando la úlcera sea más fácil de curar, prevenir que se haga más grande o se infecte, e incluso prevenir que aparezca. En el caso de que la úlcera ya haya aparecido y sea de carácter más grave se le podrán aplicar otro tipo de medidas.

3 Metodología

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

revisadas.

ESCALA DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

PUNTUACIÓN	ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4	Bueno	Alerta	Caminando	Total	Ninguna
3	Débil	Apatía	Camina con ayuda	Disminuida	Ocasional
2	Malo	Confusión	Sentado	Muy limitada	Urinaria
1	Muy malo	Estupor	En cama	Inmovilidad	Doble incontinencia

4 Resultados

El papel del TCAE junto con el del enfermero/a es muy importante a la hora de prevenir la aparición de úlceras por presión, ya que debe tener en cuenta una serie de aspectos muy importantes.

El plan de cuidados auxiliares de enfermería para la prevención de una UPP:

- Observar la posición de la persona encamada, es decir, la persona no puede permanecer en la misma posición durante un tiempo prolongado y el Tcae se encargará de hacer una serie de cambios posturales que evitarán que la presión ejercida sea siempre en el mismo lugar.
- Evitar que las sábanas queden mal puestas formando pliegues o arrugas, ya que podrían ejercer presión sobre la piel.
- En muchas ocasiones el sudor o la falta de higiene favorecen la aparición de úlceras por presión, por lo que los pacientes deben estar bien aseados y tener unos hábitos higiénicos correctos. En este aspecto el papel del Tcae es fundamental.
- Revisar la piel del paciente de forma exhaustiva por lo menos una vez al día, por ejemplo durante el aseo.
- Usar esponjas suaves y jabones que no sean irritantes.
- Debemos usar toallas suaves y no arrastrar al secar, sino a pequeños golpecitos. La piel debe quedar completamente seca.
- Uso de cremas después de los aseos para hidratar la piel y evitar que esta se quiebre. Es importante no usar productos que contengan alcohol y la irriten.

- La deshidratación y la desnutrición también son otro factor que debemos tener en cuenta, ya que la alimentación y la ingesta de líquidos ha de ser correcta, ya que es otro factor de riesgo para la aparición de una UPP.
- Uso de colchones especiales o antiescaras que minimizan la presión ejercida sobre la piel.
- Empleo de almohadas o cojines en las zonas donde haya más presión o rozaduras.
- Uso de protectores en los puntos de apoyo o donde haya prominencias óseas, como por ejemplo en los talones se usarán patucos, taloneras, etc.

Aunque las UPP pueden aparecer en todas las personas con una movilidad reducida o que estén incapacitados temporalmente por otro motivo u otra patología, hay una serie de personas que son más delicadas y que tienen más probabilidades de desarrollar una úlcera por presión, y son:

- Pacientes con incontinencia o que no controlan bien sus esfínteres, ya que eliminan involuntariamente y la piel permanece mojada permanentemente sino la secamos.
- Pacientes que están extremadamente delgados, ya que tienen las prominencias óseas mucho más visibles y destacadas.
- Pacientes con mala circulación, ya que ésta a veces es insuficiente en algunas zonas y favorece la aparición de heridas, fisuras, grietas, etc.
- Pacientes que tienen la piel muy seca o en mal estado, ya que la deshidratación de esta, favorece que aparezcan las UPP.
- Pacientes politraumatizados que poseen férulas, yesos, antirotatorios, etc. Este tipo de utensilios en ocasiones producen roces que derivan en una úlcera.
- Pacientes inválidos o que tienen una parálisis, estas zonas con atrofia muscular facilitan la aparición de las UPP.
- Pacientes ancianos que tienen una circulación deficiente y la piel reseca a causa de la edad.

Debemos vigilar con cautela la piel de todos los pacientes, pero en especial la de los citados anteriormente, ya que tienen un porcentaje muy elevado de probabilidades para desarrollar una úlcera de este tipo.

Disponemos de una escala de valoración del riesgo de aparición de este tipo de úlceras, dicha escala se llama Escala de Norton (aparece en las imágenes). Como podemos ver en la tabla hay una puntuación correspondiente a unas características. Con esta escala iremos sumando los puntos correspondientes a las características de cada persona, sumando un total comprendido entre 5 y 20 puntos.

En este caso, a menor puntuación, mayor riesgo de padecer UPP.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión podemos decir que el objetivo principal es prevenir la aparición de úlceras por presión, ya que pueden ser un problema secundario en geriátricos o en hospitales.

En ocasiones, las personas ingresan por un motivo diferente, es decir, su ingreso no es a causa de padecer una UPP, sino que estas son un problema secundario que puede aparecer en personas ingresadas debido a la reducida movilidad que tienen durante ese período de tiempo. Por este motivo la finalidad es prevenir la aparición de úlceras por presión que agraven el estado del paciente o prolonguen su recuperación, ya que pueden empeorar la patología inicial por la que se produjo el ingreso.

Llevando a cabo un plan de cuidados correcto, reduciremos la incidencia de UPP achacadas a la motivo inicial por el cual se produjo el ingreso del paciente. Para ello los profesionales sanitarios, en este caso los Tcae, colaborarán en la prevención y detección de UPP tomando las medidas citadas anteriormente.

6 Bibliografía

- <https://www.polymem.es/tratamientos/ulceras/>
- <https://es.slideshare.net/mobile/harrisonsandoval/>
- Responsabilización de los profesionales por no hacer bien su trabajo.
- Fascitis necrotizante derivada de una úlcera por presión
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 790

ENFERMEDAD DE LA PIEL VISTO POR UNA TCAE

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

1 Introducción

La piel es el órgano más grande del cuerpo conforman el sistema tegumentario. Entre las principales funciones de la piel está la protección. Ésta protege al organismo de factores externos como bacterias, sustancias químicas y temperatura. (Benitez,Basaldua y Beltrame, 2006).

Es gran interés para los dermatólogos que se convierte en una referencia obligatoria de la especialidad para la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de las patologías de la piel.

La queratitis actínicas y cáncer de piel es una afección por la que se forman células malignas (cancerígenas) en los tejidos de la piel. Hay diferentes tipos de cáncer que empiezan en la piel. El color de la piel y estar expuesto a la luz solar pueden aumentar el riesgo de presentar cáncer de piel. Lo importante es la prevención para conservar una piel saludable, reducir el riesgo de cáncer y llegar a la vejez con mejor calidad cutánea.(Alfaro-Sánchez,García-Hidalgo,Casados-Vergara, Rodríguez-Cabral,Piña-Osuna y Sánchez-Ramos, 2016).

Los avances en terapias para el melanoma y otros tipos de cáncer de piel están aumentando la supervivencia y la calidad de vida de mucho personas. El melanoma

es el más grave de todos y el principal responsable de los fallecimientos. La incidencia de estos tumores en nuestro país ha aumentado en los últimos cuatro años un 38%, lo que supone casi un incremento del 10% anual. Sin embargo, la prevención y un tratamiento precoz son dos estrategias que pueden, por un lado, evitar la aparición del cáncer y, por otro, tratarlo eficazmente.

Los especialistas de la piel (dermatólogos) son los encargados de analizar distintas lesiones de la piel y hay entra nuestro trabajo como tcae ayudando en la recogida de las muestras para entragar al laboratorio para su análisis, cuando hay que analizar alguna lesión de la piel que puede ser sospechosa. El dermatólogo seccina un pequeño trozo de esa mancha para poder saber de qué se trata, recojiendolo en un frasco con formol para su conservación hasta llegar al laboratorio, donde será analizado, el proceso de recogida y custodia es el trabajo de una tcae donde permanecemos en todo momento al lado del dermatólogo hasta finalizar el proceso y que el paciente regrese a su casa. (Vidrio,2003).

La queratosis actínica aparece en áreas expuestas a la luz en adultos como resultado de una proliferación y diferenciación anómala de queratinocitos epidérmicos. El principal agente etiológico es la exposición crónica a radiaciones ultravioleta, sobre todo solares. (Sordo y Gutiérrez,2013).

Antecedentes: las queratosis actínicas son una de las causas más frecuentes de consulta con el dermatólogo. Las guías de práctica clínica son necesarias para establecer el diagnóstico y precisar las opciones de tratamiento,orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible y disminuir la variabilidad de la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento del paciente adulto con queratosis La crioterapia es el tratamiento de primera línea para queratosis actínicas únicas no hiperqueratosis, en la cara y el cuello; tiene buenos resultados cosméticos, una lesión tumoral, por lo general de aspecto cónico, en la cual prevalece la longitud sobre su diámetro. Puede asociarse con lesiones benignas, premalignas se define como una lesión tumoral, por lo general de aspecto cónico, en la cual prevalece la longitud sobre su diámetro, con gran hiperqueratosis en su extremo y de variadas causas. Puede asociarse con lesiones benignas, pre malignas (queratosis actínica) y malignas (carcinoma espinocelular) de piel, por lo que es necesario un análisis de la lesión además de un examen. (Nova-Villanueva, Sánchez-Vanegas, y Porrás de Quintana,2007).

2 Objetivos

Analizar las diferentes enfermedades relacionadas con la dermatología desde el punto de vista del profesional en cuidados auxiliares de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una adecuada educación sobre cómo hay que protegerse frente al sol, realizada desde la infancia y dirigida a toda la población, podría cambiar drásticamente los números de estos tumores en España: 4.000 nuevos casos de melanoma cada año, 116.380 pacientes con carcinoma basocelular, 17.500 con carcinoma espinocelular y 600 muertes anuales. En los últimos 50 años, la incidencia de melanoma en la mayoría de los países desarrollados ha aumentado más rápido que cualquier otro tipo de cáncer, la incidencia aumentó dramáticamente. (Rodríguez, 2018).

El doctor/a darán al paciente una nueva cita para la recogida de los análisis de la muestra. En la fase de crecimiento radial, que puede durar meses o años, la tumoración está limitada a la epidermis sin presentar capacidad de producir metástasis. Según la Sociedad Americana del Cáncer más de 3,5 millones de casos de cáncer de piel son diagnosticados cada año en Estados Unidos. Esto es más que todos los demás cánceres combinados. En las últimas décadas, el número de casos de cáncer de piel ha estado aumentando. Casi todos los tipos de este cáncer resultan de la exposición excesiva a la luz ultravioleta, aunque cierta cantidad puede proceder de fuentes creadas por el hombre, tales como las camas bronceadoras. El riesgo de desarrollar melanoma, el tipo de cáncer de piel más peligroso, es doble en las personas que se queman con los rayos solares.

La gente subestima el daño que las quemaduras de sol pueden hacer a su piel. Muchas personas piensan que el enrojecimiento de la piel es sólo una parte inofensiva del proceso de curtido de la piel, más que un signo de un daño irrepara-

ble. La mejor forma de prevenir el melanoma es poner atención a la piel y sobre todo a los lunares, según los expertos. La regla ABCDE ayudarle a conocer las señales de advertencia del melanoma. Por asimetría: un lunar que, cuando se divide a la mitad, no se ve igual de ambos lados. Por borde: un lunar con bordes que están poco definidos o son irregulares. Por color: los cambios en el color de un lunar, incluyendo oscurecimiento, extensión del color, pérdida de color o la apariencia de diferentes colores, como azul, rojo, blanco, rosado, púrpura o gris. Por diámetro: un lunar más grande que $\frac{1}{4}$ de pulgada de diámetro (aproximadamente del tamaño de la goma de borrar de un lápiz). Por elevación: un lunar que está elevado por encima de la piel y tiene una superficie irregular.

Un diagnóstico temprano es la clave para la cura. Evitar ponerse al sol entre las once de la mañana y las tres de la tarde. Es cuestión de ser sensato con respecto al sol no decimos que la gente no deba exponerse al sol, sino que se deben adoptar medidas sensatas.

5 Discusión-Conclusión

Asegurarse de que lleva un sombrero y se ha aplicado una crema solar con un índice de protección alto. Aplicar la crema con frecuencia. Evitar a toda costa que se quemé la piel. De esta forma estamos cuidando nuestra piel y evitando que en un futuro, no tengamos lesiones cutáneas.

6 Bibliografía

- Alfaro-Sánchez, A., García-Hidalgo, L., Casados-Vergara, R., Rodríguez-Cabral, R., Piña-Osuna, A. K., & Sánchez-Ramos, A. (2016). Cáncer de piel. Epidemiología y variedades histológicas, estudio de cinco años en el noreste de México. *Dermatología Revista Mexicana*, 60(2), 106-113.
- Benitez, W. F., Basaldua, C. F., & Beltrame, C. B. (2006). Cáncer de piel: principales aspectos epidemiológicos en el Hospital Escuela "Gral. José Francisco de San Martín". *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 155, 1-4.
- Nova-Villanueva, J., Sánchez-Vanegas, G., & Porras de Quintana, L. (2007). Cáncer de piel: perfil epidemiológico de un centro de referencia en Colombia 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, 9, 595-601.
- Rodríguez, I. R. (2018). El administrativo en el ámbito sanitario y los riesgos psicosociales. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud, 605.

- Sordo, C., & Gutiérrez, C. (2013). Cáncer de piel y radiación solar: experiencia peruana en la prevención y detección temprana del cáncer de piel y melanoma. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 113-117.
- Vidrio, R. M. G. (2003). Cancer de piel. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 46(4), 166-171.

Capítulo 791

ACTUACIÓN DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LA BOCA DEL PACIENTE ENCAMADO (CONSCIENTE E INCONSCIENTE)

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

La cavidad oral es asiento de numerosas patologías que, frecuentemente, dificultan el tratamiento del paciente y condicionan de forma importante su calidad de vida.

Cabe destacar entre éstas, la sequedad de boca (60-70% de los enfermos).

A pesar de esto, los problemas de la boca sólo son considerados una cuestión menor que no requiere de cuidados especiales en muchas ocasiones. Y que además, para algunos resulta desagradable proporcionar. Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial, de lo contrario puede dar lugar a síntomas

muy incómodos y dolorosos para el paciente, como molestias locales, problemas en la alimentación y dificultad en el habla. Por ello los cuidados de enfermería son fundamentales para el bienestar del enfermo.

Material necesario:

- Guantes.
- Gasas estériles.
- Depresores.
- Palangana.
- Batea.
- Riñonera.
- Toalla.
- Vasos desechables.
- Pinzas.
- Cepillo de dientes.
- Pasta dentífrica y Solución antiséptica.

Protocolo de actuación del TCAE en el paciente consciente:

1. Nos lavamos las manos con agua y jabón y nos colocaremos los guantes de un solo uso.
2. Preparar el material y acercarlo junto al paciente.
3. Si el paciente es autónomo, le informaremos del proceso y le facilitaremos el material necesario para que se realice él mismo la higiene.
4. En pacientes conscientes, pero que precisan ayuda, obraremos como a continuación se indica.
5. Si es posible, colocaremos al paciente en la cama sentado o semiincorporado (Posición de FOWLER) y si no puede incorporarse, lo colocaremos en Decúbito Lateral a un lado de la cama.
6. Colocarle una toalla alrededor del cuello.
7. Si el paciente lo tolera, cepillar dientes, lengua y encías: usar cepillo, pasta dentífrica, seda dental en caso necesario, batea y vaso desechable.
8. Enjuagar con antiséptico diluido en agua.

9. En caso de que tenga prótesis dental se le limpia con un cepillo o unos comprimidos especiales para las prótesis. Se la deja en un vaso con agua fría hasta que la vuelva a utilizar.

10. Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada.

11. Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.

Protocolo de actuación del TCAE en el paciente inconsciente:

1. Colocar al paciente en Decúbito Lateral o con la cabeza girada a un lado, quitando previamente la almohada.

2. Colocar debajo de su cara una toalla o riñonera.

3. Con las pinzas se sujetan las Torundas (éstas se forman enrollando una gasa alrededor de un depresor) y a continuación se mojan en antiséptico (escurriendo bien la gasa en los bordes del vaso).

4. Limpiar bien toda la cavidad oral: dientes, lengua y paladar.

5. Cambiar la Torunda después de limpiar cada zona diferente.

6. Secarle bien los labios con una gasa y a continuación aplicarle vaselina para que no se resequen.

7. Dejar colocado al paciente en una postura cómoda y adecuada.

8. Recoger el material utilizado, quitarnos los guantes y lavarnos las manos.

Precauciones:

- Tener precaución cuando se está realizando el cuidado de la boca en enfermos confusos por el posible riesgo de mordeduras.

- No usar antisépticos tópicos orales como la hexetidina porque resecan mucho la mucosa por su contenido en alcohol y predisponen además la aparición de micosis.

2 Objetivos

Nuestro objetivo es proporcionar y fomentar una higiene bucal adecuada, favoreciendo el bienestar del paciente además de prevenir infecciones, para lo cual valoraremos las condiciones higiénicas de la boca y el estado de la mucosa.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Soriano P. Higiene al paciente inmovilizado [Internet]. 2012 Junio.
- Carpenito LJ. (1994) Planes de cuidado y documentación en enfermería.
- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente>

Capítulo 792

SONDAJES DIGESTIVOS PARA TÉCNICOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

1 Introducción

El sondaje digestivo es un procedimiento que consiste en introducir un catéter o sonda en el tubo digestivo. Este se puede realizar con diferentes fines.

- Lavado gástrico o lavado de estómago (intoxicaciones, sobredosis...).
- Extraer una muestra de jugo gástrico o intestinal para análisis
- Vaciar el contenido gástrico o intestinal bien sea por gravedad o por aspiración. Es lo que se llama descompresión.- - Introducir líquidos (irrigación gástrica o intestinal).
- Alimentar al paciente: Nutrición enteral. (enteral: alude a intestino, digestivo, vía oral, etc.).
- Administrar medicamentos.
- Administrar enemas.
- Tratar hemorragias digestivas altas (p.ej. varices esofágicas sangrantes).

Dependiendo del lugar anatómico de introducción el sondaje será: Gástrico; Entérico (intestinal); Quirúrgico (que puede ser a su vez gástrico o entérico) y Rectal.

Primero vamos a diferenciar entre sondas y catéteres: La sonda es introducida por un orificio natural y el catéter no. Sin embargo, en ocasiones se puede escuchar indistintamente ya que en inglés sonda es "catheter" y así viene reflejado en el material y en los envases que las contienen).

-Sonda: introducida por un orificio natural (ej. boca.)

-Catéter: introducida por un orificio practicado artificialmente.

El extremo proximal de una sonda es el que queda en el exterior, y el extremo distal el que se introduce en el conducto que sea (es lógico pues distal significa más alejado de...).

Se llama luz de un conducto al diámetro interior de ese conducto, lo que permite de paso (calibre). Por ejemplo, podemos hablar de la luz de los vasos sanguíneos: podríamos decir la luz de este vaso se ha estrechado... Pero también nos podemos referir a la cantidad de conductos que presenta una misma sonda que es el significado en este caso: Una sonda de dos luces es una sonda que tiene un solo conducto en su extremo distal pero que en su extremo proximal presenta dos conductos (también las hay de 3). También se puede decir sonda de 1 vía o de dos vías o de 3 vías.

Las unidades en las que se mide el calibre de las sondas sigue una escala francesa: Podemos encontrar escrito la abreviatura CH o Ch al lado del número de la sonda (viene de Charrière que fue el que inventó esta medida) o podemos encontrar escrito la letra F, FR o Fr (viene de French que, en inglés, significa francés). Los calibres disponibles van escalonados en pares (6, 8, 10, 12, etc.). Y cada uno equivale aproximadamente a dividir el valor del diámetro en CH por 3 para obtener el valor que corresponde en milímetros.

En muchos tipos de sondas, para que sea fácil coger la sonda del calibre que queremos a golpe de vista, normalmente vienen los extremos proximales con distintos colores y cada uno de ellos corresponde a un calibre diferente.

Sobre los materiales de los que están fabricadas las sondas, podemos encontrarlas de plástico (PVC), poliuretano, silicona, látex, silicolátex caucho, etc.

Ahora que ya sabemos un poco más sobre las sondas, vamos a centrarnos en las sondas específicas de procedimientos digestivos.

Sondas gástricas:

-Sonda Levin o tipo Levin:

Es una sonda nasogástrica (esto no quiere decir que si existiera imposibilidad para sondear por la nariz se haría por la boca). Pueden medir entre 75 y 125 cm de longitud según la talla. Es una sonda sencilla de una sola luz, la clásica es de plástico, pero también las hay de poliuretano (mucho mejor material) y de silicona (el mejor material sin duda). El extremo proximal presenta un orificio con una conexión que puede tener o no tapón y que es de distintos colores dependiendo

del calibre de la sonda. El extremo distal es de punta redondeada para que no resulte traumática y ciega (no tiene orificio en la punta). Y lo que sí tiene en el extremo distal son varios orificios laterales para facilitar la entrada o salida de sustancias. Presenta también a lo largo una serie de marcas que pueden ayudar a tomar la medida cuando se colocan. Puede llevar o no banda radiopaca porque el sondaje a estómago se puede comprobar sin necesidad de rayos X.

Los usos habituales de esta sonda son:

- Alimentación enteral (introduciendo el preparado a nivel del estómago).
- Aspiración de jugo gástrico si se necesita una muestra.
- Drenaje del contenido gástrico por gravedad a una bolsa (no por aspiración) para vaciar el estómago en situaciones que lo necesiten.
- Introducción de algún tipo de medicación.
- Para lavado gástrico en niños podríamos utilizar una de estas sondas, pero con calibre para adultos, porque para lavado de estómago en adultos hay que utilizarlas de calibre mucho mayor.

-Sonda de Salem:

Es una sonda nasogástrica de doble luz. La luz más gruesa permite la entrada de líquidos o la salida del contenido gástrico, y la más fina permite la entrada de aire para impedir que la sonda se pegue a la mucosa y la lesione cuando se utiliza para drenaje (vaciamiento) gástrico por aspiración que es el uso habitual que tiene.

- Sonda de Segstaken-Blakemore:

Es una sonda nasogástrica que se utiliza para comprimir varices esofágicas sangrantes o hemorrágicas. Tiene 3 luces: La más gruesa sirve para aspirar el contenido hemorrágico que ha pasado al estómago, o introducir alguna sustancia medicamentosa. Otra luz sirve para inflar el balón esofágico (con aire o agua) y es el que va a comprimir las varices. La otra luz infla un balón gástrico que sirve para fijar la sonda justo por debajo del cardias.

Sondas intestinales, entéricas o transpilóricas:

Son sondas que van a intestino delgado por eso se llaman también sondas transpilóricas. Son lógicamente más largas y también de diversos materiales como las gástricas. Todas son sondas naso-entéricas (todas son introducidas por vía nasal). Tienen varios agujeros laterales en su extremo distal y banda radio-opaca, porque para comprobar su localización la única manera es utilizar los Rayos X.

Podemos encontrar dos tipos de sondas nasoentéricas:

1. Sondas para alimentación directamente a intestino (duodeno o yeyuno):

Esta forma de alimentación se utiliza cuando el estómago no funciona bien, pero el paciente puede admitir preparados nutricionales a nivel intestinal. También en

pacientes que tienen mucho riesgo de broncoaspiración pues la sonda gástrica no evita ese problema y las intestinales, al haber sobrepasado el píloro, es extremadamente difícil que el alimento pueda ser regurgitado y que penetre en vía respiratoria. a) Sondas alimentación intestinal “estándar”:

Estas sondas son muy finas porque se utilizan de poliuretano. Recordad que este material es más flexible y aguanta mucho más tiempo sin cambiar que el plástico y normalmente esta alimentación es de larga duración. Al ser de poliuretano son totalmente radiopacas. Todas llevan marcas a distintas distancias para facilitar la medida para su inserción. Todas son de 2 vías: La alimentación a duodeno o yeyuno debe hacerse de manera continua o continúa intermitente (a lo largo de muchas horas) para evitar distensión abdominal o la intolerancia, y, como cada cierta hora hay que lavar la sonda para que no se obstruya, las sondas disponen de esta segunda vía para poder lavarla sin desconectar la alimentación. (Esta vía también nos sirve para introducir medicación).

Las vías están provistas de tapón: la vía principal debe taparse cuando se interrumpe la alimentación para que no entre aire y la vía secundaria, por la misma razón, solo se abre cuando se lava la sonda o se introduce medicación.

Al ser tan finas llevan un fiador (guía metálica) en la vía principal, que ayuda a su inserción y colocación en el lugar correcto. Una vez colocada, se retira el fiador.

Las hay sin lastre y con lastre (peso) en su extremo distal. Las sondas sin lastre una vez sobrepasan el píloro, son los movimientos peristálticos las que las hacen avanzar. Las que llevan lastre, normalmente un cilindro de tungsteno (metal inerte), teóricamente avanzan mejor, porque además actúa el peso del cilindro pero hay opiniones para todos los gustos. b) Actualmente se dispone de sondas más modernas para este tipo de alimentación como la sonda Bengmark. Esta sonda, de una sola vía, sustituye el lastre de tungsteno por un mecanismo de espiral en el extremo distal que se forma en el momento que se retira el fiador que lleva incorporado, una vez colocada la sonda. La espiral es la que hace avanzar a la sonda sin necesidad de lastre. No está muy implantada todavía. El resto de características son iguales a las otras sondas: radiopacas, finas, marcas, tapón, etc.

2. Sondas para descompresión o vaciado intestinal:

En casos de obstrucción intestinal, parálisis de intestino (no hay peristaltismo), u otras causas. También permiten recoger muestras y hacer irrigaciones o lavados y luego vaciar. Estas sondas tienen que ser de doble luz porque el vaciado intestinal se hace por aspiración y la sonda, además de la vía principal, tiene que tener otra vía de entrada de aire para evitar que la aspiración dañe la mucosa. Son sondas

extremadamente largas pues deben permitir el avance hasta tramos muy distales de intestino delgado (pueden tener hasta 3 metros).

- Sonda tipo Miller-Abbott: es de plástico, con banda radiopaca y múltiples marcas para ayudarnos a medir, doble vía y extremo distal con cilindro de tungsteno que a su vez va dentro de un globo que puede inflarse una vez insertada y sobrepasado el píloro. El cilindro de tungsteno que pesa, la ayuda a avanzar y cuando inflamamos el globo, aumenta el diámetro de la sonda, lo que ayuda a desobstruir. En su extremo distal presenta múltiples orificios (unos 24) para que se pueda aspirar y resulte efectivo. La vía secundaria permite irrigar y luego se deja abierta para que al aspirar por la vía principal (sistema de aspiración), entre aire y la sonda no se pegue a la mucosa dañándola.

Esta sonda está basada en la antigua Miller-Abbott cuyo balón se rellenaba con mercurio (actualmente esto no sería posible pues el mercurio está prohibido).

- Sonda de Andersen intestinal:

Alternativa a la de tipo Miller-Abbott. Es una sonda muy larga y fina con lastre de tungsteno y multiperforada en su extremo distal. Tiene doble vía una para el drenaje y otra para irrigar y permitir la entrada de aire cuando se conecta el sistema de aspiración.

Sondas rectales:

Es un tubo corto (unos 30 cm) y ancho con una única abertura en el extremo proximal y con el extremo distal redondeado (para no causar lesiones) y con uno o dos orificios laterales grandes. Son de plástico porque van a estar muy poco tiempo puestas. Las sondas rectales se introducen unos 10-15 cm a través del ano hasta el intestino grueso (parte alta del recto).

Sus indicaciones son:

- Reducir la distensión abdominal por flatulencia (eliminar gases).
- Administrar enemas.
- Administrar medicación.

En caso de que se tenga que asegurar que el enema administrado quede retenido durante un tiempo (por ejemplo, un enema de contraste para una radiografía) es mejor usar sonda rectal con balón, así garantizamos que la sustancia administrada permanezca el tiempo que sea necesario. (Una vez colocada la sonda se infla el balón con jeringa cargada con agua estéril o suero fisiológico).

Sondas quirúrgicas:

Sonda PEG (gastrostomía): Gastrostomía significa acceso al estómago a través de

un orificio artificial. Se usa en pacientes que no pueden o está desaconsejada la alimentación a través de SNG (sonda nasogástrica) que podría ser en los casos siguientes:

- Pacientes con disfagia (dificultades para tragar) por obstrucción parcial o prácticamente total del esófago, p. ej. en un cáncer.
- En casos en que la nutrición a través de SNG (sonda nasogástrica) tuviera que durar mucho tiempo, es mejor optar por la alimentación a través de gastrostomía por las complicaciones que presentan las SNG a largo plazo. La sonda PEG es una sonda corta, relativamente ancha y provista de dos o tres luces, una de ellas siempre para inflar un balón que pueda fijar la sonda.

2 Objetivos

- Familiarizarnos con los diferentes tipos de sondas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Intramed.net; 2.enfermeriacantabria.com; fisterra.com; libro técnicas básicas de enfermería editorial MC.GrawHill education, autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa; Libro para oposición Adams.

Capítulo 793

CÓMO TRABAJAR CON EL PACIENTE INFECCIOSO EN AISLAMIENTO DE CONTACTO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ CEPEDAL

RAQUEL MUÑIZ PERERA

NÉLIDA SIXTO TRAPIELLA

M^a ANGELES GONZÁLEZ ABELLA

1 Introducción

En nuestro día a día trabajando con pacientes de todo tipo existen algunos de ellos en los que se establece una serie de medidas especiales que tienen como finalidad impedir la propagación de lo que se ha detectado en el paciente en cuestión.

Existen multitud de bacterias, microorganismos...que precisa de una cuidadosa actitud de manejo para impedir propagar las conocidas como enfermedades nosocomiales (las que nosotros como personal sanitario contagiamos al resto de pacientes).

Para cada tipo de microorganismo aislado en los cultivos existen diferentes medidas de prevención, las cuáles se comentan a continuación, centrándonos más específicamente esta vez en los aislamientos de contacto.

Hay que mantener las medidas preventivas hasta aviso contrario por parte del servicio de medicina preventiva de cada hospital. Se pondrá en marcha el tipo de

aislamiento según las órdenes de Urgencias si el paciente nos ingresa desde este servicio ya identificando una necesidad de aislamiento. Se comunicará al Servicio de Medicina Preventiva cualquier patología susceptible de aislamiento.

En los años 70 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el primer compendio sobre aislamientos, indicándose ya una serie de precauciones a adoptar en cada uno de ellos, las enfermedades a las que se debían aplicar, y las condiciones y duración de los mismos. Estos conceptos han ido evolucionando hasta la actualidad, en que distinguimos:

- Precauciones estándar. Aúnan las medidas antes llamadas Universales, más las precauciones de Aislamiento de Sustancias Corporales. Son aplicables a todos los pacientes.
- Precauciones basadas en la vía de transmisión. Su objetivo es proteger a todas las personas del hospital —enfermos, trabajadores o familiares de los pacientes—, de los microorganismos transmisibles eliminados por un paciente determinado. Además de las precauciones estándar se tiene en cuenta la vía de transmisión de los mismos. Pueden ser: precauciones de contacto, por gotas y aéreas.
- Aislamiento protector o preventivo. Consiste en proteger a los pacientes seriamente inmunodeprimidos de los microorganismos transportados por otros enfermos, por el personal sanitario, visitas, familiares y los que existen en el medio ambiente. Este tipo de aislamiento no se tratará en este documento.

Por contacto. Se produce por contacto de la piel del paciente o de un objeto contaminado con la piel de la persona susceptible de infectarse. Ejemplos:

- Colonización o infección por bacterias multirresistentes.
- Cualquier enfermedad que curse con diarrea de causa infecciosa.
- Eczema supurado, heridas infectadas

Las medidas más adoptadas en los aislamientos por contacto son las siguientes, algunas son universales sea cuál sea el aislamiento.

- Paciente en habitáculo individual
- Uso de guantes siempre, pueden ser no estériles
- Solución alcohólica para después de quitarse los guantes
- Batas desechables, no necesariamente estériles
- Contenedor en el interior del habitáculo para no tirar fuera objetos contaminados
- Material necesario para el paciente todo en el interior para su exclusivo uso.
- Medidas anunciadas en carteles y advertencias para que el protocolo sea conocido por todo visitante al paciente.

- Instruir a acompañantes
- Tratamiento especial de residuos

2 Objetivos

Conocer actuación ante estos casos especiales de pacientes con necesidad de aislamiento.

Los aislamientos de pacientes en el medio hospitalario se han diseñado con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos.

Las precauciones de aislamiento hospitalario, buscan:

- Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso
- Disminuir la incidencia de infección nosocomial
- Prevenir y/o controlar brotes
- Racionalizar el uso de recurso

3 Metodología

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

4 Resultados

El aislamiento de contacto es una medida eficaz para cortar la cadena de transmisión de gérmenes de alto riesgo epidemiológico, y si bien algunos estudios han demostrado que aumenta el riesgo para la seguridad del paciente, su adecuada implementación obliga a someter al personal asistencial a una exhaustiva y continua capacitación que permita mantener las actitudes y aptitudes necesarias para lograr prestar una atención segura y con calidad a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En todos los pacientes deberán aplicarse las medidas de precaución estándar, además de las específicas en cada caso en particular. Cuando el Médico indique medidas añadidas de aislamiento deberá quedar reflejado en las órdenes de tratamiento. Se debe advertir a todo el equipo de salud mediante señalización adecuada que en ese paciente específico aplicamos las precauciones correspondientes. Se debe instruir al paciente, a la familia y visitantes acerca de los objetivos de las precauciones que aplicamos en el paciente.

6 Bibliografía

- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002
- Rangel-Frausto, S. Aislamiento de las enfermedades transmisibles. En: Guía para el control de infecciones en el hospital. Wenzel, R. et. al. Ed. Publicac. Oficial de la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas(ISID). Cap. 3. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2000
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 794

PRECAUCIONES DEL TCAE EN AISLAMIENTOS

NURIA DÍAZ ARIAS

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

El aislamiento, es un conjunto de procedimientos que permite la separación de pacientes infectados de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad en condiciones que permitan cortar la cadena de transmisión de la infección.

La duración del aislamiento va a depender del tiempo que tarde el paciente en curarse desde el punto de vista clínico y bacteriológico.

Su finalidad es:

- Separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan la enfermedad a personas sanas (técnicas de barrera).
- Separar a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas, para protegerles contra la eventualidad de adquirir una enfermedad transmisible (técnicas de barrera inversa).

Modos de transmisión:

Existen 5 rutas principales de transmisión:

- Contacto.

- Gotas.

- Vías aéreas.

- Vehículos comunes.

- Vectores:

1. Transmisión de contacto: Es el más frecuente y más importante modo de transmisión. Se divide en transmisión de contacto directo e indirecto.

2. Transmisión por gotas: Ocurre a través del contacto próximo con un paciente. Las gotas tienen un diámetro mayor de 5 hm y son generadas desde una persona fuente durante los accesos de tos, el estornudo, el habla y en determinados procedimientos como aspiración y broncoscopia.

3. Transmisión por la vía aérea(aerosoles): Ocurre a través del contacto próximo o a distancia con un paciente. Las gotas tienen un diámetro menor de 5hm y son generadas desde una persona fuente durante la respiración, el habla, accesos de tos, y estornudos. La transmisión ocurre cuando las gotas generadas por una persona infectada y contienen microorganismos, se resecan y permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo.

4. Transmisión de vehículos comunes: Se aplica cuando los microorganismos se transmiten por comida, agua, medicamentos, artículos, equipos.

5. Transmisión por vectores: Este modo de transmisión no es considerado de relevancia y depende de la presencia de patologías de enfermedades tropicales. Se necesita una recomendación específica de precaución, como por ejemplo, de transmisión a través de vectores para malaria, dengue, fiebre amarilla,etc

Precauciones generales:

- Habitación o cubículo del paciente:

Debe ser individual. Cuando sea necesario utilizar habitaciones múltiples, éstas se deben compartir con pacientes infectados por el mismo germen y/o ubicarlos

a una distancia no menor de un metro. Mantener siempre la puerta cerrada y identificada, especificando el tipo de aislamiento.

- Lavado de manos:

Es considerado el procedimiento más importante para reducir la infección hospitalaria. Debe realizarse, al inicio del turno, antes y después de todo procedimiento, al estar en contacto directo con la piel del paciente, con sangre, secreciones o líquidos corporales o con elementos contaminados y después de quitarse los guantes.

- Guantes:

Deben usarse como barrera protectora de la piel ante el contacto con sangre o líquidos corporales, para reducir el riesgo de contaminación. Éstos se deben cambiar entre procedimientos y después del contacto con el material que tenga alta concentración de microorganismos. Los guantes no reemplazan el lavado de las manos.

- Mascarilla y gafas:

Deben ser utilizados en la realización de procedimientos que generan salpicadura o aerosoles de líquidos o secreciones corporales en ojos, piel y/o mucosas. Éstos deben cubrir nariz y boca.

- Ropa contaminada del paciente:

Debe manipularse con guantes, depositarse en la bolsa destinada para tal fin y enviarse a la lavandería especificando su contenido (sistema de doble bolsa).

- Batas y delantales:

Son usados durante el contacto directo con pacientes. Deben desecharse o enviarse a esterilizar.

- Desinfección de la habitación y equipos:

Deben hacerse de acuerdo con las recomendaciones de la guía de técnica aséptica.

- Manejo de desechos hospitalarios:

De acuerdo con el protocolo institucional.

- Objetos inanimados:

Como libros, revistas y juguetes. deben desinfectarse o destruirse en caso de contaminación.

- Traslado de paciente:

Es importante limitar el traslado y transporte del paciente infectado para reducir la transmisión de microorganismos en el hospital; cuando sea necesario trasladarlo y colocar las barreras de protección al personal y/o al paciente según el tipo de aislamiento que requiera.

- Ventilación mecánica:

Nunca boca a boca o boca a tubo.

- Cumplimiento de las normas internas del sitio de trabajo:

No comer, no fumar, no usar anillos, pulseras y/o cadenas durante el procedimiento. Mantener el cabello recogido; evitar el uso de esmalte en las uñas de las manos.

Tipos de aislamientos:

El aislamiento se clasifica atendiendo los siguientes aspectos:

- El lugar en el que se realice:

- Aislamiento domiciliario.

- Aislamiento hospitalario.

- El mecanismo de transmisión de la enfermedad y las precauciones que requiera:

- Aislamiento estricto: prevenir la transmisión de todas las enfermedades contagiosas que se diseminan por contacto y por vía aérea.

- Aislamiento protector: proteger al paciente inmunodeprimido contra los gérmenes patógenos.

- Aislamiento respiratorio: prevenir la transmisión de todas las enfermedades contagiosas que se transmiten a través del aire en distancias cortas.

- Aislamiento aéreo: prevenir la transmisión de las enfermedades contagiosas que se diseminan a través del aire.

- Aislamiento por contacto: prevenir la transmisión de enfermedades altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes que no requieren aislamiento estricto.

- Precauciones universales: prevenir la transmisión de las enfermedades que se transmitan directa o indirectamente por contacto con la sangre o líquidos orgánicos o material purulento o drenado de sitios infectados.

- Protocolo de actuación del aislamiento estricto:

1. Habitación individual. Estarán restringidas las entradas.
2. Bata obligatoria para cualquier persona que entre.
3. Mascarilla obligatoria para todos desde que se entra en la habitación hasta la salida.
4. Lavado de manos higiénico antes de entrar y obligatorio antes de salir de la habitación.
5. Guantes no estériles, de un solo uso, desde que se entra a la habitación.
6. Esfigmomanómetro y termómetro inmovilizado en la habitación. Desinfección al alta.
7. Apósitos y material no textil (papel) contaminado con secreciones: dejarlos en una bolsa antes de retirarla de la habitación.
8. Ropa: las sábanas y la ropa en general, se cambiarán una vez al día e inmediatamente en el caso de que se manchen y se retirarán de la habitación siguiendo la técnica de la doble bolsa.
9. Historia del paciente: fuera de la habitación.
10. Libros, revistas, dinero, cartas, juegos: se tratarán como residuos tipo III.
11. Se autorizará la entrada del menor número de visitantes posibles.
12. Se informará que es necesario respetar las reglas del aislamiento.
13. El paciente llevará una mascarilla cuando reciba visitas.

- Protocolo de actuación del aislamiento protector:

1. Habitación individual.
2. Bata obligatoria.
3. Mascarilla obligatoria.
4. Lavado higiénico de manos.
5. Guantes estériles obligatorios.
6. Todas las personas llevarán bata.
7. Todo el personal llevará mascarilla.
8. El lavado de manos es obligatorio al entrar.
9. Son obligatorios los guantes quirúrgicos estériles.
10. El esfigmomanómetro inmovilizado en la habitación hasta el alta.
11. Apósitos y material no textil (papel) sin precauciones especiales.

12. El termómetro individual. Guardarlo en seco.
13. Historia del paciente fuera de la habitación.
14. Se autorizará la entrada del menor número de visitantes posibles.
15. Se informará que es necesario respetar las normas del aislamiento.

- Protocolo de actuación del aislamiento respiratorio:

1. Habitación para uno o dos pacientes con la misma enfermedad.
2. Bata para técnicas invasivas.
3. Mascarilla obligada para el personal sanitario y visitantes.
4. Lavado higiénico de manos antes de salir.
5. Guantes para contacto directo con el paciente.
6. Esfigmomanómetro y termómetro ninguna precaución especial.
7. Efectos personales sin precauciones especiales.
8. Vajilla sin precauciones especiales.
9. Historia del paciente sin precauciones.
10. Libros, diarios, cartas, juguetes, etc., sin precauciones.
11. Al entrar en la habitación ponerse mascarilla y lavarse las manos.
12. Al salir quitarse la mascarilla y lavarse las manos.
13. Apósitos y material no textil contaminado con secreciones: se manejarán como residuos tipo III.
14. Muestras de laboratorio, se colocarán en recipientes cerrados.
15. No sacudir la ropa.
16. Se autorizará la entrada del menor número de visitas posibles.
17. Es necesario seguir la misma técnica de limpieza que en las demás habitaciones.
18. Se cerrará la habitación 2 horas antes de comenzar a limpiar.

- Protocolo de actuación del aislamiento aéreo:

1. Habitación para 1 o 2 pacientes con la misma enfermedad. Necesario que la puerta este cerrada, la habitación deberá tener un control activo de la presión de aire circulante.
2. Bata no es necesaria.
3. Equipo de protección respiratoria obligado para el personal sanitario y visitas.
4. Lavado higiénico de manos al entrar y salir de la habitación.
5. Guantes solo si se ha de manipular material muy contaminado.
6. Esfigmomanómetro y termómetro ninguna precaución especial.
7. Efectos personales ninguna precaución.
8. Vajilla ninguna precaución.

9. Historia del paciente, ninguna precaución.
10. Libros, periódicos, dinero, cartas, ninguna precaución.
11. Al entrar en la habitación es necesario ponerse equipo de protección respiratorio y lavarse las manos.
12. Al salir, quitarse el equipo de protección y lavarse las manos.
13. Apósitos y materiales no textil contaminado con secreciones, se manejarán como residuos tipo III.
14. Muestras de laboratorio, se colocarán en recipientes cerrados.
15. No sacudir la ropa para evitar diseminación de los microorganismos.
16. Se autorizará el menor número de personas posibles.
17. El paciente llevará una mascarilla cuando reciba visitas.

2 Objetivos

La unificación de criterios para crear unos protocolos de actuación para el aislamiento y aumentar medidas de higiene.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Hospitalización de pacientes con gripe A. Romero González, Juan Carlos. Enfermería Global Jun 2010, N° 19. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
- Unidad de aislamiento hospitalario de alto nivel: necesidad y características. Fe Marqués, Antonio; Membrillo de Novales, Francisco Javier. Sanidad Militar Jun 2015, Volumen 71 N° 2 Páginas 74 – 76. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
- El aislamiento hospitalario: ¿ factor predisponente para la presentación de problemas de calidad en la atención? Marisol Tamayo-Vélez y Luz Marina Quiceno-Valdés. Disponible en: <http://www.scielo.org.com>

- Enfermedades transmisibles. Recomendaciones para el manejo de los contactos epidemiológicos. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl>
- Procedimiento operativo estandarizado (POE) de precauciones de aislamiento en el hospital universitario Reina Sofía.
Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>

Capítulo 795

FUNCIONES DEL TCAE EN LA TOMA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

NURIA DÍAZ ARIAS

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

CRISTINA GONZÁLEZ BERNABÉ

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

Una toma de muestra biológica consiste en recoger una pequeña muestra de nuestro organismo. Las más solicitadas en la práctica son, de sangre, orina, heces y esputo, aunque pueden recogerse otras. En la mayoría de los casos, es el personal de enfermería (TCAE) el responsable de la recogida de las muestras, salvo en algunos casos en los que bien por complejidad de la técnica o por la patología que presenta el paciente, será el médico quien lleve a cabo el procedimiento de la muestra.

Es importante, seguir siempre unas pautas para la obtención de la muestra:

- 1) Indicar siempre al paciente de las precauciones a seguir antes de la recogida de la muestra
- 2) Recoger la muestra en las máximas condiciones de asepsia
- 3) Identificar correctamente las muestras con los datos que figuren en el volante o impreso de la solicitud de la prueba

- 4) Manipular las pruebas con los guantes
- 5) Al manipular y transportar la muestra tomar todas las precauciones necesarias para su correcta conservación hasta el momento de su análisis
- 6) Siempre que sea posible utilizar recipientes desechables y procesarlos como si se tratase de residuos biológicos

MUESTRAS DE ORINA

Con las muestras de orina se pueden realizar tres tipos de estudios: a. Análisis elemental o de rutina (muestra de una sola micción) b. Cultivo microbiológico (urocultivo). La muestra de orina debe recogerse en recipiente estéril y en condiciones de máxima asepsia c. Control de diuresis (muestra de orina recogida durante un tiempo determinado, generalmente 12 o 24 horas).

Cuando se realiza una recogida de orina en pacientes hospitalizados, el personal de enfermería debe observar una serie de parámetros indicativos de diferentes patologías, como son:

- VARIACIONES EN EL COLOR Y COMPOSICIÓN. Por ejemplo, un color claro es indicativo de que la diuresis aumenta, si ésta disminuye el color será más oscuro (más concentrada). Si presenta color rojizo o más oscuro de lo normal puede indicar presencia de sangre (hematuria). Si presenta turbidez puede indicar presencia de materia orgánica.
- VARIACIONES EN EL OLOR. Este puede depender del tipo de dieta, del tipo de patología, del tipo de tratamiento, etc
- VARIACIONES EN LA DIURESIS. Podemos distinguir tres casos: poliuria: (más de 2.500ml), oliguria: (menos de 500ml), anuria: (falta total de eliminación de orina)

MUESTRAS DE SANGRE

Una muestra de SANGRE, se realiza para analizar o evaluar la glucosa, glóbulos blancos en sangre, hemoglobina..

El auxiliar debe conocer todas estas técnicas, pues es responsable de: a) Preparar todo el material necesario b) Preparar al paciente c) Enviar las muestras al laboratorio

La obtención de sangre venosa se puede emplear para realizar varios tipos de estudios analíticos:

- Hematológicos
- Bioquímicos
- Microbiológicos
- Inmunológicos

La muestra de sangre arterial suele emplearse para determinar las concentraciones de gases respiratorios (gasometría arterial) o para medir el pH de la sangre. La obtención de sangre capilar, se lleva a cabo cuando se necesita poca cantidad de sangre para el análisis. Se puede realizar en la planta del pie (niños pequeños), en la yema del dedo o en el lóbulo de la oreja. Se emplean lancetas estériles.

MUESTRAS DE HECES

La obtención de muestra de heces (coprocultivo), es un examen que se analiza en el laboratorio para encontrar organismos en las heces, que están compuestas por productos de desecho que se originan en el tubo digestivo (resto de alimentos, minerales, pigmentos biliares, microorganismos, etc)

El tcae, es la persona encargada de la recogida de este tipo de muestras cuando no puede hacerlo el propio paciente.

La recogida de heces, se lleva a cabo con los siguientes fines: determinar la presencia de sangre (indica la existencia de hemorragias), parásitos intestinales o diversos componentes, estudio microbiológico (coprocultivo).

Variaciones en las heces:

- VARIACIONES EN EL COLOR. El color va a depender sobre todo de la cantidad de pigmentos biliares (a más cantidad de éstos, color más oscuro) y del tipo de alimentación
- VARIACIONES EN SU CONSISTENCIA. Dependerá del tiempo que permanezcan en el colon, ya que cuanto más lento es el tránsito intestinal, mayor será la consistencia
- VARIACIONES EN LA CANTIDAD. Dependerá del tipo de dieta
- VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN. Su composición puede ser variable según la dieta y según circunstancias patológicas concretas. Así, pueden presentarse: pus o moco debido a un proceso infeccioso o inflamatorio, grasa en exceso (esteatorrea), microorganismos patógenos (salmonella), sangre (melenas).

MUESTRAS DE ESPUTO

Los esputos son mucosidades, u otro tipo de elementos, procedentes de las vías respiratorias bajas, que se expulsan al exterior junto con la tos. El objetivo de su análisis es determinar sus características macroscópicas (color, volumen, consistencia, cantidad, etc) o microscópicas (estudio citológicos y microbiológico)

Los tipos de esputos en función del aspecto son:

- Espudo mucoso: Blanquecino y con gran cantidad de moco
- Purulento: Amarillo-verdoso (contiene pus)

- Mucopurulento: Amarillo-verdoso, conteniendo moco y pus
- Seroso: Color blanco o rosado, a menudo abundante y de poca consistencia
- Hemático: Contiene sangre

2 Objetivos

Se pretende buscar información suficiente para realizar un protocolo de actuación lo más completo posible y aumentar las medidas de asepsia e higiene. De esta manera, evitaremos la contaminación en las muestras biológicas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Scielo, y de los resultados arrojados hemos tenido en consideración los detallados en la bibliografía. Las palabras claves utilizadas han sido MUESTRAS, BIOLÓGICAS y RECOGIDA. A continuación, se detallan los protocolos para las tomas de las diferentes muestras biológicas, con el fin de unificar criterios y evitar el mayor número posible de casos de contaminación.

4 Resultados

PROTOCOLO PARA UNA RECOGIDA DE ORINA

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes
2. Explicar al paciente lo que se le va a hacer, pidiéndole colaboración
3. Si el paciente puede colaborar, se le comunica cómo debe realizar la recogida de la muestra. Debe desechar la primera parte de la micción y recoger el resto de la orina en el frasco estéril, hasta que esté lleno.
4. Si el paciente no colabora, se le coloca en decúbito supino y se le pone la cuña o la botella para recoger la primera parte de la micción. Después se recoge la muestra en el frasco estéril de la forma descrita.
5. Tapar el recipiente y poner la etiqueta para identificar la muestra debidamente cumplimentada.
6. Quitarse los guantes y lavarse las manos.
7. Enviar la muestra al laboratorio o mantenerla en la nevera hasta su análisis.

Recursos materiales:

- Guantes desechables.
- Cuña o botella, para pacientes encamados.

- Frascos estériles para recoger la muestra.
- Etiquetas para identificar la muestra, donde se reflejan los datos del paciente que sean necesarios.
- Impreso de solicitud de pruebas analíticas.

PROTOCOLO RECOGIDA DE ORINA PARA CULTIVO

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes
2. Explicar al paciente lo que se le va a hacer, pidiéndole su colaboración
3. Si el paciente puede levantarse de la cama, se le dirá cómo debe realizarse el lavado de los genitales (sin jabón y secándose con gasas estériles) y cómo debe recoger la parte media de la micción (desechando la primera y última parte de la orina)
4. Si el paciente permanece encamado, se le hará antes el lavado de genitales
5. Pedir al paciente que realice la micción en la cuña y recoger en el frasco estéril la parte media de la micción
6. Cerrar inmediatamente el frasco con la muestra, comprobando que está debidamente etiquetado e identificado
7. Retirar cuña y limpiar al paciente
8. Recoger todo el material y dejar al paciente cómodamente instalado
9. Enviar la muestra inmediatamente al laboratorio, siempre que sea posible; de lo contrario se debe guardar en el frigorífico, procurando llevarla siempre en un margen de 24h desde que se tomó la muestra
10. Quitarse los guantes y lavarse las manos

Recursos materiales:

- Equipo para realizar el aseo genital (cuña, gasas estériles, agua, jabón o suero fisiológico)
- Guantes desechables
- Frascos estériles para la recogida de la muestra
- Etiquetas para la identificación
- Equipo para la recogida de la muestra en paciente sondado (antiséptico, gasas, jeringa, aguja, pinzas de hemostasia, frasco estéril y etiquetas para su identificación)

PROTOCOLO DE ORINA EN LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

1. Identificar al niño/a
2. Explicar a la madre y/o padre el procedimiento que vamos a realizar. También podemos hablar con el niño, adaptando nuestras explicaciones a su nivel de comprensión

3. Lavado de manos con agua y jabón
4. Ponerse los guantes
5. Comprobar que no se ha producido micción recientemente (pañal seco)
6. Colocar al niño en decúbito supino, si es niña en posición ginecológica
7. Realizar con agua y jabón un buen lavado de arrastre; en el niño retirando bien el prepucio hacia atrás, en la niña separando los labios y haciéndolo de arriba abajo
8. Aclarar con agua estéril
9. Secar con gasas estériles
10. Retirar la parte inferior del papel protector de la bolsa
11. Separar las piernas del niño/a con el fin de alisar los pliegues de la piel
12. Colocar la abertura de la bolsa alrededor del meato
13. Retirar el resto de papel protector y ajustar la bolsa presionando sobre la piel
14. Colocar al niño semiincorporado o en brazos de sus padres, si es posible, con el fin de facilitar el flujo de la orina a la bolsa
15. Una vez obtenida la orina necesaria, si la bolsa es cerrada, se extrae el contenido con una jeringa y aguja y se despega la bolsa con suavidad. Si se trata de una bolsa abierta, se vaciará el contenido con una jeringa por el orificio situado en su base
16. Depositar la orina en el contenedor estéril
17. Cerrar el recipiente evitando contaminaciones accidentales
18. Etiquetado de la muestra
19. Enviar la muestra al laboratorio con la petición correspondiente
20. Recogida del material utilizado
21. Lavado de manos

Recursos materiales:

- Agua y jabón
- Guantes desechables
- Bolsa perineal: a. Agua estéril b. Gasas estériles c. Bolsa adhesiva perineal abierta o cerrada
- Bolsa abierta: a. Jeringa b. Tintura de Benjuí si procede c. Contenedor estéril

PROTOCOLO DE LA OBTENCIÓN DE SANGRE VENOSA

1. Explicar al paciente lo que se le va a hacer, informándole de las condiciones de ayuno (cuando sea necesario)
2. Preparar el material necesario y rotular los tubos
3. Lavarse las manos

4. Poner el compresor unos 10cm por encima de la vena (para facilitar su palpación); si la palpación es dificultosa pedir al paciente que abra o cierre las manos dos o tres veces y luego la mantenga cerrada
5. Ponerse los guantes estériles, desinfectar la zona y dejar secar
6. Realizar la extracción (due), retirando el compresor antes de sacar la aguja (para facilitar el retorno venoso y evitar hemorragia)
7. Si se utiliza un sistema de extracción al vacío, ir cambiando de tubo, sujetando el portatubos
8. Comprimir la zona de punción (con algodón estéril) y colocar una tirita o esparadrapo
9. Recoger el equipo y enviar las muestras lo antes posible al laboratorio
10. Quitarse los guantes y lavarse las manos

Materiales necesarios:

- Algodón o gasas estériles
- Antiséptico (ej; povidona yodada)
- Compresor
- Tiritas o esparadrapo hipoalérgico
- Tubos de recogida de la muestra debidamente etiquetados
- Rotulador o marcador para los tubos
- Jeringas y agujas desechables o sistema de extracción de sangre al vacío
- Guantes desechables
- Contenedor para residuos biológicos

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE LAS HECES

1. Explicar al paciente lo que se le va a hacer
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes
3. Colocar la cuña debajo del paciente para que defaque (no debe orinar en ella)
4. Recoger la muestra con la cucharilla que lleva incorporado el frasco, o bien con un depresor lingual.
5. Cerrar el frasco y etiquetarlo correctamente
6. Enviar la muestra lo antes posible al laboratorio
7. Limpiar al paciente, recoger todo el material y dejarle cómodamente instalado
8. Si el paciente puede realizar por sí mismo la toma de muestra, se le explica en qué condiciones debe llevarla a cabo para que sea correcta (generalmente debe emplear también una cuña)
9. En niños menores de dos años, la recogida de la muestra, se lleva a cabo con una bolsa que se adhiere a la zona anal del niño, para evitar riesgos de contaminación

10. Si la muestra es para realizar un coprocultivo, la toma debe realizarse en condiciones de máxima esterilidad: se recoge con una torunda estéril y se deposita en un recipiente también estéril, llevándose directamente al laboratorio para su análisis

11. Para el estudio de parásitos se recoge la muestra durante 3 días alternos, en envases estériles con cucharilla, siguiendo el procedimiento general descrito anteriormente

PROTOCOLO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DE ESPUTO

Estas muestras las recoge:

1. El auxiliar de enfermería bajo la supervisión del DUE si el paciente está consciente

2. El DUE si el paciente está inconsciente o traqueotomizado. Si está inconsciente se introduce una sonda en las fosas nasales conectada un sistema de vacío y la muestra se recoge en una bolsa. Si está traqueotomizado, se introduce una sonda de aspiración por el orificio de traqueotomía y se aspira

En un paciente consciente que colabora (y no traqueotomizado), el procedimiento es el siguiente:

1. Decir al paciente que se lave la boca

2. Pedirle que respire profundamente dos o tres veces consecutivas, y en la última respiración, que tosa para liberar el esputo

3. Recoger la muestra en un frasco estéril, cerrarlo y etiquetarlo, enviándolo al laboratorio

5 Discusión-Conclusión

La labor de la recogida de muestras biológicas por parte del TCAE requiere un cumplimiento estricto de los protocolos, evitando así la contaminación. De esta manera, se evita tener que repetir la práctica, lo que conlleva mayor gasto sanitario y aumenta las molestias al paciente. Si se es riguroso con las técnicas expuestas anteriormente, lograremos unas prácticas exitosas, tanto para el sistema sanitario como para el paciente.

6 Bibliografía

- Puesta en marcha de una plataforma de proceso, almacenamiento y gestión de muestras clínicas: organización y desarrollo del Biobanco de REDinREN. Calleros, Laura; Cortés, María A.; Luengo, Alicia; Mora, Inés; Guijarro, Brenda;

Martín, Paloma; Ortiz-Arduán, Alberto; Selgas, Rafael; Rodríguez-Puyol, Diego; Rodríguez-Puyol, Manuel. Nefrología (Madrid) 2012, Volumen 32 N° 1 Páginas 28 – 34.

- Manual de obtención y manejo de muestras para el laboratorio clínico. Junta de Andalucía 2009.

- Biobanco: Herramienta fundamental para la investigación biomédica actual. Serrano-Díaz N, Páez-Leal MC, Luna-González ML, Guío-Mahecha E. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(2): 97-117.

- Realidad de la fase pre-analítica en el laboratorio clínico.

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

- <https://www.scielo.org/es/>

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 796

EVITAR LA DESHIDRATACIÓN DEL ANCIANO HOSPITALIZADO: PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

EMILIA MIRANDA MORA

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Convenimos que la deshidratación es el desequilibrio de fluidos y electrolitos más común que se existe en personas mayores. Ésta deshidratación, en grado severo, puede ser potencialmente mortal. También afirmaremos que el método más aceptado para confirmar los signos de deshidratación es que el cuerpo pierde líquido que se confirman mediante las variaciones del peso, con un porcentaje del peso corporal total.

La deshidratación puede clasificarse en tres categorías, deshidratación isotónica, hipotónica e hipertónica La deshidratación hipertónica en personas mayores, sin una razón fisiológica, se ha descrito como un indicador de escasez hídrica, incluso hasta de abandono.

2 Objetivos

- Establecer medidas para la correcta hidratación del anciano hospitalizado, así como reconocer los principales síntomas de deshidratación.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Partiendo de la base de que las personas mayores de 65 años forman parte de los llamados grupos de riesgo, empezaremos destacando que los principales signos de deshidratación son la sequedad de la piel y de mucosas, sequedad en toda la superficie de la lengua, disminución de la turgencia cutánea, ausencia de sudoración axilar e inguinal, hipotonía muscular, debilidad muscular, presencia de ortostatismo (presión arterial baja que se produce cuando te pones de pie tras estar sentado o acostado), densidad y color de la orina, osmolaridad sérica.

En las deshidrataciones graves se puede notar una disminución de peso brusco y que la orina adquiere un tono más oscuro. Aumenta la somnolencia, confusión, mareo, fatiga en todo el cuerpo, incluso llegar a tener síncope.

- Plan preventivo de actuación:

Una vez identificados los pacientes en riesgo de deshidratación, el siguiente paso será determinar si cumplen con la ingesta diaria recomendada (IDR) o si mantienen un estado adecuado de hidratación.

Modelo de actuación:

A). Calcular la ingesta diaria recomendada de líquidos (IDR): Existen varios estándares de medidas de la IDR hídrica utilizadas para comparar con la ingesta real. Pero sólo dos han demostrado la evidencia para ser utilizadas en población mayor institucionalizada: a) 100 ml/kg para los primeros 10 kg, 50 ml para los siguientes 10 kg y 15 ml/kg para el resto del peso. b) IDR 30 ml/kg de peso corporal con un mínimo de 1500 ml.

B). Comprobar que se cumple el estándar de ingesta de fluidos recomendada para cada paciente hospitalizado, incidiendo en éste caso en el anciano.

C). Suministrar líquidos sistemáticamente a lo largo del día, labor encomendada al Técnico en cuidados auxiliares de enfermería primordialmente: plan de Ingesta de fluidos, observar y ofrecer las preferencias en bebidas teniendo en cuenta el estándar de ingesta previo del paciente, dar a cada paciente la cantidad de agua individualizada prescrita por el médico y los líquidos para administrar la medicación deben estar estandarizados a una cantidad prescrita.

D). Plan para riesgos individuales:

Para ancianos ingresados con riesgo de deshidratación debido a una pobre ingesta, las siguientes estrategias pueden ser implementadas siempre y cuando el tiempo y el personal sea el adecuado: Ronda de líquidos a media mañana y tarde donde el técnico en cuidados auxiliares de enfermería suministra líquidos adicionales. Aprovechar las horas de “socialización” donde los pacientes ingresados se juntan y toman líquidos y alimentos. Ofrecer variedad de líquidos y animar a la ingesta continuada a lo largo del día a los pacientes con deterioro cognitivo y encamados mediante órdenes verbales frecuentes.

Los pacientes en riesgo de deshidratación deben tener sus bandejas marcadas con un banderín de color para indicar a sus cuidadores que ellos deberán suministrar el 75 al 100% de su comida y bebida.

Para los ancianos hospitalizados con disfagia a líquidos se deberán adoptar las siguientes estrategias: adaptación de la textura de alimentos y bebidas mediante espesantes y gelatinas neutras o saborizadas, administrar los alimentos y líquidos a volúmenes bajos (con una cuchara de café) y cambios posturales.

5 Discusión-Conclusión

Incidir en el fomentar la ingesta de líquidos. Un estudio muestra claramente que destaca la deshidratación leve en el anciano hospitalizado. Recordemos que dentro de los grupos de riesgo están las personas mayores de 65 años.

También haremos hincapié en que un uso correcto de éste protocolo en ancianos hospitalizados redundará en beneficios físicos como son el mantenimiento de la hidratación corporal, disminución de las infecciones y estreñimiento, mejora de la incontinencia urinaria, reducción del PH urinario y disminución de la confusión aguda. Por último haremos referencia a la existencia de un leve riesgo de sobre-hidratación.

6 Bibliografía

- <https://www.lechepuleva.es/huesos-fuertes/deshidratacion-ancianos>.
- <https://www.portalfarma.com/hidratacion.pdf>
- <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion>

Capítulo 797

TIPOS DE AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS Y PRECAUCIONES

NOELIA DÍAZ GERAS

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

ALBA COITO DIAZ

SUSANA FERNANDEZ TORRE

1 Introducción

Un aislamiento hospitalario es un conjunto de medidas que se llevan a cabo a fin de evitar la transmisión de enfermedades en el hospital, tanto al personal sanitario, como a pacientes o visitantes.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes aislamientos hospitalarios
- Disminuir la propagación de enfermedades transmisibles entre personal, pacientes y visitantes.
- Establecer una barrera aséptica en torno al paciente

3 Metodología

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

4 Resultados

Aislamiento estricto. Se utiliza para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden contagiarse mediante vía aérea o contacto directo como la difteria, rabia, varicela.... Medidas a tomar:

- Lavado de manos al entrar y salir.
- Habitación individual con lavabo y puerta siempre cerrada.
- Obligatorio el uso de mascarilla, bata, guantes y calzas (todo este material se encontrará dentro de la habitación, a excepción de la mascarilla que se pondrá antes de entrar)

Aislamiento entérico. Utilizado para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas o por objetos contaminados como es el caso de las gastroenteritis vírica o bacteriana, amebiosis, cólera.. Medidas a tomar:

- Lavado de manos al entrar y salir
- Habitación individual con lavabo.
- Obligatorio el uso de bata y guantes.

Aislamiento protector o inverso. Este tipo de aislamiento se utiliza para proteger a los pacientes inmunodeprimidos como son los trasplantados, grandes quemados, quimioterapia.. Medidas a tomar:

- Lavado de manos al entrar y salir
- Habitación individual con la puerta siempre cerrada
- Se coloca la bata, guantes , gorro, calzas y mascarilla antes de entrar en la habitación.
- La ropa utilizada se deposita en un contenedor colocado en el interior de la habitación.

Aislamiento de contacto. Empleado para prevenir la transmisión de enfer-

medades que se propagan por contacto directo con heridas o quemaduras infectadas, drenajes de líquido purulento e infectado. Medidas a tomar:

- Lavado de manos al entrar y salir de la habitación
- No tocar nunca con las manos las heridas o lesiones
- Es obligatorio el uso de guantes, bata y mascarilla que se encontrará preparado dentro de la habitación.
- Habitación individual con lavabo
- Pacientes contaminados con el mismo microorganismo, podrán compartir habitación.
- En caso de que el paciente tenga la herida al descubierto, requieren aislamiento estricto.

Aislamiento respiratorio. Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por vía aérea, como por ejemplo; tuberculosis pulmonar, viruela, neumonía estafilocócica...Medidas a tomar:

- Lavado de manos al entrar y salir
- Habitación individual con la puerta cerrada siempre.
- Se utilizará pañuelos desechables.
- Es obligatorio el uso de guantes y mascarilla, que se colocarán al entrar en la habitación y se desecharán al salir.

Aislamiento parenteral. Utilizado para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por la sangre, líquidos orgánicos u objetos contaminados. Por ejemplo; Sida, hepatitis B y C , paludismo... Medidas a tomar:

- Lavado de manos al entrar y salir.
- La habitación individual es aconsejable en pacientes agitados, desorientados...
- Es obligatorio el uso de guantes. La bata, mascarilla o gafas se utilizarán si se prevé la exposición a la sangre.
- Se utilizarán contenedores especiales para agujas y jeringas

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental conocer los tipos de aislamientos existentes en el ámbito hospitalario para disminuir al máximo el riesgo de transmisión cruzada de microorganismos entre diferentes pacientes.

6 Bibliografía

- LIBRO: Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Ciclo Formativo de Grado Medio. Cuidados Auxiliares de Enfermería. Editorial Editex.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 798

IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA PREVENCIÓN Y CURACIÓN DE ESCARAS

LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

PATRICIA GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP), comúnmente llamadas “escaras” pueden aparecer en personas de cualquier edad, pero en los adultos mayores hay mayor porcentaje de sufrirlas, ya que a éstos se dan con mayor frecuencia debido a problemas añadidos que fomentan su aparición, como pueden ser: movilidad reducida, exceso de humedad, fricción o cizallamiento alteración en la circulación, mala higiene, desnutrición, deshidratación, delgadez, obesidad, etc. Esto es especialmente relevante en España, dado que la población española presenta un elevado envejecimiento. Los riesgos que se padecen debido a las UPP, es el dolor producido por la lesión, infecciones, anemia y entre otras.

Las UPP tienen cuatro fases:

- Enrojecimiento de la zona.
- Aparición de ampollas o úlceras abiertas poco profundas.
- Desaparición de la piel, pudiendo llegar a verse el tejido graso.
- La ulceración llega hasta el músculo, hueso, articulaciones e incluso cavidades orgánicas.

Dentro de los factores mencionados, uno de los más importantes es el estado nutricional, ya que este no solo aumenta el riesgo de la aparición de las UPP sino que además puede llegar a favorecer su empeoramiento. El correcto aporte de nutrientes es muy importante en dicha patología.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones nutricionales para un adecuado tratamiento y prevención de las UPP, potenciando su autocuidado.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda de información, en diferentes soportes (tanto digitales, como libros y prensa), de la importancia de la alimentación en la prevención y curación de escaras para profundizar en este tema. Para ello se ha acudido a diversas fuentes entre ellas diversas plataformas y buscadores de internet, entre los utilizados destacan: google académico, redalyc y dialnet.

Las palabras clave utilizadas en la red fueron las siguientes: “escara”, “alimentación”, “síntomas”, “causas”, “prevención”, “curación”, “factores de riesgo”, “movilidad reducida”, “desnutrición”, “deshidratación”, etc.

Los descriptores que prevalecieron en las búsquedas fueron: “úlceras por presión”, “nutrición” y “adulto mayor”, además de las palabras clave señaladas anteriormente.

4 Resultados

- Se debe insistir en que la mejor úlcera por presión es la que no existe. O sea que el mejor tratamiento es la prevención por lo que se debe insistir en el personal de enfermería y de atención a pacientes en las medidas para evitar la aparición de las úlceras y son: el mantener seco al enfermo y la movilización del mismo así como el soporte nutricional: un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y puede evitar la aparición de nuevas lesiones.

Las necesidades nutricionales de una persona con UPP están aumentadas y la dieta debe garantizar como mínimo:

- Calorías: 30-35 Kcal por kg. de peso y día.
- Proteínas: 1.25-1.5 g/kg. de peso y día. En casos de hipoproteinemia puede llegar a necesitarse hasta 2 g/kg.
- Minerales: Zinc, hierro y cobre.
- Vitaminas: C, A y B.
- Soporte hídrico: 30 cc de agua al día por kg. de peso.

Si lo anterior no se cubre con la dieta habitual recurrir a suplementos hiperprotéicos de nutrición enteral oral para evitar estados carenciales y situar al paciente en un balance nitrogenado positivo.

5 Discusión-Conclusión

Una buena ingesta nutricional, junto con el control de pesos e higiene pueden evitar la aparición de úlceras. La desnutrición impide la recuperación y favorece la aparición de dichas úlceras. Su recuperación será mucho más eficaz con suplementos nutricionales como la arginina, el colágeno, el zinc, etc. facilitan la cicatrización. Todo esto, favorece la recuperación y mejora del bienestar de los pacientes con UPP. Dada la complejidad de esta patología, así como de la prevalencia de la misma en la sociedad, se exige un manejo profesional de la misma. Es por ello que el trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y del resto del personal sanitario es fundamental para ofrecer un cuidado holístico e integral al paciente y su familia.

6 Bibliografía

- <https://www.sciencedirect.com/>
- <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/>
- <http://scielo.isciii.es/>
- <https://www.geriatricarea.com/2016/>
- <http://www.ilustrados.com/documentos/ulcerasporpresion.doc>
- <http://uvadoc.uva.es/bitstream/>

Capítulo 799

ENVEJECER CON SALUD SIGUIENDO RECOMENDACIONES SANITARIAS.

EMILIA MIRANDA MORA

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), nuestra esperanza de vida es cada vez más elevada, a esto contribuyen: los hábitos personales, las condiciones de vida y los avances en la medicina y farmacología.

Tenemos que tener en cuenta que al aumentar la esperanza de vida aumenta la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, ya que la edad es un factor de riesgo.

Podemos dividir nuestra salud en cinco áreas o esferas, física, cognitiva, social, psico-emocional y nutricional, sólo protegiendo y cuidando éstas cinco áreas podremos envejecer de manera satisfactoria.

2 Objetivos

- Intentar promulgar entre la población una serie de rutinas encaminadas a ayudar a conseguir el objetivo, que no es otro que tener calidad de vida y envejecer de manera sana.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de revistas, bases de datos como Pubmed, Scielo y Dialnet.

4 Resultados

Empezaremos definiendo salud, según la Organización Mundial de la Salud dice “es un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

Para conseguir este fin destacaremos una serie de actitudes:

- Hacer ejercicio físico. Hay que evitar el sedentarismo. El hábito de caminar, bailar o practicar algún deporte específico nos ayuda a mantener el peso corporal adecuado, reduce el riesgo de enfermedades como diabetes o hipertensión, fortalece la autoestima y aumenta la sensación de bienestar personal. Manteniendo la fuerza, flexibilidad y equilibrio nos encontraremos mejor.
- Dieta sana y equilibrada. A menos que nuestro médico de familia nos «prohíba» algún alimento, lo más aconsejable es ingerir comida variada donde abunden las frutas y verduras frescas, hidratos de carbono: cereales, pan, pasta o arroz (mejor integral), productos lácteos y pescados. Menos grasas, dulces y bollería industrial.
- Vida social activa. Permanecer activo, apuntarse a cursos o talleres, pertenecer a alguna asociación, o acudir a algún centro de reunión, proporciona bienestar, mejora la autoestima y nos ayuda a envejecer con salud. La soledad y el aislamiento social pueden aumentar los riesgos de salud para las personas mayores. Es aconsejable incluso tener una mascota.
- Higiene y aspecto físico. La limpieza e hidratación serán los objetivos principales. La ducha diaria, el cuidado del cabello, la higiene bucal y el aspecto de nuestro vestuario afectan de manera directa a la imagen personal. Cuidar el aspecto físico incrementa la autoestima y refuerza la actitud de autocuidado.
- Actividad mental. Para mantener nuestras capacidades cognitivas en buena forma hay que ejercitarlas como si se tratase de un músculo practicando técnicas sencillas que nos ayudan a ejercitar y tonificar nuestro cerebro como son los juegos de números, crucigramas, test de memoria, etc.

5 Discusión-Conclusión

Se han establecido una serie de medidas generales que determinan una mejora en la calidad de vida de las personas mayores. Esto contribuye a un envejecimiento

activo y saludable con disminución del riesgo de enfermedades crónicas y dependencia socio-sanitaria.

6 Bibliografía

- Scripta Nova, revista electrónica de geografía y ciencias sociales
- <https://lamenteesmaravillosa.com/siete-claves-envejecer-con-salud/>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 800

LABORES DEL TCAE Y DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

EMILIA MIRANDA MORA

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

1 Introducción

Una enfermedad terminal es la que se encuentra en el último estadio de su evolución y a la que sucederá la muerte de la persona en un plazo relativamente corto, en este último estadio de la enfermedad el paciente recibirá unos cuidados especiales denominados cuidados paliativos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como los cuidados integrales y activos de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos y que tienen como finalidad tratar todos los problemas que se vayan planteando durante esta etapa de la enfermedad para conseguir el máximo bienestar para el enfermo, evitar su sufrimiento y ofrecerle una muerte digna.

En el ámbito hospitalario la función del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) que colaborará con el resto del equipo médico y de enfermería va a ser fundamental a la hora de realizar estos cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados para un manejo integral del paciente terminal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además de los conocimientos adquiridos como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en la planta de Cuidados Paliativos del Hospital Monte Naranco.

4 Resultados

- El papel del TCAE junto al equipo médico y de enfermería va a ser fundamental a la hora de tratar todos los problemas que se vayan planteando durante esta etapa de vida del enfermo. La labor del TCAE se centrará sobre todo en los cuidados físicos del paciente, aunque también es de gran importancia su colaboración en los cuidados psicológicos, sociales y espirituales del paciente paliativo. Los cuidados físicos comprenden todos los procedimientos de enfermería derivados de las necesidades del paciente que dependerán de la persona, de su momento vital, de la enfermedad, etc. Entre los cuidados físicos más importantes están mantener y fomentar una buena higiene e imagen del paciente donde el TCAE se ocupará de que la piel del paciente esté siempre limpia e hidratada, mantener la lencería de la cama siempre limpia, seca y estirada y cambiar tantas veces sea necesario, colaborar en la limpieza de ojos y boca, y estimulará al paciente y ayudará en lo necesario para que este mantenga un buen aspecto físico respecto al vestido, al peinado, etc.
- El TCAE también colaborará en la alimentación preguntando sobre gustos y preferencias y el equipo de enfermería elaborará la dieta ofreciéndole alimentos apetecibles y saludables, se mantendrá el aporte de líquidos y se utilizarán espesantes y dietas blandas siempre que el paciente lo requiera, no se forzará la ingestión y si fuera necesario se fraccionarán las comidas en número y horario que el paciente desee.

- El TCAE también ayudará en la eliminación, a estimular la movilización, en favorecer el descanso durante la noche y la actividad durante el día, cuidar el entorno (ventilación, ruidos, luz, temperatura, etc.) en dar medicación oral, nasal, ótica, rectal nunca parenteral, aplicar medidas de alivio como masajes, frío y calor y procurarle compañía, afecto y distracción.

En los cuidados psicológicos se debe tener buena disposición para comunicarse con el paciente, cuidando tanto la comunicación verbal como la no verbal, se debe promover actividades de ocio de su agrado, mostrar empatía y comprensión con el paciente, respetar su religión y facilitarle atención espiritual.

- El final de los cuidados paliativos no coincide con la muerte del paciente aún quedarán el respeto y el cuidado hacia el cadáver, y el duelo de su familiares y allegados.

5 Discusión-Conclusión

En resumen los objetivos de los cuidados paliativos o cuidados del paciente terminal son:

- Garantizar el bienestar físico del paciente terminal que abarca el tratamiento del dolor y el resto de los cuidados físicos (nutrición e hidratación, disnea, fatiga, incontinencia, problemas intestinales, higiene personal, etc).
- Garantizar el bienestar psicológico, donde se atenderá la ansiedad y la depresión , síntomas en esta etapa, y otros como el delirio, la agitación y la intranquilidad.
- Garantizar el bienestar social esta experiencia involucra a los familiares y también a los profesionales sanitarios.

La buena coordinación del equipo médico y de enfermería en los cuidados paliativos ofrecerá al paciente y a su familia un mayor bienestar, un menor sufrimiento y una muerte digna dentro de lo posible. La función del TCAE es fundamental en los cuidados paliativos.

6 Bibliografía

- Características de la enfermedad terminal. Enfermería en cuidados paliativos. Eulalia López imedio.
- www.fuden.es
- www.enferalicante.org.
- www.auxiliarenfermeria.com.
- www.cgtsanidadlpa.org.

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

Capítulo 801

ACTUACIONES DEL TCAE EN LA HIGIENE DE LOS OJOS DEL PACIENTE ENCAMADO

NURIA MARTINEZ MARTINEZ

LIBERTAD SUAREZ HERMOSO

DESIREE JUAN GARCIA

SUSANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ELO FERNANDEZ PEREZ

1 Introducción

Las actuaciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) sobre el enfermo encamado es variada y uno de los puntos a matizar es el lavado facial, dentro de éste el ocular que se define como el conjunto de actividades encaminadas a mantener el buen estado de los ojos del paciente.

Por tanto, realizar una buena limpieza, es una de las cosas básicas que aporta confort al paciente y puede evita runa serie de complicaciones. Además conviene vigilar el estado de la conjuntiva, siendo justificado el desarrollo de este tema en este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados básicos por el TCAE en el lavado ocular del paciente encamado.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Mayes, ME. Higiene personal de los pacientes. Manual para la auxiliar de Enfermería. Ed. Interamericana, 1988:107- 126.
- Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Hospital Reina Sofía. Córdoba Hospital
- Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008.
- Netzel, C. Y COLS. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma. S.A. Barcelona; 2008.
- Arranz, A., Guillamas, C., Gutiérrez, E. El aseo de la persona enferma. Técnicas de Enfermería clínica. Ed. Editex, 1996: 46- 65.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://www.medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 802

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS

JOSEFA MENENDEZ MARCOS

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son un grave problema de salud al que se debe prestar mucha atención durante nuestro trabajo diario. Este problema de salud afecta en primer lugar al paciente tanto física, psíquica como socialmente, ya que la aparición de UPP puede ocasionar alteraciones del bienestar por factores como el dolor, la pérdida de la independencia y autoestima, la depresión. En segundo lugar, se ve afectada la familia, con un incremento de la carga laboral, económica y emocional, y en tercer y último lugar se ve afectado el sistema de salud, por el gasto en recursos humanos y materiales, así como la estancia en el hospital y el gasto que esto acarrea. Según el tercer estudio nacional de prevalencia de UPP publicado en 2011, la prevalencia de UPP en pacientes ingresados es de un 7,2%. Este dato nos hace ver lo importante que es la prevención de las UPP en los pacientes con riesgo de presentarlas. Aunque a veces la actividad de prevención no ha sido satisfactoria y aparecen UPP, esto requiere ser tratado. El cuidado de las UPP se hará principalmente por el método de la cura en ambiente húmedo, aunque también valoraremos el uso de otros tratamientos dependiendo del tipo de UPP que nos encontremos.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Actualizar conocimientos sobre los materiales y las técnicas utilizadas en la prevención y los cuidados de las UPP.

Objetivos secundarios.

- Identificar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras.
- Facilitar la labor diaria del personal Auxiliar de enfermería encargado de prevenir y cuidar a pacientes con UPP.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo en el presente trabajo se basa en una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos, donde pude obtener información acerca de las úlceras por presión. A su vez, he realizado una lectura crítica y reflexiva de la información para aumentar mi conocimiento sobre el tema de estudio y elaborar mis propias conclusiones. Se establecieron una serie de criterios de inclusión, mediante los cuales, se pretende justificar la elección de los mismos.

Dichos criterios de inclusión son los siguientes:

- Antigüedad máxima de 10 años; exceptuando aquellos documentos que han sido realizados por organismos de notoria importancia y no se han publicado copias más recientes de los mismos.
- Los artículos que tratasen directamente de úlceras por presión.
- Idioma español o inglés.

Criterios de exclusión:

- Los artículos que no abordasen directamente el tema principal de este trabajo.

A través de búsqueda libre, también recopilé información de varias páginas tales como La Organización Panamericana de la Salud, introduciendo las palabras claves: "Definición úlceras por presión". Y la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, en cuyo apartado de Sanidad/Biblioteca y Publicaciones se realizó una búsqueda de todas las publicaciones que correspondieran a los términos "Úlceras por presión".

4 Resultados

La Organización Panamericana de la Salud las define como “La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa.” Los lugares más frecuentes de aparición de las UPP son en la mitad inferior del cuerpo, sobre todo en la cintura pélvica. Las áreas susceptibles incluyen el trocánter mayor del fémur, la tuberosidad isquiática, el sacro, la cresta ilíaca, el maléolo externo, el occipucio, el mentón, el codo, el omóplato y el calcáneo.

La clasificación clásica de las úlceras por presión se propone según el grado de afectación que producen en los tejidos:

Estadio I

La piel está intacta, con enrojecimiento, no palidece. Se visualiza en áreas localizadas por lo general en prominencias óseas. En pacientes de piel con pigmentación oscura es difícil detectar la palidez de la zona ya que su color puede diferir de la zona circundante. El área puede producir dolor, puede ser firme, suave y cálido o más frío en comparación con el tejido adyacente.

Estadio II

Existe la pérdida de espesor parcial de la dermis, se presentan como una úlcera abierta poco profunda con el lecho de la herida enrojecido. También se puede presentar como una úlcera superficial brillante o seca sin hematomas (la presencia de hematoma indica lesión de tejido profundo).

Estadio III

Pérdida total del espesor del tejido, esto provoca una necrosis o lesión del tejido subcutáneo, se extiende hacia abajo, no por la fascia subyacente. Estas úlceras varían según la ubicación anatómica en la que se encuentren, en zonas con más tejido adiposo la UPP será más profunda que en zonas con poco tejido adiposo.

Estadio IV

Pérdida total del espesor de la piel y lesión de hueso, tendón o músculo. Puede presentar escaras, lesiones con cavernas y tunelizaciones de gran profundidad. En este estadio se hacen visibles y palpables las estructuras musculares y óseas.

Entre los factores de riesgo para la aparición de UPP están:

- Presión: una duración aumentada de la presión causa isquemia tisular local, edema y por último muerte tisular.

- Inmovilidad: promueve la presión continua sobre las prominencias óseas afectadas. Está en relación con el factor de riesgo presión.
- Humedad: contribuye a la maceración de la epidermis, lo que hace que el tejido se vuelva más vulnerable a la presión; las enzimas presentes en la materia fecal pueden erosionar también las capas epidérmicas.
- Fricción/cizalla: elimina capas de la epidermis, reduciendo el número de capas protectoras del tejido dérmico.
- Nutrición: la pérdida de peso, desnutrición proteico-calórica y la deshidratación son factores de riesgo de las úlceras por presión.
- Edad avanzada: provoca disminución de la grasa subcutánea, disminución de la protección contra los efectos de la presión. Los déficits sensoriales disminuyen las señales para cambiar de posición provocando una mayor presión en ciertas partes del cuerpo.

Las actividades que realizaremos en la prevención de las UPP deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

A) Movilidad:

- Permanecer encamado el menor tiempo posible.
- Animar a la deambulación y los inter ciclos de movilización, por lo menos dos veces al día.
- Realizar cambios posturales cada 2 – 4 horas en pacientes encamados y cada hora en pacientes con silla de ruedas.
- Evitar el roce de prominencias entre sí.
- Aliviar la presión con almohadas. Colchón neumático, cojines de gel de frotación, protector de talones y codos, piel de cordero y felpa.
- Evitar levantar la cabeza de la cama más de 30°.
- Intentar mantener en todo momento la alineación corporal.

B) Higiene:

- Utilizar una esponjilla para cada parte del cuerpo.
- Realizar una correcta higiene corporal mediante lavados con agua y jabón seguido de aclarado y perfecto secado. (especial atención a los pliegues).
- No dar con jabón en la úlcera.
- Hidratar la piel con crema.
- No masajear las prominencias óseas.
- No utilizar ningún tipo de alcoholes.
- Si se hidrata con vaselina líquida, debe ser extendida antes de secar al paciente.
- No dar masajes intensos.

C) Incontinencia:

- Ante pérdidas involuntarias de orina es importante la valoración de la implantación de sonda o colector urinarios.
- Con cada cambio de pañal hay que lavar e hidratar la zona.
- Reeducación de esfínteres.

D) Nutrición:

- Valoración diabética: alimentación adecuada a su edad y patología.
- Aporte de líquidos mínimo 2 litros al día si no hay contraindicación médica.
- Administrar suplementos hiperproteicos si no toma una dieta completa.
- Dar suplementos minerales y vitaminas.
- Si presenta problemas de deglución, emplear espesantes y gelatinas.

E) Protección de zonas de riesgo:

- Las zonas más frecuentes de aparición de UPP son sacro, glúteos, talones y trocánteres.
- Colocar una almohada en los pies para que los talones queden al aire.
- Los codos se protegerán con vendaje de algodón procurando mantener los brazos en flexión anatómica.
- Igualmente se realizará en los talones hasta los tobillos y dejando los dedos a la vista.
- Utilizar placas de protección en sacro y trocánteres, además de los métodos de movilización y utilización de superficies de apoyo especiales para aliviar la presión.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión son un proceso crónico que afecta a un gran número de personas y constituyen un problema personal y de salud pública de enormes proporciones y es motivo también de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas. Actualmente sabemos que gran parte de las complicaciones derivadas de las UPP se pueden prevenir o al menos retrasar su aparición y enlentecer su evolución, mediante un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado. Al revisar las distintas bibliografías, los datos nos dicen que aplicar las medidas de prevención de úlceras por presión de forma adecuada, se reducen significativamente éstas. Una valoración completa y bien hecha es muy importante para identificar a las personas en riesgo de padecer UPP.

6 Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. (Acceso Enero 2020).

- Caple C; Pravikoff D; Úlceras de presión: descripción general; California; Cinahl Information Systems, 2012.
- Tzuc Guardia A, Vega Morales E. Nivel de riesgo y aparición de úlceras por presión en pacientes en estado crítico, Enfermería Universitaria. Oct-Dec 2015; 12(4):204-211.
- Lima M, González MI, Carrasco FM, Lima JS. Factores de riesgo asociados al desarrollo de úlceras por presión en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión sistemática. Med Intensiva. 2017;41(6):339-46.
- Olivera AC, Sabino CP, Almeida AD, Santos AC. Úlceras por presión: incidencias y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. Nutr Hosp. 2015;32(5):224252.

Capítulo 803

ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

JOSEFA MENENDEZ MARCOS

MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS

1 Introducción

El estreñimiento es un trastorno intestinal muy común que afecta de forma crónica a muchas personas y que a casi todo el mundo le ha tocado sufrir en algún momento de su vida. Se calcula que más de la mitad de los hombres y casi el 80% de las mujeres padecen de este tipo de disfunción. La solución adecuada suele ser recurrir a los laxantes; sin embargo, no siempre es lo más adecuado.

La administración de enemas es un procedimiento útil ante el estreñimiento, es un método sencillo que permite realizar una limpieza efectiva del colon, al introducir al intestino, líquidos fríos o tibios, de manera que faciliten la limpieza del mismo y por ende la desintoxicación de otras partes del cuerpo. A diferencia de los laxantes y los purgantes, los enemas no son irritantes para el colon, no alteran el ritmo normal del órgano excretorio, no destruyen las membranas del intestino ni dañan la flora intestinal. Los enemas ayudan al colon a limpiarse de parásitos, mucosidad, materias tóxicas y materias endurecidas. De igual manera ayuda a restaurar la acción peristáltica.

2 Objetivos

- Describir los tipos de enemas existentes.
- Definir el equipamiento necesario y la técnica a realizar para su administración.

3 Metodología

La metodología llevada a cabo es una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos, para obtener información acerca de la administración de enemas. Se establecieron una serie de criterios de inclusión, mediante los cuales, se pretende justificar la elección de los mismos. Entre dichos criterios de inclusión se encuentra antigüedad máxima de 10 años; exceptuando aquellos documentos que han sido realizados por organismos de notoria importancia y no se han publicado copias más recientes de los mismos.

4 Resultados

Entendemos por enema como la introducción o instilación de una solución acuosa en el interior del recto o colon descendente, con distintos propósitos preventivos o terapéuticos.

Los enemas son específicamente útiles e importantes para cuatro motivos terapéuticos:

- Aliviar el estreñimiento estimulando el peristaltismo (movimiento del intestino). Para extraer el contenido intestinal cuando la persona no puede defecar de manera natural y por sí misma.
- Ablandar heces y lubricar recto y colon.
- Limpiar el recto y colon como preparación de procedimientos diagnósticos, partos o procedimientos diagnósticos por Imagen como por ejemplo las colonoscopias, quizás sea este el enema de más popular en la actualidad en la medicina moderna.
- Administrar medicamentos, fluidos y/o nutrientes.

Principalmente se pueden distinguir dos tipos de enemas:

- Enemas de evacuación.

Es uno de los enemas que más se utilizan y tienen como finalidad el vaciado del interior del recto o el colon. Pueden encontrarse enemas de evacuación con diferentes componentes. Así, se pueden diferenciar distintas disoluciones (agua con sal, agua con glicerina, agua con aceite, agua con jabón, soluciones como el duphalac o el enema casen). Pueden utilizarse para combatir el estreñimiento, antes de llevarse a cabo una prueba médica (colonoscopia), anterior y posteriormente al parto (limpieza) o para la obtención de muestras fecales.

Cuando se administra un enema de estas características, no se mantiene la solución en el interior del cuerpo, sino que se expulsa acompañada de heces, gases,

etc.

- Enemas retentivos.

Al contrario que en el caso anterior, cuando se emplean este tipo de enemas, la solución se mantiene en el interior por un periodo de tiempo que puede oscilar desde la media hora y prolongarse hasta varias horas dependiendo de las consideraciones médicas. De forma general estos enemas tienen su cometido en la inserción de algunos tipos de fármacos. Por ello, la necesidad de retención de la solución, permitiendo así la mayor filtración posible de la mezcla introducida.

Equipamiento necesario:

- Guantes no estériles.
- Protector de cama.
- Sonda rectal.
- Lubricante hidrosoluble.
- Solución irrigadora.
- Sistema de irrigación si precisa y soporte de suero.
- Cuña.
- Batea y bolsa de residuos.

Preparación del paciente:

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
- Informar al paciente de la importancia de retener todo el tiempo posible el enema y que puede sentir molestias abdominales.
- Proporcionar intimidad.
- Colocar el protector de cama.
- Situar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna superior flexionada ó posición de Sims.
- Recomendar al paciente que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.

Técnica:

- Realizar la higiene de manos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
- No elevar el sistema irrigador más de 45cm por encima del recto del paciente
- Purgar el sistema y pinzarlo.
- Lubricar la sonda abundantemente.

- Separar los glúteos con una mano y visualizar el ano.
- Con la otra mano introducir la sonda suavemente de 7 a 10cm. y mantenerla sujeta.
- Abrir la pinza reguladora hasta que el líquido penetre lentamente.
- Cuando haya pasado toda la solución ó el paciente no tolere más volumen de líquidos, pinzar el tubo y retirar la sonda.
- Acomodar al paciente.

Los enemas están contraindicados en los pacientes con patología anorrectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona. No se debe aplicar enemas cuando haya sangrado, dolor abdominal, dolores sospechosos de apendicitis, peritonitis o parálisis intestinal.

5 Discusión-Conclusión

La administración de enemas es un procedimiento de elección cuando el estreñimiento se prolonga más de lo debido y no se arregla modificando nuestra dieta y hábitos de vida. Los enemas pueden llevarse a cabo por razones médicas o de higiene, con fines diagnósticos, terapias alternativas o tradicionales.

6 Bibliografía

- Peña Soria MJ. Preparación preoperatoria del colon vs no preparación en cirugía colorrectal electiva. Universidad Complutense de Madrid. 2009
- Álvarez Hernández C, Fernández González E, Parra Blanco A. Atención de enfermería en la limpieza del colon para colonoscopia. 2013
- Cordero S. Beneficios y riesgos de la limpieza intestinal preoperatoria en la población pediátrica. Rev Actual Costa Rica. 2013 [citado 12 Jun 2014];25:1-9.
- Protocolo del Servicio de Cirugía Pediátrica. Ciego de Ávila: Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"; 2014.
- Zambrano Guimaray JI, Pajuelo Villarreal R. Beneficios de la técnica de irrigación de colostomía de los clientes colostomizados atendidos en el Servicio de Cirugía del Hospital.
- Víctor Ramos Guardia", Huaraz enero 2002 - agosto 2007. Aporte Santiago. 2009 [citado 12 Jun 2014];2(1):[aprox. 8 p.].
- Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Córdoba. 2010.

- López Rodríguez MJ, Navas López VM. Estreñimiento e incontinencia fecal. En: Polanco Allué I. Atlas de gastroenterología pediátrica. Madrid: Ergon; 2014. p. 135-49.

Capítulo 804

USO CORRECTO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN EL CENTRO HOSPITALARIO.

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

EMILIA MIRANDA MORA

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

1 Introducción

Partiendo de la base de que cualquier actuación al paciente se hará desde el respeto, libertad de movimientos, la seguridad y la salud, a veces no hay más remedio que usar las contenciones mecánicas. Se puede usar como medida de terapia o también como medida preventiva. Podemos decir que la contención mecánica es una terapia que consiste en la supresión de toda posibilidad de movimientos de una parte móvil del organismo o de su totalidad para favorecer la cura, que se utiliza cuando han fracasado el resto de medidas alternativas, como el abordaje o contención verbal, las medidas ambientales y/o de conducta y la contención farmacológica y existe una agitación o cuando hay una ausencia de control de impulsos.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones necesarias para un correcto uso de las contenciones mecánicas en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Diremos que la contención mecánica consiste en la supresión de movimientos de una parte móvil del cuerpo o de su totalidad, que no Interrumpirá nunca la circulación sanguínea y procurará no provocar lesiones en la piel del paciente. Como apoyo al tratamiento médico es fundamental, sobre todo cuando el paciente tiene un comportamiento que puede interferir con él, (arrancándose una vía intravenosa, un respirador, una sonda, un apósito, etc). Deben estar pautadas por un médico/a y en caso de urgencia por la enfermero/a responsable del paciente. Las sujeciones deben de estar homologadas, ser de ajuste rápido y de fácil acceso a los puntos de fijación.

El equipo de sujeción: se debe utilizar siempre material de sujeción de tipo estandarizado y homologado que impida ejercer una excesiva presión en las extremidades, que sea confortable, no lesivo, de ajuste rápido y con fácil acceso a los puntos de fijación. Un equipo completo de contención mecánica (con independencia de que la inmovilización sea total o parcial) está compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal y cintas anti-vuelco.
- Cintas para miembros superiores e inferiores.
- Cintas cruzadas para tórax.
- Cinturones estrechos para fijar las contenciones a la cama.
- Botones magnéticos de fijación en número suficiente. Al menos 15 o 20 unidades.
- Llave magnética (imán para anclajes).

El modo de aplicación será por orden: colocar el cinturón alrededor de la cintura del paciente, cruzar las cintas por detrás y fijar las cintas a ambos lados del bastidor de la cama. El paciente podrá girar 90° hacia cada lado sin peligro de caída. Sujeción en silla de ruedas, sillones y sillas con respaldo se utilizan los petos pélvicos y los cinturones pélvicos. Su modo de aplicación será: colocar el

cinturón alrededor de la cintura del paciente y cerrarlo con el cierre de tridente por detrás del respaldo, cuidando que no se salga del mismo.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el objetivo básico de la contención mecánica es evitar que sucedan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familia, otros pacientes o el propio personal sanitario e incluso las instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte o de todo el cuerpo del paciente. Cuando el paciente está en contención ha de establecerse un protocolo para supervisar los signos de las lesiones asociadas a la aplicación de la contención, como son las constantes vitales, la hidratación, higiene, circulación, movilidad de las extremidades.

En algunos estándares de contención se aconseja realizar la supervisión cada 15 minutos, pero esto es en función de las necesidades y del tipo de contención, ya que en ocasiones se puede agravar la situación de agitación y provocar insomnio.

La aplicación de la contención mecánica ha de utilizarse como última opción. Va encaminada a favorecer, ayudar y prevenir la curación del paciente. Su uso vendrá amparado por la singularidad de cada caso.

6 Bibliografía

- <https://www.nuestraenfermeria.es/>
- <http://www.areasaludbadajoz.com/>
- <https://www.astursalud.es/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://www.medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 805

PAPEL DEL TCAE EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

EMILIA MIRANDA MORA

1 Introducción

Administrar medicamentos, es proceder a la introducción o aplicación de sustancias simples o compuestas, con una finalidad terapéutica al organismo mediante diferentes vías. El médico es quien decide el medicamento que el paciente ha de tomar y lo dejará por escrito en la historia clínica del paciente o bien en una receta también si es atención primaria.

La enfermera será la encargada de administrar la medicación aunque en algunos casos, siempre vías indirectas nunca parenterales, delegue esta función al auxiliar de enfermería que tendrá que comprobar el nombre del fármaco, la dosis, la vía y hora de administración que previamente haya pautado el médico, y también comprobará si el paciente tiene alergias, una vez se haya hecho todo esto se identifica al paciente se le coloca en una posición adecuada y se le administra la medicación observando si el paciente tiene algún tipo de reacción.

La medicación que le corresponde a cada paciente llega a planta desde farmacia en un carro, en farmacia el técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE)

debe almacenar los productos, preparar las unidades y colabora con la enfermera en la preparación de la nutrición enteral, parenteral y los citostáticos.

2 Objetivos

- Determinar en que casos y de que manera debe de actuar el TCAE en la administración de medicamentos cuando la enfermera delegue esta acción sobre el auxiliar, tipo de vía de administración que le está permitida utilizar, recursos materiales que va a necesitar y protocolos de actuación.

3 Metodología

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

4 Resultados

La enfermera podrá delegar la administración de medicamentos en el técnico de cuidados auxiliares de enfermería cuando las vías de administración sean las siguientes:

- Vía Oral es la más utilizada en la que el TCAE puede administrar medicación, antes de su administración el TCAE deberá lavarse las manos, ponerse guantes y comprobar la medicación, tendrá que identificar al paciente y explicarle la importancia de su colaboración, ofrecerle algún líquido (agua, leche, zumo, etc) para facilitar su ingestión y asegurarse de que tome la medicación, posteriormente recogerá el material utilizado y dejará al paciente cómodamente instalado, se lavará las manos y la enfermera se encargará de registrar la medicación.
- Vía rectal por donde el TCAE será el encargado de administrar medicamentos como supositorios, pomadas y enemas medicamentosos. Para llevar a cabo esta técnica el TCAE debe lavarse las manos, ponerse guantes y comprobar la medicación, explicará al paciente que se le va a hacer, tomando las precauciones necesarias para preservar su intimidad, pondrá al paciente en decúbito lateral

izquierdo o posición de sims con una almohada debajo de la cabeza para su comodidad y un salvacamás o empapador para mantener limpia la ropa de cama. Posteriormente el TCAE procederá a la administración del medicamento, para ello deberá separar las nalgas del paciente con una mano y pedirle que se relaje y respire profundamente y con la otra mano introducirá el medicamento aplicando previamente lubricante si fuera necesario, si fuera una pomada o un enema medicamentoso introducirá la cánula del envase o tubo en el recto del paciente y apretará el envase o tubo lentamente. Una vez finalizado, limpiará el exceso de lubricante con una gasa si es que se ha utilizado, recogerá el material y dejará al paciente cómodamente instalado, y se lavará las manos.

-Vía respiratoria o inhalatoria por ella el TCAE podrá administrar medicamentos en forma de inhalador, aerosol, aplicador, cámara dosificadora, etc, para ello el TCAE empezará por lavarse las manos, se pondrá los guantes y comprobará la medicación, explicará el procedimiento al paciente pidiendo su colaboración, si fuera un inhalador retirará el cabezal del sistema y ajustará la boquilla, sostendrá el inhalador en posición invertida al tiempo que lo agita, indicará al paciente que realice una o dos respiraciones profundas y que aspire la mayor cantidad de aire que pueda, le pedirá que se introduzca la boquilla del recipiente en la boca y que cierre los labios a su alrededor, que inspire lentamente a la vez que presiona el recipiente contra la boquilla (de arriba hacia abajo) y que contenga la respiración de tres a cinco segundos para permitir que el fármaco se deposite, le retirará el recipiente y le dirá al paciente que suelte el aire lentamente, limpiará al paciente y la boquilla, se quitará los guantes y se lavará las manos.

- Vía tópica que abarca varios tipos de vías como la cutánea, la oftálmica, la vía ótica y la vía nasal, independientemente de la vía que sea antes de administrar el medicamento el TCAE se lavará las manos, se pondrá guantes, comprobará la medicación, identificará al paciente y le explicará la técnica a realizar. Cuando la vía sea oftálmica o por ojos, colocará al paciente con la cabeza echada hacia atrás (administración de colirios y pomadas) y con la cabeza ladeada para irrigaciones. Cuando la vía sea cutánea o por la piel (pomadas, cremas) el TCAE acomodará al paciente como fuese necesario y le limpiará la piel si lo requiriera. Si la vía fuera ótica o por el oído el TCAE le dirá al paciente que ponga el oído por dónde va a administrar el medicamento mirando hacia arriba. Y cuando la vía es nasal o por la nariz el TCAE le pedirá al paciente que coloque la cabeza hacia atrás si el medicamento es para una descongestión nasal, en posición de proetz (con el cuello hiperextendido) en procesos sinusales y en posición parkinson (cabeza ladeada en decúbito supino) para los senos maxilar y frontal. El téc-

nico en cuidados auxiliares de enfermería nunca podrá administrar medicación por vía parenteral y la enfermera será la encargada de registrar todas las medicaciones independientemente de la vía por donde se administre.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que el TCAE tenga claro cuál es su papel en la administración de medicamentos y en qué casos puede actuar solo o colaborar con la enfermera. La colaboración del TCAE en la administración de medicamentos puede reducir la carga de trabajo a la enfermera.

6 Bibliografía

- <https://revistamedica.com>.
- www.juntadeandalucia.es.
- <https://es.m.wikipedia.org>.
- <https://auxiiarenfermeriasgc.com>.

Capítulo 806

CUIDADOS DE UN PACIENTE OSTOMIZADO

JOSEFA MENENDEZ MARCOS

MARIA DEL PILAR MENENDEZ MARCOS

1 Introducción

Un estoma intestinal es una parte del intestino que se deriva a la piel mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de conseguir la administración de alimentos o la eliminación temporal o definitiva de fluidos de desecho.

Los estomas pueden ser de alimentación, eliminación (urinaria o fecal) o respiratorias. El manejo de un estoma digestiva tiene diferentes niveles de complejidad, pero en todos los casos el objetivo principal es que el paciente sea capaz de realizar el autocuidado de forma independiente. La enseñanza del cuidado del estoma es competencia de las enfermeras que desempeñan un papel primordial desde el primer instante. Actualmente contamos con abundante material formativo e informativo de gran calidad orientado al paciente, en forma de guías de ayuda.

2 Objetivos

- Establecer las medidas relativas al cuidado del estoma, así como sus recomendaciones prácticas y nutricionales dentro de la educación sanitaria al paciente ostomizado.

3 Metodología

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

La búsqueda se ha limitado a artículos con fecha de publicación posterior al año 2010.

4 Resultados

- Desde un primer momento se le enseñará al paciente a realizar la higiene de su estoma y el cambio del dispositivo que utilice para recoger las heces. Debemos de ser conscientes del gran impacto físico y emocional que al principio supone para la persona ostomizada, la realización de una tarea tan cotidiana como es el aseo personal. Es por ello que siempre buscaremos preservar su intimidad.

Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de alimentación:

- Facilitará el manejo y control de las deposiciones.
- Evitar bebidas carbonatadas y alcohólicas, café, refrescos azucarados.
- Evitar alimentos que produzcan gases y den mal olor a las heces (coles, legumbres, quesos) y alimentos ricos en fibra (verduras, frutas crudas, hortalizas).
- Restringir alimentos ricos en grasas (carnes rojas, pescado azul, fiambres), los fritos, las salsas y los frutos secos.
- Evitar alimentos lácteos (leche, nata, yogur).
- Evitar la bollería y los dulces.

Los alimentos que podemos tomar en un primer momento son:

- Carnes blancas y con poca grasa cocidas o a la plancha.
- Pescados blancos (pescadilla, gallo, merluza).
- Huevos cocidos o en tortilla.
- Pan blanco, aceite de oliva, azúcar, sal.
- Jamón cocido.
- Arroz y pasta hervidos.
- Patatas cocidas o asadas.

- Pasados dos o tres meses podemos ir incluyendo el resto de los alimentos de manera progresiva. En caso de aparecer diarrea aumentaremos la toma y la ingesta de líquidos, tomando una dieta blanda y astringente (sopa de arroz, pescado blanco, pollo cocido, manzana, pan tostado). En caso de estreñimiento, aumentaremos la ingesta líquida y optaremos por una dieta rica en residuos (fibra) con zumos de frutas, verduras, legumbres y frutos secos.

5 Discusión-Conclusión

La realización de un estoma digestiva de eliminación supone para la persona un cambio importante en todos los aspectos que afectan a su vida social, personal, laboral y de salud. En este artículo se intenta reflejar y dar solución a todas aquellas dudas que puedan plantearse personas con estomas digestivas de eliminación una vez que son dadas de alta del hospital, aunque no debemos olvidar que la preparación para el alta comienza desde el mismo momento del ingreso. Y es por ello que la educación sanitaria del paciente ostomizado, y de su familia, se realizará lo antes posible valorando el estado físico y emocional y deberá informar sobre aspectos relacionados con su higiene, autocuidado, alimentación, vestido y vida social.

6 Bibliografía

- Rutas de Cuidados al Paciente Adulto Crítico y en Hospitalización Quirúrgica. VolumenII .Primera Edición .Enfo Ediccion.es.2012.
- Coloplast Productos Médicos, S.A.(2019)
- de Miguel Velasco ,M. ,Jiménez Escovar, F. and Parajó Calvo, A.(2014).Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cirugía Española, 92(3),pp.149-156.
- Cunalata, C., Lizeth, M., & Collado Boira, E. J. (2016). Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomía y la importancia del estomaterapeuta.
- Del Río, N.G, Castro, N. M., Delgado, C. C., Rodríguez, A. M. F., & Fernandez, Y. G. (2013). Los cuidados de enfermería en el impacto del paciente ostomizado. ENE, Revista de Enfermería, 7 (3).
- Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Rev ENE Enferm [Revista en Internet]. 2013
- Bodega Urruticoechea C, Marrero González CM, Muñiz Toyos N, Pérez Pérez AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados holísticos y atención

domiciliaria al paciente ostomizado. Rev ENE Enferm [Revista en Internet]. 2013 [acceso 05 de enero de 2016]; 7(3).

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Cuidado y manejo de la ostomía [Internet]. Ontario. 2009 .

Capítulo 807

EL TCAE Y LAS FASES DEL DUELO

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

INÉS COUSO OSORIO

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

1 Introducción

La comunicación en la fase del duelo de una persona son noticias desfavorables y no es una tarea grata ya que supone consecuencias negativas al paciente y familiares. La familia supone un sistema de apoyo para el paciente y su compañía y apoyo hace que disminuya el nivel de estrés.

Una vez que el paciente es diagnosticado y empieza a tratarse, tanto el paciente como la familia pasarán por una serie de etapas:

- Fase de sorpresa: ocurre cuando se da cuenta de que ocurre algo y aparecen síntomas ansiosos.
- Fase de rabia o frustración: comienza cuando se es consciente de estar en un proceso diagnóstico que se hace irreversible.
- Fase de resignación: ocurre cuando se confirma el diagnóstico.
- Fase de aceptación: es cuando se asume las consecuencias del diagnóstico y de su posible tratamiento.

Los profesionales sanitarios, y entre ellos los enfermeros deben enfrentarse cada día a la dura tarea de comunicar malas noticias, por ello el profesional debe estar entrenado para manejar la información de manera adecuada.

El manual de trastornos mentales DSM-IV define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. El duelo, es el proceso por el que pasa una persona que ha sufrido una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca va a depender de varios factores como:

- La relación emocional.
- La dependencia del ser querido.
- Las circunstancias de la muerte.
- El tiempo de preparación para la pérdida.
- Los recursos de los que dispone.
- Las reacciones ante la pérdida.

El duelo es un proceso normal siempre y cuando no se exceda demasiado. La duración es variable, algunos autores lo sitúan en una duración inferior a un año, mientras que otros autores consideran que la persona que ha sufrido una pérdida importante empieza a recuperarse a partir del segundo año.

2 Objetivos

- Determinar las fases del duelo en familiares y sus síntomas.
- Describir la actuación del técnico de cuidados en auxiliar de enfermería. (TCAE)

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como fase de duelo al paciente. Se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: duelo, etapas, negación, paciente.

4 Resultados

Las fases del duelo se clasifican de la siguiente manera:

Fase I.

- Aflicción aguda.

Se inicia en el momento de la pérdida. Otros autores la denominan etapa de shock. Esta situación responde a un mecanismo de defensa ante la amenaza de un dolor psíquico y de confusión. El proceso emocional es muy lento. Las características

de la fase son: incredulidad. La persona no cree lo que está pasando. Se siente confuso y desorientado. Puede llegar a soñar que todo es irreal y que no ha pasado nada. La persona se moverá entre los polos aceptar y negar según el nivel de angustia que tenga. Tras el primer momento de incredulidad en que no se puede creer lo sucedido, puede aparecer un fenómeno transitorio en que las capacidades psíquicas quedan alteradas: alteraciones en la comprensión, dificultades para la interacción con las personas o en el trabajo, pudiendo aparecer como ida, sin comunicarse con el mundo exterior, etc. La persona se encierra en sí misma y prefiere no estar abierto a los estímulos internos (sentimientos, emociones, recuerdos...). Sin embargo, está muy sensibilizada a los estímulos exteriores llega a ser altamente irritable pues todas las sensaciones le golpean fuertemente. Su memoria visual y auditiva no sólo está bien conservada, sino que está muy activa la persona se hace hipersensible a los gestos, la postura, el tono de voz con el que se le habla.

- Confusión e inquietud.

La persona tiene sensaciones de desorientación en las que puede no saber qué hacer, a dónde acudir, dónde quedarse, con quién hablar. Muchas personas en esta etapa olvidan sus cosas, pierden objetos, tienen momentos de confusión pudiendo llegar a breves momentos de pérdida de orientación espaciotemporal (no sabe qué día es, dónde se está, etc.).

- Episodios de angustia.

La persona puede presentar episodios de gran intensidad de angustia. Son pequeñas crisis que aparece algunas veces al día.

Se manifiesta con:

- Agitación.
- Llanto.
- Sensación de ahogo.
- Vacío en el estómago.
- Opresión en el pecho.
- Debilidad muscular.
- Sofocos.
- Preocupación por la imagen del desaparecido.

Los episodios se acompañan muchas veces de síntomas físicos que pueden presentarse en algún caso. Entre ellos desatacan:

- Sequedad de boca.
- Suspiros reiterados.

- Temblor incontrolable.
- Perplejidad.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos del apetito.
- Sudoraciones.
- Náuseas.
- Diarreas.
- Palpitaciones.
- Mareo.

Estas crisis de ansiedad pueden ser muy intensas, necesitando asistencia médica y ayuda profesional.

Fase II:

- La conciencia de la pérdida. La persona piensa en la pérdida, aunque haya retomado su vida normal, le evidencia de la pérdida está presente y le genera sensaciones de gran intensidad emocional. Aunque la angustia inicial es menor, el sentimiento de dolor comienza a ser más intenso y la persona se siente peor. Pueden aparecer crisis de pánico que suelen ser bastante normales en esta fase del duelo.

Fase III: conservación-aislamiento.

Tras el primer año, tras el fallecimiento, los sentimientos de dolor no desaparecen, pero éstos no se suelen relacionar directamente con el proceso de duelo, sino que se cree estar enfermando. Muchas personas la viven como la peor fase por la gran tristeza que sienten y lo suelen comparar con una depresión.

Fase IV: cicatrización.

En esta fase comienza la aceptación emocional e intelectual de la pérdida, no significa que no sienta dolor, lo sentirá, pero será vivido de otra forma, sin la angustia del principio.

Fase V: renovación.

Esta fase tiene su comienzo cuando la persona consigue reorganizarse tras la pérdida viéndose a sí misma de otra manera, mejorando su valoración y autoestima.

La actuación del TCAE.

- Ofrecer espacio para expresar el dolor.
- Ayudarle a que identifique los sentimientos.
- Se debe ayudar a la persona a que acepte la realidad de la pérdida para ello es necesario escucharla todas las veces que sea preciso, sobre todo en los aspectos

relacionados con la muerte.

- Se debe dejar que la persona que está pasando por un duelo exprese el dolor, hay que dejar que llore, que descargue emociones, etc.
- Se le debe dar un significado normal a las respuestas que está teniendo, de esta manera la persona no pensará que está "volviéndose loca".
- Hay que hacer un seguimiento a lo largo del tiempo.
- Se le ayudará a reorganizar el tiempo libre y a apoyarse en sus redes sociales.

Cuando se quiere ayudar a una persona que está pasando por un duelo no se debe:

- Inhibir la expresión de sentimientos.
- Ignorar a la persona cuando comience a expresar sus sentimientos dolorosos.
- Decir a la persona lo que tiene que hacer.
- Decirle cómo se siente (cada persona experimenta el dolor de una manera única por lo que no se puede saber cómo se siente).
- Sugerir que el tiempo cura las heridas. • Cuando demande ayuda, delegarla en otros.
- Intentar que se dé prisa en superar el dolor.
- Desentenderse de la persona en duelo.
- Aislar a la persona de su familia.
- Rechazar los grupos de terapia de duelo.

5 Discusión-Conclusión

La familia supone un sistema de apoyo para el paciente y su compañía y apoyo hace que disminuya el nivel de estrés. Una vez que el paciente es diagnosticado y empieza a tratarse pasarán una serie de etapas: sorpresa, rabia, resignación y aceptación. Los profesionales sanitarios y entre ellos los técnicos de cuidados de auxiliar de enfermería, debemos enfrentarnos cada día a la dura tarea de acompañar a los familiares en el momento de las malas noticias, por ello el profesional debe estar entrenado para manejar la información de manera adecuada. El manual de trastornos mentales DSM-IV define el duelo como la reacción ante la muerte de una persona querida. Se debe ayudar a la persona a que acepte la realidad de la pérdida, para ello, es necesario escucharla todas las veces que sea preciso, sobre todo en los aspectos relacionados con la muerte.

6 Bibliografía

- Procedimientos y cuidados en enfermería médico-quirúrgica. Lourdes Chocarro
- González, Carmen Venturini Medina. Elsevier, 2006.
- Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. Jean A. Proehl. Elsevier, 2005.
- Técnicas básicas de enfermería. G. Guillamas, E. Gutierrez, A. Hernando, M^a J.
- Méndez, G. Sánchez-Cascado, L. Tordesillas. Editex, 2004. Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario.
- M^a Patricia Acinas Acinas. Asociación Alcalá, 2004. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, 2000.

Capítulo 808

MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE ASEPSIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

INÉS COUSO OSORIO

1 Introducción

La mayoría de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) se encuentran expuestos a procedimientos invasivos, lo que hace que aumente el riesgo de contraer una infección. Las infecciones que ocurren durante la hospitalización y que no estaban presentes o incubándose en el momento de admisión del enfermo en el hospital reciben el nombre de nosocomiales. Muchas infecciones se transmiten a través del personal sanitario por no guardar las medidas de asepsia. La asepsia se define como la ausencia de materia séptica, es decir, estado libre de infección. También se puede definir como el conjunto de procedimientos destinados a preservar de gérmenes infecciosos al organismo.

2 Objetivos

Determinar las medidas de asepsia en la unidad de cuidados intensivos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos empleando como descriptores: asepsia, unidad, cuidados intensivos, UCI, nosocomiales. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Las medidas de protección y aislamiento están encaminadas a prevenir la diseminación de una enfermedad contagiosa sospechada o confirmada, de unos individuos a otros, ya sean pacientes, personal o familiares/visitantes. Por ello, la UCI dispone de algunas habitaciones con puertas, destinadas a pacientes que precisan aislamiento. Se pueden diferenciar hasta seis modalidades de aislamiento que presentan medidas comunes entre sí como son el lavado de manos o la técnica de transporte del material contaminado, los tipos de aislamiento más relevantes son:

1. Aislamiento estricto

Está concebido para evitar la transmisión de enfermedades muy contagiosas o virulentas capaces de propagarse por vía aérea y por contacto, tanto desde el paciente, como desde cualquier objeto utilizado por él. Especificaciones del aislamiento estricto son:

- Lavado de manos previo.
- Habitaciones individuales con lavabo.
- Para entrar en la habitación se usarán batas, guantes y mascarilla. Tanto el personal sanitario como los visitantes.
- Después de estar en contacto con el paciente o con material posiblemente contaminado se lavarán las manos.
- Los artículos contaminados deben ser desechados o enviados a esterilizar usando la técnica de la doble bolsa.
- Toda la ropa se depositará en una doble bolsa.
- Puerta de la habitación cerrada siempre.
- Traslados del paciente solo en casos de extrema necesidad.
- Vajillas de un solo uso.
- Fonendo y esfigmomanómetro siempre en la habitación.
- Limpieza general a diario según normas establecidas. El material que se use se quedara en la habitación y se desechara una vez el paciente reciba el alta.

Enfermedades que exigen aislamiento estricto:

- Herpes Zoster diseminado.
- Difteria faríngea.
- Lesiones cutáneas extensas infectadas.
- Carbunco (forma neumónica).
- Fiebres hemorrágicas.

2. Aislamiento de contacto

La finalidad de este tipo de aislamiento es evitar la transmisión de infecciones altamente contagiosas por contacto directo (con heridas y lesiones cutáneas, con secreciones orales) que no justifiquen un aislamiento estricto. Especificaciones para el aislamiento de contacto:

- Habitaciones individuales y con lavabo (sobre todo en pacientes con grandes quemaduras, heridas infectadas con estafilococo aureus). Pacientes contaminados con el mismo germen, pueden compartir habitación.
- Los que mantengan contacto estrecho con los pacientes usarán mascarilla, batas y guantes (según el tipo de infección).
- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente con material contaminado, aunque se usen guantes.
- Los materiales contaminados deben ser desechados por medio de la técnica de la doble bolsa.

Enfermedades que exigen aislamiento de contacto:

- Infecciones respiratorias agudas en lactantes y niños.
- Impétigo.
- Legionella.
- Adenovirus.
- Herpes simple, herpes Zoster.
- Gripe en lactantes

3. Aislamiento respiratorio

Pretende evitar la transmisión de enfermedades infecciosas por vía aérea. El contagio por contacto directo o indirecto sucede en algunas enfermedades de esta categoría, pero es muy poco frecuente, y si sucede se sumarán las medidas necesarias para evitar la propagación del microorganismo.

Especificaciones del aislamiento respiratorio:

- Lavado de manos.
- Habitación separada (pacientes con el mismo microorganismo pueden compartir habitación).

- Uso obligatorio de mascarilla (no es necesario el uso de bata ni de guantes) que se deberá cambiar con la frecuencia adecuada.
- Lavado de manos antes y después de tocar al paciente o materiales contaminados.
- Los materiales contaminados se desechan utilizando la técnica de la doble bolsa.
- Puerta de la habitación siempre cerrada.
- Las mascarillas estarán en la puerta de la habitación y se desecharán al salir.

4. Aislamiento entérico

Este aislamiento va encaminado a evitar la diseminación a través de materias fecales y en algunos casos de objetos contaminados por determinados microorganismos. Especificaciones del aislamiento entérico:

- Se recomiendan habitaciones separadas si la higiene del paciente es deficiente.
 - No es necesario el uso de mascarilla, pero sí la bata para el contacto directo con el paciente.
 - Se usarán guantes para la manipulación de objetos o sustancias contaminadas.
 - Lavado de manos antes y después de tocar al paciente o sustancias contaminadas.
 - Los materiales contaminados se desechan por el método de la doble bolsa.
- Educar al paciente para la correcta realización del lavado de manos (después de ir al WC, y antes de las comidas).

Enfermedades que requieren precauciones entéricas:

- Gastroenteritis bacterianas o víricas.
- Fiebre tifoidea.
- Cólera.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones que ocurren durante la hospitalización y que no estaban presentes o incubándose en el momento de admisión del enfermo en el hospital reciben el nombre de nosocomiales. El objetivo del lavado quirúrgico de manos es eliminar completamente la flora transitoria y reducir la flora residente y debe realizarse en cualquier acto quirúrgico.

Las medidas de protección y aislamiento están encaminadas a prevenir la diseminación de una enfermedad contagiosa sospechada o confirmada, de unos individuos a otros, ya sean pacientes, personal o familiar/visitantes. La UCI dispone de habitaciones con puertas destinadas a pacientes que precisen aislamientos estrictos, además de otros recursos específicos para cada tipo de aislamiento, pues

muchas veces, las infecciones nosocomiales son las que producen mayor morbilidad a los pacientes.

6 Bibliografía

- Guía de intervención rápida de enfermería en cuidados intensivos.
- José Enrique Hernández Rodríguez, Maximino Díaz Hernández, Judit Sánchez García. Difusión avances de Enfermería, 2007.
- Procedimientos y cuidados en enfermería médico-quirúrgica. Lourdes Chocarro
- González, Carmen Venturini Medina. Elsevier, 2006.
- Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. Jean A. Proehl. Elsevier, 2005.

Capítulo 809

ESTRATEGIAS EN LA SEGURIDAD CLINICA DEL PACIENTE

INÉS COUSO OSORIO

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

1 Introducción

La seguridad es un principio fundamental del cuidado de los pacientes y un componente clave de la calidad asistencial. La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

Esta prioridad debe situarse en el centro de todas las políticas sanitarias, hecho que se objetiva por la creciente importancia que se le está concediendo desde el ministerio de Sanidad y la O.M.S. con la puesta en marcha de la alianza mundial para la seguridad del paciente. A las consecuencias directas en la asistencia se suman sus repercusiones económicas: hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, y al propio dolor de los pacientes y sus familias.

La organización se define como la suma de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación.

2 Objetivos

- Conocer las estrategias para la seguridad del paciente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como seguridad en el paciente, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, seguridad clínica, estrategias.

4 Resultados

La Seguridad Clínica como dimensión de la calidad asistencial y como uno de los objetivos fundamentales de la calidad sanitaria, es que las diferentes direcciones de las entidades sanitarias (médica, de enfermería y administrativa) deben actuar en la misma trayectoria para conseguir el único objetivo que justifica su existencia:

- El tratamiento integral del enfermo.
- La Calidad Asistencial y la Seguridad Clínica serán pues definidas por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad.
- El riesgo es definido por la Real Academia Española como “la contingencia o proximidad de un daño”. En el campo de la atención a la salud el término riesgo presenta una serie de peculiaridades, ligándose clásicamente al estudio de la asociación causal y a la probabilidad de que ocurran hechos relacionados con la salud

o su pérdida tales como fallecimiento, enfermedad, agravamiento, accidente, curación, mejoría, etc.

Los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos de cada organización constituye una referencia para la planificación y seguimiento de las actividades ligadas a la seguridad del paciente. El seguimiento de estos pasos ayudará a asegurar que el servicio sanitario proporcionado sea lo más seguro posible, y que cuando las cosas no vayan bien se reaccione de la forma correcta. También ayudarán a alcanzar los objetivos de gestión clínica y gestión de riesgos de cada organización.

Construir una cultura de calidad. Crear una conciencia de que las cosas pueden ir mal; ser capaz de reconocer errores y aprender de ellos para mejorar las cosas; debe ser abierta e imparcial para compartir la información abiertamente. Fomentar una cultura abierta y justa; designar un responsable ejecutivo de la Seguridad del Paciente (SP) dentro de la dirección de la organización; incorporar SP a la formación del personal nuevo y del actual; integrar la gestión de riesgos con la gestión global de la organización; desarrollar indicadores (no errores medicación, transfusión...), objetivos, seguimiento e implementación de planes de mejora; promover la comunicación de eventos adversos; Involucrar y comunicar a pacientes y familiares.

Aprender de los errores y enseñar a aprender al personal de cómo y por qué los EA suceden; implementar soluciones que reduzcan el riesgo mediante cambios en prácticas, proceso o sistema.

Las organizaciones pueden incorporar la Gestión de Riesgos a su Sistema de Gestión, incluyendo las herramientas de Gestión de Riesgos". Incluye todo tipo de riesgos: Integrar riesgos en Sistema de Gestión Clínica y en Modernizaciones y nuevas tecnologías; Información Reactiva y Proactiva a todos los niveles; Procedimientos consistentes de formación, valoración e investigación de riesgos.

Asegurar que se aprende de las lecciones y se actúa proactivamente para prevenir y mejorar e incluye el proceso de aprendizaje, tanto de eventos que han producido daños como de los que no.

Involucrar a los pacientes en los diferentes aspectos de la sanidad puede mejorar la seguridad y el servicio prestado mediante: la identificación precoz de riesgos y problemas por parte de los pacientes; la aportación de ideas y preocupaciones que puedan suponer mejoras.

La prevención de los riesgos de la asistencia sanitaria se ha abordado siguiendo

el ejemplo de lo que han hecho otras industrias complejas y de alto riesgo, como por ejemplo la aviación o la energía nuclear. Estas estrategias se basan principalmente en los principios del análisis de sistemas y de la ingeniería de factores humanos, así como en las características que reúnen las organizaciones de alta fiabilidad para crear una cultura de seguridad.

Las estrategias son las siguientes:

- Asamblea de la OMS, 2002: Resolución WHA55.18.
- Promover la seguridad del paciente como principio fundamental de todos los sistemas sanitarios.
- Lema "primero no hacer daño".
- Asamblea Mundial 2004: Creación de la Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes.

Estrategias:

- Desafío global en seguridad del paciente.
- Implicación de pacientes y consumidores en la seguridad.
- Desarrollar una taxonomía en seguridad del paciente.
- Investigación en seguridad de pacientes

Comisión Europea, 2005: Declaración: "Patient Security: make it happen".

Consejo de Europa, 2005: "Declaración de Varsovia sobre la Seguridad del Paciente: La seguridad de los pacientes como un reto europeo".

Recomienda a los países que acepten este reto a escala nacional mediante el desarrollo de una cultura de la seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático.

5 Discusión-Conclusión

El progreso hacia una asistencia sanitaria más segura es lento y requiere el compromiso a nivel nacional de todas las administraciones y organizaciones sanitarias para situar de forma prioritaria la seguridad de los pacientes en el centro de todas las políticas sanitarias. Se trataría de diseminar una cultura para el cambio que permita al público demandar de sus líderes que hagan de la seguridad una prioridad local y que permita a los profesionales sanitarios adquirir un compromiso que no responda solo a mandatos sino fundamentalmente a la necesidad de la mejora de calidad de atención a sus pacientes.

La seguridad clínica de los pacientes tiene que llegar a los centros sanitarios donde son atendidos los pacientes para que se pueda producir un cambio en la cultura, en la organización y en la práctica clínica.

6 Bibliografía

1. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Organización Mundial de la Salud.
3. Committee of the EU. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000.
4. Committee of the EU. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. September 2000.
5. OPS 2005 Organización Panamericana de la Salud.

Capítulo 810

ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL SANITARIO

ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ

SHEILA MARTINEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El material sanitario juega un papel muy importante en lo referente a la transmisión de infecciones. Es por eso que cada vez se incide más y más en la importancia de este procedimiento. Si un material médico es reutilizable, la limpieza, desinfección y esterilización del mismo ha de ser óptima con el objetivo de evitar transmitir organismos resistentes entre pacientes. Dentro del ámbito hospitalario es una función fundamental para el buen funcionamiento de los servicios y para evitar las infecciones nosocomiales, es por ello que es objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Estudiar el procedimiento de esterilización de material sanitario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- La esterilización es el acto mediante el cual se elimina toda forma de vida que pueda estar presente en los objetos.

Para la esterilización de material sanitario pueden llevarse a cabo tres métodos diferentes dependiendo del objeto que se esté esterilizando.

- Entre los métodos más conocidos está el de calor seco, mediante el cual se somete al material durante 30 minutos a una temperatura de 180 °C en unas cámaras u hornos de calor seco llamados Poupinelle. Este proceso en la actualidad no se utiliza demasiado debido al tiempo que requiere.

- Por otro lado, el de calor húmedo es el método más utilizado y se realiza con vapor de agua en unas cámaras de acero inoxidable llamadas autoclaves. Para ello se tienen en cuenta tres parámetros: temperatura, tiempo y presión, dependiendo del objeto a esterilizar.

- Por último, el método de baja temperatura trabaja a 50 °C y el agente esterilizante empleado es un gas (los más utilizados son el óxido de etileno, el formaldehído y el gas plasma). Es un método adecuado para materiales termosensibles. Una vez que se ha llevado a cabo la esterilización completa es importante conservar su condición estéril.

5 Discusión-Conclusión

Para la decisión de elegir qué procedimiento es el más adecuado de los expuestos anteriormente es importante basarse en los parámetros de eficacia, duración, compatibilidad, toxicidad, penetrabilidad, resistencia a materia orgánica, adaptabilidad y monitorización, entre otros.

Es responsabilidad del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) llevar a cabo el procedimiento de esterilización del material sanitario y conocer las técnicas y las fases del proceso de descontaminación, de ahí la importancia de conocer bien los procesos y su aplicación.

6 Bibliografía

- <https://www.aragon.es/documents/20127/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://www.medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 811

LOS ANTICONCEPTIVOS EN LA ADOLESCENCIA

INÉS COUSO OSORIO

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

1 Introducción

La adolescencia, es un etapa de la vida de especial relevancia en cuanto a la anticoncepción y la sexualidad, ya que los adolescente están iniciando su actividad sexual y en muchos casos desconocen los cambios que se están produciendo en su cuerpo, las consecuencias que se pueden derivar de sus actos y muchos de ellos desconocen los tipos de anticonceptivos y la importancia de prevenir infecciones de transmisión sexual (ETS). Se trata de un grupo en el que la educación sexual es fundamental, esta educación no debe centrarse únicamente en los métodos anticonceptivos, sino también en los cambios que van a experimentar, las ETS, el respeto entre parejas y la sexualidad no centrada meramente en el coito.

En general el adolescente obtiene la información sobre sexualidad de internet o de sus amigos, por lo que esta información puede ser incorrecta o incompleta. Es importante ganarse la confianza del adolescente durante la consulta, para favorecer que te transmita todas sus dudas, ya que generalmente establecen una barrera comunicativa con los adultos. Según la Real Academia de La Lengua Española la adolescencia es “la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la

pubertad hasta el completo desarrollo del organismo”. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la delimita cronológicamente entre los 10-19 años aunque actualmente diferencia 3 periodos, que se extienden hasta los 24 años:

- Preadolescencia: 10 – 14 años, correspondiente a la pubertad.
- Adolescencia media: 14 – 18 años.
- Adolescencia tardía: 19 – 24 años.

Dada la importancia de este tema en la sociedad actual, será objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Analizar la sexualidad en la adolescencia, fomentando la responsabilidad, tolerancia y concienciación sobre la violencia en la relaciones de pareja.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El adolescente tiene características propias que van a marcar sus necesidades y la forma en que se deben abordar. En el adolescente existe una renuncia a su identidad de niño, necesitan un reconocimiento por parte de los adultos y al mismo tiempo existe un enfrentamiento con ellos, tienen la necesidad de ser independientes y de crear su propia identidad y grupo de amigos.

En el adolescente la sexualidad va a tomar un papel muy relevante, tienen un gran interés en la anatomía y fisiología sexual y es la época en la que se inician las relaciones sexuales.

- En general, los adolescentes no ven los riesgos de sus acciones, no son conscientes de las repercusiones que pueden tener para ellos, tienen una percepción

de invulnerabilidad. Lo que se deberá abordar también en el plano de las relaciones sexuales. La conducta sexual del adolescente está marcada por la discrepancia entre la madurez física y cognoscitiva que presenta, la necesidad de dejar atrás su identidad de niño, la percepción de invulnerabilidad, que puede favorecer conductas arriesgadas.

- Y por otro lado, el adolescente puede tomar como modelo de conducta sexual lo que se muestra en los medios de comunicación o lo que ellos pueden buscar por internet, debido a la barrera comunicativa que puede existir entre los adultos y el adolescente, lo que le obliga a buscar información en otros medios para satisfacer su curiosidad respecto a este tema. Hay que concienciar a los adolescentes sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección, recalando no sólo el riesgo de embarazo, sino también de las infecciones de transmisión sexual, y las repercusiones que pueden tener en su salud.

Proporcionar información clara sobre los tipos de métodos anticonceptivos, incidiendo en el uso del preservativo como doble protección para prevenir infecciones de transmisión sexual.

Los métodos anticonceptivos son:

- Preservativo: es el método ideal para la adolescencia. Las principales ventajas son su bajo coste, su fácil acceso ya que no se requiere de un intermediario sanitario y su eficacia en la prevención de ETS. Cuando se use este método es importante recalcar que su eficacia va a depender de su correcto uso, que consiste en usarlo en todas las relaciones sexuales y durante toda la relación sexual. Y aun así debería recomendarse su uso junto con otro método ya que sólo tiene un IP de 15.
- Contracepción postcoital: la anticoncepción de emergencia es un método muy extendido entre los adolescentes, en muchos casos mal utilizados, ya que se debe dejar claro que este no es un método anticonceptivos de uso regular sino que es un método de emergencia.
- Contracepción hormonal: es el método anticonceptivo más eficaz en la prevención de un embarazo, pero no protege frente a las ETS.
- Doble Protección: la doble protección consiste en la combinación de preservativo y anticoncepción hormonal, esta debe ser la recomendación que hagamos al adolescente, ya que al combinar ambos métodos reducimos drásticamente el riesgo de un posible embarazo a la vez que prevenimos las ETS.

5 Discusión-Conclusión

El mejor método es aquel que la adolescente y de preferencia ambos miembros de la pareja, escojan. Los anticonceptivos hormonales combinados son seguros y eficaces para las adolescentes, al igual que los reversibles de acción prolongada. La anticoncepción de emergencia es de gran utilidad, usada con inmediatez, en casos excepcionales y no como método regular. El uso correcto del condón masculino es el único método capaz de disminuir el riesgo de transmisión de ETS. Se concluye por tanto que, el método doble es ideal para prevenir tanto una gestación no deseada como las ETS.

6 Bibliografía

- 1. Rodríguez MJ. Anticoncepción. ¿Qué necesitan los adolescentes?. ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. 2015;3(2).
- 2. Pitts S, Emans SJ. Contraceptive counseling: does it make a difference?. J Adolesc Health. 2014;54:367-8.
- 3. Gemzell-Danielsson K 1, Berger C. Emergency contraception-mechanisms of action. Contraception. 2013;87:300-8.
- 4. Palermo T, Bleck J, Westley E. Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2014;40(2):79-86.
- 5. I.P.P.F.: "Pautas Médicas y de Prestación de Servicios en Planificación Familiar", IPPF, Londres; 2008.

Capítulo 812

BENEFICIOS DEL DEPORTE PARA EL LESIONADO MEDULAR DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO.

NURIA MARÍA RUBIERA DÍAZ

FRANCISCO ANTONIO BERDÚN RODRÍGUEZ

EMILIA MIRANDA MORA

1 Introducción

La lesión medular es una alteración de la médula espinal que provoca, en primer lugar, una pérdida de sensibilidad y/o de movilidad desde el nivel de la lesión hacia la parte inferior del cuerpo. Una de cada 2000 personas en Europa tiene lesión medular. La Lesión Medular genera obstáculos reales tanto para el desarrollo de la vida diaria como para la práctica regular de ejercicio físico.

2 Objetivos

- Analizar la práctica del deporte como mejor programa de rehabilitación en estos pacientes para su inserción en la sociedad.

3 Metodología

Búsqueda en bases de datos internacionales como Web of Knowledge, Pubmed, Scopus y Dialnet.

4 Resultados

Deporte para lesionados medulares.

Realmente el comienzo de Deporte Adaptado a personas con discapacidad se remonta a después de la Segunda Guerra Mundial, que dejó como saldo una gran cantidad de lesionados medulares y amputados, es en 1944 cuando se comienza a utilizar el deporte como un medio más para la rehabilitación y en 1960 se organizan las primeras paraolimpiadas, este fenómeno fue creciendo hasta llegar al nivel actual en el que cada día la participación de personas discapacitadas en el deporte está bastante normalizada y se practican multitud de disciplinas a niveles recreativo y competitivo como: atletismo, ciclismo, natación, tenis en silla de ruedas, tenis de mesa, fútbol, tiro con arco, tiro olímpico, baloncesto, voleibol, vela, esquí, halterofilia, boccia, goalball, judo, esgrima, diversas actividades en el medio natural, deportes de aventura y riesgo, etc.

El deporte adaptado forma parte fundamental de la cultura física terapéutica por lo que se hace necesario en este caso por el compromiso que tiene el mismo en nuestro programa resaltar la clasificación y algunas características del deporte para discapacitados.

Tanto la educación física especial como el deporte adaptado a nivel terapéutico, recreativo o competitivo contribuyen en:

- La rehabilitación, es decir favorece el proceso continuo destinado evitar o restablecer una capacidad disminuida.
- La normalización o proceso por el que se trata de hacer normal la manera de vivir de una persona discapacitada.
- La autonomía personal o capacidad de actuar por uno mismo sin dependencia ajena.
- La integración social, es decir en reducir las situaciones de minusvalía fomentando los cambios y favoreciendo las igualdades sociales.
- Impulsar y potenciar el afán de superación personal. La colaboración en la supresión de barreras arquitectónicas, psicológicas y sociales.
- La mejora de la autoestima y el desarrollo personal.

5 Discusión-Conclusión

El deporte adaptado representa una real importancia en el desarrollo personal y social del individuo que lo practica. Uno de los principales beneficios a tener en cuenta es aquel de índole psicológico.

Toda persona con alguna discapacidad s debe enfrentar una sociedad construida sobre parámetros “normales”, siendo muchas veces estos parámetros las barreras que diariamente las personas con discapacidad deben sortear.

El deporte ayudará en un principio a abstraerse por momentos de los inconvenientes que esas barreras acarrearán; además fortalecerá su psiquis (afectividad, emotividad, control, percepción, cognición). Pero lo que es más importante es que el deporte crea un campo adecuado y sencillo para la auto - superación, ella busca establecer objetivos a alcanzar para poder superarse día a día y luego a partir de ellos proyectar otros objetivos buscando un reajuste permanente, un “feed-back”.

La auto-superación no sólo acarrea beneficios de índole psicológica sino también social. Los beneficios psicológicos del Deporte se pueden dar, a través de la Deportividad, la cual nos lleva a: “...aceptar de manera tácita someterse a las reglas, a actuar de acuerdo a lo justo y a aceptar las tradiciones del deporte”.

También otro de los medios para estos beneficios están dados por el Entrenamiento que según Guiraldes: “Es el conjunto de actividades que tienden a desarrollar las cualidades mentales y físicas con el objetivo de alcanzar el máximo de entrenamiento personal”.

Rodríguez Facal nos dice que: “El entrenamiento a partir de sus principios pedagógicos no es un medio en sí mismo sino un mejoramiento de la salud y una preparación para la vida” De la mano de los beneficios psicológicos del deporte adaptado aparecen los beneficios sociales. Entender que todas las personas pueden practicar deportes y recibir este servicio como un bien social más, es el principio de la inserción social y por ende el primer paso hacia la integración.

6 Bibliografía

1. Deporte-discapacidad.pdfwww.guiadisc.com.
2. <https://dialnet.unirioja.es>
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 813

LAS ESTRATEGIAS DEL PACIENTE CON CANCER

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

INÉS COUSO OSORIO

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

1 Introducción

Cuidar a una persona con cáncer ha representado para las enfermeras una preocupación constante por integrar, además de los aspectos biofísicos, patológicos y clínicos característicos del proceso, aquella parte invisible, tan difícil de nombrar, que supone establecer un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y el profesional capaz de ofrecérsela. Sin embargo, es evidente que esta contribución se hace imprescindible en las circunstancias de sufrimiento emocional y social que acarrea el diagnóstico de un cáncer. Esta interacción se sitúa en la manera de hacer y estar en la relación, lo que confiere características de instrumento terapéutico al cuidado en sí mismo.

En el momento del diagnóstico, durante el tratamiento y en todos los periodos evolutivos de la enfermedad, el paciente y la familia sufren un estrés psicológico prolongado como consecuencia de los síntomas, el conocimiento y el pronóstico del cáncer, así como de su estigmatización. El diagnóstico no causa el mismo impacto emocional en todos los individuos, sino que cada uno de los pacientes

atraviesa una situación única que viene marcada por experiencias personales anteriores de su vida. Tanto el paciente como la familia experimentan algún grado de sufrimiento emocional y/o espiritual durante el proceso de la enfermedad que puede generar conflictos.

2 Objetivos

- Conocer los periodos evolutivos de la enfermedad.
- Saber como tener que aceptar el cáncer de la mejor manera posible.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Search , Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como estrategias del paciente con cáncer, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, cáncer, estrategias, cuidados paliativos.

4 Resultados

Saber que eres portador de un cáncer desencadena una reacción psicológica de crisis vital en la que surgen conflictos interpersonales, se deteriora la capacidad de relación y la seguridad en uno mismo y se dificulta la toma de decisiones; en definitiva, hay una transición de rol. Si el paciente percibe su situación como “amenazante”, surgirá una reacción de ansiedad cuya intensidad y duración dependerá de los recursos de los que dispone para afrontar los acontecimientos negativos que se prevé que lleve consigo la enfermedad. Si por el contrario valora la situación como una “pérdida importante”, aparecerán sentimientos de desánimo o tristeza que pueden desembocar en estados depresivos. Ambas situaciones pueden derivar en diversas patologías, como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

El miedo puede considerarse una constante en las distintas etapas de la enfermedad. Tiene carácter universal e influye En todos los pacientes que, en algún momento, se ven afectados con mayor o menor intensidad, lo que les genera una situación de estrés importante.

Sentimiento de miedo:

- A la muerte.

- A la posible dependencia del cuidador, la familia, el médico, el ámbito sanitario, etc.
- Ante alteraciones de la imagen corporal.
- A no poder realizar las actividades cotidianas.
- Ante la posible alteración de las relaciones personales y sociales.

La adaptación psicosocial al cáncer es un proceso activo y continuado en el que el paciente tiene que desarrollar mecanismos propios de afrontamiento para superar el sufrimiento emocional, el estrés y los problemas específicos generados en cada una de las distintas etapas de la enfermedad. El grado de participación activa y de compromiso del paciente en la tarea de superación del cáncer será lo que indique el grado de adaptación o inadaptación al mismo. Se considera proceso adaptativo normal o positivo cuando el paciente consigue reducir al mínimo las alteraciones de su vida cotidiana, controla el sufrimiento emocional y es capaz de participar activamente en todos aquellos aspectos de la vida que tienen importancia para él. Si no logra un grado de adaptación aceptable, con frecuencia se retraerá y sentirá desesperanza, ansiedad y depresión. Las estrategias de adaptación son las habilidades o actividades desarrolladas para la adaptación y/o superación de problemas en situaciones concretas generadas por el proceso canceroso y por su impacto emocional y/o social en la vida del paciente. Cuando una persona considera que las circunstancias de su vida exceden a sus posibilidades, desbordan sus estrategias adaptativas habituales y/o son insuficientes, tendrá que aumentar sus esfuerzos y transformar sus ideas, sentimientos y acciones para adaptarse al cambio de situación. La información y el adiestramiento les ayudarán a conocer y comprender su enfermedad, lo que les proporcionará nuevas estrategias para abordarla.

Fase prediagnóstico: es necesario dar la información lo antes posible para aliviar la tensión a la que se ven sometidos el paciente y la familia. Se podrían considerar conductas desadaptativas en esta etapa la hipervigilancia, la preocupación excesiva o la hipocondría, con posible alteración del sueño.

Fase de diagnóstico: en este momento se produce un gran impacto emocional y mental tanto para el paciente como para la familia, con gran cantidad de pensamientos negativos.

En las dos o tres semanas posteriores al diagnóstico es frecuente la aparición de algunos síntomas que no dependen propiamente de la enfermedad cancerosa, como:

- Aturdimiento-negación: se produce un bloqueo mental temporal que dificulta

la aceptación de una realidad que no se es capaz de afrontar todavía. Es necesario fomentar, tanto en el paciente como en la familia, la expresión de los sentimientos.

- Angustia-ansiedad: El miedo ante las amenazas externas es importante y asusta más lo que se imagina que lo real. Ante esta situación es aconsejable para disminuir el estrés que el paciente se mantenga ocupado y que el profesional facilite la expresión de sentimientos y favorezca la escucha activa.
- Hostilidad-irritabilidad: estado emocional en el que el paciente se muestra enfadado con todos y por todo.
- Miedo: se considera un mecanismo de supervivencia esencial siempre que no sea desproporcionado y/o sea el responsable de la inadaptación. Si se prolonga en el tiempo dará lugar a fobias.
- Sentimientos de culpa: el paciente necesita encontrar un culpable a quien atribuir lo que le está pasando, puede ser su conducta poco saludable, las personas o las circunstancias de su entorno.

Según Kübler-Ross , después de comunicarle el diagnóstico de cáncer a un paciente éste inicia un proceso que comienza por la negación (“no es posible que esto me suceda a mí”). Le sigue la ira, en la que la rebelión, la rabia y el enfado es contra todo y contra todos. En el pacto el paciente intenta negociar con cualquiera para evitar o retrasar lo inevitable. La depresión surge ante la inmediatez de acontecimientos negativos, ante la imposibilidad de obviarlos y ante el temor a no ser capaces de superarlos. La aceptación, en la que el paciente ya ha tenido un tiempo para madurar sus ideas, y el paso por las etapas anteriores le permitirán asumir el diagnóstico y la puesta en marcha de estrategias de adaptación. No siempre este proceso sigue el mismo orden, ni es absolutamente necesario que se den todas las etapas para iniciar la adaptación. No es un proceso lineal, sino dinámico, y el paciente supera con frecuencia etapas a las que regresa según la evolución de su proceso clínico.

5 Discusión-Conclusión

Las nuevas expectativas de curación o, en su defecto, el control del proceso evolutivo de la enfermedad cancerosa hacen que los pacientes entiendan que su enfermedad se ha convertido en un proceso crónico, lo que les infunde nuevas esperanzas de vida al verse prolongada la supervivencia. Pero es necesario que el paciente se someta a tratamientos largos y lesivos, situaciones de estrés prolongadas que van a repercutir directamente y durante un largo periodo de tiempo

tanto en él como en su familia. Por este motivo se evidencia por parte de los pacientes una demanda a los profesionales de salud para conseguir una calidad de vida aceptable durante el tiempo que dure su supervivencia.

6 Bibliografía

- García Palomero I. Valor terapéutico de la enfermería. *Enferm Oncológica* 2002; 7(1):13-25.
- Kéroac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 23-58.
- Zapatero Laborda A, Pérez Torrubia A. Respuesta psicológica al tratamiento del paciente con cáncer: reacción-adaptación.
- García-Camba E (ed.). Manual de psicooncología. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 91-112.
- García-Camba E. Psiquiatría de enlace y cáncer. En: García-Camba E (ed.). Manual de psicooncología. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 1-38.
- García Rodríguez P. Estrategias de afrontamiento de la enfermedad (coping) y cáncer. En: García-Camba E (ed.). Manual de psicooncología. Madrid: Grupo Aula Médica; 1999. p. 126-141.

Capítulo 814

EL CUIDADO DEL TCAE AL PACIENTE CARDIOVASCULAR

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

INÉS COUSO OSORIO

1 Introducción

La patología cardiovascular tiene un carácter crónico, que supone para el paciente una limitación en sus capacidades físicas y sociales durante el resto de su vida. Tanto si se trata de prevenir la enfermedad cardiovascular, como si ésta ya se ha instaurado, es necesario educar al paciente en pautas de actuación en el ámbito físico, social y psicológico, que le permitan alcanzar el mayor grado de independencia posible así como reintegrarse a una vida activa y satisfactoria tan pronto como se pueda.

La intervención de la enfermera en la educación sanitaria del paciente es fundamental, tanto en la prevención como en la rehabilitación, para favorecer el control de los factores de riesgo, promover hábitos de vida saludables, disminuir la morbimortalidad y mejorar su calidad de vida.

2 Objetivos

- Establecer los cuidados del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en el paciente cardiovascular, para mantener su actividad y hábitos de vida saludables.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Search , Pubmed y, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como enfermedad cardiovascular, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, enfermedad, cardiopatía, vascularización, corazón.

4 Resultados

- El personal de Enfermería empezando por el Servicio de Urgencias, en el momento de ser dado de alta el paciente diagnosticado de insuficiencia cardiaca (IC), empieza a enseñar a vivir con un corazón insuficiente. En este sentido la educación para la salud que realiza Enfermería resume en un lenguaje sencillo los aspectos básicos de la IC, además proporciona recomendaciones para la vida diaria y, a la vez informa sobre signos y síntomas de alarma para el enfermo, ante los cuales debe consultar con su médico.
- Los cuidados que debe hacer el paciente si aparece el dolor en el pecho, se debe, en primer lugar, interrumpir la actividad que se esté realizando. Si se está en casa, lo mejor es sentarse o tumbarse; si se está en la calle, es necesario pararse y sentarse si es posible. Es de gran importancia no perder la calma y poner una gragea de nitroglicerina (Cafinitrina®) debajo de la lengua. Si el dolor no ha cedido a los tres minutos, se pondrá una segunda píldora; si pasan otro período de tiempo similar y el dolor persiste, se recurrirá a una tercera y se acudirá al hospital o se avisará al 112. Es imprescindible que estos pacientes lleven siempre consigo pastillas de nitroglicerina.
- Pueden aparecer también dolor de cabeza, palpitaciones o mareos, pero suelen ceder a los pocos minutos. Si el dolor en el pecho ha cedido con la nitroglicerina, se puede continuar llevando una vida normal sin necesidad de acudir al médico hasta la próxima revisión. Si el dolor es frecuente y viene acompañado de náuseas, sudor intenso y falta de respiración, se debe acudir al médico con

prontitud, aunque sea antes de la fecha prevista. Asimismo, algunas circunstancias pueden desencadenar una crisis de dolor en el pecho: las comidas copiosas, subir una cuesta, hacer ejercicio físico, los estados de tensión emocional o las relaciones sexuales.

Las recomendaciones para la vida diaria son:

- No olvides tu tratamiento.
- Recuerda la dieta mediterránea.
- Omite la sal en tus alimentos.
- Prescinde del alcohol y del tabaco.
- El ejercicio físico es importante “quien mueve las piernas, mueve el corazón”.
- Controla tu peso, no debe aumentar.

5 Discusión-Conclusión

La Insuficiencia Cardíaca (IC) aguda se entiende como una emergencia siempre ligada al edema agudo de pulmón (EAP). El EAP se puede definir como un fallo en el bombeo cardíaco que hace que la sangre retroceda a la circulación pulmonar. Cuando la presión hidrostática capilar pulmonar supera la presión osmótica coloidal el líquido es impulsado fuera de los capilares pulmonares hacia el espacio intersticial y el alveolo. Sin embargo para mantener “seco” el intersticio pulmonar funcionan varios mecanismos compensatorios:

- Sistema linfático pulmonar que aumenta su flujo cuando se encuentra con un exceso de agua en el intersticio.
- Tejido conjuntivo y barreras celulares relativamente impermeables a las proteínas plasmáticas.
- La presión osmótica del plasma superior a la presión capilar pulmonar tiende a devolver el líquido del intersticio a los capilares.

La IC es un problema frecuente que puede afectar a personas de todas las edades aunque se da con más frecuencia entre las personas mayores. Es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero sobre la que Enfermería puede intervenir realizando cambios en la forma de vida del paciente y educando sobre la administración correcta del tratamiento con la finalidad de conseguir una mejoría importante en la calidad de vida del paciente y la prolongación de ésta incluso. Por tanto, su cuidado es complejo y necesita de un manejo multidisciplinar.

El mejor tratamiento para las enfermedades cardiovasculares es la prevención. Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfer-

medad cardiovascular, como la presión arterial, la diabetes, el colesterol, el tabaco, la obesidad y el sedentarismo. Es importante controlar de forma continua los factores de riesgo cardiovascular para reducir en gran medida la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular.

Los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia entre ambos sexos disminuye a medida que aumenta la edad, hasta el punto de que, después de los 65 años, el riesgo cardiovascular es prácticamente el mismo.

Son fundamentales la implicación y la responsabilidad del propio paciente en el control de su enfermedad. Para ello se deben seguir las recomendaciones de tratamiento planteadas por el profesional sanitario. La terapia farmacológica representa sólo una parte del tratamiento que hay que seguir para el buen control de la enfermedad. Es necesario incorporar y adoptar estilos y hábitos de vida saludables.

6 Bibliografía

- 1. Álvarez, J. M., J. M. Maroto, y L. F. Arós. Guía del enfermo coronario. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, 2006.
- 2. Corazón al Día. Campaña de concienciación sobre riesgo cardiovascular.
- 3. Pablo Zarzosa, C. de. Rehabilitación cardíaca: vuelta al trabajo. Madrid: Mapfre Medicina, 1996.
- 4. Villar Álvarez, F., A. Maiques Galán, y J. Brotons Cuixat. Prevención cardiovascular en atención primaria. Grupo de expertos del PAPPS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003

Capítulo 815

EL TCAE EN EL TRATO DEL PARKINSON

MARÍA JOSÉ NÚÑEZ SUÁREZ

MARÍA OLIVA FERNÁNDEZ ALVAREZ

EVA IRENE GONZÁLEZ ZAPICO

1 Introducción

James Parkinson, describió hace 200 años con detalle la enfermedad que a día de hoy lleva su nombre, centrándose tanto en lo trastornos motores como en síntomas no motores que padecen estos enfermos. Los síntomas no motores en pacientes parkinsonianos son prevalentes y obstaculizan en su calidad de vida. En los últimos años se ha tratado de solucionar el inconveniente de su infradiagnóstico a traves de cuestionarios y escalas. De igual manera, varios de estos síntomas se cree que son anuncio de la enfermedad y se sugiere que personas asintomáticas desde un punto de vista motor que padezcan alguno de estos síntomas no motores, podrían ser dianas de estrategias neuroprotectoras cuando se disponga de ellas.

Los síntomas no motores son recurrentes y con gran impacto en la calidad de vida de los enfermos parkinsonianos, por ella es necesario reconocerlos y tratarlos. La enfermedad de Parkinson, es una enfermedad neurodegenerativa producida por la perdida de neuronas dopaminérgicas, del conocido como sustancia negra compacta y de otros núcleos del troncoencefálico. Se determina por la existencia de síntomas motores, por el almacenamiento difuso de (componente de los

cuerpos de Lewy) y por trastornos cognitivos, los cuales se muestran en categoría cambiante entre los 10 a los 15 años de desarrollo, lo cual dilata de manera considerable algún tipo de actuación. Igualmente, algunas veces no se consigue reconocer si el daño que se observa los pacientes se corresponde con el envejecimiento normal del sujeto o es causado por el desarrollo de la enfermedad. Otros la califican como una lesión precisa de las células dopaminérgicas del locus niger, es la alteración neurodegenerativa más común tras el grupo de las demencias.

La valoración de la enfermedad se apoya en un grupo de razonamientos clínicos, agrupando, en primer puesto, temblor de reposo, bradicinesia e hipertonia plástica, a estos debemos incluir la sensibilidad a la dopaterapia. La L-DOPA (o levodopa) es el principal método de cura de la enfermedad de Parkinson, aún teniendo efectos secundarios, a pesar de que sean tardíos, e ineficaces para algunos síntomas. La rehabilitación complementa de manera esencial el tratamiento farmacológico. Hay varias escalas que valoran al enfermo de Parkinson: UPDRS (escala multidimensional, fiable y eficiente con escasos inconvenientes); Hoehn y Yahr (posibilita cotejar poblaciones de pacientes con PD, pero es parcialmente indiferente a las variaciones clínicas de un paciente); Ziegler-Bleton (clasificación simple, progresión de la discapacidad motora); NUDS (valora la discapacidad en las funciones de la vida diaria); de Webster (basada en la Escala de Webster Original); de CURS (de las más usadas); de la marcha (facilita calcular la aparición de los cambios motrices del paciente); de King College Hospital; Escala de ISAPD. Distinguimos varios tipos de parkinson: El Parkinson primario idiopático, empieza lento e insidioso, se desconoce la causa pero se sabe que hay una pérdida de neuronas del "locus coeruleus", pero seguimos sin saber que produce la destrucción neuronal. El secundario es aquel en el que se conoce la causa y puede deberse a otra enfermedad o a un tratamiento.

El Parkinson no hace distinciones en la edad, raza, sexo y se da en personas de todos los lugares del mundo. Afecta aproximadamente al 1% de las personas mayores de 65 años y al 0,4% de los mayores de 40 años. La edad media de comienzo se sitúa alrededor de los 57 años. Puede iniciarse en la infancia o la adolescencia, se le denomina parkinsonismo juvenil. Nos encontramos con síntomas primarios: El temblor, que suele ser el primer síntoma en el 50-80% de los enfermos, rigidez muscular, este síntoma a veces es el único que afecta al paciente, puede afectar a toda la musculatura aunque no tiene porque ser así. La rigidez es progresiva y hace que los movimientos sean cada vez más lentos, la faz se vuelve inexpresiva. Bradiquinesia, es difícil iniciar la marcha. Inestabilidad postural, no es capaz de mantenerse erguido. Alteración del equilibrio, por su falta de estabilidad al estar

parado tiene movimiento pendular.

Síntomas secundarios: El habla, se hace monótona y difícil, disfasia o tartamudeo, articulación complicada de las palabras, disminución del volumen de la voz, alteraciones psíquicas, estreñimiento o constipación, seborrea facial, dolores de tipo muscular, limitación de la mirada vertical superior, fatiga, agotamiento fácil y cansancio crónico, problemas sexuales, trastornos respiratorios, de deglución, dificultad para orinar.

Algunos creen que la prevalencia es de 0,2% en menores de 50 años y del 2% en mayores de 65 años, siendo más prevalente en el sexo masculino y en la raza blanca. El tratamiento, se necesita desde el primer momento contar con el apoyo de médicos, familiares y amigos su apoyo moral es importante para que el enfermo acepte vivir con su enfermedad crónica. Hay que animarle desde el inicio a mantener un buen estado de salud y realizar ejercicio físico.

Dicho tratamiento ha de ser personalizado, según la particularidad del enfermo y los síntomas dominantes, el paciente debe entender que ha de seguirlo el resto de su vida. Este servirá para controlar los síntomas, sustituyendo la alteración del neurotransmisor dopamina. También contamos con el tratamiento quirúrgico, se usa solo en casos muy severos cuando el tratamiento farmacológico no consigue dominar las fluctuaciones ni las discinesias. Pacientes que pueden ser operados han de reunir los siguientes requisitos: Enfermedad de Parkinson de procedencia desconocida, entre 35 y 70 años de edad, incapacidad funcional grave, movimientos voluntarios anormales, no responder al tratamiento para el estadio de la enfermedad. Medicina alternativa, multivitaminas, la quiropráctica, el yoga y masajes. Cuidados en pacientes con Parkinson; se atienden aspectos generales como la dieta, el ejercicio, etc. Es importante una asistencia multidisciplinar en la que se encuentre el logopeda, el fisioterapeuta, la ergoterapia y consejo dietético. Rehabilitación, su objetivo es conseguir que el enfermo lleve una vida activa e independiente. Hay ejercicios específicos que ayudan a mantener la movilidad y fortalecer los músculos que normalmente son más afectados. Es importante optimizar los recursos y que el paciente aprenda unas técnicas con la ayuda de: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, musicoterapia, atención psicológica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Detallar las actuaciones del tcae con el enfermo de Parkinson.

Objetivos secundarios:

- Hablar del descubrimiento del Parkinson.
- Describir la enfermedad.

3 Metodología

La información de este trabajo ha sido obtenida de diferentes bases de datos científicas, entre los utilizados destacan: Redalyc y Dialnet. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en Google Académico, con los siguientes descriptores “Parkinson”, “enfermo de Parkinson”, “síntomas”, “prevalencia”, “tratamiento”. Las lecturas y artículos seleccionados, fueron aquellos que abarcan un periodo de tiempo desde el año 2002 hasta el 2018 , omitiendo aquellos con datos ya obtenidos previamente o en diferentes idiomas.

4 Resultados

Hasta el 2013 no hubo protocolos que ayudasen al médico de atención primaria, normalmente son los mismos enfermos y mayormente sus familiares quienes se dan cuenta de los síntomas, sin sospechar que se trata de Parkinson. Se inclinan hacia una valoración longitudinal, (observando la evolución). Así que cuando se confirma la enfermedad esta suele estar ya avanzada.

5 Discusión-Conclusión

La intención primordial es saber y cuantificar la supeditación, inconvenientes y problemas que acarrea la enfermedad, aclarar los efectos sociales de las mismas, en las diferentes fases de su desarrollo. Según evoluciona la enfermedad, las limitaciones, problemas y necesidades de apoyo son cada vez mayores y variadas, haciéndose más palpables las alteraciones en los roles familiares.

Según pasa el tiempo los problemas se vuelven más graves, estos no remiten ni permanecen estacionados. Es una enfermedad degenerativa por lo tanto seguirá evolucionando, a veces se puede creer que con tiempo se llega a mejorar, al inicio pasa frecuentemente, no se acepta la realidad, negar enfermedad y diagnóstico, suele llevar un esfuerzo es normal, cuesta hacerse a la idea de que va ir a más.

La actuación del TCAE hacia los enfermos de Parkinson se basará:

- En ayudarles a mejorar y mantener la movilidad, intentar alargar el tiempo que pueda valerse por si mismo. Para esto evaluara los niveles de movilidad y el tiempo de reacción, esto se repetirá de forma periódica.
- Enseñarle ha realizar una deambulación correcta, si tiene problemas para las actividades diarias, se le aconsejara la forma de hacerlo con menor esfuerzo, pero intentaremos no hacérselas, con esto intentaremos que pueda valerse por si mismo durante más tiempo, mantendremos y mejoraremos la comunicación verbal, prevenir infecciones respiratorias, prevenir la infección urinaria y la incontinencia, prevenir el estreñimiento, prevenir úlceras de presión, incrementar la autoestima.

6 Bibliografía

- Argandoña-Palacios, L., Perona-Moratalla, A., Hernández-Fernández, F., Díaz-Maroto, I., & García-Muñozguren, S. (2010). Trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson: introducción y generalidades. *Revista de Neurología*, 50(Supl. 2), 1-5.
- Chana, P., & Alburquerque, T. S. D. (2010). *Enfermedad de Parkinson*. Chile. Universidad de Santiago de Chile. CETRAM.
- Cuerda, R. C., Jiménez, A. M., Sánchez, V. C., & Cabezas, M. M. (2004). Escalas de valoración y tratamiento fisioterápico en la enfermedad de Parkinson. *Fisioterapia*, 26(4), 201-210.
- García, B. G. (2008). La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas.
- Janeiro, M. E. S., Gómez, M. A. H., & Valencia, L. E. (2018). A propósito del Parkinson: un plan funcional de cuidados multiprofesional en Atención Primaria. *Ética de los Cuidados*.
- Menéndez, M. A., & Morgenstern, L. F. (2013). Dependencia e impacto social de la enfermedad de Parkinson. *Revista española de discapacidad*, 1(2), 25-49.
- Moreno, C. B., Hernández-Beltrán, N., Munévar, D., & Gutiérrez-Álvarez, A. M. (2012). Dolor neuropático central en enfermedad de Parkinson. *Neurología*, 27(8), 500-503.
- Parra, N., Fernández, J., & Martínez, Ó. (2014). Consecuencias de la enfermedad de Parkinson en la calidad de vida. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9(1-2), 30-35.
- Pascual, A. (2008). LA ESTRATEGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Psicooncología*, 5.
- Zuber, M. (2002). *Enfermedad de Parkinson*. EMC-Tratado de Medicina, 6(1), 1-5.

Capítulo 816

ASMA

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

1 Introducción

El asma es una infección en la que se estrechan y se hinchan las vías respiratorias la cual produce una mayor mucosidad. Esto podría dificultar la respiración y provocar tos, silbido al respirar y falta de aire. Un ataque de asma se produce cuando los síntomas empeoran. Los ataques de asma grave pueden necesitar atención médica de emergencia y pueden ser fatales.

2 Objetivos

Conocer los aspectos relacionados con la enfermedad del asma.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

No está claro porque unas personas contraen asma y otras no, es probable que se deba a factores ambientales y genéticos. Los desencadenantes del asma son la exposición a sustancias que desencadenan alergias. Estos varían de una persona a otra y pueden ser los siguientes:

- Sustancias que se encuentran en el aire como: polén, ácaros del polvo, moho, caspa de mascotas.
- Infecciones respiratorias como un resfriado.
- Actividad física (asma provocada por el ejercicio).
- Aire frío.
- Contaminantes del aire como el humo.
- Ciertos medicamentos como betabloqueantes, aspirina, ibuprofeno y naproxeno.
- Emociones fuertes y estrés.
- Sulfitos y conservantes añadidos a algunos tipos de alimentos y bebidas.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Síntomas.

Los síntomas del asma varían según la persona, pueden ser leves, moderados o graves entre ellos se incluyen:

- Falta de aire.
- Dolor u opresión en el pecho.
- Pitido o silbido al respirar que puede oírse al exhalar.
- Tos o silbido al respirar que empeora con virus respiratorios.

5 Discusión-Conclusión

No existe un tratamiento curativo del asma, pero si hay tratamientos útiles para controlar los síntomas:

- Inhaladores que contienen polvo o gas que propulsa la dosis correcta de medicamento antiasmático cuando se inhala. Hay dos tipos de inhaladores:
- Aliviadores o de rescate para tratar síntomas de forma aguda.
- Preventivos para ayudar a prevenir sus síntomas.
- Espaciadores. Son los dispositivos que ayudan a usar el inhalador correctamente.

- Nebulizadores. Los nebulizadores hacen una niebla de agua y la medicina para el asma que se aspira. Estos serían para ataques de asma severos. Si el asma es severo se usarán pastillas esteroides como prednisona.

6 Bibliografía

1. Mayo clínica organizada.
2. Medline plus.
3. World Health Organization ,Bronchial asthma:acople of the problem.
4. Guía Española para el manejo del asma.GEMA LUZAN 2015.
5. Nacional Institutes os Health Nathional Asthma Education and Prevention Program Expert Report.

Capítulo 817

CUIDADOS DEL TCAE EN PACIENTES ONCOLOGICOS

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

INÉS COUSO OSORIO

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

1 Introducción

Los pacientes oncológicos, debido a las características de la enfermedad, necesitan una atención y cuidados integrales especializados. Es especialmente importante la relación establecida entre el personal sanitario y el paciente en dicha enfermedad. Tendremos en cuenta que el TCAE tiene una relación diaria y más directa con los pacientes ya que a lo largo del día entra a la habitación más veces que ningún otro profesional, esto favorece que el TCAE pueda ver cualquier cambio (anímico, físico, emocional, etc...) que se produzca en el paciente y así poder fomentar la comunicación con el paciente y poder escuchar sus sensaciones y dudas.

El TCAE servirá de vínculo entre el resto de personal sanitario y los pacientes para crear una situación holísticamente favorable para el desarrollo de los tratamientos terapéuticos ideales para cada paciente

2 Objetivos

- Conocer los diferentes tipos de cuidados al paciente oncológico y pautas a seguir.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Google, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como fase de cuidados del paciente oncológico, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: paciente, oncología, cuidados, enfermo terminal.

4 Resultados

Hay que conocer las necesidades de los pacientes oncológicos. En varios estudios realizados directamente sobre los pacientes analizando sus necesidades, se han evidenciado tres principios básicos sobre los que se basan todas sus demandas y que deberían constituir los principios de actuación:

- Buenos cuidados profesionales, es decir que el tratamiento administrado sea de calidad.
- Cuidado centrado en la persona, el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente, más que basado en la conveniencia del hospital o del personal sanitario.
- Cuidado holístico, se extiende más allá del fundamento y aspecto clínico del tratamiento, para dirigirse de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente. Así que se deberán de ver implicados tanto el personal sanitario como el de gestión del centro.
- Soporte práctico, que consiste en el conocimiento personal de cómo la enfermedad afecta a su vida diaria y como puede superarlo.
- Soporte emocional.
- Implicación en la decisión de tratamientos.
- Seguimiento, centrado y planificado para cada paciente, de la misma manera que han sido planificados los tratamientos iniciales.

Las necesidades de atención y cuidados varía según la etapa de la enfermedad y paciente. No es lo mismo en la primera etapa de la enfermedad que cuando es una etapa más avanzada por eso es tan importante el trato holístico y personalizado.

Los cuidados deben de estar organizados de manera que sean :

- Cuidados integrales, que cubran tanto sus necesidades sociales, psicológicas y espirituales.
- Integrado dentro del sistema sanitario estatal.
- Sectorizado por áreas y coordinado a todos los niveles de modelo asistencial; hospitales, primaria y asistencia domiciliaria.
- Formado por equipos multidisciplinares y estando abiertos ya cogiendo también la labor voluntaria de ONGS vinculadas a la enfermedad.

Según la OMS se prevé un aumento considerable de los casos de cáncer en todo el mundo, incluido en España, por tanto es lógico pensar que el número de pacientes que va a necesitar un cuidado integral y especializado de dicha enfermedad será mayor y necesitaremos más personal con dichas cualidades y preparación.

Es fundamental que los TCAE , como integrantes del equipo de profesionales sanitarios, este especialmente preparado y formado con habilidades comunicativas que favorezcan una relación fluida , dinámica, cordial y terapéutica con los pacientes y su entorno.

Hay que entender también la necesidad del apoyo psicológico y de humanización para el trato y cuidado de los pacientes con cáncer en el entorno sanitario. Empoderamiento de las habilidades de comunicación y relaciones personales para optimizar la ayuda dada a los partes oncológicos.

Los cuidados continuos son necesarios en los pacientes oncológicos desde el diagnóstico, tratamiento de soporte y sintomático llegando a los cuidados paliativos y en el soporte en la finalización de la vida en caso necesario.

De tal manera que el modelo de atención realizará todos los cambios necesarios en la organización, coordinación entre los distintos niveles para mejorar y facilitar la coordinación sociosanitaria y de esta manera garantizar :

- La dignidad del paciente.
- Favorecer y potenciar su autonomía.
- Evitar ingresos innecesarios e incómodos que se pueden convertir en tratamientos domiciliario pudiendo participar en el tratamiento y su seguimiento todos los miembros del equipo multidisciplinar en una situación terminal avanzada al paciente y su familia.
- Apoyo emocional y asistencial continuado.

Dentro de un programa de atención integral, es posible coordinar las estructuras asistenciales existentes, sin crear redes sanitarias paralelas, para atender y cubrir las demandas del mayor número posible de pacientes oncológicos en cualquier

situación, incluida la fase avanzada.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo comentado, debemos insistir en que los cuidados continuos deben ser tenidos en cuenta desde el diagnóstico, y no sólo como un concepto cerrado de “cuidado paliativo” al enfermo oncológico terminal, realidad que está generando situaciones, cuando menos, discriminatorias. Históricamente los servicios de Oncología habían sido estructurados como redes dispensadoras de quimioterapia y radioterapia, más que como servicios dedicados a la atención integral del paciente oncológico. Esta situación, está cambiando de forma continua y progresiva en los últimos años como se refleja en el último libro blanco de la Oncología, pero estamos todavía lejos de alcanzar el nivel óptimo de asistencia integral; posiblemente por no tener los servicios estructurados y adecuados a la realidad asistencial y presentar un déficit del personal necesario. Además, si desde la Oncología Clínica aplicamos al paciente tumoral la incertidumbre del tratamiento de forma explícita, aseguramos siempre, que tanto si su enfermedad recurre, como si no, le administraremos en todo momento el mejor tratamiento posible.

El término “no abandonar” implica por tanto, que además de la administración de la terapia antitumoral más efectiva y de vanguardia, los equipos especializados en oncología, podemos y debemos emplear nuestros conocimientos y experiencia en el control de síntomas, junto con el apoyo psicosocial y la comunicación ajustada a la necesidad evolutiva del paciente a lo largo de todo el proceso clínico, recurriendo y trabajando dentro del equipo multidisciplinar según se precise.

6 Bibliografía

1. Ahmedzai SH, Walsh D. Palliative medicine and modern cancer care. *Semin Oncol* 2000; 27 (1): 1-5.
2. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población Española: defunciones según la causa de muerte 2001. Instituto Nacional de Estadística. Madrid: 2004.
3. Kübler-Ross E. *La Muerte: Un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga, 1992.

Capítulo 818

ASEO EN PACIENTE ENCAMADO Y BENEFICIOS EN SU SALUD

MARIA BELEN RODRIGUEZ LOPEZ

VERONICA GARCIA NIDO

MARIA DOLORES ALONSO VIOR

ROSA ANA GARCIA NIDO

AIDA ALONSO FUENTES

1 Introducción

Realizar de una forma correcta el aseo en el paciente encamado es. Una técnica que influirá de manera favorable en su salud general.

Hacerlo de una forma adecuada y siguiendo unos protocolos básicos conseguiremos evitar posibles efectos secundarios provocados por la estancia prolongada en cama.

Al realizar el aseo una de las primeras acciones que debemos ejecutar es informar al paciente de los pasos que vamos a ir haciendo , el momento del aseo es un momento de gran intimidad enfermero- paciente y puede crear cierto grado de incomodidad en algunas personas. Antes de entrar en la habitación nos dotaremos de todo el material que vayamos a necesitar para evitar ausentarnos de la habitación a menos que sea necesario.

Vigilar que el agua este a una temperatura adecuada y comenzaremos el aseo colocando al paciente en la forma requerida, la mayor parte de las veces será decúbito supino, comenzaremos por el rostro e iremos bajando hacia las extremidades superiores, tórax y abdomen, continuaremos por extremidades inferiores , genitales y periné. Una vez hecho esto se desechara la esponja y colocaremos al paciente en decúbito lateral, enjabonando cuello , espalda , glúteos, y región anal.

En todo momento se evitara exponer lo menos posible las zonas del cuerpo que no se estén aseando en ese momento , volviendo a cubrirlas una vez se haya hecho.

Existen zonas del cuerpo en las que debemos poner máxima atención como son la zona genital, vigilando posibles fluidos, dermatitis ocasionadas por pañal , eritemas ..., pliegues mamarios, secándolos bien cuidando que no quede humedad y esto conlleve a maceración en la piel, o las zonas de presión vigilando que no existan cambios en la coloración de la piel o posibles lesiones que deriven en una upp.

Después de el lavado y posterior secado se aplicaran lociones hidratantes con la intención de mantener la piel bien hidratada para que no haya erosiones o descamación, y se valorara echar productos de barrera en zona perigenital si se necesitase , así como algo en zonas de presión.

Cosas a tener en cuenta:

- Se comprobara el grado de autonomía del paciente, fomentando el autocuidado en la medida de lo posible.
- El aseo se realizara con rapidez, sin pausas prolongadas
- Nunca debemos masajear zonas prominentes. (certeza b)*
- Nunca frotaremos la piel con alcohol o derivados. (certeza c)*
- Se avisara al servicio de enfermería si se notase algún cambio en la piel o erosión.

Niveles de certeza:

- A(alta) - cuando existe una adecuada evidencia basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su uso.
- B (media) - existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte.
- C (baja) -existe evidencia , aunque insuficiente para desestimar o recomendar sus usos.

2 Objetivos

Proporcionar al paciente encamado un aseo adecuado que le garantice una higiene adecuada y un correcto estado de la piel.

3 Metodología

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

4 Resultados

Al seguir unos protocolos de aseo en el paciente encamado favorecemos no solo la autoestima del paciente sino que evitamos otra patología derivada de su estancia encamado.

Beneficios físicos:

- Piel en buen estado que pueda cumplir su función protectora. Reducir o minimizar la aparición de upp.
- Evitar la dermatitis de pañal manteniendo limpia, seca y protegida la zona perianal.
- Una higiene bucal bien realizada previene de bacterias y hongos que puedan provocar inapetencia y deshidratación.
- El aseo de manos fomentando que el paciente colabore evita posibles infecciones nosocomiales.

Beneficios psicológicos:

- Cuando un paciente se ve aseado y con una higiene correcta ve reforzada su autoestima.
- Fomentar que el paciente colabore en su aseo contribuye a que se sienta útil.

5 Discusión-Conclusión

La higiene diaria es una de las necesidades fundamentales de las personas, los cuidados destinados a suplir los deficit de autonomía en pacientes encamados por parte del personal sanitario serán decisivos en la recuperación de la salud del paciente , evitando infecciones o algún tipo de lesión cutánea que complique su clínica.

La piel es el órgano de mayor tamaño del cuerpo humano y mantenerlo en buenas condiciones en fundamental para la salud general del paciente.

Hacer que eso sea posible es en gran medida una de las tareas del tcae que debe realizarlo con rigor y poniendo gran atención a cualquier cambio producido en es aspecto de la piel del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 819

LOS CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE TERMINAL

SACRAMENTO GARCIA MUÑOZ

MARIA DE LA CRUZ PADILLA LOPEZ

INÉS COUSO OSORIO

MARIA LUZ GONZALEZ PAN

1 Introducción

Los cuidados en pacientes terminales son aquellos que se indican a pacientes que no se pueden curar y cuya esperanza de vida no es superior a los seis meses. Son cuidados destinados tanto al enfermo como a sus familiares realizado por profesionales para evitar el mayor sufrimiento posible en los últimos meses de vida, buscando el mejor estado posible de bienestar, intentando paliar el dolor físico y buscando la tranquilidad mental y espiritual. Son cuidados realizados en equipo por los profesionales, evaluando y diseñando un plan de cuidados especializado para garantizar la dignidad e integridad de los pacientes en este proceso.

El equipo de cuidados para pacientes terminales está entrenado para ayudarle al paciente y a la familia con lo siguiente:

- Saber qué esperar.
- Hacerle frente a la soledad y al miedo.
- Compartir sentimientos.
- Cómo enfrenar la muerte (atención para el duelo).

Objetivos del cuidado.

- Control del dolor.
- Tratamiento de los síntomas (como dificultad para respirar, estreñimiento o ansiedad). Esto incluye medicamentos, oxígeno, y otros suministros que lo pueden ayudar a manejar sus síntomas.
- Atención espiritual que satisfaga sus necesidades.
- Brindarle a la familia un descanso (llamado asistencia de relevo).
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del lenguaje, si se necesita.
- Servicios de apoyo emocional y apoyo a la familia.

2 Objetivos

- Describir los cuidados realizados por el técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en pacientes terminales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados como cuidados al paciente terminal, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: duelo, etapas, negación, paciente terminal, final de la vida.

4 Resultados

Dependiendo de las características individuales y del plan de actuación a seguir, tendremos en cuenta las necesidades de cada paciente y le proporcionaremos los cuidados que necesite en cada momento. En su fase agónica el paciente terminal puede presentar varias características tales como:

- Pérdida del tono muscular y como consecuencia dificultad para tragar, incontinencia fecal y urinaria.
- Disminuyen las sensaciones y puede producir somnolencia, visión borrosa, alteración del olfato y el gusto.
- Cambios de signos vitales tales como la hipotensión, pulso débil, la dificultad respiratoria.
- Piel cianótica sobre todo en las extremidades.
- Sudoración intensa.

- Sequedad de las mucosas.

Cuando nos encontramos con esta situación el TCAE tiene que procurar que el paciente este lo mas cómodo posible prestando ayuda en todo momento y manteniendo su intimidad y dignidad lo mejor posible.

Para ello las actividades que el TCAE llevará a cabo a nivel físico serán:

- Cambios posturales, eso hará que el paciente se sienta más cómodo y a la vez prevendrá las temidas úlceras por presión.
- Vigilar que no tenga frío abrigándolo correctamente.
- Extremar los cuidados higiénicos prestando especial atención: a la boca, debido a la respiración dificultosa se resecan pues respiran con la boca abierta y eso hace que se acumulen secreciones teniendo que retirarlas y humedecer frecuentemente la cavidad oral; la nariz donde se secan y endurecen las secreciones teniendo que retirarlas con una torunda impregnada en glicerina para no dañar las mucosas; los genitales ya que debido a la debilidad de la piel y al estar en contacto con la orina y heces se puede irritar, hay que cambiar el pañal y lavar la zona frecuentemente para mantenerla seca y limpia.
- Administrar alimentos cuidadosamente para evitar el riesgo de atragantamiento debido a la distensión muscular.
- Cambiar la ropa de cama tantas veces como sea necesario para que la cama este limpia y seca y aumentar así el confort del paciente.
- Procurar evitar los ruidos fuertes y evitar las conversaciones con tono de voz elevado aunque el paciente este inconsciente ya que el sentido del oído es de los últimos que se pierde.
- Según las preferencias del paciente adecuaremos la iluminación de la habitación ya que hay pacientes que tienen miedo a la oscuridad y otros que les molesta la luz y prefieren que la iluminación sea tenue.
- También hay que intentar que este en una posición adecuada para facilitar la eliminación de secreciones poniéndolo en decúbito lateral.

En cuanto a sus necesidades emocionales y espirituales:

- El enfermo tiene que estar acompañado siempre que lo necesite, algunos les aterroriza sentirse solos.
- Tenemos que ser respetuosos y mostrar interés por todo lo que pueda hacer que el enfermo se sienta lo mejor y más cómodo posible, si necesitas más almohadas, si tiene dolor, si desea leer algún libro o revista, si quiere un poco de música que le guste, etc...
- El TCAE adoptará una actitud de escucha y siempre que les pregunte el paciente

o sus familiares sobre la evolución nunca se darán falsas esperanzas ni información, dirigiéndolos a que sea su médico el que les informe sobre la evolución del paciente.

- Hay que mantener una actitud de serenidad y templanza para dar tranquilidad a la familia y al enfermo.
- Según su religión, se le apoyará en todo lo que necesiten y procuraremos tener todo lo necesario preparado.
- El TCAE siempre debe mostrarse atento a cualquier necesidad de la familia, pues también están en una situación de vulnerabilidad y de sentimientos muy duros, mostrando su apoyo, comprensión y respeto.
- Siempre que se pueda se les facilitará al enfermo y a los familiares una habitación individual para que puedan pasar el mayor tiempo posible junto y tranquilo.

Mediante estas actuaciones el paciente terminal y su entorno se sentirá acompañado en este difícil momento y no tendrá la sensación de soledad y desasosiego de aislamiento al encontrarse arropado por todo el equipo del personal sanitario. La familia, al sentir el apoyo de los profesionales y estar en un ambiente más íntimo y reservado, a pesar de que la situación es dura, encuentran un poco de paz y serenidad para poder expresar sus miedos y sensaciones.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE realizará su trabajo incluso delante de la familia transmitiendo tranquilidad y la familia percibirá que el paciente está bien atendido. La familia y el paciente en todo momento tienen que estar apoyados por el personal sanitario y atendiendo sus necesidades físicas y emocionales. Es misión de todos los eslabones del personal sanitario es que el bienestar y la dignidad de los pacientes y sus familiares en estos difíciles momentos este siempre preservada y reforzada para que estén siempre acompañados.

6 Bibliografía

- Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y consumo. Madrid, 1993
- Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2003.
- Shirley E. Otto. Enfermería Oncológica. Harcourt – Brace Mosby. Madrid. 2002

Capítulo 820

PREVENCIÓN DE RIESGOS EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

SONIA ARENAS BARRO

PAULA CASAL BOUZA

CRISTINA CABALLERO HERRERA

SANDRA ALVAREZ MARTIN

1 Introducción

Las movilizaciones de pacientes requieren esfuerzos musculoesqueléticos muy significativos, que pueden dañar la columna y la espalda si no se realizan los movimientos de manera adecuada o si estas soportan una tensión elevada.

Los trastornos dorsolumbares en las tareas de movilización de pacientes aparecen por realizar levantamientos incorrectos, con cargas excesivas y/o adoptar posturas incorrectas.

2 Objetivos

- Recopilar información sobre las lesiones y problemas derivados de la movilización incorrecta de pacientes, así como de las técnicas correctas a emplear, y facilitar esa información a profesionales que puedan hacer uso de ella disminuyendo los riesgos en su trabajo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos científicas. Consulta de artículos y manuales de prevención.

4 Resultados

Además de la realización de levantamientos incorrectos y con cargas excesivas, también influye negativamente un espacio de trabajo insuficiente, un ritmo de trabajo elevado, la falta de material adecuado y de ayudas mecánicas, y la ausencia de formación y entrenamiento en técnicas de movilización y utilización de los medios mecánicos.

5 Discusión-Conclusión

Es necesaria una buena formación en la materia y un análisis del puesto de trabajo solicitando la colaboración del trabajador. El trabajador debe evaluar el trabajo (pesos, necesidad de ayuda, espacio, material), planificar la movilización, solicitar ayuda, pedir la colaboración del paciente si es posible, respetar los principios básicos de la movilización de personas, utilizar los medios mecánicos disponibles, usar ropa y calzado adecuados y cuidar la higiene postural.

6 Bibliografía

1. <https://sescam.castillalamancha.es/>
2. <http://www.hospitalregionaldemalaga.es>
3. <http://dspace.umh.es/bitstream>

Capítulo 821

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE ENCAMADO

LUCIA FUERTES SIERRA

1 Introducción

Las formación de úlceras por presión constituye un importante riesgo de salud pública debido las repercusiones que ocasiona en la calidad de vida de los pacientes, la prolongación de la estancia hospitalaria y el aumento del gasto de material y de los cuidados por parte del personal de enfermería.

2 Objetivos

Evitar la formación de dichas úlceras con la aplicación de un correcto protocolo de prevención de parte del personal de enfermería

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Valorar periódicamente el riesgo de aparición de UPP.
2. Emplear jabón neutro en el aseo diario del paciente y secar completamente
3. Mantener una buena hidratación de la piel
4. Respecto a la ropa de cama, debe estar siempre limpia, seca y sin arrugas
5. Empleo de colchones antiescaras
6. En las principales zonas de presión colocaremos apósitos hidrocoloides preventivos.
7. Realizaremos los cambios posturales cada 3-4 horas
8. Se colocaran almohadillas en prominencias salientes y patucos o coderas para así evitar la fricción.
9. Revisaremos sondas, vías y drenajes que puedan causar presión en una zona determinada

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como realizar una correcta prevención de las úlceras por presión en un paciente que se encuentra encamado; Sabemos que lo principal es evitar la presión en cualquier zona del cuerpo y que es necesaria una buena hidratación de la piel, además de la realización de los cambios posturales.

6 Bibliografía

1. <https://www.ulceras.net/monografico>
2. Directrices Generales de prevención de las UPP - Servicio Gallego de Salud;
3. Úlceras por presión. Prevención, tratamiento y consejos desde la farmacia - Ángela Bosch (Marzo 2004)

Capítulo 822

LA IMPORTANCIA DE LA LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

LUZ PEREZ GONZALEZ

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

1 Introducción

Se denomina infección nosocomial a la contraída por los pacientes ingresados en el ámbito sanitario que no presentaran signos de la infección ni de estar incubándola antes de ser ingresados, sino que la adquieren en el centro hospitalario. Deben tomarse las medidas necesarias para evitar una infección hospitalaria, que tendrá como consecuencia la propia infección del paciente, el posible contagio con más pacientes y costes económicos derivados de tener que tratarlo. Se verán implicados en una infección hospitalaria tres factores: el huésped, el agente patógeno y el ambiente hospitalario. Cada paciente es un huésped con características propias, y posiblemente vulnerable a ciertos agentes patógenos oportunistas.

2 Objetivos

-Describir la importancia de las técnicas de limpieza, desinfección y esterilización en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las infecciones contraídas en el ámbito sanitario son más frecuentes de lo que deberían. No pueden ser evitadas al 100% con medidas de limpieza y desinfección por parte del personal sanitario, porque dependen también de factores como la predisposición del huésped y el agente patógeno.

Pero esa tercera base en la que se puede ver favorecida la aparición de una infección intrahospitalaria, debe ser tratada con medidas de prevención como limpieza y desinfección.

Se entiende por medio ambiente hospitalario todo aquello que se encuentra dentro del centro, ya sea animado o inanimado. Los pacientes, los trabajadores y los visitantes conforman el medio ambiente hospitalario animado. Todos ellos pueden ser la fuente de la infección, constituyendo un riesgo de unos a otros. Y se considera que las manos son el mecanismo de transmisión de una infección más importante.

Todo lo demás que se encuentra dentro de un centro hospitalario, que no son pacientes, trabajadores o visitantes, se entiende como medio ambiente inanimado. Pueden transmitirse microorganismos infecciosos por el aire, por el polvo o por gotículas.

Debe prestarse especial atención a todo el aparataje sanitario que entra en contacto con el paciente, y que debe ser tratado entre su utilización con diferentes pacientes.

Se define como limpieza al proceso de separación, por medios mecánicos y/o físicos, de la suciedad que se encuentra en las superficies inertes y que puedan ser un foco de proliferación para los organismos.

En cuanto a la definición de limpieza, coloquialmente se entiende que limpiar es eliminar la suciedad visible, pero en el ámbito sanitario la limpieza previa a la desinfección o esterilización debe eliminar fluidos corporales y otros contaminantes que estén presentes. Para la limpieza se usa detergente y tiene como objetivo eliminar de manera física la materia orgánica y contaminación de los objetos que se traten.

Puede realizarse de manera manual o mecánica, y revisar y mantener el equipo que se utiliza para ello periódicamente. Según la clasificación de Spaulding en 1968, los dispositivos médicos y quirúrgicos se pueden clasificar según su riesgo para propagar infecciones en críticos, semi-críticos y no críticos.

Los dispositivos que entran en contacto con tejido estéril, sistema vascular, o utilizados para trasvase de fluidos son elementos críticos. Los aparatos que entran en contacto con mucosas o piel no intacta, como un endoscopio, son semi-críticos. Los dispositivos que entran en contacto con piel intacta y no presentan un alto riesgo de infección son clasificados como no críticos.

La desinfección consiste en eliminar el mayor número de agentes patógenos existentes del objeto que se esté tratando mediante calor, químicos o una combinación de ambos. No todos los objetos pueden ser sometidos a los mismos métodos de desinfección por sus características de composición. Pueden ser sometidos al calor los equipos de terapia respiratoria y anestesia, con una temperatura de entre 65 y 77 °C durante al menos 30 minutos.

La desinfección con métodos químicos tiene como agentes más comunes los alcoholes, compuestos del cloro, glutaraldehído, peróxido de hidrógeno, fenoles y compuestos de amonio. Deben utilizarse siempre bajo las indicaciones del fabricante, con las medidas de seguridad necesarias, y tan sólo para tratar los objetos resistentes a cada uno de ellos.

Los desinfectantes se dividen en tres grupos, dependiendo de su grado de actividad microbicida:

- Los desinfectantes de alto nivel (DAN) usados contra bacterias vegetativas, virus, hongos y microbacterias.
- Los desinfectantes de nivel intermedio (DNI) actúan contra bacterias vegetativas, microbacterias, hongos y la mayoría de virus.
- Los desinfectantes de bajo nivel (DBN) pueden tener efecto contra bacterias vegetativas (excepto microbacterias), algunos hongos y solo virus envueltos.

En el ámbito hospitalario se realiza una desinfección concurrente cuando el paciente está ingresado y una desinfección final cuando se da el alta al paciente.

La esterilización hace referencia a cualquier proceso que sea capaz de inactivar todos los microorganismos que tenga el objeto que se trate. Puede realizarse la esterilización por calor, por agentes químicos o por radiación. El método más fiable de esterilización es el calor, ya sea calor húmedo en forma de vapor bajo presión en autoclave, o calor seco para materiales sensibles a la humedad.

La esterilización en autoclave es económica, segura, rápida, no contaminante y cómoda respecto al trabajo.

La esterilización por productos químicos se realiza con elementos como el óxido de etileno, glutaraldehído, ácido paracético y beta.propiolactona. Requieren de más tiempo de esterilización, dependiendo de las condiciones de humedad y temperatura. En el proceso de esterilización se utilizan controles físicos, químicos y biológicos para dar por efectivo el proceso. En los servicios de esterilización se plantean riesgos físicos, como quemaduras o calor excesivo; riesgos químicos debido al uso de agentes con alta tasa de toxicidad; y riesgos biológicos derivados del uso de material, como pinchazos o cortes con objetos contaminados.

5 Discusión-Conclusión

Todos los agentes patógenos existentes dentro de un centro hospitalario deben ser minimizados en la medida de lo posible y según el riesgo que esto presente se utilizan diferentes métodos para actuar sobre ellos.

La limpieza de instrumental es un paso básico en todo el ámbito hospitalario, y previo a un tratamiento más efectivo. Debe ser considerado como potencialmente contaminado todo el material que entre en contacto con el paciente, y limpiado antes de ser desinfectado o esterilizado.

Todos los objetos que están esterilizados están desinfectados, pero no por estar desinfectado se puede decir que está esterilizado. Los procesos de esterilización son métodos de alta actuación frente a los agentes patógenos, posibles causantes de una infección intrahospitalaria que debemos evitar.

Para todos los mantenimientos de limpieza, desinfección o esterilización debe tenerse en cuenta la compatibilidad del agente que vamos a usar y el objeto que queremos tratar. Todas estas medidas, algunas más rutinarias y diarias, y otras más específicas sobre cierto instrumental, están enfocadas a evitar la transmisión

de microorganismos y una infección nosocomial.

6 Bibliografía

- GARCÍA RODRÍGUEZ JA, GÓMEZ GARCÍA AC. El factor ambiental en la infección. *Todo Hospital* 1984; 12: 39-42.
- GÁLVEZ R, DELGADO M, GUILLÉN JF. Infección hospitalaria. Universidad de Granada. 1993.
- PÉREZ MONTEJO L. Limpieza hospitalaria. *Todo Hospital* 1988; 45: 65-67.
- Howard D, Cordell R, McGowan, JE, Packard, RM, Scott, RD, Solomon, SL. Measuring the economic costs of antimicrobial resistance in hospital settings: summary of the Centers for Disease Control and Prevention-Emory Workshop. *Clin Infect Diseases* 2001; 33(9):1573-8
- Snyder, OP. Calibrating thermometers in boiling water: Boiling Point / Atmospheric Pressure / Altitude Tables.
- Ontario Ministry of Health & Long-Term Care. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC) Best Practices for Cleaning, Disinfection and Sterilization in All Health Care Settings, 2010.

Capítulo 823

LA COMUNICACIÓN, UN PILAR IMPORTANTE CON LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS.

LILIAN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La comunicación con los pacientes no solo nos expresamos con palabras, hay muchas veces que es más importante otros aspectos que las palabras. Debemos dar gran importancia a como nos expresamos, nuestras pausas, miradas, silencios, sonrisas. Debemos trabajar mucho el tema de la comunicación, porque gracias a la comunicación si el paciente se siente a gusto, nos demostrará lo que siente o como se encuentra, ya que se sentirá confiado y con seguridad.

2 Objetivos

Mejorar la calidad de vida del paciente, haciéndole sentir el centro de los cuidados y transmitiéndole que su enfermedad es la más importante para el profesional.

3 Metodología

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

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

4 Bibliografía

- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC): El buen quehacer médico.
- Pautas para una atención profesional de excelencia, Madrid, 2014; Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas.
- Frances Borrel y Carrió. Relacion médico-paciente.

Capítulo 824

QUE VIVAN LAS MANCHAS.

PAULA CASAL BOUZA

CRISTINA CABALLERO HERRERA

SANDRA ALVAREZ MARTIN

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

SONIA ARENAS BARRO

1 Introducción

El vitiligo es la enfermedad de la piel que se caracteriza por la aparición de manchas (sin coloración) de menor a mayor extensión y en diferentes partes del cuerpo, como consecuencia de la destrucción de melanocitos que son las células epiteliales responsables de dar color a la piel mediante producción de melanina. Las causas de su aparición no se conocen aunque se sospecha que puede ser una enfermedad autoinmune condicionada por alguna alteración genética.

Tipos de manchas amelanicas:

1. Localizado: aparece únicamente en las manos y cara.
2. Segmentario: la mancha es una línea gruesa que sigue, una vez que aparece no se extiende.
3. Generalizado: aparecen varias manchas en diferentes zonas.
4. Disperso: las diferentes manchas se encuentran alejadas entre si.
5. Universal: las manchas se extienden por casi toda la superficie del cuerpo.

2 Objetivos

Identificar la aparición de manchas vitiliginosas.

3 Metodología

Estudio descriptivo observacional de diferentes personas con la enfermedad.

4 Resultados

La experiencia en el tratamiento de pacientes con vitíligo se puede determinar que el más efectivo ha sido la activación de melanocitos que aún funcionan mediante la fotoquimioterapia, más conocida como PUVA.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que aparecen las manchas se pueden paliar su extensión con los tratamientos aunque no será posible su desaparición.

6 Bibliografía

- www.sanitas.es.
- www.mayoclinic.org.
- www.niams.nih.gov.

Capítulo 825

CARGA DE TRABAJO Y EMBARAZO

SONIA ARENAS BARRO

PAULA CASAL BOUZA

CRISTINA CABALLERO HERRERA

SANDRA ALVAREZ MARTIN

JÉNNIFER ELVIRA MAROTO MONCALIÁN

1 Introducción

La proporción de mujeres que trabajan y que lo continúan haciendo durante el embarazo va en aumento. Para una mujer, el trabajo puede afectar el proceso reproductivo. Se presentan los factores de carga de trabajo que pueden influir en la salud de la mujer embarazada y del feto, haciendo especial hincapié en los aspectos referidos a carga física, ya que han sido los más estudiados y por ello se dispone de una información más precisa y fiable. En toda actividad en la que se requiere un esfuerzo físico se consume energía y aumentan los ritmos cardíaco y respiratorio; estos parámetros son los que sirven para determinar el grado de penalidad de una tarea.

2 Objetivos

Reducir al máximo posible los cambios fisiológicos los cuales estén relacionados con la carga de trabajo, como son los referentes al sistema cardiocirculatorio y

a las modificaciones endocrinas y metabólicas. La reducción de ejercicio físico considerable y que hay compromiso de todo el organismo, por lo que se verá afectado el útero y el feto. Este esfuerzo hace que aumente el flujo de la sangre que va a los órganos implicados en el ejercicio; es decir, a los músculos y al corazón; disminuyendo en otras zonas del cuerpo como en la piel y en las vísceras, lo que implica un descenso de aporte sanguíneo al útero. Se supone que el ejercicio fuerte reduce el flujo sanguíneo hacia el útero. Este proceso se verá agravado cuando además de existir una carga física elevada, la tarea se desarrolle en un ambiente térmico elevado.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Los numerosos estudios realizados dictaminan que la mujer embarazada que trabaja de pie suele tener niños con menor peso, estos niños pueden pesar unos 200 gramos menos que los de las mujeres que no trabajan o las que lo hacen sentadas.
- Las mujeres que trabajan sentadas no sólo tienen bebés más grandes, sino que tienen menos riesgo de sufrir un parto de feto muerto.
- Se pueden dar pérdidas de sangre, especialmente en el primer y segundo trimestre del embarazo, en posturas de pie.

5 Discusión-Conclusión

- El manejo de cargas pesadas retarda el crecimiento del feto.
- Las mujeres que realizan un trabajo pesado ganan menos peso y tienen niños más pequeños que las que tienen un trabajo ligero.
- Las mujeres que descansan unos 8 días antes del parto tienen niños más grandes (200 gramos más que los de mujeres que no descansan).

- El manejo de cargas y las posturas forzadas aumentan el porcentaje o la probabilidad de sufrir abortos espontáneos y partos prematuros.

6 Bibliografía

- www.psprevencion.com
- www.oect.es
- <https://clubdemalasmadres.com>.

Capítulo 826

LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La IRC es el deterioro permanente de la función renal, es decir, la incapacidad del riñón para desempeñar sus funciones normales como la depuración y limpieza de la sangre.

2 Objetivos

- Controlar la enfermedad a través de una correcta alimentación, medicación y hábitos adecuados.
- Presentar, en una fase más avanzada, las opciones de tratamiento que sustituyan la función de sus riñones que permitirán al paciente llevar una vida normal.

3 Caso clínico

Paciente de 72 años a seguimiento por el Servicio de Nefrología con IRC de varios años de evolución, en la última visita se decide empezar tratamiento en Hemodiálisis, dado que en la última analítica los niveles de creatinina ascienden a unas cifras importantes. Para ello se decide derivar al Servicio de Cirugía Vascular con el propósito de implantar un catéter yugular definitivo dado que los accesos vasculares para FAV no son adecuados.

4 Resultados

Las opciones de tratamiento se denominan terapias sustitutivas y son la Hemodiálisis, la Diálisis Peritoneal y el Trasplante Renal. Cualquier opción no impide que más adelante se pueda optar por otra.

5 Discusión-Conclusión

Como consejos o medidas preventivas serían realizar ejercicio físico con regularidad en función a las posibilidades del paciente, evitar el exceso de peso y seguir una dieta adecuada, mantener una vida social y familiar activa, además existen asociaciones renales donde pueden asesorar al paciente y participar de manera activa en diversas actividades.

6 Bibliografía

- Basado en una revisión bibliográfica en diversas bases de datos y diferentes protocolos establecidos para este tipo de patología.

Capítulo 827

LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ

DESIREE PRIETO FERNANDEZ

MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ

MARÍA ELENA ARIAS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define así los cuidados paliativos «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales». La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.

- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas. La Sociedad española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define al Paciente Terminal: “Paciente que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses”.

Las bases de la terapéutica en pacientes terminales serán:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada y continuada.
- El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran “con” el enfermo los objetivos terapéuticos.
- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleve a superar el “no hay nada más que hacer”, nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.
- Importancia del “ambiente”. Una “atmósfera” de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas.
- La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

2 Objetivos

Determinar cuáles son las funciones que desempeña el técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) dentro de la Unidad de Cuidados Paliativos.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros de texto, y google académico, limitando la búsqueda a artículos publicados en español y aquellos con fecha de publicación posterior al año 2010. Se utilizaron como palabras clave: Cuidados paliativos, enfermo terminal, TCAE y funciones.

4 Resultados

En primer lugar, vamos a desarrollar las diferentes funciones del TCAE en la Unidad de Cuidados Paliativos. Como las necesidades de estos enfermos son varias, las dividiremos en tres bloques: físicas, emocionales y espirituales.

Las necesidades físicas:

- Cambio de postura con frecuencia.
- Arrojarlo convenientemente.

Extremar los cuidados de higiene individual y prestar especial atención a los siguientes:

- La boca: La mucosa se resiente debido al tipo de respiración que presentan, pues suelen mantener la boca abierta. Además, suele haber acumulación de secreciones mucosas en la cavidad que deben retirarse. Debemos humedecer la boca y los labios frecuentemente.
- Las fosas nasales: A veces se pueden secar y se endurecen las secreciones. En este caso las limpiaremos con una torunda de algodón humedecida.
- Genitales: Los limpiaremos con frecuencia ya que el enfermo suele tener incontinencia. La orina y las heces en contacto con la piel son irritantes.
- Cambiar la ropa de la cama las veces que sea necesario.
- Ofrecer la cuña y el orinal a menudo.
- Administrar los alimentos con cautela y cuidado ya que el enfermo puede presentar dificultad al tragar.
- Mantener la habitación convenientemente iluminada, salvo que algunos pacientes se sientan molestos con la luz.

- En la fase final del enfermo es conveniente posicionarlo en decúbito lateral para facilitar el drenaje de las secreciones.

Las necesidades emocionales:

- Permanecer con el enfermo todo el tiempo que éste necesite.
- Adoptar una permanente actitud de escucha, pero nunca proporcionar falsas esperanzas.
- Mantenerse siempre sereno. Debemos ser comprensivos y cuando no sepamos que decir, es preferible mantenerse en silencio.

Si el enfermo o su familia nos pregunta por el transcurso de la enfermedad, recordar que no entra dentro de nuestras funciones.

Mostrar interés en todo momento por el grado de bienestar del enfermo, preguntándole si se encuentra cómodo o necesita algo, procurando acariciarle o tocarle la mano.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el trabajo del TCAE es fundamental tanto a nivel psicológico como físico, ya que es quien vela al paciente por la noche en su descanso y seguridad, atento a cada cambio que se produce, observando minuciosamente todo su cuerpo para detectar cualquier signo o síntoma importante que denote una alteración de su situación, le ayuda en las actividades básicas que necesita para su día a día, preocupándose por su estado anímico e intentando hacer feliz su estancia ya sea en hospital, residencia o en su propio domicilio.

6 Bibliografía

1. Blanquer Uberos R. Acerca del derecho de superficie. Madrid: Colegios Notariales de España; 2007. 168 p.
2. <https://www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/>.
3. <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/>.
4. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
5. <https://cuidadospaliativos.info/los-cuidados-paliativos/>.
6. SECPAL.

Capítulo 828

ÁREA QUIRÚRGICA - EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN QUIRÓFANO.

ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ

MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ

MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS

ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO

DAVID HUERTA ALONSO

1 Introducción

Durante muchos siglos, las intervenciones quirúrgicas se llevaban a cabo en los campos de batalla, las sillas de barbero y las mesas de cocina. Más tarde, los cirujanos operaban en sus consultas y en los hogares de los pacientes, los ayudantes-enfermeros eran enviados a las casas a preparar la habitación y al propio paciente para los cirujanos.

En los siglos XVII y XIX, los hospitales estaban destinados a cuidar a pobres, locos y lisiados. A finales del siglo XIX- siglo XX, los cirujanos pasan a realizar las intervenciones quirúrgicas en el entorno de los quirófanos del hospital. Se introduce la anestesia segura, métodos de transfusión de sangre y se desarrollan agentes antimicrobianos. El personal de enfermería se convierte en el responsable de preparar físicamente a los pacientes para las intervenciones quirúrgicas.

En 1920, los líderes de la enfermería ponen de manifiesto la importancia de la preparación fisiológica y psicológica de los pacientes quirúrgicos. En 1940 se insiste en la necesidad de formación del personal de enfermería en quirófano. En los años 60 aparecen los primeros auxiliares de clínica, sin ningún tipo de formación académica, bajo la supervisión de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), y atendían las necesidades más básicas de los pacientes. En 1975 se pone en marcha la formación profesional de Auxiliar de Clínica con el título de formación profesional rama sanitaria FPI. En 1983 se impulsa el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. En 1986 se crea la nueva categoría de Auxiliar de Enfermería sustituyendo al Auxiliar de Clínica, quedando plenamente integrado en los equipos de Enfermería. En 1990 se establece el nuevo título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), con cambios importantes en la formación. Las funciones de los TCAE aparecen recogidas en los artículos 74 a 85 de la orden ministerial de 26 de Abril de 1973, que aprueba el estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. Con validez en la sanidad pública a nivel nacional.

El Artículo 74 de la Orden Ministerial dice: “Corresponden a las Auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios a la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Las auxiliares de enfermería se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del departamento o servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la jefatura de enfermería y de la dirección del centro”. Área quirúrgica o bloque quirúrgico es el conjunto de locales hospitalarios destinados a la actividad quirúrgica. Dentro del bloque quirúrgico debe conseguirse que las actividades sean seguras, accesibles y eficientes, por ello las responsabilidades de los profesionales serán las necesarias para alcanzar dicho objetivo, siempre y cuando no contravengan la legislación vigente. Dentro del bloque existirán quirófanos destinados a distintas especialidades. Entre ellas:

- Cirugía Vascolar.
- Cirugía Torácica.
- Cirugía Cardíaca.
- Neurocirugía.
- Cirugía Maxilofacial.
- Otorrinolaringología.
- Cirugía Ortopédica y Traumatológica.
- Cirugía Plástica.
- Cirugía General.

- Urología.
- Oftalmología.
- Unidad de Mama – Ginecología.
- Cirugía Infantil.
- Cesáreas.
- Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Urgencias.

El bloque quirúrgico es una zona restringida, dónde existen unas normas básicas de circulación:

- Sólo accederá al bloque personal autorizado.
- No accederán familiares.
- No accederán proveedores excepto los expresamente autorizados.
- En ningún caso se accederá al bloque sin estar debidamente uniformado.
- En ningún caso se accederá al bloque por puertas que no sean las autorizadas.

El Bloque quirúrgico se divide en distintos tipos de zonas, según las actividades que se realicen en ellas:

- Quirófano: Sala donde se lleva a cabo la intervención.
- Antequirófano: anexo al quirófano dónde el paciente es recibido previamente a la intervención.
- Vestuario de personal: lugar donde el personal se cambia antes de entrar en el bloque. Con uniforme, calzado, y gorro.
- Recepción de pacientes: A la espera de que el quirófano esté preparado.
- Pasillo de pacientes y tránsito.
- Despacho de supervisora.
- Salas de trabajo.
- Salas de Estar.
- Almacén de material estéril: Comunicado a través de montacargas con el servicio limpio de esterilización.
- Almacén de material fungible.
- Almacén de aparataje.
- Farmacia.
- Cuarto de sucio: Comunicado a través de montacargas con el servicio sucio de esterilización.
- Cuarto de residuos.

Existen además, zonas restringidas, que son solo accesibles al personal autorizado y al paciente. El personal debe llevar traje quirúrgico, gorro y calzado de

uso exclusivo para el Área Quirúrgica, dentro del quirófano y cuando se esté en presencia de personal ya lavado para la cirugía o se vaya a proceder a la apertura de equipo estéril, se debe llevar mascarilla. Se incluyen en esta zona; quirófano, antequirófano (lavado quirúrgico), preparación pre-quirúrgica, área de acceso, almacén de material fungible, y despacho de supervisión, así como salas de reuniones, salas de descanso de personal y URPAS/Reanimaciones.

Y, zonas no restringidas, es la zona externa del bloque quirúrgico hasta la recepción del paciente. Se incluyen en esta zona: Recepción y control, despacho de información, sala de espera general y vestuarios con sus accesos externos.

2 Objetivos

Proporcionar al paciente unos cuidados eficaces de manera eficiente y segura por parte del equipo quirúrgico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen una serie de principios éticos fundamentales que todo el personal sanitario debe conocer y desarrollar durante el desempeño de las funciones de su profesión. Estos principios morales universales orientan las actividades y la toma de decisiones éticas en el desarrollo de la práctica clínica y son:

- Principio de autonomía y libertad: Respeto a las personas y a su libre elección. Consiste en el documento de consentimiento informado, asesorando al paciente a elegir la mejor alternativa. Imprescindible antes de una intervención quirúrgica. Este documento implica que se le ha proporcionado la información necesaria para entender la naturaleza y el motivo de la operación, todas las opciones y los riesgos que la intervención conlleva o sus opciones, los riesgos quirúrgicos y los posibles resultados, bien positivos o negativos y los riesgos relacionados con la anestesia.

Para que sea válido la decisión del paciente ha de ser autónoma y voluntaria, tras haber sido informados de forma correcta y de manera comprensiva. En el caso de menores de edad, lo firmará el padre, la madre o el tutor salvo que la vida del paciente esté seriamente comprometida, entonces no será necesario.

- Principio de beneficencia: Consiste en ayudar al paciente prestándole los cuidados oportunos y ayudarle a evitar los nocivos. Esto incluye la prevención de la muerte prematura o innecesaria y la prevención, cura o alivio de la enfermedad, incapacidad, dolor o sufrimiento.
- Principio de fidelidad, no maleficencia: El profesional sanitario ha de actuar de buena fe respecto a su paciente, colocando el interés de éste por encima de cualquier otra cosa.
- Principio de Justicia: Igualdad de accesos a los recursos sanitarios, también igualdad en el acceso a los cuidados en situaciones de escasez. Puede existir un conflicto cuando el personal sanitario, actuando por el mejor interés del paciente lesione a terceras personas.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo en equipo es fundamental en la unidad quirúrgica, pues toda intervención se lleva a cabo gracias a la colaboración de distintos profesionales, con lo que es fundamental que sepamos mantener y llevar una buena relación todos los miembros integrantes del equipo quirúrgico, pues una mala calidad en las relaciones interpersonales del equipo podría repercutir de forma negativa en los servicios prestados al paciente.

El paciente cuando llega a quirófano se encuentra en una situación de incertidumbre, inseguridad y dependencia que, en general, se experimenta frente al personal sanitario. El paciente necesita que se le informe de lo que sucede y de lo que va a suceder o puede suceder, aunque al mismo tiempo tenga miedo de saberlo. Cuanto más grave o más compleja sea la intervención más angustiado se sentirá.

Por todo esto el TCAE y el resto del personal deben mostrar hacia el paciente comprensión, afecto e interés, escucharlo apoyarlo y darle la información necesaria con palabras claras, que pueda entender y que le den tranquilidad. Esto hará que se reduzca la ansiedad ante la intervención.

6 Bibliografía

- El Auxiliar de enfermería en Servicios Especiales. Coordinadora, Laura Martínez Olivares.
- Técnicas del TCAE en Quirófano. Gemma Calvo Villa. Aula DAE.
- Protocolo de actuación y atención del equipo de enfermería al paciente en el proceso quirúrgico intraoperatorio. María Pilar Cristina Paes LLuna.
- Reglamento de Funcionamiento Interno HUCA, Hospital Universitario Central de Asturias.
- Norma funcional de la Unidad 2ª del HUCA, Hospital Universitario Central de Asturias.

Capítulo 829

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL DUELO

LAURA RAMOS LLANO

MARIA TERESA DIAZ DIAZ

ELISABET GRANDA GONZÁLEZ

1 Introducción

Conocemos cómo duelo a un proceso normal y complejo que incluye tanto respuestas emocionales como físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante el cual las personas la incorporan a su vida diaria. Ante una pérdida y de forma especial ante la muerte se desarrolla un duelo que consta de diferentes fases.

- Negación: fase que la persona se niega a creer que se está produciendo la pérdida; hay que dar soporte verbal y sin reforzar la negación.
- Ira: Puede ir dirigida hacia el resto del sanitario no debe tomarse como algo personal.
- Negociación: Se intenta buscar solución a pesar de conocer la imposibilidad de que la tenga. Escuchar con atención y animar al paciente o familiar a que hable.
- Depresión: Manifestación de tristeza .
- Aceptación: Se asume la pérdida. Es el momento donde hacemos las paces ante la pérdida permitiéndonos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido.

2 Objetivos

Detallar las funciones del técnico auxiliar de enfermería ante el duelo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en revistas de interés científico y diversas bases de datos utilizando los descriptores: duelo, pérdida, emoción.

4 Resultados

Se ha podido comprobar que ayudar a las familias recordándoles que el tiempo es la herramienta necesaria para recuperarse al igual que es importante “pasar el duelo” en el momento que se está sufriendo la pérdida para poder cerrar esa etapa de forma saludable, evitando así que se convierta en lo que conocemos como “duelo patológico”.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta que es un proceso natural, nosotros no debemos influir negativamente en el, sino positivamente, ayudando en lo que podamos para aceptar la pérdida.

6 Bibliografía

- El Duelo. Marcos Gómez Sancho.
- El tratamiento del duelo asesoramiento psicológico y terapia.
- Guía para familiares en el duelo. SECPAL.

Capítulo 830

EL TRASPLANTE RENAL

NATALIA GARCÍA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El trasplante de riñón es la forma más eficaz de tratamiento del fracaso renal. La intervención quirúrgica consiste en implantar un riñón sano al paciente que lo precisa. El riñón puede proceder de un donante vivo o de una persona fallecida. Para realizar el trasplante no se retiran los riñones propios.

La Organización Nacional de Trasplantes coordina toda la actividad relacionada con los trasplantes de órganos.

Las personas candidatas a trasplante son incluidas en la Lista de Espera. Cuando surge un donante se busca al paciente más adecuado en función de la compatibilidad y del grado de urgencia médica. Para ser incluido en esta lista se realizan una serie de pruebas que acreditarán si el paciente está en condiciones de recibir un trasplante.

2 Objetivos

- Devolver al paciente la calidad de vida que había perdido debido a la enfermedad.

3 Caso clínico

Paciente de 63 años incluido en la lista de trasplante renal, que acude a su sesión de Hemodiálisis habitual, recibe una llamada de la Unidad de Trasplante Renal de su hospital de referencia para que en el mínimo tiempo posible, acuda al mismo

para realizar las pruebas oportunas de compatibilidad ante la posibilidad de un trasplante renal de un paciente recientemente fallecido en accidente de tráfico.

Una vez que el paciente se encuentra en la Unidad de Trasplante Renal se realiza una prueba cruzada con el fin de determinar si el paciente la compatibilidad del paciente con el riñón donado, dado que la diálisis ya viene realizada no se precisa hacer.

4 Resultados

La medicación inmunosupresora son fármacos utilizados para la prevención y tratamiento del rechazo e impiden que se destruya el riñón trasplantado, pero también favorece la aparición de infecciones. Esta medicación debe de tomarse siempre cumpliendo los horarios y las dosis mientras el riñón funcione y existan indicación médica puesto que en gran parte depende el éxito del trasplante. Las revisiones a Nefrología se realizan con frecuencia y se irán distanciando con el paso del tiempo, según evolucione el trasplante.

5 Discusión-Conclusión

La realización de una dieta adecuada y equilibrada es fundamental y debe de ser individualizada a cada paciente. En un principio será más estricta, vigilando el consumo de azúcares, grasas y sal para prevenir la diabetes, obesidad e hipertensión para continuar posteriormente con una dieta saludable.

Como consejos: acudir siempre a las revisiones, consultar con el Nefrólogo cualquier problema (fiebre, disminución y cantidad de orina, dificultad respiratoria, edemas, vómitos, diarrea, dolor o aumento de tamaño en la zona del riñón trasplantado), siempre comunicar al especialista el cambio de medicación por parte de otras especialidades, seguir el tratamiento en las dosis pautadas, vigilar el estado de la piel y mantener una buena higiene e hidratación. Evitar la exposición prolongada al sol utilizando cremas de protección total, cepillado de los dientes a cada comida. En el caso de las mujeres, se recomienda utilizar al menos durante un año medidas anticonceptivas. Precaución con los animales dado que transmiten infecciones. Evitar hábitos tóxicos. Practicar ejercicio físico habitual adaptado a las posibilidades del paciente.

6 Bibliografía

Basado en una revisión bibliográfica en diversas bases de datos y diferentes protocolos establecidos para este tipo de patología.

Capítulo 831

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

LAURA RAMOS LLANO

MARIA TERESA DIAZ DIAZ

ELISABET GRANDA GONZÁLEZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica que mezcla factores genéticos, metabólicos y ambientales. Su origen se relaciona con un desequilibrio entre la energía ingerida (alimentación inadecuada) y la gastada, como consecuencia de la falta de ejercicio físico. La OMS informa que es la epidemia no infecciosa del siglo XXI.

2 Objetivos

Analizar los datos sobre la prevención y tratamiento de la obesidad infantil en la infancia mediante diferentes programas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos (Scielo y Pubmed/Medline) utilizando los descriptores: obesidad, prevención, infantil.

4 Resultados

Una correcta orientación nutricional a través de la educación, asociada con la práctica de actividad física produce efectos positivos en la pérdida de peso e IMC de niños y adolescentes además de prevenir la aparición de las mismas en niños con normopeso. Todos los programas y publicaciones seleccionadas combinan la actividad física, dieta, educación para la salud con el objetivo de adquirir conductas y estilos de vida saludable.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido observar mediante el análisis realizado la importancia de la educación para la salud en los jóvenes ,fomentando el refuerzo positivo para la modificación de las conductas no apropiadas ,así como la importancia de las familias en este proceso.Han conseguido mediante estos programas disminuir la obesidad en la edad pediátrica y así promocionar la prevención de riesgos para la salud disminuyendo con ello el gasto sanitario y teniendo así una futura población adulta más saludable.

6 Bibliografía

- OMS.
- JC Revuelta pediatría atención primaria.
- Asociación Española de Pediatría.

Capítulo 832

PREPARACIÓN PREVIA A UNA COLONOSCOPIA.

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

1 Introducción

La colonoscopia es un procedimiento cuyo objetivo es explorar el colon y el íleon terminal. Las indicaciones son numerosas, pero en general la más frecuente se relaciona con descartar lesiones neoplásicas (incluyendo pólipos adenomatosos). También como prueba rutinaria o para estudios de rectorragias idiopáticas, también en sospechas de intolerancias alimentarias como el gluten o en diagnosis de enfermedades intestinales.

La colonoscopia se realiza en ayunas y requiere una preparación previa para una buena visualización de todas las estructuras. En la actualidad, con el desarrollo de la técnica de la colonoscopia, el empleo de endoscopios de menor calibre y más flexibles, y el uso frecuente de sedo analgesia, la preparación para la colonoscopia representa la parte más desagradable de la prueba para la mayoría de las personas que se someten a ella, y es uno de los motivos por los que las personas rechazan someterse a colonoscopias para el cribado del cáncer colorrectal. Un segundo objetivo por lo tanto debe ser conseguir una preparación que sea bien tolerada.

La preparación para la colonoscopia incluye el uso de agentes que pueden producir alteraciones hidroelectrolíticas y/o renales, especialmente en personas de edad avanzada y con comorbilidad. Por lo tanto, debe extremarse la seguridad, seleccionar el agente más adecuado para cada individuo, y garantizar que la ingesta se haga de manera correcta para reducir los riesgos.

Lo principal los días antes de la colonoscopia es la dieta. Se comienza con una dieta baja en residuos. Están permitidos los siguientes alimentos: leche y yogur natural desnatados, mantequilla en poca cantidad, quesos frescos y quesos duros; pan blanco o tostado y galletas no integrales; caldos sin verduras, arroz y pastas no integrales; carnes y pescados blancos a la plancha o cocidos, patatas en puré o cocidas, sin la piel, membrillo, melocotón en almíbar, manzana o pera cocida o asada, sin piel; café, té e infusiones ligeras.-Y prohibidos estos otros: productos lácteos enteros, quesos grasos, productos integrales, frutas, verduras y legumbres, carnes grasas, embutidos, pescados azules, chocolate, pasteles y frutos secos.

El día anterior a la colonoscopia el paciente dejará de tomar alimentos sólidos al menos unas 3 ó 4 horas antes de iniciar la limpieza intestinal con uno de los métodos. A partir de ese momento sólo podrá tomar "líquidos claros": agua, infusiones, caldos filtrados, café o té, zumos de fruta colados y bebidas refrescantes claras. Acompañando a la dieta horas antes de la prueba en el periodo de "sólo líquidos" se toman unos preparados especiales para terminar con la limpieza intestinal. Estos se mezclan con agua generalmente y se toman de forma protocolaria según el que sea prescrito. Nos ayudarán a llevar una buena preparación en la prueba pero tiene riesgos como deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. Sobre todo en pacientes de mayor edad o con pluripatologías.

2 Objetivos

- Conocer la preparación previa a una colonoscopia y cuándo se hacen.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en bases de datos de la salud mediante el uso de descriptores de la salud. Se escogen los artículos más similares a la información expuesta en el trabajo, incluido en guías también de actuación protocolizadas en España.

4 Resultados

Es muy importante la preparación previa a las colonoscopias no sólo porque la prueba sea exitosa, también porque como una prueba que necesita cierta sedación conlleva unos riesgos y cuantas menos veces se asuman mejor para el paciente. También porque en numerosas ocasiones los pacientes sufren de pluripatologías

que dificultan su preparación y a los que los fármacos utilizados en las preparaciones provocan desequilibrios en su salud.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante la preparación previa a las colonoscopias no sólo porque la prueba sea exitosa, también porque como una prueba que necesita cierta sedación conlleva unos riesgos y cuantas menos veces se asuman mejor para el paciente. También porque en numerosas ocasiones los pacientes sufren de pluripatologías que dificultan su preparación y a los que los fármacos utilizados en las preparaciones provocan desequilibrios en su salud.

6 Bibliografía

- D. Provenzale, K. Jasperson, D.J. Ahnen, et al. Colorectal cancer screening, Version 1.2015. *J Natl Compr Canc Netw*, 13 (2015), pp. 959-968.
- C. Hassan, M. Bretthauer, M.F. Kaminski, et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*, 45 (2013), pp. 142-150.
- DiPalma J, Brady C. Colon Cleansing for diagnostic and surgical procedures: polyethyleneglycol-electrolyte lavage solution, 84 (*Am J Gastroenterol* 1989), pp. 1008-1016.

Capítulo 833

MEDIDAS EN AISLAMIENTOS HOSPITALARIOS.

NURIA MURIAS GARCIA

CARLA MURIAS GARCÍA

NURIA GARCIA SUAREZ

ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ

CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE

1 Introducción

Las propias características del paciente han promovido el interés de llevar a cabo medidas de protección actualizadas para prevenir la transmisión de enfermedades y garantizar la seguridad de todas las personas cuando es necesario un aislamiento hospitalario.

2 Objetivos

- Limitar los pasos a seguir en la asistencia a pacientes con infecciones y/o colonizaciones por microorganismos que pueden producir enfermedades transmisibles en el medio hospitalario.
- Proteger a pacientes, personal sanitario y visitas.

3 Metodología

Se realizaron revisiones y análisis de publicaciones y guías como la guía de la OMS. Se revisaron protocolos actualizados del centro de trabajo.

4 Resultados

Hay que tener una correcta actualización de las medidas de precaución, además de una importante unificación de criterios entre los distintos profesionales y unidades de gestión.

Todo esto da como resultado un aumento de los conocimientos del personal sanitario y usuarios lo que permite minimizar la transmisión de microorganismos causantes de diferentes enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La formación del personal, la información clara, sencilla y accesible en conjunto con la educación sanitaria a las visitas y cuidadores. Todo ello acompañado del cumplimiento estricto de las medidas de precaución por parte de las personas implicadas es la mejor forma de conseguir la seguridad para todos y por tanto nuestros objetivos.

6 Bibliografía

- [Http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf](http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf).
- <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/memorias/2007/>
- <https://www.who.int/csr/resources/publications/standardprecautions/es/>.
- <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es>

Capítulo 834

“EL AISLAMIENTO INVERSO. EL GRAN DESCONOCIDO”

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

1 Introducción

Estamos acostumbrados a ver habitaciones hospitalarias con medidas de aislamiento, de contacto aéreo, que todos conocemos y manejamos, pero no es tan usual ver los aislamientos inversos, que no todo el mundo maneja de la misma manera ni conocen con igual detalle. De forma general un aislamiento se define como un proceso por el cual se establecen unas medidas de seguridad para impedir la transmisión de enfermedades infecciosas mediante la ruptura de los mecanismos de transmisión, minimizando la incidencia de infecciones nosocomiales, previniendo y controlando nuevos brotes. Según el CDC (centres for Disease Control and Prevention) existen varios tipos de aislamiento.

El aislamiento estricto, protector o inverso está dirigido a pacientes con las siguientes patologías: leucopenias, leucemias, trasplantados, quemados con más de un 25 % de la superficie corporal y a paciente que reciben grandes dosis de medicación inmunosupresora tumoral, etc. Sus necesidades de aislamiento inverso pueden cambiar con el tiempo. Es posible que necesite menos restricciones a medida que las analíticas sanguíneas mejoren. Podría comenzar a sentirse solo. Esto podría suceder si tiene que limitar las visitas o si no se permiten visitas por un tiempo. Es posible que también note que el personal sanitario entra en su habitación con menos frecuencia. El personal a veces limita la cantidad de veces entran en la habitación para reducir el riesgo de infección. Entrarán en su habitación cuando necesite algún cuidado.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Conocer lo que significa aislamiento inverso.

Objetivos secundarios:

- Apoyar al paciente.
- Proteger al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es un procedimiento de aislamiento dirigido a proteger a un paciente frente a organismos infecciosos que pueden ser transportados por el personal, por otros pacientes o por las visitas, o a través de las gotitas presentes en el aire o en los aparatos o materiales. El lavado de manos, la obligación de llevar bata o guantes, la esterilización o desinfección de materiales introducidos en el área y otros aspectos de la limpieza varía con la causa del aislamiento y con los procedimientos habituales de cada hospital, y de esto está encargado principalmente el personal de enfermería y los TCAE junto a la medicina preventiva del centro.

5 Discusión-Conclusión

Nos aseguramos de que el paciente con riesgo de padecer infecciones por contagio no lo haga y mantenemos las medidas estrictas el tiempo necesario que precise el paciente.

6 Bibliografía

- Santolaya De P, María Elena et al. Consenso Manejo racional del paciente con cáncer, neutropenia y fiebre: Rational approach towards the patient with cancer, fever and neutropenia. Rev. chil. infectol. [online]. 2005, vol.22, suppl.2 [citado 2017-04-11], pp.79-113.
- Protocolo PANDA Ministerio Salud 2013.
- Orrett FA. Pneumococcal infections in Trinidad: patterns of antimicrobial susceptibility: 1994-2002. Jpn J Infect Dis. 2005;58:20-4.

Capítulo 835

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DENTRO DE QUIRÓFANO

MARIA TERESA DIAZ DIAZ

ELISABET GRANDA GONZÁLEZ

LAURA RAMOS LLANO

1 Introducción

Los procesos de actuación en enfermería en el ámbito quirúrgico, es muy importante conocerlos y tenerlos actualizados, ya que es una unidad especializada que precisa de una formación teórica amplia, que contribuya a satisfacer las siguientes necesidades detectadas por el colectivo de enfermería:

- Conocimiento exhaustivo del material quirúrgico.
- Instrumentación y función de la enfermera a lo largo de todo el proceso operatorio.
- Formación básica en anestesia.
- Preparación del paciente.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Preparar la piel del paciente para eliminar cualquier tipo de suciedad e impurezas.
- Apoyar al paciente emocionalmente.

Objetivos específicos:

- Apoyar psicológicamente al paciente, la ansiedad es uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico, por ello es importante paliar en la medida de lo posible esa inquietud, informando al paciente del plan de cuidados, a la familia del tiempo estimado de la intervención e indicarles donde deben permanecer a la espera de información.
- Proteger la intimidad y pertenencias del paciente.
- Colocar el instrumental correctamente antes y después de la intervención.
- Colaborar con las enfermeras en la colocación del equipo estéril, lavado de manos y contenedores de instrumental.
- Preparar y comprobar los sistemas de aspiración al vacío.

3 Metodología

La metodología de investigación utilizada es de tipo documental, guías hospitalarias, fundamentalmente en el protocolo de actuación de enfermería ante una intervención quirúrgica.

4 Resultados

Los auxiliares de enfermería son profesionales de referencia para el paciente y deben procurar que éste sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice. Con las acciones de asepsia mejora la calidad y rapidez de las intervenciones, minimizando los riesgos de infecciones nosocomiales o cualquier otro tipo de complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

El personal auxiliar de enfermería es considerado como un miembro muy importante del equipo quirúrgico, tanto para el paciente minimizando sus miedos, como para la puesta en marcha de cada intervención, asegurando que cada quirófano se encuentra en perfectas condiciones, asegurando la reposición del material quirúrgico y apoyando al personal de enfermería en todas sus funciones.

6 Bibliografía

- Auladae.com.

- Enferalicante.org.
- El tcae en quirófano de formación continuada de Loggos.

Capítulo 836

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

MARIA SAGRARIO GARCÍA AVELLO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud, lo define en un documento publicado en 1990 a propuesta de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el "Cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. el control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos sociales y espirituales es primordial".

El desarrollo de los cuidados paliativos es una necesidad para proporcionar una respuesta a las enfermedades crónicas y a las enfermedades incurables para mitigar el dolor de los pacientes y de sus seres queridos y evitar que sufran ese dolor. A nivel estatal el modelo de cuidados paliativos integra a pacientes y familias. y se trabaja en que sean generalizados y lleguen a todos los que necesitan estos cuidados y con una atención experta.

2 Objetivos

Concienciar de la enorme importancia que tiene evitar el dolor al final de la vida.

3 Metodología

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

tífica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, póster de congresos y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Descriptores: Cuidados paliativos, enfermedad terminal, final de la vida.

4 Resultados

Entre el 60-65% de los pacientes en situación terminal requerirán un nivel de complejidad muy alto en los cuidados paliativos. Hay que mejorar la comunicación interdisciplinar entre los que trabajan al lado de la cama del enfermo y los que desarrollan las normativas involucrando a todos para avanzar en la mejora de los cuidados paliativos.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento de la población conlleva un mayor riesgo de tener a lo largo de su vida alguna enfermedad crónica. Las políticas sanitarias les urge desarrollar planes para mejorar los cuidados paliativos que aumenten la concienciación, que esos cuidados sirvan para todos y en conclusión que se siga avanzando y desarrollando los cuidados paliativos.

6 Bibliografía

- Cuidados paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: Concepto y Factores pronósticos. SECPAL pags 2-5.
- Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Pags 22-41.
- Marcos Gómez Sancho. Cuidados paliativos atención integral a enfermos y familias Canarias ICEPSS. editores , Marzo 1998 pags. 147-168.
- Navarro Sanz, J.R. Cuidados Paliativos no oncológicos, enfermedad terminal, concepto y factores pronósticos. SECPAL pags 1-2.

Capítulo 837

TCAE CON EL PACIENTE CON DISFAGIA

ANA VIOR LÓPEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

1 Introducción

La deglución es un proceso complejo en el que intervienen seis pares de nervios craneales. Dichos nervios constituyen el aspecto automático de la deglución. Desde el punto de vista anatómico, la deglución se desarrolla principalmente en tres áreas: cavidad oral, faringe y esófago.

La deglución incluye el depósito de alimentos en la boca y las fases oral y faríngea de la deglución, hasta que el bolo alimentario pasa al esófago. A través de la deglución (reflejo deglutorio) los alimentos sólidos y líquidos pueden pasar de la cavidad oral al estómago. Una alteración de la deglución producida en la fase oral y/o faríngea se denomina disfagia orofaríngea.

Disfagia es cualquier anomalía en el proceso de la deglución durante el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago. Es un síntoma caracterizado por la sensación de dificultad o incapacidad de paso de alimentos desde la boca al estómago. Para explicar que es la disfagia con lenguaje coloquial la definimos como problemas para el paso de los alimentos desde la boca hasta el estómago. En esta dificultad para poder deglutir, vemos que hay diferentes grados que van desde muy leves, hasta formas severas en las que no se puede deglutir absolutamente nada. Esto puede dar lugar a problemas de deshidratación,

pérdida de peso y problemas de desnutrición. Así mismo la disfagia puede favorecer complicaciones pulmonares como las infecciones respiratorias, en ocasiones muy graves, consecuencia de aspiraciones, es decir, de paso de alimento a la vía aérea propiciado por la dificultad al deglutir.

La disfagia puede presentarse como dificultad para iniciar la deglución, como la sensación de parada del alimento en cualquier tramo desde la garganta hasta la entrada del estómago. Esto puede provocar la aparición de dolor e incluso náuseas y vómitos o la presencia de regurgitación, es decir, que el alimento vuelve a la boca.

El diagnóstico de disfagia se realiza mediante una correcta historia clínica al paciente, dirigido a definir las posibles causas y localización de la afectación. Es por ello que resulta muy importante definir en qué momento se produce la dificultad para la deglución, si es continua o intermitente, y si se han asociado síntomas acompañantes como pérdida de peso, dolor, fiebre.

Los enfermos de riesgo son aquellos con enfermedades neurológicas o neuromusculares, y aquellos que han sufrido traumatismos o procedimientos quirúrgicos en la cavidad oral o de la garganta. Indicar al facultativo los signos y síntomas de disfagia observados, ya que será preciso una evaluación por parte de un especialista.

La disfagia esofágica se refiere a la sensación de que los alimentos se pegan o se quedan atascados en la base de la garganta o en el pecho después de empezar a tragar. Aquí el tratamiento puede comprender dilatación esofágica, cirugía y medicamentos.

La disfagia orofaríngea es la dificultad para pasar los alimentos de la boca a la garganta y al esófago al comenzar a tragar. Aquí el tratamiento es ir al logopeda o un terapeuta de la deglución para ejercicios de aprendizaje para coordinar los músculos que se utilizan para tragar o a volver a estimular los nervios que provocan el reflejo de deglución, y aprender técnicas de deglución.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades de los cuidados para pacientes con disfagia desde el papel del TCAE.
- Ayudar al paciente y a sus familias o cuidadores a prevenir las complicaciones y atenuar los efectos de esta enfermedad.

3 Metodología

Se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos electrónicas (BMJ Clinical Evidence, York Centre for Reviews and Dissemination, Cochrane Library, PubMed, Medline, Scielo, Dialnet, Mediagraphic, Intramed y EMBASE). También búsquedas extendidas de páginas web en internet, y de resúmenes de conferencias, manuales de revistas publicados y revisión de los artículos recuperados.

4 Resultados

Las intervenciones del TCAE, irán encaminadas a favorecer la deglución, eliminar o reducir el riesgo de aspiración, mantener una nutrición adecuada y educar a los cuidadores informales. Enseñar la maniobra de Heimlich a miembros de la familia con el fin de prepararlos para posibles situaciones de urgencia.

El TCAE debe reconocer los síntomas característicos de este trastorno para anticiparse y prevenir las complicaciones. Los síntomas más habituales son : babeo del paciente, dificultad para abrir la boca, reflujo nasa, presencia de tos antes, durante o después de la deglución, sensación de ardor en la garganta, dificultad incipiente al tragar, presencia de comida residual en la garganta, cambios en el tono de voz e infecciones respiratorias recurrentes. El TCAE prepara los alimentos y líquidos según la gravedad del paciente en diferentes niveles de consistencia:

- Viscosidad baja/líquida: como agua, café, leche.
- Viscosidad media/néctar: zumo de melocotón o de tomate.
- Viscosidad intermedia: como miel.
- Viscosidad alta/pudin: como flan o gelatina.

Niveles de volumen:

- Volumen alto: alimentación con cuchara sopera rasa.
- Volumen medio: alimentación con cuchara de postre.
- Volumen bajo: alimentación con cuchara de café.

También adecuará las dietas a las diferentes consistencias: dieta triturada, dieta blanda, dieta de fácil masticación y deglución. Se deben seleccionar alimentos con la textura adecuada, según presentan más o menos dificultad en la deglución. Vigilar los alimentos de riesgo como dobles texturas, alimentos pegajosos, alimentos con pieles, crujientes o duros. La textura y volumen de los alimentos deben adaptarse a la capacidad del paciente para deglutirlos con seguridad y

eficacia. Es de gran importancia conocer el resultado del MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad) dicha valoración se realiza con el enfermo en sedestación y monitorización continua de la saturación de oxígeno, se administran bolos de 5, 10, y 20 ml con viscosidades néctar, puding y líquida (agua). SE comienza por la viscosidad néctar a volumen bajo, para ir aumentando este y se sigue el mismo procedimiento con el líquido claro y finalmente con la viscosidad puding. Se registra si se producen signos de alteración de la seguridad como tos, descenso de la saturación, diferente cambio de tono de voz, sello labial insuficiente o residuos orales. Cuando se encuentra algún signo que compromete la seguridad del paciente, no se pasa ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior.

También prepara al paciente, comprobando que está atento y va a colaborar, lo incorpora, es imprescindible que esté lo más recto posible, puede monitorizarle el nivel de saturación de oxígeno, para comprobar que va todo bien, explica al paciente lo que le va a realizar. Para minimizar el riesgo de aspiración y no hacer peligrar la salud del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La disfagia puede presentarse en cualquier franja de edad aunque es más patente en los extremos de la vida, período neonatal o tercera edad. Puede producirse debido a alteraciones estructurales o funcionales.

Las alteraciones estructurales se producen por una disminución de la luz esofágica o de la laringe dificultando el paso del bolo alimentario a través del canal. Las alteraciones funcionales se producen por el daño en el funcionamiento de la musculatura esofágica tanto estriada como lisa, produciéndose contracciones anómalas o débiles.

Otras causas de la disfagia las encontramos en la iatrogenia, es decir tras recibir quimioterapia o radioterapia o cirugía. También puede ser de origen psicológico o efecto secundario de algunos fármacos. Las pruebas complementarias nos permiten alcanzar un diagnóstico definitivo. En general se realizan tres clases de pruebas: pruebas endoscópicas, radiológicas y funcionales. El tratamiento de la disfagia depende fundamentalmente de cuál es su origen.

El TCAE, confirmará la existencia de disfagia y aspiración, valorará si mantiene la nutrición oral y si debe pedir exploraciones instrumentales. Las dificultades

para tragar no se pueden prevenir, pero si es posible reducir el riesgo de tener dificultades siguiendo unas recomendaciones: al comer o beber el paciente se debe encontrar en ambiente tranquilo y agradable. Evitar que hable durante la comida para disminuir el riesgo de atragantamiento.

Evitando las prisas, limitar la cantidad de comida a un bocado cada vez, los líquidos se han de consumir entre bocados, evitar la mezcla de alimentos con diferentes texturas, enseñara lo importante que es para el paciente que mantenga una correcta higiene bucal, la mala higiene es un factor de riesgo de neumonía por aspiración y de infección. Si los alimentos se atascaran, prevé colocar al paciente de pie, estirando la parte superior del cuerpo y los brazos, y que dé unos cuantos pasos.

Se recomienda al paciente que acuda al logopeda y al fisioterapeuta, realizar largas inspiraciones, si lleva dentadura postiza se asegura de su fijación antes de iniciar la ingesta. Dejar transcurrir 1-2 horas desde la cena hasta la hora de acostarse para asegurar que no quedan restos de comida en boca y esófago. Al finalizar la ingesta asegurarse de que la boca está totalmente libre de residuo. No ofrecer líquidos en botella ni en pajitas. No forzar si hay rechazo insistente a seguir comiendo. Insistir en la importancia de la alineación corporal para evitar broncoaspiraciones. Mantener postura erguida sentado 90° con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla, si es en la cama elevar ligeramente las rodillas con una almohada. Mantener la postura hasta 20 minutos tras la ingesta. La rehabilitación mejora la movilidad, fuerza y tono muscular de labios y lengua.

6 Bibliografía

- <https://www.mayoclinic.org>.
- <https://www.siicsalud.com>.
- <https://neurorhb.com>>tratamiento.
- <http://www.clc.cl>>media>Imágenes.
- <https://www.nestlehealthsciencie.es>.

Capítulo 838

CUIDADOS DEL T.C.A.E AL PACIENTE CON OXIGENOTERAPIA

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo. Aunque su principal indicación es para la insuficiencia respiratoria. En la oxigenoterapia la concentración de oxígeno debe ser siempre superior al 21%. Para la realización de la oxigenoterapia se debe realizar previamente una gasometría/espirometría. La gasometría es una prueba analítica que se solicita ante la sospecha de una insuficiencia respiratoria, es la medición en sangre arterial de oxígeno y dióxido de carbono, expresado en mm de Hg.

Los datos que nos aporta son:

- Presión parcial de oxígeno(PO_2) nos indica la cantidad de O_2 que los pulmones envían a la sangre.

- Presión parcial de dióxido de carbono (PCO₂) nos dice la capacidad pulmonar para eliminar el CO₂.

Material de administración de oxígeno.

- Manorreductor, esfera graduada que mide la presión de oxígeno en el interior de la bombona. El oxígeno saldrá mientras la presión interior sea superior a la atmosférica.
- Flujómetro, indica y controla la cantidad de oxígeno expulsado litros/min.
- Humidificador, frasco con agua estéril, por el que pasa el oxígeno. Así el oxígeno se administra humidificado, ya que seco irrita y deshidrataría la mucosa respiratoria.
- Equipo de administración de oxígeno (catéter, gafas nasales, cámara hiperbárica, mascarilla Venturi, mascarilla simple, ambú).
- Oxígeno.
- Central de oxígeno (instalación central de oxígeno que llega al cabecero de la cama).
- Balas o bombonas de oxígeno (cilindros de acero, donde se almacena el oxígeno a presión, uso domiciliario).
- Bombonas portátiles (tienen poca capacidad, pero se pueden llevar colgadas al hombro, uso domiciliario).

La oxigenoterapia se aplica en cuadros de:

- Hipoxia o hipoxemia, disminución de la cantidad de oxígeno por debajo de los valores normales.
- Hipercapnia, aumento de la cantidad de CO₂ por encima de los valores normales, como consecuencia de una hipoventilación.
- Hipoventilación, disminución de la ventilación pulmonar. Hay disminución del aire inspirado y espirado, con lo que se eleva la cifra de dióxido de carbono en sangre.
- Cianosis, color azulado de la piel y mucosas a causa de una oxigenación insuficiente de la sangre.

2 Objetivos

- Describir el papel del técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE) en el tratamiento con oxigenoterapia.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos en la base de datos Scielo, utilizando las palabras claves dificultad, respiratoria, oxígeno. De los resultados arrojados se han tenido en cuenta tres para documentar el tema que se desarrolla.

4 Resultados

El papel del TCAE en relación a la oxigenoterapia es la de comprobar que está el equipo colocado correctamente y su funcionamiento está siendo el correcto. A continuación, se presenta el protocolo del TCAE de la oxigenoterapia para pacientes con gafas de oxígeno.

Funciones del TCAE respecto al material:

- Preparar todo el material necesario para cada tipo de administración de oxígeno.
- Comprobar periódicamente el flujo y la concentración de oxígeno.
- Rellenar el agua del humidificador siempre que sea necesario.
- Colaborar en el cambio de los equipos de oxigenoterapia.
- Controlar que no se produzcan acodamientos en la alargadera.
- Terminada la administración de O₂, retirar el material utilizado, limpiar y colocar en el sitio adecuado (Tirar material desechable).

Funciones del TCAE respecto al paciente:

- Observar constantemente al paciente: vigilar ritmo, frecuencia, amplitud y que no exista dificultad respiratoria.
- Comprobar el estado de consciencia.
- Tranquilizar y animar al paciente para que el oxígeno cause los beneficios deseados.
- Ayudar y enseñar al paciente a realizar respiraciones profundas lentas y eficaces.
- Comprobar posición adecuada.
- Comprobar que el método empleado de oxigenoterapia es bien tolerado.
- Vigilar que la concentración de oxígeno es la adecuada, y también que el oxígeno es recibido de forma continua (que no se retire la mascarilla, gafa...)

5 Discusión-Conclusión

En pacientes con necesidad de oxigenoterapia se busca una mejora en el problema de la respiración. Es muy importante el correcto funcionamiento del aparataje,

y el TCAE es el encargado de comprobar que el paciente cumple con las indicaciones para que el tratamiento sea efectivo.

Una vez más las funciones del TCAE son de vital importancia ya que comprueban que la administración de oxígeno sea correcta, que no aparezcan lesiones a consecuencia de la oxigenoterapia como irritación en las fosas nasales, que el paciente adquiera buenos hábitos respiratorios.

En definitiva, con esta pequeña guía sobre las labores del TCAE ante un tratamiento con oxigenoterapia, tenemos como objetivo definir y clarificar las funciones del TCAE, resaltando la importancia de ceñirse al protocolo para obtener un tratamiento exitoso para el paciente.

6 Bibliografía

- Guía rápida y poster de dispositivos de oxigenoterapia para enfermería. Universidad de Navarra .
- Oxigenoterapia y rehabilitación respiratoria en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica .CÉSPEDES G, JUAN; ARANCIBIA H, FRANCISCO. Revista chilena de enfermedades respiratorias Jun 2011, Volumen 27 N° 2 Páginas 124 – 127
- Guías prácticas de diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas e hipopneas obstructivas del sueño: Actualización 2019: Sección Sueño, Oxigenoterapia y Tratamientos Crónicos Domiciliarios. Asociación Argentina de Medicina Respiratoria
- Nogueira, Facundo; Borsini, Eduardo; Cambursano, Hugo; Marcela, Smurra; Dibur, Eduardo; Franceschini, Carlos; Pérez-Chada, Daniel; Larrateguy, Luis; Nigro, Carlos.
- Revista americana de medicina respiratoria Mar 2019, Volumen 19 N° 1 Páginas 59 – 90
- Utilización de cánula nasal de alto flujo para el tratamiento de infecciones respiratorias bajas en cuidados moderados pediátricos del departamento de Florida
- Romero, Mario; Alzamendi,; Iturbide, Elisa; Archivos de Pediatría del Uruguay Oct 2018, Volumen 89 N° 5 Páginas 295 - 300

Capítulo 839

FUNCIONES DEL TCAE EN LA MOVILIZACIÓN Y TRASLADO DE PACIENTES.

ELENA MUÑIZ ALVAREZ

NURIA DÍAZ ARIAS

MARIA DE LA CONCEPCION PRIETO MALLO

ÁNGELES RODRÍGUEZ GARCÍA

VANESA MATA RAMOS

1 Introducción

El sistema esquelético muscular permite la movilidad al cuerpo gracias a la acción conjunta de estructuras rígidas (los huesos) y de unos elementos contráctiles (los músculos) y unos elementos que permiten la movilidad a las estructuras rígidas como son las articulaciones. La higiene es la rama de la medicina que tiene por objetivo la conservación de la salud y la prevención de enfermedades. La higiene postural es el estudio de la profilaxis y de la corrección de las posturas incorrectas en las actividades cotidianas y profesionales del individuo. El personal de enfermería, en su trabajo diario, tiene que manipular cargas con bastante frecuencia (cajas de sueros, paquetes de sábanas, aparataje diverso o movilizar enfermos).

Estas cargas suponen un riesgo de lesiones dorsolumbares muy elevado si no se realizan correctamente. La mecánica corporal tiene unas normas o recomenda-

ciones cuyo fin es evitar la fatiga y las lesiones. Las movilizaciones preventivas son los movimientos que realizamos en las articulaciones y que sirven para: evitar atrofia muscular, favorecen la circulación y mejoran el grado de movimiento de la articulación. Existen movilizaciones preventivas en:

- Movilizaciones preventivas en cuello: rotación, flexión, extensión, flexión lateral e hiperextensión en cuello.
- Movilizaciones preventivas en hombro, codo y antebrazo: abducción, aducción cruzada, flexión, extensión, hiperextensión, rotación interna y externa y pronación y supinación.
- Movilizaciones preventivas en manos y dedos: flexión palmar, extensión, hiperextensión, desviación cubital, desviación radial, flexión de dedos, extensión, abducción, aducción, oposición.
- Movilizaciones preventivas en cadera y rodilla: abducción, aducción, aducción cruzada, flexión, extensión, hiperextensión, circunducción, rotación interna y rotación externa.
- Movilizaciones preventivas en pie y tobillo: flexión dorsal, flexión plantar, inversión, eversión, aducción y abducción.

Las movilizaciones posturales: Son formas de ayudar al paciente a desplazarse dentro de la cama. No hay cambio de los puntos de apoyo. Cambios posturales: se realizan para favorecer la circulación de pacientes y evitar así la aparición de las úlceras por presión. Posiciones de los pacientes encamados: los pacientes que están encamados pueden adoptar diversas posiciones en función de si se trata de un plan de cambios posturales, de realizar alguna de las diversas técnicas de exploración médica que se pueden llevar a cabo, de facilitar intervenciones quirúrgicas o , simplemente, de buscar la mayor comodidad posible para el paciente. Las posiciones más habituales en las que podemos colocar a un paciente son: -decúbito supino, -decúbito lateral derecho o izquierdo, -decúbito prono o ventral, -sims, semiprono o posición inglesa, -fowler (semifowler o fowler alta), -ginecológica o de litotomía, -trendelemburg, -antitrendelemburg, -genupectoral o mahometana, -roser o proetz, -posición para realizar una punción lumbar o posición fetal.

Traslado de pacientes: los pacientes pueden ser trasladados a otras unidades del hospital o a realizar diversas pruebas. Este traslado puede realizarse en cama o en silla de ruedas. Por lo general, estos traslados los realiza el celador, pero en algunas ocasiones es el enfermero o el auxiliar el que los realiza. Para trasladar a un paciente a otra unidad hay que tener en cuenta los siguientes cuidados generales:

1. Comprobar la identificación.
2. Comprobar lugar del destino.

3. Cuidar la seguridad del paciente.
4. Abrigar al paciente.
5. Asegurarnos de que hay suficiente batería en dispositivos eléctricos.
6. Si se va a realizar alguna prueba, comprobar si es preciso alguna preparación previa del paciente y si se ha hecho.
7. Comprobar el estado del paciente si permite el traslado.
8. Comprobar que se lleva la documentación necesaria.
9. No dejar nunca solo a una paciente en un pasillo.

Las razones por las que una persona sufre una pérdida de movilidad son diversas. Puede deberse a efectos inherentes al tratamiento, una consecuencia de la discapacidad provocada por la enfermedad, o una reacción espontánea del paciente al sentirse enfermo. La presencia e importancia de la inmovilidad aumenta con la edad y es más prevalente en las mujeres que en los hombres; a su vez tienen más riesgo de sufrir esta incapacidad aquellas personas con menos recursos e institucionalizadas. En un paciente encamado al tener reducida la movilidad nos podemos encontrar alteraciones en los diferentes aparatos y sistemas. Por todo ello es muy importante la enseñanza en los T.c.a.e sobre la correcta movilización de los pacientes para evitar así posibles problemas de salud con el paso del tiempo tanto para el paciente como para el personal sanitario.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Aliviar el dolor y evitar edema e inflamación.

Objetivos secundarios:

- Mantener la integridad anatómica de la piel evitando las úlceras por presión.
- Prevenir las complicaciones respiratorias asociadas a la inmovilización, como las neumonías por aspiración y las atelectasias, los cambios de posición facilitan el drenaje de secreciones.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión bibliográfica en la base de datos Scielo utilizando las palabras clave salud, movilidad, pacientes, auxiliar de enfermería. De los resultados arrojados se han tenido en cuenta cinco para documentar el tema que se desarrolla.

4 Bibliografía

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

Capítulo 840

TÉCNICOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO.

MARIA YOLANDA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Para realizar una intervención quirúrgica se precisa, una preparación y practica de todo el personal; con métodos de desinfección, esterilización y determinadas precauciones de seguridad en el quirófono para que las operaciones se realicen en un medio seguro para el enfermo; el auxiliar de enfermería (TCAE) en todo este proceso juega un papel muy importante.

El TCAE como componente del equipo quirúrgico, trabaja junto a las enfermeras dando apoyo a su actividad y hace las actividades de limpieza, reposición y colocación de material en quirófono. Los enfermeros y TCAE convierten en los profesionales de referencia para el paciente, procurando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

Las funciones de los TCAE vienen recogidas en los artículos 74 a 85 de la Orden ministerial del 26 de abril de 1973m que aprueba el Estatuto del personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social. El artículo 74 de la Orden ministerial dice: “Corresponden a las auxiliares de enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del personal sanitario titulado superior. Los auxiliares de enfermería se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo

caso, dependerán de la Jefatura de enfermería y de la Dirección del centro”. En 1986 se crea la nueva categoría de auxiliar de enfermería sustituyendo al auxiliar de clínica. En 1990 se establece el nuevo título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, con cambios importantes en la formación.

2 Objetivos

El TCAE como componente del equipo quirúrgico, trabaja junto a las enfermeras dando apoyo a su actividad y hace las actividades de limpieza, reposición y colocación de material en quirófano para asegurar que el quirófano se encuentre en condiciones óptimas antes de la llegada del paciente. Los TCAE se convierten en los profesionales de referencia para el paciente, procurando que sea lo más independiente posible hasta que su situación se normalice.

3 Metodología

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

4 Resultados

A la llegada siempre se comprobaba que sea el paciente correcto, que la pulsera identificativa coincidiera con la historia clínica y con el parte quirúrgico.

-Periodo preoperatorio: el TCAE bajo la supervisión de enfermería colabora en los siguientes cuidados: Preparación del paciente el día de la intervención. La higiene del paciente si es válido se le proporciona el material necesario para su realización, si necesita ayuda se le hará lo que necesite. La zona que va a ser intervenida debe estar rasurada si lo precisa. Se hará con una esponja impregnada en clorhexidina es el antiséptico mas utilizado para la preparación de la piel. Enemas para la limpieza intestinal si lo precisa. Ayuno como mínimo es necesario estar 6 horas antes de la intervención.

-Periodo intraoperatorio: Comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica desde que el paciente entra en el quirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino posquirúrgico. Las actividades en quirófano de enfermería se llevan conjuntamente entre enfermera circulante (EC), enfermera instrumentista (EI) y el TCAE. Psicológicamente apoyar al paciente, uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico es la ansiedad. Se informara al paciente del plan de cuidados y a la familia del tiempo aproximado de la intervención y la unidad de destino postquirúrgica. Confirmar que no lleva dentadura postiza, joyas, vello, esmalte de uñas etc... Revisar que el aparataje y mobiliario se corresponda con la intervención a realizar. Mantener el quirófano en orden y dejarlo preparado para próximas intervenciones, se desarrollen con las mínimas complicaciones. Reponer y comprobar siempre los carros anestesia, medicación, material no fungible y fungible (comprobar y reponer suturas, compresas, sondas, gasas, paños, drenajes...). Preparar el equipo necesario para intervención con ayuda del celador para el traslado de material pesado. Correcto funcionamiento de bisturí eléctrico, bombas de infusión, manta de calor, mesa quirúrgica, etc... Trasladar al paciente a la cama quirúrgica, colocándolo en la posición adecuada a su intervención, una vez realizada la intervención colaboraran en el traslado del paciente a la cama (enfermera circulante, anestesista, auxiliar de enfermería, celador) esta maniobra debe ser teniendo especial cuidado con catéteres, sondas, drenajes, etc....

- Periodo postoperatorio. Es periodo posterior a la operación, en esta fase cuando se produce la recuperación postanestésica del paciente. Están monitorizados dos horas (según la intervención y resultados de está). Mantener constantes vitales, vigilar sangrado de la herida etc... Una vez realizada la intervención y el paciente es trasladado a su unidad de destino postquirúrgica. Se retira todo el material desechable, se limpiara con desinfectante el mobiliario de quirófano, mesas, suelos etc.; se limpiara el material con agua y se sumergirá en un desinfectante unos 20 minutos se aclara y secura para empaquetar y mandar a esterilización .Reponer y comprobar siempre los carros anestesia, medicación, material no fungible y fungible (suturas, compresas, sondas, gasas, paños, drenajes...) quedando preparado para la próxima intervención.

5 Discusión-Conclusión

Realizar reuniones con el resto del equipo a fin de lograr la coordinación que permita los cuidados eficaces. Trabajar en equipo no es fácil, requiere un esfuerzo

de todos los componentes del mismo. Conocer la técnica quirúrgica y el nombre del instrumental para facilitar el trabajo en equipo, no es solamente limpiar y reponer.

6 Bibliografía

- Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 210-222. - García García A, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005.
- Lavado y pintado quirúrgico del paciente. PTN de uso interno del Hospital General Universitario Gregorio Marañón; Madrid.

Capítulo 841

TRASTORNOS MUSCULOESQUÉLETICOS RELACIONADOS CON EL TRABAJO EN PERSONAL HOSPITALARIO

ANDREA MONTES TORRES

IOANA VALERIA ROMAN

JAIME ALVAREZ DIAZ

MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ

SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

En España en las últimas décadas, las enfermedades profesionales con una mayor prevalencia son los trastornos musculoesqueléticos cuya importancia en el entorno laboral ha ido aumentando en cuanto a su aparición e implicaciones socio-sanitarias.

La OMS define el término “enfermedades relacionadas con el trabajo” como el conjunto de aquellas enfermedades de origen multicausal en las que el trabajo contribuye de una forma significativa pero con distinta magnitud.

2 Objetivos

Conocer los patologías musculoesqueléticas más frecuentes del personal sanitario en el ámbito laboral.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. La búsqueda se ha restringido a artículos en castellano e inglés. Las palabras clave utilizadas: Palabras clave: Dolor lumbar, personal sanitario, trastornos musculoesqueleticos.

4 Resultados

Los trastornos musculoesqueléticos(abarcan un conjunto de patologías degenerativas e inflamatorias en el sistema locomotor, que en el caso de relacionarse con el ámbito laboral fundamentalmente incluyen:

- Inflamación de tendones: tenosinovitis y tendinitis mayormente en la muñeca, codo y hombro.
- Mialgias con predominio en el hombro y la región cervical.
- Síndromes de atrapamiento en brazo y muñeca.

Trastornos degenerativos que afectan la columna vertebral, mayormente en la región lumbar y cervical.Los trastornos musculoesqueléticos, podemos clasificarlos según su anatomía y sintomatología:

1. Cuello: Dolor cuello-hombro. Sintomatología: tensiones, contracturas musculares, chasquidos, debilidad.
2. Miembros superiores:
 - Síndrome del túnel carpiano, epicondilitis, tenosinovitis.
 - Sintomatología del miembro superior: dolor en muñecas y manos, chasquidos, debilidad.
3. Espalda/cadera. Dorsalgias, lumbalgias, dorsolumbalgias, ciatalgias. Sintomatología: dolor en caderas, coxalgias, chasquidos, debilidad.
4. Miembros inferiores. Rodillas, piernas y pies: Sintomatología: dolor, inestabilidad, pérdida de fuerza, debilidad.
5. Resto del cuerpo. Sintomatología: cefalea, dolor mandibular, dificultad para tragar, dificultad para respirar.

La lumbalgia se define como el dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna vertebral. Ocupa el primer puesto dentro de las dolencias musculoesqueléticas, que a su vez constituyen el segundo lugar entre las patologías producidas por el trabajo. Es la causa más frecuente de limitación de la actividad laboral (, por lo que tiene una gran repercusión económica, tanto en días de trabajo perdidos, como en gasto sanitario y prestaciones por baja laboral. En el ámbito sanitario el dolor de espalda es una patología muy frecuente tanto en enfermeros, fisioterapeutas, TCAE o celadores. En cuanto a los factores laborales de riesgo, la aparición del dolor de espalda, incluyendo la zona lumbar, puede producirse de forma accidental por sobreesfuerzo mientras se realiza el movimiento. El principal causante de la lumbalgia en el ámbito laboral es levantamiento de cargas.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario, en muchas ocasiones debido a la sobrecarga de trabajo durante la jornada laboral es propenso a sufrir diversos trastornos musculoesqueléticos desencadenados fundamentalmente por el levantamiento de pesos y las malas posturas. Dentro de los trastornos anteriormente mencionados, las lumbalgias son las más frecuentes.

6 Bibliografía

1. Morata Ramírez M A, Ferrer Pérez V A Interaction between occupational stress, psychological stress and low back pain: a study in health care workers in traumatology and intensive care unit wards *Mnpfie Medicina*, 2004; 15: 199-211
1 *Mapfre Medicina*, 2004; 15: 199-211.
2. Díez MA Lumbalgia y ciática: prevención. *Farmacia profesional* 2003; 17 (9): 50-56.
3. Olivares L, Arnúero P. Lumbalgia y absentismo laboral. *Medicina del Trabajo*. 1993; 2: 174-180.

Capítulo 842

FUNCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE DIÁLISIS

MARÍA BELEN GALINDO MARTINEZ

MARÍA ELENA ARIAS FERNÁNDEZ

OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ

DESIREE PRIETO FERNANDEZ

1 Introducción

La diálisis es un método de depuración de la sangre, cuyo objetivo es eliminar los líquidos y productos de desecho innecesarios para el organismo, cuando los riñones no pueden hacerlo, ante la insuficiencia renal. Permite regular el equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico cuando los mecanismos fisiológicos son inadecuados para evitar la acumulación de sustancias de desecho en la sangre (urea, ácido úrico, creatinina, etc.).

Hay dos tipos de diálisis, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, nosotros vamos a centrarnos en la hemodiálisis donde la presencia del auxiliar juega un papel importante tanto en el aspecto laboral como psicológico.

En la hemodiálisis es necesario extraer la sangre fuera del cuerpo para depurarla, para ello necesitaremos un lugar, una localización que nos permita llegar a ella. Este lugar o punto de localización es lo que llamamos acceso vascular. Estos accesos pueden ser:

- Accesos vasculares externos -> Fistulas arteriovenosas externas (F.A.V.E)
- Accesos vasculares internos -> Fistulas arteriovenosas internas (F.A.V.I)
- Catéteres vasculares

La sangre ya depurada, regresa a la circulación sanguínea del paciente a través de un detector de burbujas de aire. Durante el proceso se añade un anticoagulante (heparina) a la sangre extraída para facilitar su circulación por el dializador. El dializador es un sistema que incluye una membrana semipermeable para separar el líquido dializado de la sangre, sin que se mezclen nunca. Debe ser hermético, resistente y por supuesto estéril. Los dializadores pueden ser de diferentes formas, volúmenes y tamaños. Han ido evolucionando a lo largo de la historia en cuanto a sus materiales de construcción, volumen, tamaño, etc.

En la actualidad existen dos tipos de dializadores:

- Fibra hueca o capilar -> Tiene dos cámaras definidas, separadas por la membrana. Es de forma tubular. La membrana tiene forma cilíndrica y de calibre milimétrico, esta permite albergar la sangre y liberar por sus poros las toxinas de la misma.
- Placa -> Tiene forma de cuadrilátero, la sangre se reparte en placas que delimitan la membrana con sus poros.

Monitor de diálisis es lo que conocemos como máquina, es un aparato electrónico más o menos complejo que permite junto al dializador o filtro y demás tubos, agujas, pinzas, ... llevar a cabo la hemodiálisis.

Técnica y funcionamiento de la hemodiálisis

1. Preparación de la máquina de hemodiálisis.

En primer lugar hay que comenzar con la preparación del entorno de trabajo, localizar el material necesario y conocer al personal implicado en la misma. El técnico auxiliar en cuidados de enfermería será el encargado de mantener a punto el monitor y el material necesario (filtro, líneas, bicarbonato,...). Se encargará de encender el monitor de diálisis y verificar que la llave de paso de agua está en correcta posición para que se pueda constituir el líquido de diálisis y por último dotará al monitor de los líquidos para la preparación del baño de diálisis (bicarbonato, ácido). Una vez hecho esto el auxiliar observará si se realizan correctamente los test y que la máquina continúe formando líquido de diálisis. En caso de que en el chequeo de un monitor este detecte error, el auxiliar deberá retirarlo y proporcionar otro que se tenga de reserva a la unidad.

2. Procedimiento de conexión

El auxiliar de enfermería es el encargado de preparar el asiento o cama del pa-

ciente, dependiendo de las características de este y de cómo esté organizada la unidad ya que en algunos hospitales periféricos solamente cuentan con camas. Se acompañará al paciente a la báscula y se anotará el peso exacto, aspecto muy importante. El paciente debe ser pesado siempre con la misma ropa y calzado, en la medida de lo posible.

En caso de ir en silla de ruedas, esta se debe pesar aparte y restar del peso total, ya que es muy importante ser lo más exactos a peso real para más tarde programar la diálisis.

Conexión del paciente a la máquina.

1. Conexión mediante fistula arteriovenosa

El material necesario será: paño estéril, gasas, guantes, jeringa de 10 cc., antiséptico, compresor, agujas de hemodiálisis y esparadrapo. Todo ello ha de ser estéril. Para conectar la fistula, la enfermera pinchará con dos agujas, una que actuará de arteria que extraerá la sangre del paciente y otra de vena, que introducirá la sangre dializada al paciente. Ambas agujas deberán estar siempre que sea posible en direcciones opuestas y con una separación media de cuatro dedos para garantizar que no haya recirculación. La línea arterial consta de diferentes partes. Conexión a la arteria, entrada del suero fisiológico, cuerpo de bomba, atrapa burbujas arterial y detector de presión arterial, por último conexión al dializador. La línea venosa contiene una conexión al dializar, atrapa burbujas venoso, detector de presión venosa, clamp venoso y conexión a la vena del paciente. La línea arterial es de color roja mientras que la venosa es azul. Tanto las líneas como el dializador y las agujas son estériles y exclusivas a cada uso.

2. Conexión del paciente al catéter.

El material necesario será: paño estéril, gasas, jeringas, heparina (para extraer la del día anterior), guantes estériles, clorexidina, suero fisiológico y mascarillas (una para el paciente y otra para la enfermera). Para conectar al catéter se quitan los tapones que protegen las luces del catéter, se extrae la heparina que se introdujo en la desconexión de la última sesión de diálisis y se realiza el lavado con el suero fisiológico en ambas luces. Generalmente el catéter tiene una luz identificada en color rojo que sería la arterial y otra luz con color azul, la venosa.

Una vez preparado el acceso vascular, sea catéter o fistula, la enfermera procederá a la conexión del paciente de diálisis. Terminado el tratamiento se procederá a la desconexión del paciente por parte de la enfermera, la auxiliar llevará a la báscula al paciente después de haber comprobado que la finalización de la diálisis ha sido correcta y el paciente se encuentra bien. El peso será anotado y comunicado a la

enfermera encargada del paciente.

Generalmente la hemodiálisis requiere tres sesiones por semana de 3 a 6 horas de duración. En cada unidad de diálisis hay unos protocolos de actuación para la auxiliar de enfermería realizados por el personal de la unidad, donde se reflejan los pasos a seguir ante una determina técnica o situación. Deben ser conocidos por todo el personal de enfermería para que exista una regularidad y orden en el equipo de trabajo. El lavado de manos debe ser exhaustivo después de asistir y/o ayudar a los pacientes.

2 Objetivos

Destacar el importante papel del técnico auxiliar de enfermería en sus funciones dentro del servicio hospitalario de diálisis.

3 Metodología

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

4 Resultados

El servicio de diálisis es un servicio en el que a priori puede parecer que el auxiliar tiene una función meramente de limpieza y mantenimiento, sin embargo, para trabajar en dicho servicio el auxiliar debe adquirir unos conocimientos específicos para trabajar conjuntamente con la enfermera y el médico. Estos conocimientos van a permitir detectar al auxiliar una situación de urgencia en cualquier momento. Lo que se busca es llevar a cabo un trabajo en equipo, hacer una cadena correlativa de acciones, procurando que no falte ningún eslabón que pueda interrumpir el proceso.

Además el auxiliar ha de estar expectante antes los cambios patológicos de las vías genito-uritarias que a menudo se ignoran o pasan desapercibidas en detrimento de la calidad de vida del paciente, sobre todo en pacientes de edad avan-

zada, es importante el conocimiento y observación de los riesgos y síntomas de este tipo de alteraciones que con un diagnóstico precoz podrán tener un tratamiento a su alcance.

El auxiliar de enfermería tiene que conocer las repercusiones de las enfermedades renales en los pacientes. Conocer cuáles son las principales patologías y cuidados que necesita el enfermo renal.

Los pacientes en diálisis son dependientes de este proceso de tratamiento, así como del personal sanitario que a veces tratan de pagar la inestabilidad que crea en ellos el inicio de esta nueva situación. El auxiliar de enfermería juega un papel muy importante en los cuidados básicos de estos enfermos. Ha de educarlos en la alimentación, instruirlos en la higiene ya que es un aspecto muy importante no sólo la higiene corporal si no también la bucal, vigilar la temperatura corporal por riesgos de infecciones y la aparición de secreciones de cualquier tipo así como su consistencia. Controlar la entrada y salida de líquidos (haciendo especial hincapié en el pesado)

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar de enfermería juega un papel muy importante con este tipo de pacientes y su familia, ya que es un intermediario directo con la enfermedad y el paciente. Estos enfermos son especiales, no por su patología, si no por su cronicidad y por la novedad y cambio de rol que la hemodiálisis supone en su vida. Tener en cuenta que aunque estén en vigilancia renal y en consulta de predialisis, el comienzo de la misma supone un impacto que les hace cambiar su conducta, su forma de pensar, su actividad, incluso su comportamiento surgiendo mecanismos de defensa como la negación, rechazo y la depresión. Podemos ayudar a los pacientes a seguir las recomendaciones que necesitan para ir introduciendo los cambios que van a venir en consecuencia de su patología.

Sería muy importante que tanto a los pacientes como familiares y personal sanitario, tuvieran un apoyo rutinario de profesionales sobre todo psicólogos. En el enfermo y su familia para afrontar su nuevo estilo de vida y al auxiliar ya que a parte de sus funciones ha de procurar el bienestar del paciente y entenderlo de forma individualizada. En definitiva, con la búsqueda de un objetivo: conseguir entre todos que los pacientes colaboren en el cumplimiento de su tratamiento y fomentando en ellos su autoestima y una mejor calidad de vida.

6 Bibliografía

- Evangelina Pérez, Ana Fernández. Auxiliares de enfermería. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana .1998.
- Giuseppe Russollillo. Guías didácticas para pacientes dializados y trasplantes de riñón. Fundación ONCE y ALCER. 1999.
- Lola Andreu Preriz. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Editorial Masson 2001.
- John T. Daugirdas, Todd S. Ing. Manual de diálisis. Ed. Masson 1996.

Capítulo 843

COMO MOVILIZAR A UN PACIENTE PARA PREVENIR LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS

MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ

ANDREA MONTES TORRES

IOANA VALERIA ROMAN

JAIME ALVAREZ DIAZ

SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

Actualmente en nuestra sociedad, las formaciones académicas relacionadas con el cuidado y manejo de personas enfermas centran más la preparación de los futuros profesionales en aspectos técnicos del tratamiento de los pacientes, dejando de lado materias básicas esenciales a las que debería darse una mayor importancia como, por ejemplo, las técnicas de movilización y transferencia.

En el caso de profesionales que no están lo suficientemente preparados y cuyo entorno de trabajo está mal adaptado a la fisiología humana, estas técnicas de movilización y transferencia van a suponer un riesgo muy importante de accidentes, destacando los trastornos musculo-esqueléticos de origen laboral que con el paso del tiempo pueden conducir a una patología invalidante con la consiguiente disminución del potencial físico del profesional.

2 Objetivos

- Movilizar a los pacientes que requieran ayuda total o parcial,disminuir el riesgo,deformidades y caídas.
- Favorecer la comodidad del paciente y evitar lesiones en el profesional.
- Estimular de forma precoz los movimientos activos voluntarios,y ayudar a adquirir control y coordinación en los movimientos.
- Conocer el manejo de los dispositivos de ayuda para la movilización.

3 Metodología

La metodología MAPO,es la única metodología disponible para cuantificar,de forma fiable y válida, el nivel de riesgo por movilización de pacientes en el ámbito socio-sanitario. Concretamente, utiliza el modo de análisis checklist para realizar estudios de aproximación porque en estos no se registran los datos relativos a la infraestructura disponible para obtener de una forma sencilla y rápida los niveles de exposición a la movilización de pacientes, o bien realizar una evaluación más detallada.Finalmente se obtienen unos resultados que muestran el valor que toman los índices para cada uno de los factores, el índice MAPO y el nivel de riesgo correspondiente.

4 Resultados

Los resultados de una apropiada movilización a un paciente, por parte del Personal de Enfermería, cuando sea necesario, buscando mover y acomodar al paciente en la cama o en cualquier otra superficie, de forma que se sienta confortable y cómodo, con cambios posturales frecuentes y buenas posiciones, evitando así las Úlceras por presión y mejorando el tono muscular, la respiración y la circulación.

5 Discusión-Conclusión

La movilización y transferencia de personas con movilidad reducida o con cualquier otro trastorno del movimiento, son actividades que están muy presentes en el sector hospitalario, geriátrico, centros de día...y que suponen una carga física considerable para el fisioterapeuta,o personal sanitario que en el caso

de no estar entrenado para ello, pueden provocarle importante lesiones musculoesqueléticas. Es importante recordar que después de cada una de estas movilizaciones y una vez colocado el paciente, es preciso tomar las precauciones necesarias, para prevenir complicaciones.

6 Bibliografía

- <https://www.efisioterapia.net>
- <https://www.sspa.juntadeandalucia.es>
- <https://www.ergoibv.com>
- <https://www.semanticscholar.org>

Capítulo 844

BUSQUEDA DE SOLUCIONES A LA DEFORMACIÓN PECTORAL CARTILAGINOSA MÁS FRECUENTE.

MARIA DEL ROSARIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

ANDREA MANJÓN SÁNCHEZ

LAURA GARCIA MARTINEZ

SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

MELISA ROBLES SANDINO

1 Introducción

Las deformación a nivel de la pared torácica, que se presenta en más del ochenta por cien de los casos, corresponden a alteraciones de los cartílagos costales y entre estas la más frecuente es el pectus excavatum.

Definimos pectus excavatum, como una malformación producida dentro de la caja torácica, que básicamente consiste en el hundimiento hacia adentro del esternón, en esta depresión el esternón se lleva con él a varias costillas, también se denomina tórax en embudo o en chimenea, dicho hundimiento puede producir en el tórax un desplazamiento de los órganos intratorácicos. El hundimiento del esternón genera una disminución de la distancia entre éste y la columna vertebral y puede ser solo de un tercio, de dos o de los tres tercios del esternón, también,

se puede hundir hacia la izquierda o hacia la derecha y así generar diferentes alteraciones geométricas en la distribución y configuración de los distintos órganos intratorácicos. La incidencia del pectus excavatum es aproximadamente de una entre cada mil personas nacidas, y es cinco veces más frecuente en hombres que en mujeres.

A pesar de que desconocemos la causa exacta del pectus excavatum, entre las distintas hipótesis que existen se apuntan como causas:

- Un crecimiento anormal de los cartílagos.
- Una fuerza muscular desproporcionada producida por una tensión anormal entre el esternón y los cartílagos costales.
- Un crecimiento anómalo de las costillas.
- También puede ser debido a una combinación de los apartados anteriores.

En la actualidad se considera que el mecanismo etiopatogénico es una hipertrofia en la longitud de los cartílagos costales debida a trastornos o anomalías del tejido conectivo, principalmente de las fibras de colágeno tipo II, que modifican sus características morfológicas e histoquímicas ocasionando una disminución de la estabilidad biomecánica de los cartílagos. Es posible que exista algún factor genético asociado.

El pectus excavatum se describe como leve, moderado o grave, en función del grado de hundimiento del esternón. La repercusión clínica va a depender de tres factores:

- La severidad del defecto torácico.
- La morbilidad cardiopulmonar.
- Impacto psicosocial del problema, en relación a la apariencia estética del afectado.

Dado que al disminuir el volumen de la caja torácica en el eje anteroposterior y el desplazamiento y compresión de las estructuras mediastínicas, las alteraciones más importantes afectan principalmente a los sistemas respiratorio y al cardíaco. Cuando las deformidades son más pronunciadas aparecen signos y síntomas relacionados con el esfuerzo como disnea, palpitaciones y dolor precordial con características isquémicas que se incrementan con la actividad física y paran al disminuir la intensidad del ejercicio.

Aunque la depresión esternal se puede evaluar cualitativamente mediante la exploración visual. Existen calibradores especialmente diseñados para calibrar la magnitud del defecto, consideramos que cuando el hundimiento del esternón es

superior a dos centímetros y medio, esta lesión ya es moderada-grave. Respecto a la función respiratoria, la taquipnea de esfuerzo es el síntoma más frecuente, especialmente en adolescentes, con reducción de la capacidad aeróbica en las formas más graves.

Aunque esta malformación puede estar presente al nacimiento, únicamente se diagnostica un tercio de los casos en el periodo neonatal. La evolución natural del pectus excavatum es hacia la estabilización o el empeoramiento en la adolescencia, siendo excepcional la remisión espontánea. En edades tempranas es poco probable que esta malformación presente síntomas, el incremento de la sintomatología surge durante la adolescencia. Los síntomas que se asocian con el pectus excavatum normalmente son, intolerancia al ejercicio, palpitaciones, sensación de ahogo con el esfuerzo, dolor torácico, infecciones frecuentes del aparato respiratorio, asma asociado, etc. Otra parte muy importante, principalmente en los adolescentes, es la preocupación por el aspecto físico. Sin embargo, existe poca relación entre la gravedad física del pectus y la preocupación acerca de la apariencia.

A pesar de la experiencia que se tiene en el manejo quirúrgico y no quirúrgico de esta malformación, todavía existe controversia respecto cuándo y cómo se deben tratar estas malformaciones. Los pacientes con pectus excavatum moderado o grave y que pueden presentar problemas cardiorrespiratorios deben ser evaluados por un especialista para poder detectar la gravedad de esta malformación, se realizaran las pruebas que el especialista considere oportunas, estas pueden ser:

- Espirometría: se ha objetivado que las anomalías detectadas en las pruebas de función pulmonar son de dos a tres veces menos frecuentes que los síntomas subjetivos pulmonares que refieren estos pacientes.
- Rx simple: escasa utilidad en la evaluación de la deformidad. Puede ser útil si existe cifoescoliosis concomitante o enfermedad pulmonar.
- TAC: útil para determinar con precisión la gravedad del defecto y su impacto intratorácico, existiendo la posibilidad de la reconstrucción tridimensional.
- Ecocardiograma.
- Prueba de esfuerzo: Algunos autores dicen que para detectar anomalías cardiopulmonares, la prueba de esfuerzo es más sensible que la espirometría.

En pacientes que no se consideren candidatos a la intervención quirúrgica, principalmente si son pacientes adolescentes se recomienda seguimiento periódico, dado que esas edades son periodos de rápido crecimiento y debido a esto, son etapas en las cuales la deformidad y síntomas asociados pueden aumentar no-

tablemente.

Según parece, los afectados con pectus excavatum pueden sufrir un deterioro de la autopercepción de la imagen corporal. Aunque tradicionalmente se consideró por parte de pediatras, neumólogos y cirujanos que el pectus excavatum era un problema solamente estético, estudios recientes han confirmado y cuantificado mediante evaluaciones psicométricas que el pectus excavatum deteriora la función psicosocial y disminuye la calidad de vida de los pacientes con esta deformidad. Los pacientes con esta malformación suelen evitar cualquier situación que implique mostrar públicamente su tórax, evitando participar en deportes de equipo o actividades lúdicas, exponerse en playas o piscinas, etc. Todos estos problemas se ven especialmente acusados durante la adolescencia, cuando la percepción de la imagen corporal tiene un importante papel en el establecimiento de una identidad independiente. Existen estudios que afirman que la corrección quirúrgica del pectus excavatum beneficia a los pacientes, consiguiendo una mejora notable de su función psicosocial y su calidad de vida tras la intervención.

Actualmente para el abordaje quirúrgico del pectus excavatum se utilizan dos técnicas ampliamente contrastadas:

- Técnica de Ravitch o sus modificaciones. La técnica quirúrgica clásica para la corrección del pectus se describió hace más de 50 años y ha sufrido algunas modificaciones en los últimos años pero el concepto subyacente sigue siendo la extirpación de los cartílagos costales de forma bilateral en toda la extensión de la deformidad, la realización de uno o varios cortes transversales en el esternón para modificar su configuración y la implantación de soportes metálicos o protésicos que aseguren la posición deseada. Esta intervención se realiza mediante una incisión longitudinal o transversal de más de diez centímetros y requiere la separación parcial de los músculos pectorales, la disección de los cartílagos por debajo de las láminas que los cubren y su extirpación. Los cortes en el esternón son necesarios para alterar la curvatura del hueso hacia fuera y deben asegurarlo mediante implantes. Se trata de una cirugía que obtiene buenos resultados a costa de una considerable agresividad y una modificación irreversible de las estructuras del tórax óseo.
- Técnica de Nuss o sus modificaciones. Es un procedimiento mínimamente invasivo, con un enfoque totalmente diferente de la reparación del pectus excavatum. Corrige el defecto del tórax sin la resección de cartílago, aplicando presión hacia

fuera en el esternón en el punto de máximo hundimiento, mediante una barra de acero especialmente diseñada. La barra de Nuss se coloca en el espacio pleural, se pasa por detrás del esternón, se gira media vuelta y se fija lateralmente al borde exterior de la caja torácica para darle estabilidad. En comparación con otras técnicas más agresivas, la técnica de Nuss supone una menor agresión quirúrgica, sin necesidad de extirpar fragmentos de costillas ni cortar huesos, una menor pérdida de sangre y una recuperación más rápida. La mayoría de los pacientes regresan rápidamente a su actividad habitual y pueden realizar deportes sin contacto intenso o musculación en unos tres meses aproximadamente. Las barras quedan fijadas con unos pequeños estabilizadores y la corrección del pectus excavatum es completa tras la operación. Tras un periodo de dos a cuatro años, cuando en nuevo aspecto del tórax está definitivamente fijado, las barras se retiran mediante una pequeña intervención.

Distintas opciones terapéuticas alternativas a la cirugía.

- Campana de succión externa. Se trata de un sistema de vacío sobre la zona afectada, así se puede reducir la depresión esternal levemente. Este dispositivo de succión se utiliza durante una o más horas todos los días durante un año aproximadamente.
- Imán esternal. Para esta técnica se usa la atracción magnética de dos imanes, uno unido al esternón y el otro externo, de esta forma, se permite la tracción del esternón.
- Otra alternativa a la cirugía en defectos leves es la corrección de formas asintomáticas mediante la colocación de prótesis de silicona, estas mejoran el aspecto físico del tórax.
- Práctica de ejercicio físico. Para pacientes con pectus excavatum leve, se recomienda la realización de ejercicios aeróbicos con el fin de fortalecer la musculatura torácica y respiratoria.

2 Objetivos

Determinar los dos tipos de operaciones que se pueden llevar a cabo en el paciente con pectus excavatum grave. Analizar las pruebas que se pueden realizar al paciente para diagnosticar el pectus excavatum.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se realizaron búsquedas en varias bases de datos, (Dialnet, Scielo y PubMed) y además se han consultado en distintos

medios audiovisuales. Se han usado descriptores con distintas combinaciones de siguientes términos: pectus, excavatum, Ravitch y Nuss, usando el operador booleano, AND, para combinar las palabras clave que se han mencionado, apareciendo 7 documentos, usando 5 de estos para la redacción de los resultados.

4 Resultados

Para la elaboración de estos resultados, después de revisar y analizar los distintos estudios encontrados, procedemos a exponer parte de los que consideramos más relevantes. Para detectar la gravedad de esta malformación, se realizarán las pruebas que el especialista considere oportunas, (TAC, Rx, espirometría, ecocardiograma, etc.). Es entonces ahora, si el considera oportuno, cuando se procederá a la intervención quirúrgica. Para solucionar esta deformación principalmente se pueden hacer dos tipos de operaciones. Anteriormente se usaba la técnica de Ravitch, que se trata básicamente de cortar el esternón en la parte donde se curva hacia el interior, para después fijarlo en la posición correcta, cortando también cartílagos costales. En la actualidad es más utilizada la técnica de Nuss, dado que se considera mínimamente invasiva, consiste en la colocación de una o más barras de acero detrás del esternón, para ello no se corta ningún hueso. Con esta segunda técnica se obtienen unos resultados positivos de más del noventa y cinco por cien.

5 Discusión-Conclusión

Dado que el pectus excavatum es la malformación torácica más frecuente y en los casos más severos la deformidad se asocia a trastornos respiratorios, desplazamiento y compresión de cavidades cardíacas. La sintomatología de este de esta malformación no se percibe hasta que el paciente realiza actividades deportivas exigentes o actividades muy estresantes. Los pacientes que padecen pectus excavatum grave tienen una deformidad estética severa con repercusiones demostradas sobre la autoestima y el desarrollo de la personalidad. Las personas que padecen esta malformación, sobre todo en edad adolescente, por lo general suelen ser tímidos, inhibidos y retraídos y se abstienen de participar en actividades en las cuales el tórax es necesariamente expuesto, como ocurre en la natación y las actividades atléticas. Cuando se corrige la deformidad existe una marcada mejoría de la autoestima, así como en los síntomas respiratorios y cardíacos. Resulta importante destacar que estas personas tienen una mayor incidencia de

enfermedades respiratorias y asma, sin embargo, en la mayoría los test convencionales de evaluación de función pulmonar y cardíaca son normales en reposo, pero si son evaluados en ejercicio intenso la función cardíaca esta reducida si se compara con individuos normales de la misma edad, se observa que la función respiratoria puede estar disminuida hasta en un treinta por cien, dependiendo de la severidad del problema. Estudiando el ecocardiograma nos permite evaluar el grado de compresión cardíaca si es que existe. El TAC de tórax permite conocer la medida entre el transverso y parte posterior del tórax. Es aceptado que un índice mayor a tres se relaciona con deformidades graves que requieren de corrección quirúrgica. Las técnicas mínimamente invasivas para la corrección del pectus excavatum se han introducido recientemente. Aunque todavía existe discusión sobre cuando es la mejor edad para la utilización de estas técnicas, en los últimos años se ha definido que el mejor rango de edad es entre los seis y doce años, dado que en estas edades el tórax esta menos rígido y por lo tanto es más maleable, aunque en otras edades los resultados logrados con esta técnica de Nuss también fueron satisfactorios.

6 Bibliografía

- Ravitch MM. (1949). Operative Technique of Pectus Excavatum Repair.
- Nuss D, Kelly R, Croitoru DP, Katz ME. (1985) Year Review of a Minimally Invasive Technique for the Correction of Pectus Excavatum. Journal of Pediatric Surgery.
- Haller JA, KramerSS, Lietman SA. (1987) Use of CT Scan in Selection of Selection of Patients for Pectus Excavatum Surgery.
- Haller JR, Loughlin GM. (2000). Cardiorespiratory function is significantly improved following corrective surgery for severe pectus excavatum.
- J Pediatr Surg. (2012). Magnetic mini-mover procedure for pectus excavatum III: safety and efficacy in a Food and Drug Administration-sponsored clinical trial.

Capítulo 845

PAPEL DEL TCAE CON EL PACIENTE RENAL

DAVID SÚAREZ

BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ

VANESA PRADA DÍAZ

ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ

1 Introducción

Las enfermedades del riñón, o nefropatías, son aquellas caracterizadas por la disminución progresiva de la funcionalidad de los riñones. En la actualidad es un problema de salud pública por su incidencia cada vez mayor en la población, el esfuerzo creciente de la comunidad sanitaria para afrontarlas, su impacto socioeconómico, su prevalencia, su potencial letal y su impacto en el paciente. Según la definición de la guía KDIGO 2013, la enfermedad renal crónica sería “aquellas alteraciones de la estructura o de la función del riñón que duraran al menos 3 meses y que tuvieran implicaciones para la salud”. Está considerada una epidemia a nivel mundial. En nuestro país las cifras girarían en torno a más de 4 millones, teniendo en cuenta el número de personas que están afectadas por esta enfermedad, siendo España uno de los países que mayor prevalencia de la enfermedad tiene a nivel europeo.

Los riñones pierden paulatinamente la capacidad de filtrar la cantidad necesaria y suficiente de residuos tóxicos y agua que le sobra al organismo. Generalmente,

no es un hecho que se produzca rápidamente, sino que esta capacidad se va perdiendo de manera progresiva (insuficiencia renal crónica), aunque, en ocasiones, el deterioro se produce bruscamente (insuficiencia renal aguda). Esta pérdida funcional, en fases avanzadas, supone tener que realizar un trasplante para mejorar el pronóstico del paciente.

Los riñones desempeñan 6 funciones principalmente:

- Limpiar y filtrar la sangre. La sangre entra a través de las arterias renales, es filtrada por las nefronas y vuelve, ya limpia, al torrente sanguíneo, por medio de las venas renales.
- Eliminar toxinas y exceso de líquido. La cantidad de orina producida dependerá de la cantidad de comida y bebida que se haya ingerido y de la que se haya eliminado a través de las heces y el sudor. Las sustancias eliminadas serán, fundamentalmente, creatinina, urea, ácido úrico, fósforo y calcio.
- Ayudar a controlar la presión arterial. Mediante la eliminación de sodio y agua.
- Mantener el equilibrio de las sustancias que hay en la sangre. Como el potasio, el sodio, el calcio y el fósforo que nuestro cuerpo necesita.
- Composición del hueso. Transforma la vitamina D que, junto con el calcio y el fósforo, forman un hueso de calidad.
- Evitar la anemia. Gracias a la producción de la eritropoyetina necesaria para la producción de glóbulos rojos.

La enfermedad renal es asintomática en la mayor parte de los casos. Por este motivo, el médico debe estar alerta ante cualquier persona que pueda pertenecer a algún grupo de riesgo; estamos hablando de pacientes que hayan sufrido con anterioridad algún tipo de accidente cardiovascular, personas hipertensas o aquellas que padezcan diabetes. También se deben tener en cuenta los antecedentes familiares (poliquistosis o historia familiar de insuficiencia renal), así como vigilar a aquellas personas que hayan padecido, de manera reiterada, cálculos en el riñón. Es precisamente teniendo en cuenta estos antecedentes, por lo que el especialista debe realizar análisis de orina, de sangre o ecografías (para confirmar o descartar quistes), ya que el diagnóstico precoz es importante para tratar de averiguar si la persona está padeciendo una insuficiencia renal y de este modo frenar o detener la progresión de la enfermedad mediante la aplicación del tratamiento adecuado. Sólo si se produce un aumento de urea en sangre, del nivel de creatinina o la presencia de proteína en la orina, podemos hablar realmente de que la persona padece dicha insuficiencia renal.

Como ya se dijo, la enfermedad renal es asintomática en sus estadios iniciales, aunque a medida que esta va avanzando, van apareciendo una serie de síntomas

característicos. Los síntomas que sufra la persona pueden ser muy diversos y van a depender del grado de daño renal que padezca el enfermo. Principalmente aparecerá:

- Aumento o disminución en la frecuencia de micción.
- Nocturia (necesidad de orinar por la noche).
- Cansancio.
- Fatiga.
- Falta de apetito.
- Náuseas y vómitos.
- Hinchazón en las extremidades.
- Calambres musculares (sobre todo nocturnos).
- Dolores de cabeza.
- Fracturas óseas.
- Boca seca y picores de piel.
- Anemia.
- Presión arterial alta.
- Riesgo cardiovascular elevado.
- Inmunodeficiencia.

A medida que la enfermedad va avanzando, en el aliento del enfermo predomina un característico olor a orina y la piel se vuelve más seca, quebradiza, con tendencia a la descamación y de color terroso. La persona tendrá que aprender a vivir con el dolor y aprender a manejarlo. Para ello se ayudará de tratamientos analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.

Cuando la enfermedad ya llega a fases más avanzadas, más concretamente, a la fase final, los riñones no pueden trabajar por sí solos, produciéndose, en este caso, el llamado fallo renal terminal. La persona que lo sufre tiene que recibir un tratamiento de diálisis o un trasplante de riñón para poder sobrevivir. Cada tratamiento tiene sus ventajas y sus inconvenientes. El trasplante consiste en implantar en el cuerpo un nuevo riñón, proveniente de un donante, que sustituya al anterior que ya no cumple sus funciones. La persona trasplantada deberá seguir un tratamiento de por vida para evitar el rechazo del cuerpo al nuevo órgano.

Otra opción es el tratamiento de diálisis. Hay dos tipos de diálisis: la diálisis peritoneal y la hemodiálisis.

- Diálisis peritoneo. Utiliza la membrana peritoneal, una membrana natural situada en la cavidad abdominal, que desempeña la función de filtro, haciendo las veces de riñón artificial. Se introduce líquido de diálisis mediante un catéter pro-

duciéndose a continuación la filtración de las sustancias tóxicas y de desecho del agua y sal que tiene la persona en su interior a través de esta membrana. Al cabo de un tiempo este líquido se extrae. Para que este procedimiento sea efectivo, debe realizarse al menos 4 veces al día. Puede realizarlo el paciente en su propio domicilio. Así mismo también puede elegir realizar la diálisis en horario nocturno, mientras duerme, gracias a una máquina cicladora, para que no interfiera en su vida diaria. El inconveniente de la diálisis peritoneal es el riesgo de complicaciones por el catéter, sin embargo, tiene la ventaja de que el paciente no sufre en su cuerpo tantos desequilibrios ni malestar como con la hemodiálisis.

- Hemodiálisis. La sangre pasa a través de un tubo hasta un filtro especial formado por varios miles de fibras de celofán con orificios microscópicos, llamado dializador, conectado a la máquina de hemodiálisis, y que está dividido en dos partes; por una parte, pasa la sangre y por la otra, un líquido extrae los residuos de esa sangre que regresará al cuerpo, ya limpia, a través de un tubo. Para ello el médico debe crear un acceso (una fístula arterio venosa) en el brazo del paciente donde se conectarán los tubos de salida y de entrada de la sangre. La máquina de hemodiálisis es la encargada de eliminar los desechos del dializador y de controlar que el flujo de sangre sea el adecuado. Cada sesión de hemodiálisis dura entre 3 y 4 horas y se realiza tres veces por semana. Se debe informar al paciente de la importancia de lavar la extremidad, evitar roces y contacto después de la desinfección de la zona. Debe mantener siempre limpia la misma y lavarla diariamente con agua y jabón, evitar cambios bruscos de temperatura, traumatismos, tomas de presión arterial y punciones.

Tiene la ventaja de que el paciente siempre estará supervisado por un médico o una enfermera. Como inconvenientes tiene el hecho de que se pueden producir mayores calambres musculares, descenso de la presión arterial, mareos, malestar, dolores de cabeza.

Durante el tratamiento el cuerpo del paciente dializado pierde vitaminas y minerales por lo que deberá recibir algún tipo de suplemento. El médico deberá informar al paciente sobre la técnica más adecuada a sus características y necesidades, aunque la decisión final sobre el tratamiento a seguir la tendrá el enfermo, quien deberá firmar el consentimiento informado.

2 Objetivos

- Describir el impacto psicológico del paciente con esta patología.
- Definir la alimentación y el estilo de vida de estos pacientes.

- Enumerar los cuidados a llevar a cabo por parte del técnico auxiliar en cuidados de enfermería (TCAE).

3 Metodología

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

4 Resultados

Impacto psicológico en el paciente.

El hecho de tener que someterse a un tratamiento de diálisis supone un gran impacto tanto a nivel físico como emocional para la persona afectada. Los cambios que se van a producir a partir de ese momento van a provocar en ella una serie de alteraciones a nivel personal, familiar, social y, en algunos casos, laboral. Tendrá problemas a nivel físico derivados de la enfermedad (cansancio, insomnio, fatiga, mareos, problemas digestivos, pérdida de movilidad, mayor o menor nivel de dependencia, ...) que lo llevarán a una baja autoestima, a sentirse poco aceptado o frustrado emocionalmente. De cómo afronte el enfermo esos cambios va a depender, en gran medida, la evolución de su enfermedad.

Es importante que en todo este proceso estén intensamente involucrados la familia y amigos cercanos, ya que serán ellos los que propiciarán una mejor y más temprana adaptación a la nueva situación por parte de la persona. Al inicio de todo el proceso el enfermo se negará a admitir su nueva condición. Los sentimientos de rabia, impotencia, frustración e, incluso de una muerte cercana, serán habituales. La persona querrá tanto tener la máxima información como compartir todos esos sentimientos con alguien cercano y que le ofrezca seguridad. Es fundamental, por ello, la atención integral al enfermo y que este esté debidamente supervisado por un equipo multidisciplinar, que velará por su seguridad y por resolverle todas aquellas dudas que puedan surgirle y lo orienten en las diferentes etapas por las que tendrá que pasar a lo largo de su enfermedad. Del mismo modo, su bienestar psicológico es un elemento fundamental de su estado de salud que adquiere gran importancia en las enfermedades crónicas.

Alimentación y estilo de vida. Dependiendo de la fase en la que se encuentre la persona, la dieta será diferente y adaptada a las circunstancias. Es necesario comer y beber en la proporción adecuada para recibir el aporte de nutrientes idóneo, llevando un control sobre los alimentos y bebidas que se ingieren, comiendo de manera saludable y no ingiriendo cantidades elevadas, ya que sería contraproducente.

Para llevar una dieta saludable debemos seguir una serie de pautas:

- Calorías: dependen de la edad, sexo, nivel de actividad. Hay que ajustar la cantidad necesaria en función de dichos factores.
- Proteínas: algunos dietistas recomiendan limitar la cantidad de proteínas ingeridas o cambiar la fuente de proteínas ya que ingerir más proteínas de las necesarias puede hacer que los riñones trabajen más, lo que puede causar daño. Se recomiendan las carnes magras, huevos y pescado frente a la carne roja, que debe evitarse.
- Carbohidratos: sería recomendable la ingesta de frutas y verduras frente a la de miel, azúcar y refrescos, puesto que son más saludables para el organismo.
- Grasa: se debe limitar la ingesta de grasa y, cuando se haga, esta debe ser saludables (aceite de oliva). Quedarían prohibidas las grasas saturadas (mantequilla).
- Sodio: hay que limitarlo lo máximo posible ya que este provoca sed, lo que nos llevaría a la ingesta de más líquido del necesario, trayendo consigo hinchazón y elevación de la presión arterial. Para evitar añadir sal, sería conveniente sustituirlo por especias o hierbas aromáticas.
- Potasio: hay una serie de alimentos, que contienen potasio en mayor o menor cantidad, y que son más o menos recomendables a la hora de su ingesta.
- Fósforo: limitar cereales de salvado y avena, frutos secos.
- Líquidos: se debe limitar tanto bebidas como sopas. La ingesta de agua se hará sólo cuando se tenga sensación de sed.

La actividad física debe ser moderada, siendo recomendable caminar o andar en bicicleta frente a cualquier otro tipo de ejercicio que suponga un esfuerzo, ya que sería contraproducente. El consumo de tabaco y alcohol, quedaría totalmente prohibido. El paciente podría incorporarse a su vida laboral y social, tratando de conservar los mismos hábitos que antes de la enfermedad.

Papel del TCAE en el enfermo renal. Aunque la atención integral al paciente renal es labor del equipo multidisciplinar, es el equipo de enfermería, entre los que también se encuentra el TCAE, quien se ocupa de los cuidados básicos del enfermo a lo largo de todo el proceso de su enfermedad. Se debe estar apoyando y guiando a la persona constantemente teniendo en cuenta todos los aspectos bio-psico-sociales que le afectan, así como contribuir a su estabilidad emocional

creando un ambiente familiar, de seguridad y confianza para él, ya que esta estabilidad va a jugar un papel muy importante en la evolución de su enfermedad.

Fundamentalmente, en la Unidad de Hemodiálisis, el TCAE se encargará de:

- Mantener el área del paciente y todas las salas de la unidad.
- Preparar el material de diálisis necesario que se utilizará con cada paciente (paños estériles, jeringuilla y agujas para analítica, agujas fístula).
- Recibir al paciente asegurándose que esté cómodo y comprobar que la máquina está lista para utilizarse.
- Verificar que el paciente está en condiciones óptimas para iniciar la sesión. Si hay alguna anomalía o incidencia, deberá anotarla y comunicarla al médico o a la enfermera.
- Avisar al paciente que debe lavar el acceso.
- Comprobar signos vitales del paciente.
- Pesar al paciente antes y después de cada sesión y anotarlo.
- Realizar test de presencia de ácido peracético antes de conectar al paciente.
- Medir presión arterial cada 30 minutos y anotarlo.
- Anotar ingesta y diuresis realizados durante la sesión.
- Asistir a la enfermera en el procedimiento de conexión y desconexión de la fístula o del catéter, colaborando con ésta y aportándole todo aquel material que pueda necesitar o requerir.
- Desmontaje y desinfección de los monitores de diálisis una vez terminada la sesión y de todo el material utilizado en la misma.
- Retirar, preparar y empaquetar el material que vaya a ser esterilizado posteriormente.
- Preparar el material necesario para el siguiente paciente.

Así mismo, apoyará en todas aquellas actividades o tareas para las que pueda ser requerida en la Unidad por la enfermera o el enfermo. También participará en la creación de un clima agradable para la persona dializada y tendrá un trato humano con ésta.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, el trabajo del TCAE es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Intramed. Enfermedad renal crónica como problema de salud pública; 2006
- 2. Ángel Ángel, Z. E.; Duque Castaño, G. A.; Tovar Cortés, D. L. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática; 2016
- 3. KDIGO. La nueva guía de práctica clínica de la “Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)” para el manejo de la enfermedad renal crónica; 2013 [Último acceso 23/06/019] pág. 3.
- 4. Infosalus. La prevalencia de la enfermedad renal crónica en España crece un 20% en la última década; 2017 [Último acceso 25/06/2019] pág. 1.
- 5. Rioja Salud. Gobierno de La Rioja. Qué es la insuficiencia renal; [Último acceso 25/06/2019] pág. 1.
- 6. Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha contra las Enfermedades del Riñón. La Enfermedad Renal Crónica. [Último acceso 26/06/2019]. Pág. 1.
- 7. Webconsultas Healthcare. Dr. Alberto Martínez Castelao (presidente de la Sociedad Española de Nefrología); 2012 [Último acceso 30/06/2019] pág. 1.
- 8. Mayo Clinic. Insuficiencia Renal Aguda; 2019 [Último acceso 05/07/2019] pág. 1.
- 9. Cinfasalud. ¿A quién afecta la insuficiencia renal?; 2017
- 10. Revista Psicología Científica. Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica; 2011

Capítulo 846

LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

FLORENTINA CELEMÍN RODRÍGUEZ

RAQUEL GRANDA PÉREZ

CASTORA CAMPA GARCÍA

MARIA MONTSERRAT MARTINEZ VAZQUEZ

MARÍA CRISTINA ROMERO TARRÍO

1 Introducción

Las manos son el vehículo más común de transmisión de microorganismos. La simple tarea de lavarse las manos salva vidas. Constituye la forma más sencilla, barata y eficaz de prevención de múltiples infecciones y es una práctica importantísima en el ámbito sanitario como preventivo de un alto porcentaje de enfermedades. Estas infecciones relacionadas con el ámbito sanitario se nombran con las siglas : IRAS. Estas infecciones también se denominan como nosocomiales u hospitalarias Estas son las infecciones que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un tratamiento médico y que no estaban presentes en el momento de iniciar el contacto con la atención sanitaria. La propagación de los microorganismos responsables de estas infecciones puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que estén en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías.

El riesgo de adquirir una de las denominadas IRAS ha variado con los años . El incremento de la población anciana, enfermedades como el sida, la creciente incorporación de nuevas terapias antineoplásicas, el mayor número de personas sometidas a trasplantes, el aumento de los recién nacidos prematuro, y la aparición de nuevos tratamientos inmunodepresores ,entre otras causas han provocado el aumento de estas infecciones.

Las IRAS pueden:

- Agravar la enfermedad.
- Prolongar la estancia hospitalaria.
- Causar discapacidad.
- Aumentar la mortalidad.
- Aumentar los costes económicos.
- Causar un elevado coste personal y familiar.

Además hay que tener en cuenta el importante impacto económico que este tema supone.

Tanta importancia tiene el tema tratado que incluso se designó el 5 de mayo como Día Mundial de la Higiene de manos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Sensibilizar al personal sanitario de la importancia de esta prevención tan al alcance de nuestras manos, nunca mejor dicho.

Objetivos secundarios:

- Conocer los mecanismos de transmisión de microorganismos patógenos.
- Conocer la técnica para realizar una correcta higiene de manos y en qué momentos ha de llevarse a cabo.
- Eliminar o al menos reducir las infecciones derivadas de una inadecuada higiene de manos .
- Disminuir el tiempo de ingreso hospitalario para beneficio del paciente y disminuir también el gasto sanitario.

3 Metodología

Se han tenido en cuenta diversos estudios tanto a nivel nacional como internacional como los expuestos a continuación :

- En España , el estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización) indica que las IRAS representan un 25% de las complicaciones hospitalarias y que más de la mitad se hubieran podido prevenir.

El estudio EPINE (Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España), muestra que uno de cada doce pacientes que ingresan en un hospital adquiere una infección.

- A nivel europeo, el Centro Europeo para la prevención y el control de enfermedades estima que cada año más de 4.000.000 de pacientes adquieren al menos una infección relacionada con la atención sanitaria y en algunos casos con el resultado de muerte.

4 Resultados

Las localizaciones más frecuentes de las IRAS son:

- Del tracto urinario con una prevalencia de hasta un 34%.
- Del sitio quirúrgico con un 21%, que es aquella relacionada con el procedimiento quirúrgico donde se realiza una incisión (incluida la vía laparoscópica) a través de la piel o mucosas.
- Infección respiratoria con un 20%.
- Bacterinemias 18%.

5 Discusión-Conclusión

El 55% de las infecciones hospitalarias en España se podrían haber evitado.

La clave está en conocer y poner en práctica la valiosa técnica del lavado de manos, teniendo en cuenta que la supervivencia de los microorganismos en las manos es de un periodo variable de entre dos a sesenta minutos.

Se deben conocer los cinco momentos para la higiene de manos:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una tarea aséptica.
- Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

También es imprescindible conocer el tiempo aconsejable para realizar un adecuado lavado de manos que es de 40 a 60 segundos con agua y jabón, importante dejarlas bien secas, y de 30 segundos con solución alcohólica.

6 Bibliografía

1. ENEAS : Estudio Nacional de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización
2. Sociedad madrileña de enfermería preventiva (AMEP)
3. OMS <http://www.who.int/gpsc/5may/en>.
4. Hospital Asepeyo Coslada (Madrid) <http://salud.asepeyo.es>
5. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición

Capítulo 847

TRASLADO DEL PACIENTE DE CAMA A SILLA

SANDRA LILIANA GOMEZ CASTRO

1 Introducción

Se debe fomentar la autonomía del paciente y existen determinados casos en los que no se puede fomentar, es por ello que se recurre a elementos auxiliares que facilitan el movimiento y apoyo de personal sanitario. Esta tarea es complementaria al cuidado que se le ofrece al paciente, cubriendo sus necesidades de movilidad hasta que sea completamente independiente.

2 Objetivos

- Analizar el procedimiento del traslado de la cama a la silla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de realizar un tipo de trabajo o técnica debemos informar siempre al paciente de lo que se le va hacer y tener preparado todos los materiales necesarios para la realización preservando siempre su intimidad. Se revisan todos los tubos, drenajes y todos los sistemas del paciente evitando su desconexión.

Se colocará la silla paralela a la cama, si fueran de ruedas debemos comprobar que estén bien frenadas correctamente. Si el paciente tuviera afectadas los miembros inferiores o superiores, debemos colocar la silla del lado sano del paciente. La inclinación de la cama será de 45° y 50° giraremos al paciente para sentarlo en el borde de la cama, ayudándonos colocando un brazo por detrás del cuello y hombros, y poniéndolo de pie al mismo tiempo que le giramos lentamente hacia la silla, finalmente flexionando sus rodilla haremos que se siente.

Para poder evitar lesiones en la persona que se moviliza, esta tendrá las piernas ligeramente separadas, brazos extendidos y la espalda erguida.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad es movilizar al paciente de cama-silla garantizando su bienestar y seguridad, contribuyendo al restablecimiento en un futuro de su salud. Todo el personal encargado de realizar la movilización debe adoptar una postura correcta para no tener una lesión.

Ante la situación de déficit de autonomía de los pacientes, se exige un manejo profesional de la misma que sea complementario. Es por ello que el trabajo del auxiliar de enfermería es fundamental para ofrecer un cuidado holístico e integral al paciente y su familia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 848

EL TCAE Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL PACIENTE TERMINAL

YOLANDA GONZALEZ GARCIA

PATRICIA PÉREZ CASTRO

DOLORES ARGÜELLES MEANA

MARÍA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

1 Introducción

El paciente terminal es aquel que se encuentra en el último estadio de su enfermedad y cuya esperanza de vida no supera los 6 meses aproximadamente. Es en este momento cuando entran en juego los cuidados paliativos por parte de los profesionales sanitarios ;no se trata de vivir mas, sino de vivir mejor. (1,2)

Los cuidados paliativos se iniciaron en la época de los sesenta en los países anglosajones, con el objetivo de que los pacientes dispusiesen de los días que les quedasen sin dolor, con los síntomas controlados y de forma digna, rodeados de un ambiente cálido. (2)

2 Objetivos

- Conocer el papel que juega la medicina paliativa y la herramientas de que disponemos para paliar el dolor.

- Analizar los cuidados específicos para los pacientes por parte del personal sanitario: medidas de confort, alimentación, piel, cuidados de la boca, eliminación...

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el paciente terminal, así como diversos estudios sobre los mismos. Se utilizaron los siguientes descriptores: enfermo terminal, medicina paliativa, cuidados paliativos, síntomas terminales. Hemos utilizado varias bases de datos y artículos científicos como Medes y Google Académico.

4 Resultados

En los últimos años, los avances médicos han logrado prolongar la vida y retrasar la muerte de los pacientes irreversibles, por ello tenemos la medicina paliativa que proporciona una muerte digna y sin dolor. Esta fase comienza cuando se deja de tratar al paciente con fines terapéuticos para tratarlo con fines paliativos; la medicina paliativa trata de proporcionar confort y calidad de vida al paciente. (3)

Hay varios cuidados que se practican con el paciente terminal:

- Cuidados de la alimentación: no hay que obligar a comer y adaptar la comida a sus gustos. Ofrecer bebida frecuentemente.
 - Cuidados de la piel: se trata de mantener la integridad de la superficie corporal. Hay que evitar el exceso de secreciones y estimular la circulación sanguínea. Evitar la aparición de úlceras por presión en la medida de lo posible, haciendo los cambios posturales cada 2 horas salvo en el paciente agónico.
 - Cuidados de la boca: potenciar las medidas de higiene, hidratar y refrescar incrementando la ingesta de líquidos. - Cuidados en la eliminación: vigilar la frecuencia, cantidad, olor, color; el sondaje vesical está indicado en la fase agónica.
 - Cuidados de confort: se ha de proporcionar bienestar físico y psicológico.
 - El dolor: es imprescindible controlar el dolor por medio de la analgesia necesaria.
- (4)

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir desde nuestra experiencia como profesionales del sector sanitario que la calidad de vida de los pacientes en esta fase ha mejorado gracias a los

avances terapéuticos y farmacológicos y gracias a la gran formación de los profesionales sanitarios dedicados a la atención integral de estos pacientes, tanto en el ámbito científico como sanitario y psicológico.

6 Bibliografía

- 1.García,T.(2004).Cuidando los cuidados paliativos.8 de abril de 2014,de punto de encuentro para profesionales y ciudadanos/as interesados en la atención de pacientes en situación de cuidados paliativos.Recuperado de ;<http://ccuidadospaliativos.blogspot.com/2014/04/definición-de-enfermedad-terminal.html>
- 2.Loncán,P.,Gisbert,A .,Fernández ,C., Valentín,R.,>Teixidó ,A.,Vidaurreta,R.,y Saralegui,I.(2007).Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI.Anales del Sistema Sanitario de Navarra,30(3),113-128 .Recuperado de :http://scielo.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600009&lng=es&tlng=es.
- 3.Gómez,M.,y Ojeda,M(2009).Cuidados paliativos.Control de síntomas.Unidad de Medicina Paliativa.Hospital Universitario de Gran Canaria.Las Palmas de Gran Canaria.Editado por Laboratorios Meda. - 4.Bermejo,JC.,Díaz-Albo, P., y Sánchez,E(2011).Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos.

Capítulo 849

HEMORRAGIA INTERNA

BEATRIZ CANDANO GARRIDO

ANA MENÉNDEZ BARRERO

1 Introducción

La embolización transcatéter coloca medicamentos o materiales sintéticos llamados agentes embólicos a través de un catéter dentro de un vaso sanguíneo para bloquear el flujo sanguíneo hacia un área del cuerpo. Se puede utilizar para controlar o prevenir el sangrado anormal, para anular vasos que suministran sangre a un tumor, o para tratar aneurismas. La embolización es una forma altamente efectiva de controlar el sangrado y es mucho menos invasiva que la cirugía abierta.

2 Objetivos

- Dar pautas para el correcto tratamiento.

3 Caso clínico

Paciente de 72 años, hospitalizado 15 días en la unidad de medicina interna por posible ITU e Infección respiratoria.

A los 15 días presenta miembro inferior izquierdo edematoso con gran hematoma en parte posterior. Se avisa a médico de guardia que solicita TC urgente que identifica sangrado activo an parte posterior de la pierna.

Se realiza embolización de vaso sanguíneo sangrante que es eficaz.

Se realiza vendaje compresivo e inmovilización 48 horas tras procedimiento terapéutico.

El paciente se recupera bien y es alta a los cuatro días.

4 Resultados

La embolización es un tratamiento mínimamente invasivo que obstruye uno o más vasos sanguíneos o canales vasculares anormales.

En un procedimiento de embolización transcatéter, unas medicaciones o materiales sintéticos llamados agentes embólicos se colocan, a través de un catéter, en un vaso sanguíneo para impedir flujo de sangre al área.

5 Discusión-Conclusión

Una buena observación en la evolución de los pacientes puede salvar una vida, en este caso el cambio del estado de su miembro inferior izquierdo. Colaborar con enfermería en vendaje compresivo y elevar miembro en traslado.

6 Bibliografía

- <http://sisbib.unmsm.edu.pe>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 850

ÚLCERAS POR PRESIÓN

BEATRIZ CANDANO GARRIDO

ANA MENÉNDEZ BARRERO

1 Introducción

Las úlceras por presión son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas. El riesgo es mayor si está recluso en una cama, utiliza una silla de ruedas o no puede cambiar de posición. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro. Pueden constituir un problema para las personas en los centros de cuidados especializados.

2 Objetivos

- Controlar infección y estado febril de la paciente.

3 Caso clínico

Paciente de 91 años, ingresa por fiebre y presenta úlceras en ambos trocánteres y zona del sacro.

Se observa zona exudativa con cavernas en úlcera sacra y placa necrótica en ambos trocánteres.

Se recoge cultivo de zona exudativa, pautan antibiótico amplio espectro, levantar al sillón, cura de úlceras diarias, cambios posturales cada 2 horas y colchón anti-escaras.

4 Resultados

Para prevenir las úlceras:

- Mantenga la piel limpia y seca
- Cambie de posición cada dos horas
- Utilice almohadas y productos que alivien la presión

Las úlceras por presión tienen una variedad de tratamientos. Las úlceras más avanzadas se curan lentamente, de modo que lo mejor es el tratamiento anticipado.

5 Discusión-Conclusión

Tras una semana de cuidados remite la fiebre, mejora el estado general y de las úlceras. Es importante todo el trabajo coordinado de todo el personal de enfermería, tcaes, médicos, celadoras.

6 Bibliografía

- <https://salud.asepeyo.es/profesionales/enfermeria/prevencion-y-tratamiento>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 851

CUIDADOS Y FUNCIONES DEL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

SANDRA LILIANA GOMEZ CASTRO

1 Introducción

En el servicio de urgencias es necesaria una correcta planificación, organización y trabajo en equipo, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe ser capaz de trabajar en equipo de una manera metódica y ordenada y debe ser capaz de brindarle confianza, tranquilidad al paciente, además de estar familiarizado con las diversas tareas que se deben realizar en la unidad. Es por tanto, dada su relevancia, motivo de estudio de este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del TCAE en el equipo de enfermería del área de urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se obtuvo los cuidados y funciones que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe realizar para un correcto funcionamiento.

4 Resultados

- El TCAE es generalmente la primera persona que recibe al paciente en urgencias, una vez admitido y tratado. En este momento, identifica al paciente, lo acomoda y valora el grado de dependencia, se debe observar si es o no consciente, autónomo, etc.
- El TCAE debe colaborar con otros profesionales sanitarios, preparar al paciente antes de la exploración, ayudarle en sus necesidades básicas, mantener, reponer y revisar los boxes, material del aparataje y carro de paradas.
- Además debe limpiar, mantener el material, instrumental y aparatos clínicos.
- Tramitar las pruebas y solicitudes, muestras analíticas, radiografías, etc.
- Informar al paciente y familiares sobre la normativa del centro y la unidad, colocar la pulsera identificativa a los pacientes en el caso de su ingreso en hospitalización y controlar su ubicación en el Servicio de Urgencias.
- El TCAE debe estar totalmente implicado y preparado para actuar, junto con el equipo multidisciplinar ante cualquier complicación que pueda surgir. Es fundamental, por su cercanía con el paciente, que sea un profesional capaz de transmitir confianza y tranquilidad al paciente. Una buena atención en la relación profesional- paciente llevará a una humanización en el servicio.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en este servicio ha de ser capaz de trabajar en equipo ordenadamente, transmitir seguridad y confianza al enfermo, haciendo sentir al paciente perfectamente atendido y a su vez respetado. Además, debe saber actuar ante cualquier situación, debe conocer los protocolos de técnicas de diversas especialidades y debe trabajar en constante comunicación con el resto del equipo. También debe saber priorizar sus tareas en función de las necesidades del servicio y de los pacientes.

Dada la complejidad de la patología de urgencias, así como de la prevalencia de la misma en la sociedad, se exige un manejo profesional de la misma. Es por ello que el trabajo del TCAE es fundamental para ofrecer un cuidado holístico e integral al paciente y su familia.

6 Bibliografía

- Manual de protocolos y actuación en emergencias. 2a ed. Madrid: Nilo Gráfica 2005.p.1-6
- Protocolo de actuación del TCAE en urgencias.
- Funciones del auxiliar de enfermería en las distintas áreas o servicios.
- Cuidados de enfermería y su importancia en el servicio de urgencias.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://www.medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 852

FISURA DE RADIO

BEATRIZ CANDANO GARRIDO

ANA MENÉNDEZ BARRERO

1 Introducción

El radio es el hueso más grande de los dos huesos del antebrazo. El extremo del lado de la muñeca se llama extremo distal. Una fractura distal del radio ocurre cuando se quiebra el área del radio cerca de la muñeca.

Las fracturas distales del radio son muy comunes. De hecho, el radio es el hueso que más se quiebra en el brazo.

2 Objetivos

Exponer un caso de fisura de radio a modo de caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente pediátrico de 7 años, acude a urgencias tras recibir contusión por balonazo en muñeca derecha.

Se observa fisura en radio distal sin otros hallazgos.

Existe dolor espontáneo en muñeca más inflamación derivando al servicio de radiología para estudio.

4 Resultados

Fijar la zona con férula aplicar hielo cada 8 horas, más antiinflamatorios orales.

5 Discusión-Conclusión

Se han considerado generalmente lesiones de buen pronóstico, lo que da lugar a un exceso de confianza en el diagnóstico o a tratamientos inadecuados. Un abordaje incorrecto puede provocar secuelas graves como: dolor continuo, pérdida de movilidad, falta de fuerza que puede llegar a invalidar a personas de edad avanzada.

6 Bibliografía

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

Capítulo 853

ENCEFALOPATÍA

BEATRIZ CANDANO GARRIDO

ANA MENÉNDEZ BARRERO

1 Introducción

La pérdida de la función cerebral ocurre cuando el hígado ya no es capaz de eliminar las toxinas de la sangre. Esto se conoce como encefalopatía hepática (HE, por sus siglas en inglés). El problema puede presentarse repentinamente o puede desarrollarse lentamente con el tiempo.

2 Objetivos

- Corregir encefalopatía, lo cual el TCAE deberá vigilar deposiciones número y aspecto diariamente.

3 Caso clínico

Paciente bebedor de 63 años ingresado por cirrosis hepática y encefalopatía.

Se observa fuerte dolor de cabeza, estreñimiento, cuatro días sin hacer deposición.

4 Resultados

Se administran enemas de limpieza y se corrige estreñimiento, mejorando así la encefalopatía.

Es importante el seguimiento riguroso y registro de las deposiciones por el TCAE.

5 Discusión-Conclusión

En algunos casos, la HE es un problema a corto plazo que se puede corregir. También puede presentarse como un problema a largo plazo (crónico) a raíz de una enfermedad hepática que empeora con el tiempo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 854

REACCIÓN ALERGICA

BEATRIZ CANDANO GARRIDO

ANA MENÉNDEZ BARRERO

1 Introducción

Las reacciones alérgicas son comunes. La respuesta inmunitaria que ocasiona una reacción alérgica es similar a la que ocasiona la fiebre del heno. La mayoría de las reacciones se presentan poco después del contacto con un alérgeno.

Muchas reacciones alérgicas son leves, mientras que otras pueden ser graves y potencialmente mortales. Pueden estar limitadas a una pequeña área del cuerpo o pueden afectarlo todo. La forma más grave se denomina anafilaxia o shock anafiláctico. Las reacciones alérgicas ocurren con mayor frecuencia en personas con antecedentes familiares de alergias.

Las sustancias que no afectan a la mayoría de las personas (como el veneno de la picadura de abejas, y ciertos alimentos, medicamentos y el polen) pueden desencadenar reacciones alérgicas en determinadas personas.

La primera exposición puede producir solo una reacción leve. Las exposiciones repetitivas pueden llevar a reacciones mucho más graves. Una vez que la persona ha tenido una exposición o una reacción alérgica (está sensibilizada), incluso una exposición muy limitada a una cantidad muy pequeña del alérgeno puede desencadenar una reacción grave.

2 Objetivos

Exponer el caso de una reacción alérgica.

3 Caso clínico

Paciente de 85 ingresada a nivel hospitalario hace 7 días.

Tras 7 días de ingreso presenta reacción alérgica por contacto de sábanas, provocando picor y eritema.

4 Resultados

Se cambian sábanas y se colocan unas hipoalérgicas al igual que camisón y material de aseo estéril combinado con antiestamínicos.

Evoluciona favorablemente al segundo día desaparece el prurito y parte importante del eritema ocasionado por los detergentes de la lencería.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las reacciones alérgicas graves ocurren en cuestión de segundos o minutos después de la exposición al alérgeno. Algunas reacciones pueden ocurrir después de varias horas, particularmente si el alérgeno ocasiona una reacción después de que ha sido ingerido. En muy pocos casos, las reacciones se desarrollan después de 24 horas.

La anafilaxia es una reacción grave y repentina que ocurre en cuestión de minutos después de la exposición y necesita atención médica inmediata. Sin tratamiento, la anafilaxia puede empeorar muy rápidamente y llevar a la muerte en cuestión de 15 minutos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 855

TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA UCI

DESIREE PRIETO FERNANDEZ

OLAYA PRIETO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La medicina intensiva es aquella especialidad que aplica los conocimientos médicos sobre la atención de los pacientes en situación crítica o potencialmente crítica. La medicina intensiva se desarrolla en la unidad de cuidados de intensivos (UCI), que es la zona del hospital donde se dan la estructura física, el equipamiento técnico y el personal especializado para la atención del enfermo grave recuperable.

Por lo tanto, definimos la UCI como un sistema de asistencia clínica que atiende enfermos en los que existe o pudiera existir un compromiso severo de las funciones vitales y pudiera ser reversible. Los cuidados intensivos, no solo se basan en la vigilancia de las constantes vitales, sino en la interpretación de su variabilidad y en la determinación de su variabilidad y en la determinación de sus acciones para controlarlas. Por lo tanto, un paciente no tiene criterios de ingreso en la UCI, cuando su situación de gravedad absoluta no es reversible.

En la UCI nos encontramos una serie de parámetros como son la división física de sus estancias divididas en:

- Módulos generales: hay un número de camas equipadas con dispositivos propios, se atiende todo tipo de patologías que precisen soporte vital avanzado como las intoxicaciones, pancreatitis, politraumatismos, el coma, etc...

- Módulos posoperatorios: aquí se ubican los postoperatorios de cirugías compleja, agresivas y que requieran una vigilancia precoz muy cercana.
- Módulo de coronarias: también con una disponibilidad concreta de camas y que atenderán todas las patologías cardíacas agudas y las crónicas.
- Módulo de trasplantes: son boxes aislados específicos para los enfermos que se hayan sometido a un trasplante y en estos se guardan unas normas de aislamiento muy específicas.

La UCI debe estar ubicada en una zona de fácil acceso por parte de los otros servicios, especialmente urgencias, quirófano y medicina interna, pero además hay que decir que la UCI es una zona con una tasa de mortalidad elevada y por la tanto también debe haber un fácil, rápido y discreto acceso al mortuario.

Respecto al número de camas va a depender de la magnitud del hospital.

Hay tres tipos de estructura arquitectónica:

- Abierta: Es la que se utiliza normalmente como unidad de reanimación postoperatoria ya que permite el control visual de todos los pacientes a la vez.
- Cerrada: Esta prácticamente en desuso ya que no permite la vigilancia visual de todos los pacientes.
- Mixta.

Cada cama dispondrá de un mínimo espacio a su alrededor, que pueda permitir el acceso a ésta desde los cuatro lados sin generar molestias a los pacientes de alrededor ni al resto del personal. Además este espacio debe permitir la realización de actividades básicas como el aseo, las relaciones humanas o el tratamiento psicológico.

En cada módulo debe haber camas de aislamiento siendo lo ideal un 50% de camas que pudiesen aislarse para enfermos con infecciones respiratorias, sepsis, grandes quemados. etc.

Dentro del personal de enfermería donde se ubica el TCAE, requiere también una formación y Dentro del personal de enfermería donde se ubica el TCAE, requiere también una formación y entrenamiento específico para trabajar en esta unidad, aunque no exista una especialidad reglada como tal. También existe un personal jerarquizado en el que existe un supervisor como responsable de enfermería específico para trabajar en esta unidad, aunque no exista una especialidad reglada como tal. También existe un personal jerarquizado en el que existe un supervisor como responsable de enfermería .

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar los conocimientos específicos de la unidad de cuidados intensivos de un hospital para una buena labor profesional y buena atención a los pacientes usuarios.

Objetivos secundarios:

- Identificar los distintos tipos de procedimientos, así como conocer los procesos de actuación en cada uno de ellos.
- Describir la organización de la unidad de cuidados intensivos, teniendo en cuenta tanto la estructura física, como los recursos humanos, los recursos materiales y la recepción del paciente.
- Identificar los pasos a seguir para la toma adecuada de constantes vitales y su registro.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en relación con los objetivos. Para ello hemos consultado con bibliotecas electrónicas, bases de datos y buscadores (Google Académico, Google). También se consultó el Tcae en la UCI.

4 Resultados

Las funciones del Tcae en la UCI son varias y las describiremos a continuación:

- Realizar las labores de higiene de los pacientes en sus camas. Cambio de ropa y, de ser necesario, cambios de postura o asistencia en sus necesidades fisiológicas.
- Verificar la asepsia de los materiales y el instrumental utilizado en la atención médica de los pacientes, tales como carros de paros, filtros de diálisis, Bipaps... todos estos instrumentos deben ser lavados y desinfectados atendiendo los protocolos establecidos por el hospital.
- Garantizar las existencias mínimas necesarias, de medicamentos, instrumentos y materiales, para la debida atención del paciente.
- Asistir a la enfermera y al médico en todos los procedimientos y técnicas que realicen, siempre anticipando el siguiente paso o solicitud de estos profesionales.
- Atender a los familiares del paciente, conducirlos por las instalaciones del hospital e instruirlos sobre las normas de visita y estancia en el centro médico.
- Suministrar alimento a los pacientes que puedan ingerir por vía oral.

- Asear a los pacientes; afeitarnos, peinarlos y mantenerlos en las mejores condiciones estéticas.
- Vaciar diuresis.
- Recoger todos los materiales del box, eliminar el fungible, desinfectar, y disponer nuevamente el box para la llegada de un nuevo paciente.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, el trabajo del Tcae en la UCI no es fácil ,de hecho, las funciones de estos técnicos en esta unidad revisten especial importancia tanto para los profesionales de la medicina, como para los pacientes, que se encuentran en condiciones de salud críticas y ven amenazadas sus vidas.

6 Bibliografía

1. Revista médica.
2. Logoss formacion.
3. Medicine plus.
4. Auxiliares de enfermería.com.

Capítulo 856

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

1 Introducción

El Aparato respiratorio está formado por un conjunto de órganos que tienen como misión final el intercambio de gases entre la sangre y el aire. Su función es la de expulsar al exterior los gases producidos como consecuencia de la actividad metabólica del organismo, así como el tomar el aire procedente del exterior con el fin de que las células puedan seguir manteniendo su actividad vital. Además, el aparato respiratorio juega un papel importante en la producción de los sonidos que, articulándose de forma adecuada, van a dar lugar a la emisión del lenguaje oral.

Las estructuras implicadas en aquellas que funcionan como abastecedoras y distribuidoras de aire, y aquellas donde se realiza el intercambio gaseoso de O₂ (oxígeno) y CO₂ (dióxido de carbono) entre los tejidos y los capilares sanguíneos son:

- Sistema de conducción: fosas nasales, boca, faringe, laringe, tráquea, bronquios principales, bronquios lobulares, bronquios segmentarios y bronquiolos.
- Sistema de intercambio: conductos y los sacos alveolares.

La respiración consta de dos movimientos: uno para permitir la entrada de aire, que recibe el nombre de inspiración, y otro para expulsar el aire o espiración.

- Inspiración: Es un movimiento activo que realiza por la contracción de determinados músculos llamados inspiratorios. Como consecuencia de este aumento de volumen del tórax, y teniendo en cuenta que, el producto de presión por volumen da una constante y se produce una presión que es inferior a la presión atmosférica, y como consecuencia de ello el aire penetra al interior de los pulmones.

- Espiración: Cuando se ha producido el intercambio gaseoso los músculos se relajan, desapareciendo la presión negativa del tórax los pulmones disminuyen su tamaño y se crea una presión positiva favorable a la salida de aire de los alvéolos hacia el ambiente provocándose la espiración.

Los movimientos respiratorios se realizan con una frecuencia de 12 a 20 veces al minuto y suele ser silenciosa.

2 Objetivos

Explicar la fisioterapia respiratoria y sintomatología principal asociada a las principales enfermedades del aparato digestivo. Cuidados sanitarios y peculiaridades de la atención a estos pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS.

DISNEA

Es un síntoma subjetivo, con el que el paciente nos informa de sensación de falta de aire. La respiración es un acto involuntario que realizamos de forma inconsciente, pero que podemos transformar de forma voluntaria en una actividad consciente. La disnea es aquella situación en la que en todo momento el paciente

es consciente de su acción de respirar. Puede indicar múltiples causas patológicas, pero también puede deberse a un ejercicio intenso, a una situación de ansiedad, etc. Cuando la disnea aparece con el decúbito (al tumbarse) se denomina ortopnea y suele indicar problema cardíaco

CAMBIOS EN LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

La frecuencia respiratoria fisiológica en el adulto es de 12 a 20 respiraciones por minuto (rpm). En los niños y lactantes la frecuencia es mayor, siendo normal en el recién nacido y lactantes frecuencias de 30 40 rpm, y los cambios que se producen en la frecuencia respiratoria son:

- Taquipnea: cuando se produce un mayor número de respiraciones (>20 rpm en adulto). puede aparecer en esfuerzos, cuadros febriles, etc.
- Bradipnea: cuando el número de respiraciones es inferior a 10 rpm. Indica más alteraciones del sistema nervioso central como intoxicaciones (somniaferos, ansiolíticos, etc.), trastornos de circulación cerebral como trombosis o hemorragias, etc., es decir, situaciones que afectan en la función del centro respiratorio.
- Apnea: es el cese total de la respiración durante al menos 10 segundos.

Se denomina eupnea a la respiración que cumple los parámetros normales (frecuencia respiratoria 12 a 20/ minuto, de forma cíclica y con una profundidad regular dedicando siempre el mismo tiempo para Inspirar y espirar). Existen algunos tipos patológicos de la respiración: Respiración de Kussmaul, aumento de la frecuencia y la profundidad de las respiraciones. Respiración de Blot, irregular en frecuencia y profundidad.

TOS

Es un acto reflejo que también puede ser provocado voluntariamente, mediante el cual se origina una veloz corriente de aire que impulsa al exterior el contenido de las vías respiratorias. Las causas más frecuentes pueden ser las siguientes:

- Estímulos de origen cortical: por ejemplo, la tos psicógena
- Estímulos procedentes del exterior: polvo, cuerpos extraños, irritantes, etc.
- Estímulos producidos por inflamación de la mucosa respiratoria: bronquitis, asma...
- Irritación pleural.

Tipos de tos

- Tos seca: es improductiva
- Tos húmeda, productiva o eficaz: se acompaña de expectoración
- Tos espasmódica: se observa en bronquitis crónicas
- Tos coqueluchoide es típica de la tos ferina

- Tos perruna: es ronca y es típica en las inflamaciones de vías altas.
- Tos bitonal expresa parálisis de una cuerda vocal
- Tos emetizante produce vómitos.

EXPECTORACIÓN

Es la expulsión de secreciones con la tos. Esta puede ser:

- Mucosa, cuando lo objetivado es secreción propia del árbol respiratorio y saliva;
- Purulenta, cuando la secreción presenta signos de Infección (amarillenta, verdosa, espesa),
- Herrumbrosa, con restos de sangre.

HEMOPTISIS

Es la expulsión de sangre, exclusivamente o formando parte de esputos. La presencia de hemoptisis es un índice de que hay lesiones que acceden al árbol traqueo bronquial. Dependiendo de la cuantía y modo de presentación puede orientar hacia una patología u otra.

DOLOR

Las estructuras sensibles son la mucosa traqueo bronquial, la pleura parietal y los vasos.

ACROPAQUIAS

Es el cambio del ángulo del lecho ungueal, que se hace mayor de 180° y dan a los dedos un aspecto de palillos de tambor.

ENFERMEDADES CRONICAS RESPIRATORIAS (ERC)

Son enfermedades crónicas de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. Algunas de las más frecuentes son: asma; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); las alergias respiratorias; las enfermedades pulmonares de origen laboral; la hipertensión pulmonar. Sus factores de riesgo son: el tabaquismo; contaminación del aire en espacios cerrados; contaminación exterior; alérgenos; exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos.

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Es el fracaso de la función respiratoria, es decir, de la oxigenación y liberación de CO₂ de la sangre. Este fracaso es el resultado del fallo en la ventilación, en la perfusión o en la difusión de los gases. A su vez los trastornos de la ventilación pueden ser debidos a un mecanismo obstructivo de las vías aéreas, o a un mecanismo restrictivo del volumen pulmonar funcionante.

- Los mecanismos obstructivos suelen deberse fundamentalmente a inflamación y edema de pared, aumento de moco, o contracción de los músculos de fibra lisa provocando un broncoespasmo. Esto es lo que ocurre en enfermedades como tumores, inflamaciones, asma bronquial o enfisema.
- Los mecanismos restrictivos son debidos a alteraciones a nivel del SNC (hipnóticos, parálisis...), en la pared torácica (afectación de los músculos respiratorios o anomalías óseas), en la pleura (derrames pleurales, neumotórax, etc.) o en el pulmón (neumonías y atelectasias).

Como consecuencia de la insuficiencia respiratoria aparecen los siguientes síntomas:

- Hipoxia: Descenso de los niveles de oxígeno en sangre que, dependiendo del sistema de medición empleado, será <60 mmHg si se mide por análisis de sangre arterial en laboratorio, tras extracción de la misma o inferior a 90 % si lo que estamos utilizando es la pulsioximetría.
- Cianosis: es la coloración azulada de la piel de las membranas mucosas y lecho ungueal debido a una baja cantidad de oxígeno en la sangre (aumenta la hemoglobina reducida, es decir, la que no tiene oxígeno). El oxígeno confiere un color rojo púrpura a la sangre y cuando los niveles de este descienden, la sangre se oscurece y da esta coloración azulada que se aprecia en las zonas con riego más superficial, como son mucosas y debajo de uñas. Se divide en: Cianosis central: si se debe a una hipoxemia provocada por patología arterial o respiratoria. Evidenciaremos color azulado por todo el cuerpo, principalmente en la punta de los dedos y la nariz. Cianosis periférica: si se debe a reducción del flujo sanguíneo periférico o a una vasoconstricción como ocurre con el frío, trastornos circulatorios periféricos o en el shock. Hipercapnia: Aumento del dióxido de carbono en sangre. Se detecta mediante análisis de sangre, pero podemos sospecharla en pacientes con patología respiratoria y que empiezan con torpor mental, tendencia al sueño o desorientación.

ATELECTASIA

Es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón.

ENFISEMA PULMONAR

Se produce cuando los alvéolos de los pulmones se destruyen gradualmente, por dilatación o a la destrucción de sus paredes, lo que hace tener cada vez más dificultad para respirar. El enfisema es una de varias enfermedades conocidas en conjunto como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La causa prin-

cial del tabaquismo.

DERRAME PLEURAL

Es una acumulación anormal y excesiva del líquido pleural.

SINUSITIS

Es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales (anteriores y posteriores), que produce supuración de las cavidades paranasales con aparición de una cefalea muy intensa. Los senos paranasales son unas cavidades óseas de los huesos faciales y craneales que comunican con la cavidad nasal y que sirven como caja de resonancia para la fonación. Cuando se produce la acumulación de mucosidad en su interior y la colonización por parte de bacterias o virus se produce la sinusitis.

LARÍNGITIS

Denominada también «catarro laríngeo», es la inflamación de la mucosa laríngea debida a una infección (generalmente de tipo vírico). También puede aparecer por otras causas: Abuso o mal uso de la fonación, exposición a tóxicos irritantes... Sus síntomas: afonía, ronquera, picor, tos, dolor, cuadro de asfixia nocturno. Cuando la laringitis es crónica pueden producirse engrosamientos en las cuerdas vocales denominados nódulos.

BRONQUITIS (TRAQUEOBRONQUITIS)

Es la inflamación de la mucosa bronquial, caracterizada por ir precedida generalmente de rinitis, laringitis o faringolaringitis y se acompaña de traqueítis

Las causas son:

- Agentes infecciosos Pneumococcus Staphylococcus virus de la gripe
- Tabaco
- Clima
- Exposición al polvo o agentes contaminantes

Sus síntomas

- Tos seca que evoluciona a productiva
- Ronquera
- Sibilancias
- Cianosis y disnea.

Se denomina crónica cuando se padece al menos durante 3 meses, en dos años consecutivos.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Es la infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que afecta generalmente a los pulmones, los bronquios y la pleura. Con frecuencia puede pasar inadvertida, puesto que hay portadores sanos y enfermos asintomáticos. Si da síntomas estos son, tos seca, fiebre, cuadro infeccioso, dolor torácico, disnea. El tratamiento con antibióticos es largo y tedioso (más de 6 meses).

EDEMA PULMONAR

Este trastorno se produce cuando el corazón no es capaz de bombear sangre de manera eficiente, ésta se puede represar en las venas que llevan sangre a través de los pulmones. A medida que la presión en estos vasos sanguíneos se incrementa, el líquido es empujado hacia los espacios de aire (alvéolos) en los pulmones. Este líquido reduce el movimiento normal del oxígeno a través de los pulmones. Puede ser consecuencia de una insuficiencia cardíaca.

Sus síntomas característicos, son la disnea, cianosis, aumento en la presión arterial.

CARCINOMA BRONQUIAL

Es, junto con el cáncer de estómago, la neoplasia que con más frecuencia se da en los varones Su causa principal es el tabaco.

PLEURITIS

Es una alteración inflamatoria de la pleura visceral o parietal, que puede presentarse sin derrame (o bien ir acompañada de derrame (pleuritis exudativa) Se produce generalmente por los agentes infecciosos que causan la tuberculosis.

NEUMONÍA

Inflamación de carácter agudo o crónico de los pulmones, que afecta principalmente a la cavidad alveolar o a sus intersticios. Suele estar producida por una bacteria principalmente del género neumococo.

Síntomas: fiebre, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, tos productiva.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes respiratorios son unos pacientes que requieren muchos cuidados y atención. Un adecuado conocimiento de la sintomatología de las principales enfermedades permitiría identificar complicaciones de una manera más precoz y conseguir con ello un tratamiento más precoz y menor morbilidad.

6 Bibliografía

- Libro técnicas básicas de enfermería editorial MC.GrawHill education, autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa.
- Libro Higiene del medio hospitalario y de limpieza de material Editorial MC.GrawHill education. Autores Evangelina Pérez de la Plaza y Ana María Fernández Espinosa.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 857

EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN RECIÉN NACIDOS: SEGUIMIENTO DEL TRASTORNO Y COOPERACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA

ROMINA DAUNESSE PEREZ

MARTA DIEZ SOJO

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

1 Introducción

El alumbramiento es uno de los procesos por los que toda mujer pasa al terminar la gestación del embrión para dar vida a un nuevo ser humano. La historia nos relata y nos deja claras evidencias de cómo la matrona jugaba un papel fundamental desde hace miles de años. Éste concepto de la función de la matrona, se llegó a conocer de numerosas formas y maneras evolucionando hasta lo que se conoce como matrona hoy en día. La preocupación por la ayuda al alumbramiento viene datada desde antes de Cristo en el 1800 A.C. Se hicieron referencias bíblicas al alumbramiento y el apoyo al mismo, posteriormente en la era egipcia y hasta nuestros días son multitudinarias las referencias a lo mismo y la evolución de esta hasta nuestros días.

El padre de la ginecología moderna se le atribuye a J.Marion Sim, quien en su época realizaba operaciones obstétricas sin la utilización de ningún tipo de anestesia en los pacientes llegando a considerar si era un erudito o un torturador o sádico.

Las primeras matronas de carácter oficial en el siglo XX en España no se dieron hasta que se formalizó la especialización de la misma titulación, esto ocurrió en 1996. Si es cierto que desde 1790 en España ya se impartía formación sobre el arte de la función de la matrona, pero no fue hasta 1996 cuando se decidió elaborar en nuestro país la especialidad.

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste el síndrome de abstinencia provocado por las drogas y otras sustancias nocivas durante la gestación y en el recién nacido.
- Realizar los diferentes problemas asociados a las diferentes drogas.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca del síndrome de abstinencia en recién nacidos así como diversos estudios acerca de este tema, para ello se han utilizado las bases de datos de Pubmed y Scielo, ha sido utilizado como principal motor de búsqueda Google académico. Se han revisado un total de 12 estudios de los cuáles 4 han sido objetivo de ésta revisión, para seleccionar cuáles hemos escogido a la hora de realizar esta revisión nos hemos basado en la verificación del tema a tratar, los más actualizados y los más completos en cuanto a información.

4 Resultados

El síndrome de abstinencia en el recién nacido consiste, en los síntomas y sensaciones que sufre el recién nacido cuando no se le administra sustancias nocivas, que habían sido administradas por parte de la madre atravesando la placenta durante la gestación. Este síndrome es frecuente en embarazos cuya gestante ha consumido de manera continuada y en exceso sustancias como drogas, tabaco y alcohol. La vigilancia prenatal es fundamental para el seguimiento correcto del embarazo y un buen parto, el uso de las drogas y otras sustancias como el alcohol y el tabaco perjudica seriamente al recién nacido en su vida extrauterina.

El alcohol, el tabaco y las drogas en general repercuten en el estado físico, mental y en definitiva en el estado general del paciente así como, complicaciones y afecciones graves en multitud de órganos y sistemas del cuerpo humano. Las mujeres embarazadas durante la gestación han de mantener una serie de cuidados concretos en cuanto a alimentación e ingestión de sustancias nocivas y medicamentosas. Durante la gestación todos los nutrientes y necesidades del feto son enviados a través del cordón umbilical de la madre al embrión, de tal forma que así se mantiene una correcta alimentación y crecimiento del mismo, no obstante lo mismo ocurre cuando se realiza la ingestión de sustancias nocivas perjudicando al crecimiento o formación del feto.

La prueba de Finnegan es un teste que se realiza en este tipo de casos es decir, en los que hay una sospecha de consumo de drogas por parte de la gestante. El 75% de los recién nacidos con síndrome de abstinencia son sometidos a este tipo de test con el fin de comprobar el alcance producido por el consumo de sustancias nocivas durante el periodo de la gestación.

El tabaco perjudica el crecimiento del embrión provocando en la mayoría de los casos un problema de tamaño y peso del recién nacido al nacer. También en ocasiones provoca un adelanto del propio parto convirtiéndose en un parto prematuro y pudiendo aparecer complicaciones a la hora del parto como aumento en el sangrado y hemorragias post parto. Las drogas durante el embarazo provocan serios problemas de formación embrionaria durante la gestación, provocando malformaciones congénitas, también provoca problemas en el desarrollo intelectual del recién nacido en etapas iniciales de desarrollo, el parto puede volverse prematuro y aumentar el riesgo durante el parto tanto en la madre como en el bebé.

El alcohol es otra de las sustancias que más comúnmente se puede observar en mujeres embarazadas y es otra de las que conlleva mayor riesgo para el embrión y el futuro recién nacido, provoca problemas de formación en el embrión como problemas de tamaño, peso o malformación de extremidades. En casos graves de ingesta de alcohol durante el embarazo, pueden agravarse los problemas en el recién nacido hasta llegar a fallos orgánicos o malformaciones vitales en el mismo. El conocimiento conciso del tipo de droga consumida durante el embarazo es esencial para la aplicación del tratamiento correcto y específico para el recién nacido, por ello existe la elaboración de un drogograma con el fin de poder ser lo más específicos posibles a la hora de elegir el tratamiento.

Los principales síntomas del síndrome de abstinencia en recién nacidos pueden

ser leves o graves, entre los leves se encuentran: los temblores, problemas para concebir el sueño e irritabilidad; entre los problemas más graves se encuentran: las convulsiones, deshidratación, y fuertes diarreas. Los síntomas del síndrome de abstinencia suelen desaparecer entre las 24-48 horas de haber nacido, pero estas pueden alargarse generalmente no sobrepasando las 72 horas aunque en ocasiones estos problemas originados por las drogas suelen eliminarse tras el proceso del síndrome de abstinencia. En otras ocasiones estos problemas originados por este tipo de consumo provoca problemas a medio y largo plazo. Las sustancias nocivas pasan al feto a través del cordón umbilical y en ocasiones también atraviesas la placenta de otra forma menos directa, en ambos casos es fundamental evitar el continuado paso de estas sustancia durante el embarazo para evitar los problemas que derivan en un síndrome de abstinencia en el recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de abstinencia es un problema que se da sobre todo en familias desestructuradas o con problemas económicos, no obstante no puede ser generalizado ya que se puede dar en diferentes ámbitos sociales. Sin embargo esto es indiferente ya que el recién nacido es el que sufre las consecuencias de este tipo de hábitos perjudiciales

La prevalencia en el consumo de drogas durante el embarazo ha aumentado en los últimos años, incrementando el número de casos anuales a tratar en nuestro país. Esto es debido en gran parte al consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo por ello, es imprescindible la promoción de la salud y la inversión en este campo para concienciar a la población de la importancia de evitar este tipo de consumos durante, al menos, el embarazo. La promoción de la salud es fundamental para evitar la aparición de problemas relacionadas con el alcohol y las drogas en el recién nacido, evitando así de esta forma el síndrome de abstinencia.

El tratamiento pautado por el facultativo será realizado por el personal de enfermería y el auxiliar de enfermería que colaborará con todo lo necesario en dicho proceso, el personal de enfermería y el auxiliar de enfermería deben de conocer todo el proceso, así como los diferentes síntomas y tratamientos realizados por si fuera necesario su colaboración durante los diferentes procedimientos a realizar. De esta forma se podrá realizar un trabajo en equipo fundamental que comprenda la asistencia del paciente y de los propios familiares del recién nacido.

6 Bibliografía

- Alarcon-Nivia, M. A. (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. Revista colombiana de obstetricia y ginecología , 62 (2), 188-195.
- Delgado, J. D. (2001). Análisis descriptivo del síndrome de abstinencia neonatal en nuestro medio. Revista Española de Medicina , 57 (6), 491-496.
- Gálvez, P. (2014). Síndrome de abstinencia neonatal: evolución en los últimos diez años. Enfermería Global , 13 (36).
- Helka, M. (2008). Síndrome de abstinencia neonatal. Revista Medica , 19 (29), 4-7.
- Mellado, E. (2008). Manejo y control del síndrome de abstinencia neonatal. Enfermería Global , 7 (12), 1-21.
- Panisello, C. (2011). Estudio del impacto de las drogodependencias maternas en los recién nacidos. Agora de Enfermería , 15 (27), 116-118.

Capítulo 858

HIGIENE: CUIDADO BÁSICO QUE PROMUEVE LA COMODIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

SANDRA LILIANA GOMEZ CASTRO

1 Introducción

Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico.

2 Objetivos

- Analizar la importancia social, disciplinar y teórica de la higiene como un cuidado básico de enfermería requerido por los pacientes críticos y su relación con la comodidad.

3 Metodología

Revisión de la literatura y selección de artículos en las bases de datos ISI -Web of Knowledge, Scopus, Science Direct, Proquest, Ebsco, Medline, Ovid, Scielo y de otras fuentes como documentos no publicados y páginas web. La revisión incluyó 3 estudios cualitativos, 27 cuantitativos,

1 estudio mixto, 40 piezas documentales y 4 editoriales publicados por profesionales de enfermería y otras áreas de la salud.

4 Resultados

Los resultados se organizaron en 4 categorías así, cuidados básicos de enfermería en entornos críticos, higiene como cuidado básico para los pacientes críticos, higiene y comodidad y necesidades de investigación.

5 Discusión-Conclusión

Es indispensable que el profesional de enfermería asegure la satisfacción de las necesidades de higiene de los pacientes, así se proporciona seguridad, comodidad y bienestar.

Durante la provisión de los cuidados de enfermería se presenta una oportunidad para que el profesional de enfermería se comunique con el paciente, evalúe el estado físico y psicológico, identifique posibles ansiedades y temores, planifique los cuidados y brinde una atención individualizada.

6 Bibliografía

- www.um.es/eglobal.

Capítulo 859

LAS PRINCIPALES AFECIONES CARDÍACAS DERIVADAS DE MALOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ENFERMERÍA Y TCAE

PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA

ROMINA DAUNESSE PEREZ

MARTA DIEZ SOJO

RAQUEL SUAREZ MÉNDEZ

1 Introducción

El corazón es el órgano más importante que posee todo ser humano, gracias a él el cuerpo puede realizar todas las funciones básicas y a través de él se irrigan todos los órganos del cuerpo llegando a través de las arterias venas y capilares la cantidad necesaria de sangre y el transporte de oxígeno necesario para realizar todo proceso interno.

El corazón se encarga de bombear la sangre para repartir el oxígeno por el cuerpo, realiza un circuito perfecto aislado y cerrado recibiendo la sangre que ha sido enviada previamente a todo el cuerpo para poder bombearla de nuevo y mantener un circuito constante.

Las afecciones cardíacas son atendidas y estudiadas a través de los médicos especialistas en cardiología y las afecciones son múltiples y diversas.

Según la OMS entre las enfermedades que están en lo más alto del ranking de mortalidad están las enfermedades cardiovasculares, siendo con un 13% la HTA, el tabaco el 9% y el sedentarismo u obesidad el 5% (Gomez, 2012)

Algunas de las enfermedades que pueden llegar a producir un problema cardíaco viene determinada por la civilización y la cultura, el avance de las tecnologías, el ritmo de vida y la adaptación al medio y las relaciones interpersonales de la población ha hecho que esta variación alimenticia sea errónea y diferente de cómo era hace décadas (Sananes, 2006).

La alimentación es una de las principales causas de enfermedades cardíaca, un consumo excesivo de grasa, sal o carbohidratos son los precursores de enfermedades como la obesidad, hipertensión o el colesterol así como de otras enfermedades que aunque no estén directamente asociadas a la cardiología afectan en gran grado a un mal funcionamiento del sistema circulatorio y cardíaco como puede ser la diabetes.

La educación alimentaria se conoce como al conjunto de mecanismos y tácticas que pueden orientar a una persona o conjunto de personas a mantener una alimentación sana y correcta, esta educación es esencial a la hora de poder mantener una buena salud y evitar problemas relacionados con la misma (Rosales, 2017).

El consumo de sustancias nocivas como puede ser el alcohol, las drogas o el tabaco repercuten de forma negativa sobre el sistema cardíaco de los pacientes, principalmente afecta a otros órganos como el pulmón, hígado o riñones pero también se asocia con el empeoramiento del sistema cardiovascular del cuerpo humano ya que todos los órganos del cuerpo humano están asociados de forma directa o indirecta con el sistema circulatorio y el corazón.

El hábito de fumar o más conocido como tabaquismo es una de las epidemias del siglo XX y de lo que ya llevamos del siglo XXI, llegándose a convertir en uno de los problemas a combatir con mayor prioridad por los países desarrollados y parte de los subdesarrollados (Fadragas, 2005.)

2 Objetivos

Determinar cuáles son los factores principales que se asocian a las enfermedades cardíacas desde el punto de vista alimenticio así como determinar los cambios a

realizar en el comportamiento alimenticio de los pacientes como prevención de los problemas cardiológicos asociados a la alimentación.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de los efectos de la alimentación en los problemas cardiacos así como de varios estudios sobre este tipo de trastornos o problemas cardiacos, para ello se ha utilizado las bases de datos de Pumbed, Scielo y se ha utilizado el buscador de Google Académico para este fin.

Se han revisado un total de 18 estudios sobre los problemas cardiacos de los cuales 4 han sido objetivo de nuestra revisión. Para decidir cuáles eran los idóneos para este fin se han utilizados aquellos más actualizados y con un contenido más exacto sobre el tema tratado descartando aquellos con antigüedad excesiva o desactualizados.

4 Resultados

Una buena alimentación es la base para que exista un correcto funcionamiento del cuerpo humano y de esta forma gozar de una salud buena.

En el siglo XXI el cambio alimenticio está condicionado por la sociedad debido al cambio en la forma de vivir y afrontar los problemas diariamente, el nivel de vida buscado y el aprovechamiento del tiempo ha hecho que cambiemos la forma de alimentarnos introduciendo la comida rápida y los alimentos procesados .

El aumento del consumo de sustancias estupefacientes como la cocaína u otras drogas ha puesto en jaque a la sanidad en una gran parte de los países desarrollados, este tipo de drogas afecta directamente al aparato circulatorio pudiendo aumentar considerablemente los problemas cardiacos como la isquemia, el infarto agudo de miocardio, arritmias y muerte súbita (Castroseiros, 1998).

La hipertensión es uno de los principales problemas que tiene las personas mayores de 30 años en nuestro país, el aumento de la tensión genera una serie de complicaciones que llegan a afectar al sistema cardiovascular de una forma importante y a tener en cuenta.

El colesterol obstruye las arterias y las venas produciendo serios problemas car-

diacos que pueden solucionarse con un cambio de vida y de alimentación, controlando la dieta alimenticia y realizando ejercicio de forma diaria, el aumento del número de pacientes en nuestro país aumenta año tras año siendo uno de los principales problemas cardiacos del siglo XXI.

El tabaco provoca serios problemas respiratorios afectando al aparato respiratorio y a su vez esté repercutiendo en el cardíaco de forma severa produciendo problemas de oxigenación y por consiguiente afectando a la repartición de oxígeno por todo el cuerpo a través del aparato circulatorio .

En España más del 24% de la población se considera fumadora, estas cifras siguen siendo elevadas pese al continuo intento de las instituciones gubernamentales para evitar y explicar lo dañino que es a la población. Se calcula que aproximadamente el 30% de los fallecimientos en España son derivados de problemas cardiovasculares (Terradillos, 2016).

La cantidad de tabaco fumada está directamente relacionada con la probabilidad de sufrir un infarto de miocardio, las personas fumadoras tienen un 70% más de probabilidades de sufrir un infarto de miocardio mientras que si esta cantidad fumada supera las 2 cajetillas diarias este porcentaje aumenta hasta el 200% según diversos estudios realizados durante estos años (Bolet, 2003).

La dieta mediterránea es una de las mejores del mundo que nos mantiene una correcta alimentación y previene de multitud de problemas de salud relacionados con los hábitos alimenticios, nuestro país es uno de los privilegiados en que consumir este tipo de dieta es fácil y a la mano de cualquiera por lo que alimentarse correctamente no debería de ser un problema.

Hoy en día somos conocedores de que el 25% de las enfermedades del aparato circulatorio son directamente por el consumo del tabaco, el tabaco aumenta la presión arterial, la nicotina libera sustancias muy perjudiciales para la salud y el estado general del sistema cardiorespiratoria enfocándose sobre todo en pulmones y corazón y perjudica seriamente el estado de las arterias y músculo cardíaco endureciéndolo y evitando el aporte de oxígeno a través de él (Menéndez, 1995).

5 Discusión-Conclusión

La dieta es fundamental a la hora de poder gozar de una salud adecuada, el seguimiento correcto de una dieta equilibrada nos proporciona más nutrientes

necesarios evitando problemas de colesterol, hipertensión, diabetes e infinidad de problemas cardiovasculares.

La dietoterapia en las enfermedades cardiovasculares es de vital importancia con el fin de evitar complicaciones en las afecciones cardíacas ya existentes así como método de prevención de algunas de ellas, de este modo gran parte de las afecciones cardíacas podrían ser evitadas y controladas más fácilmente por el equipo médico (Socarras, 2010)

La comida rápida y procesada son alimentos innecesarios para el organismo haciendo que este se vea afectado y surjan problemas por el consumo continuado de este tipo de alimentación.

La obesidad infantil y el aumento de pacientes con problemas cardiovasculares en nuestro país está en aumento y es imprescindible ponerle remedio a este problema desde el punto de vista médico como social, la información y prevención a edades tempranas evita la aparición de problemas de salud en el paciente.

La liberación de los hábitos tóxicos como el fumar, el beber alcohol y la administración por cualquier vía de sustancias estupefacientes o drogas es fundamental para poder mantener una buena salud. Los programas de ayuda para poder dejar estas adicciones son fundamentales para el individuo evitando el consumo del mismo y las posibles recaídas posteriores que puedan ocurrir (Menéndez, 1995).

Los costes económicos derivados de estos problemas de salud pueden ser recordados o incluso eliminados si se mantiene una buena prevención, información y concienciación de la importancia de la alimentación desde la adolescencia, esto solo puede conseguirse a través de la unión sanitaria, social, familiar y hasta política de nuestro país para fomentar un cambio en nuestra forma de vida y alimentación.

La figura del fumador pasivo no es de desmerecer, el humo del tabaco es considerado como carcinógeno, en EEUU entorno a 3000 personas mueren de cáncer de pulmón al año sin haber sido consumidores de tabaco debido a que eran fumadores pasivos en sus entornos sociales, familiares o laborales (Bolet, 2003).

6 Bibliografía

1. Bolet, M. (2003). Algunas reflexiones sobre el tabaquismo como factor de riesgo para diferentes enfermedades. *Revista Cubana de Medicina General Integral* , 19 (4), 1-4.

2. Castroseiros, E. F. (1998). Cocaína y Corazón. *Revista Española de Cardiología* , 51 (5), 396-401.
3. Fadrugas, A. (2005). Hábito de fumar. Repercusión sobre el aparato cardiovascular. *revista cubana de medicina general integral* , 21 (3-4), 1-7.
4. Gomez, J. E. (2012). Morbimortalidad cardiovascular en el mundo. *Revista Colombiana de Cardiología* , 19 (6), 298-299.
5. Menéndez, R. G. (1995). Como liberarse de los hábitos tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. *revista cubana de medicina general integral* , 11 (3), 10-15.
6. Rosales, R. Y. (2017). alimentación saludable en docentes. *revista cubana de medicina general integral* , 33 (1), 21-26.
6. Sananes, I. (2006). alimentación fisiológica. libros en red.
7. Socarras, M. M. (2010). Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. *revista cubana de investigacion biomedica* , 29 (3), 10-12.
8. Terradillos, M. J. (2016). El tabaco, factor prioritario de riesgo cardiovascular, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2. La edad del corazón como herramienta preventiva. *Dialnet*, 3-5.

Capítulo 860

CELIAQUIA

ANA MENÉNDEZ BARRERO

BEATRIZ CANDANO GARRIDO

1 Introducción

Paciente que ingresa en el servicio de digestivo por reiteradas diarreas.

2 Objetivos

- Estudiar la causa de dicha diarrea mediante colonoscopia/analítica.

3 Caso clínico

Positivo en muestra de biopsia del intestino delgado y analítica. Sin parásitos en muestras de heces recogidas.

4 Resultados

Se modifica dieta presentando mejoría y seguimiento en consultas externas semestralmente.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE colabora en la administración de la dieta y asesora sobre los alimentos más adecuados y cocinado.

6 Bibliografía

1. Alimentación sana.com.
2. Libro blanco de la enfermedad celiaca.

Capítulo 861

ACTUACION DEL EQUIPO DE ENFERMERIA FRENTE A LAS INFECCIONES URINARIAS EN EL EMBARAZO

ROSA ELVIRA MOROCHO CABRERA

MARIA BELEN FERNANDEZ GARCIA

LUISA GANSO FERNANDEZ

MARIA ELVA LOPEZ ALVAREZ

MARCELINA ELSA RODRIGUEZ ACERO

1 Introducción

El sistema urinario de la mujer durante la gestación presenta diversos cambios morfofisiológicos importantes que lo predisponen a una infección de vías urinarias (IVU), estas se constituyen como la segunda entidad médica más frecuente en el embarazo, después de la anemia. Las IVU son un problema frecuente en la mujer embarazada, su importancia radica en los problemas obstétricos y en las posibles consecuencias para el feto. Las formas de presentación de las IVU son la bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis e infecciones de repetición.

La bacteriuria asintomática (BA) se presenta entre el 2 y el 11% de las gestantes, cuya detección y tratamiento son fundamentales durante la gestación, pues se

asocia a prematuridad, bajo peso y elevado riesgo de progresión a pielonefritis aguda (PA) y sepsis; es la causa más frecuente de hospitalización en el embarazo, complica 1-2% de los mismos. El 30 o 40% de las mujeres con BA no tratada desarrollará una infección sintomática, este riesgo se reduce un 70-80% si se erradica la bacteriuria. El 10-20% se diagnostican en el primer trimestre, la mayoría de los casos ocurren en los trimestres 2º y 3º, con frecuencia de manera previa al parto. La infección se ve favorecida por los cambios fisiológicos de la gestación, en la que disminuye el peristaltismo ureteral, los uréteres están comprimidos.

La Cistitis aguda (CA) se presenta en alrededor del 1,5% de los casos de IVU en gestantes, la Pielonefritis aguda (1-2%), es la principal causa de ingreso no obstétrico en la gestante, que en el 10 al 20% de los casos supone alguna complicación grave que pone en riesgo la vida materna y la fetal.

El presente Caso Clínico tiene como propósito presentar y analizar las necesidades por las que atraviesan las gestantes con infección de vías urinarias. Las ideas o creencias sobre la naturaleza de la enfermedad están íntimamente ligadas a la realidad sociocultural de las sociedades donde se presentan. La prevención y el cuidado han tenido una tremenda influencia en las causas de las diferentes enfermedades que presentan.

El caso clínico es la herramienta que permite reseñar ordenadamente todos los acontecimientos relevantes que ocurren al paciente durante la enfermedad, permite conocer a fondo las patologías de la paciente, las relaciones existentes con antecedentes, evolución del paciente, significancia y concordancia con el tratamiento ordenado, los fármacos prescritos y las condiciones de la paciente.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E), nos permite aplicar el método científico en la práctica asistencial enfermera, el cual contribuye a la prestación de cuidados lógicos de una forma racional y sistemática que aporten beneficios a los pacientes.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Aplicar el proceso de atención de enfermería (PAE) a un caso clínico, de una gestante con infección de vías urinarias IVU.

Objetivos específicos:

- Conocer la información básica del caso clínico.

- Realizar valoración cefalocaudal al paciente según los dominios de salud.
- Realizar el proceso de atención de enfermería según los diagnósticos identificados en el paciente, que conlleven al mejoramiento de su salud.
- Conocer los datos de laboratorio e imagenológicos del caso clínico.
- Identificar el manejo farmacológico instaurado para el caso.

3 Caso clínico

INFORMACIÓN BÁSICA.

SEXO: Femenino

EDAD: 22 años

ESTADO CIVIL: Unión Libre

NIVEL EDUCATIVO: Técnico

OCUPACIÓN ACTUAL: Auxiliar de enfermería

ESTRATO SOCIOECONOMICO: Medio

ANTECEDENTES:

- Patológicos: Infección de vías urinarias a repetición
- Ginecobstetricos: G1A0P0C0, menarquia 13 años, sexarquia 16 años.

DESCRIPCION DEL CASO

Motivo de consulta:

Tengo Mucho dolor

Queja principal

La paciente refiere cuadro clínico de 12 horas de evolución, consistente en dolor severo en región lumbar izquierda, no irradiado, asociado a náuseas, vómitos y picos febriles no cuantificados.

Ampliación de la queja.

Femenina de 22 años de edad, primigestante, con embarazo de 22 semanas, antecedentes de Infección de Vías Urinarias recurrente con múltiples hospitalizaciones, ingresa por sintomatología urinaria, con hemograma que evidencia discreta leucocitosis con neutrofilia y uroanálisis patológico, sin signos de alarma.

SIGNOS VITALES

T°: 37 °C

Pulso: 64 latidos/min

F.R.: 18 respiraciones/min

P.A.: 94/56 mmHg

PAM: 68 mmHg

SaO₂: 98%

DOMINIOS DE SALUD

DOMINIO PROMOCIÓN DE LA SALUD

Entrevista.

Al momento de la entrevista, la paciente refiere tener una salud en general muy buena: se alimenta bien, realiza actividad física, no se enferma constantemente; y en el último año no ha presentado ninguna complicación excepto la patología de base. Cuando él se enferma acude al médico siempre. Su alimentación es vía oral y es dependiente para realizar sus actividades cotidianas. Ella se siente capaz de mantener su hogar limpio y organizado.

Examen físico

El paciente presenta 62 kg de peso corporal, una talla de 1.65 m y un I.M.C. de 22.77 con un tipo de peso normal. Al inspeccionar la paciente se observa que es de constitución delgada, con una edad aparente acorde a la edad cronológica, conformación morfológica simétrica, con una estatura baja, postura corporal funcional, presencia de movimientos corporales voluntarios y ausencia de tics, temblores o convulsiones; uso de un lenguaje acorde a su nivel sociocultural, una adecuada presentación personal y demuestra alto grado de cooperación al examen físico.

Valoración de la vivienda.

Al preguntar sobre la vivienda la paciente refiere que las basuras las manipulan en bolsas, no hay presencia de ciertos artrópodos y roedores, sin presencia de animales domésticos.

Los alimentos los almacenan y conservan en neveras, con buena protección ante artrópodos; la vivienda cuenta con un entorno ordenado y no hay presencia mayor de suciedad o desechos dentro de ésta.

DOMINIO DE NUTRICIÓN

Examen Físico.

Examen de Cabeza, Cuello y Cara.

La paciente presenta un cráneo simétrico, mesocefalico. Presenta buena implantación del cabello, de color castaño, largo, liso, fino, abundante, con ausencia de pediculosis, higiene adecuada y sin presencia de seborrea. A la palpación del cráneo no hay presencia de hundimientos, masas o zonas de dolor.

Al inspeccionar la cara se observa una piel blanca, palidez generalizada, húmeda y ausente de alteraciones dérmicas; cejas delgadas, ojos simétricos sin ninguna alteración visual, nariz mediana chata con mucosa nasal pálida, húmeda; labios

delgados, simétricos, con palidez y húmedos; se observa a la paciente con facies tranquilas, con expresión de emociones como cansancio o estrés. Se palpa una piel turgente, sin presencia de masas o depresiones y ausencia de zonas de dolor en senos paranasales.

A la inspección del cuello se observa cuello simétrico, sin presencia de espasmos musculares, una piel blanca de contextura lisa y suave, realiza movimientos flexores, extensores y rotadores sin ninguna limitación. Se palpa una temperatura conservada; en el triángulo submentoniano submandibular, subclavicular ausencia de masa, sin zonas de dolor en las cadenas ganglionares; tráquea palpable. Con presencia del pulso carótideo.

Examen físico orofaríngeo.

A la inspección se observa una mucosa oral integra, de color rosado pálido y seca, sin lesión, conductos de Stenon y Wharton permeables; encías de color rosado sin presencia de gingivitis ni gingivorragia; la lengua es simétrica y seca de tamaño acorde a la cavidad bucal; las amígdalas son de tamaño normal, color rosado integras y no sobrepasan los arcos palatoglosos; los dientes son íntegros, sin obturaciones ni presencia de caries sin ausencia de piezas dentales. Los arcos palatoglosos se pueden observar junto con la úvula, íntegros y rosados

Examen físico de abdomen.

A la inspección se puede observar abdomen globoso, simétrico con volumen, piel integra, de textura lisa, sin presencia de alteraciones dérmicas, sin resequedad.

A la auscultación se encuentran ruidos intestinales peristálticos normales, de 5 a 7 por minuto

A la palpación superficial hay no presencia de dolor, con una temperatura corporal entre 35 y 37 °C. Al realizar la palpación profunda se palpa una pared abdominal blanda, depresible sin rigidez con dolor en fosa iliaca izquierda y ausencia de masas.

A la percusión se encuentra un sonido mate en la región del hipocondrio, timpanismo en el resto del abdomen. Sin presencia de megalias.

DOMINIO DE ACTIVIDAD/REPOSO.

Reposo y Sueño

Al realizarle la entrevista a la paciente refiere que duerme aproximadamente 10 horas diarias, acostumbra ir a dormir entre las 9:00 pm o 10:00 pm, sin tener temor de quedarse dormido, sin dificultad alguna para conciliar el sueño ni requerir alguna técnica o ayuda para dormir. Presenta algunos sueños y pocas pesadillas, aunque no se despierta durante la noche. Tiene sueño liviano, refiere descansar

realmente al dormir, no se ha despertado ninguna vez por la noche y si lo hace es a orinar.

Actividad y Ejercicio.

Examen físico

Al inspeccionar a la paciente se observa la cabeza y cuello simétricos en posición erguida, hombros, MMSS, tronco, caderas, MMII simétricos, movilidad activa y pasiva normal, con una fuerza muscular en grado 5: movimiento de fuerza normal, arco completo de movilidad contra gravedad y resistencia, es un musculo normal; tiene un rango de movimientos normales y a la medición se encuentra:
-Longitudinal

MSI: Real: 60 cm Aparente: 81 cm MSD: Real: 60 cm Aparente: 76 cm

MII: Real: 76 cm Aparente: 98 cm MID: Real: 76 cm Aparente: 98 cm

Trofismo muscular (circunferencial).

MSI: 23 cm MSD: 22 cm

MII: 40 cm MID: 40 cm

Zona tibial izq.: 24 cm Zona tibial der. 24 cm

Se realizar al paciente la coordinación equilibradora (estática) evidenciada por la prueba de Romberg; a la coordinación no equilibratoria (dinámica) el paciente demuestra en las pruebas de dedo-nariz, dedo-dedo, talón-rodilla y movimientos rápidos y alternantes un resultado adecuado.

Se puede observar marcha en sus tres fases normales.

Respuestas Cardiovasculares y Respiratorias.

Examen físico

A la inspección se puede observar de una respiración superficial de tipo toraco-abdominal por vía nasal con una frecuencia de 18 rpm con ritmo regular. Se inspecciona la nariz en la parte externa y se observa de forma chata y tabique recto con un tamaño proporcional a la cara, fosas nasales permeables, sin alteraciones o dolor existente, con ausencia de masas y crepitaciones.

Rinoscopia

Al inspeccionar la parte interna de la nariz se observa un vestíbulo nasal de color rosado con vibris, sin excoiaciones, una mucosa nasal integra, húmeda, cornetes y meatos normales, sin presencia de secreciones y senos paranasales sin presencia de dolor.

Examen físico de tórax.

Se observa piel de color blanca de textura normal, húmeda, de forma elíptica con una simetría conservada, diámetros y espacios intercostales sin alteraciones y columna vertebral sin desviaciones. Se palpa un frémito vocal presente en los dos hemitórax y se ausculta ruidos respiratorios adecuados como murmullo vesicular, bronco vesicular y traqueal y estertores gruesos en bases de pulmones, resonancia vocal sin presencia de pectoriloquia ni broncofonía. Al realizar la percusión se perciben pulmones resonantes.

Examen físico cardíaco.

Se valora una piel blanca, de textura lisa y suave, con una temperatura conservada sin presencia de sudoración, con un tiempo de llenado capilar de 1 segundo, se observa el PMI.

La paciente tiene una FC de 64 ppm con un ritmo regular y una PA en posición semi flower de 96/54mmHg, acostado de 96/54 mmHg, de pie 96/54. A la palpación de la zona pericárdica se palpa el PMI.

Se auscultan los ruidos cardíacos en las diferentes áreas pericárdicas se encuentra que S1 > S2 en los focos mitral y tricúspide correspondientes al cierre de las válvulas auriculoventriculares, que S2 >S1 en los focos aórtico y pulmonar, correspondientes al cierre de las válvulas sigmoideas. No se encuentran ruidos sobre agregados, sin desviación del ápex del corazón.

Al percutir la región precordial se encuentra matidez en la zona central del corazón, y submatidez en la zona periférica de éste.

COMODIDAD Y CONFORT

Examen Físico.

Al inspeccionar la conducta de la paciente se observa que mantiene un contacto visual ocular, no proyecta hostilidad, retraimiento ni mutismo.

4 Resultados

- Procedimiento: Ecografía de vías urinarias.
- Descripción: Riñones aumentados de tamaño. Derecho 13.15 x 5.23 x 5.77 cm con alteración difusa del parénquima renal por probable infección urinaria alta y baja sin cálculos con hiperemia con el doppler color sin calculos ni hidronefrosis con giordano + izquierdo 12.81 x 6.71 x 5.04 cm con infeccion urinaria alta y baja secundaria al embarazo de 21 semanas masculino, cefalico sin placenta previo anteriorvejiga de paredes muy engrosadas de 6.6 mm y residuo vesical de

15% cervicometría de 3.02 cm cerrado FCF 153 latidos por minuto líquido amniótico y cordón umbilical normal peso 390 gr para 21 semanas ILA 10.8 cm.

- Opinión: probable infección urinaria alta y baja secundaria al embarazo masculino cefálico de 21 semanas.

Laboratorios:

Urocultivo: Presencia De Escherichia Coli.

Hematología

Recuento De Blancos 14.4 K/Ul 5-10

Neutrófilos% 89.8 %G 35-65

Linfocitos% 9 %L 20-35

Monocitos% 0.2

Eosinófilos% 0.8 % 0-6

Basófilos% 0.2 % 0-1.5

Neutrófilos# 12.9 X10³/Mm³ 2.0-3.8

Linfocitos# 1.3 1.2-4.1

Monocitos# 0

Eosinófilos# 0.1 X10³/Mm³ 0-0.7

Basófilos# 0 X10³/Mm³ 0-0.1

Recuento De Rojos 3.7 M/Ul 3.5-4.5

Hemoglobina 11.3 G/Dl 12-15

Hematocrito 32.7 % 36-45

Volumen Corpuscular Medio 88.5 Fl 79-98

Mch 30.6 Pg 25.4-34.6

Mchc 34.6 G/Dl 30-36

Rdw-Cv 14.2 % 11.5-14.5

Recuento De Plaquetas 291 K/Ul 150-450

Mpv 8.4 % 7.4-11

Tratamiento:

Meropenem x 500 mg IV cada 12 horas por 14 días.

Hioscina N-butilbromuro 20 mg IV cada 12 horas.

Ácido ascórbico x 500 mg VO 1 tableta cada 24 horas.

PROCESOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

DATOS DE VALORACIÓN DOMINIO DE SALUD Y ANÁLISIS DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Paciente femenina de 22 años con infección de vías urinarias sin sitio especificado

Fiebre no especificada

Dolor calificado en 5 en una escala del 1 al 10

Signos vitales:

TA: 94/56

FC:64

T°C: 37

FR:18

Dominio 12: Confort

Clase 1: Confort Físico

Análisis:

Es importante saber que el dolor debe ser manejado para lograr un confort total.

DOLOR AGUDO (00132).

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses

M/P: Expresa Dolor

RESULTADO ESPERADO: Satisfacción del paciente/Usuario: Manejo del dolor (3016)

Dominio: Salud Percibida (05).

Clase: Satisfacción de los Cuidados (E).

Escala: Desde no del todo satisfecho hasta completamente satisfecho.

La paciente tendrá disminución del dolor con la ayuda del personal de enfermería a cargo , mediante la orientación sobre la importancia de llevar un control de su salud debido al dolor causado por la infección de vías urinarias y los síntomas de alarma de esta, en una escala de 4: frecuentemente demostrado, en donde 1: nunca demostrado y 4: siempre demostrado, evidenciado por los siguientes criterios a lograr:

301601-Dolor controlado

301602-Nivel de dolor controlado regularmente

301604-Acciones tomadas para aliviar el dolor

301605-Acciones tomadas para proporcionar comodidad

NIVELES DE ALCANCE:

Nivel 1: Nunca demostrado, si el paciente logra 1 criterio (25%)

Nivel 2: Raramente demostrado, si el paciente logra 2 criterios (50%)

Nivel 3: A veces demostrado, si el paciente logra 3 criterios (75%)

Nivel 4: Frecuentemente demostrado, si el paciente logra 4 criterios (100%)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA JUSTIFICACIÓN ACTIVIDADES

Manejo del dolor(1400)

Campo: 01: Fisiológico: Básico

Clase: E Fomento de la comodidad física

El dolor afecta al paciente ya que no se encuentra bien consigo mismo por esta molestia, por lo cual se debe buscar minimizar este dolor. Observar clases no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos eficazmente

Observar que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes

Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor

Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor

Administración de analgésicos (2210)

Campo: 02 Fisiológico: Complejo

Clase: H: Control de fármacos Para el manejo del dolor se debe ocupar los fármacos correctos para si disminuir este y que se aumente o propaguen. Comprobar ordenes médicas en cuanto al medicamentos, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.

Comprobar el historial d alergias y medicamentos.

Determinar la ubicación, características calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.

Elegir el analgésico o combinación de analgésicos adecuados cuando se prescriba más de uno.

Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos narcóticos, a la primera dosis o si se observan signos inusuales .

Cambio de posición (0840)

Campo:01: Fisiológico: Básico

Clase Control de inmovilidad. Al cambiar de posición se obtiene una nueva perspectiva del cuerpo la cual mejorará la comodidad de este paciente, buscando disminuir el dolor. Colocar en posición de alineación corporal correcta

Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.

Colocar objetos de uso frecuente al alcance.

Explicar al paciente a participar en los cambios de posición si procede.

EVALUACION

La paciente logro la disminución y control del dolor con la ayuda del personal de enfermería a cargo, mediante la orientación sobre la importancia de llevar un control de su salud debido al dolor causado por la infección de vías urinarias y los síntomas de alarma de esta, en una escala de 4: alcanzando los siguientes criterios:

- Dolor controlado.
- Nivel de dolor controlado regularmente.
- Acciones tomadas para aliviar el dolor.
- Acciones tomadas para proporcionar comodidad.

Datos de Valoración Dominio de Salud y Análisis Diagnóstico de Enfermería

La paciente presenta fiebre debido a la infección de vías urinarias.

Ha sido hospitalizada por esto en múltiples ocasiones.

Se observa pálida al momento de la valoración.

Dominio: 11: Seguridad protección

Clase : 6 Termorregulación

Etiqueta: Hipertermia (00007)

Definición: Elevación de la temperatura corporal por encima.

R/con: Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal.

M/por: Sepsis.

Resultado: (NOC) Termorregulación (0800)

Dominio: salud fisiológica (II)

Clase: Regulación metabólica (I)

Escala: (n) Desde grave hasta ninguno

La paciente regulará su temperatura, con la ayuda y asesoramiento del personal de enfermería a cargo; en el transcurso de 3 días posteriores a la valoración, en una escala de 2 en donde 1 es inadecuado y 2 es completamente adecuado.

Disminuir temperatura corporal.

Control de constantes vitales.

Niveles de adaptación:

(50%) Nivel 1 inadecuado, el paciente solo logro 1 criterios 50%

(100%) Nivel 2 completamente adecuado , el paciente logro 2 criterios 100%

Intervenciones de Enfermería Justificación Actividades

Campo: 2 fisiológico complejo

Clase: M Termorregulación

Intervención: 3900 Regulación de la temperatura

El manejo de la temperatura es esencial ya que si se ve alterada está se nos verá alterado todo nuestro organismo, por lo cual se debe controlar

1. Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, si procede.
2. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
3. Observar el color y la temperatura de la piel.
4. Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.

Campo: 2: Fisiológico completo

Clase: M Termorregulación.

Intervención: 3740 Tratamiento de la fiebre.

La fiebre es un signo de alarma que nos indica que algo en nuestro organismo no está bien, en este caso encontramos que es una infección, por lo cual se debe corregir está quitando la infección para que desaparezca la fiebre

1. Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno.
2. Vigilar por si hubiera perdida imperceptible de líquidos.
3. Observar el color de la piel y la temperatura.
4. Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de consciencia.

Campo: 2: Fisiológico Complejo

Clase: H: Control de Fármacos

Intervención: 2300 Administración de medicación

Para el manejo de la fiebre se debe ocupar los fármacos correctos para así disminuir este y que se aumente o propaguen .

1. Seguir los cinco principios de la administración de medicación.
2. Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
3. Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
4. Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.

Evaluación: La paciente logro regular su temperatura, con la ayuda y asesoramiento del personal de enfermería a cargo. En el transcurso de 3 días posteriores a la valoración, en una escala de 2 en donde 1 es inadecuado y 2 es completamente adecuado.

Disminuir temperatura corporal

Control de constantes vitales

Datos de Valoración Dominio de Salud y Análisis Diagnóstico de Enfermería

La paciente refiere sentir angustia debido a que no sabe que pueda pasar con su feto.

En la paciente se ven facies de preocupación ya que la infección es desde antes de su embarazo.

La paciente refiere que se quiere ir ya y continuar con su vida normal.

Infección de las vías urinarias sin sitio especificado.

Fiebre no especificada.

Dominio: 09: Afrontamiento/Tolerancia al estrés.

Clase : 02 Respuestas de afrontamiento.

Etiqueta: 00146

Ansiedad

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

R/con: Angustia.

Resultado: (NOC) Aceptación: Estado de salud (1300)

Dominio: Salud psicosocial (3)

Clase: Adaptación psicosocial (N)

Escala: (m) Desde NUNCA demostrado hasta SIEMPRE demostrado.

La paciente disminuirá el grado de ansiedad, con la ayuda y asesoramiento del personal de enfermería a cargo; mediante la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel ya que en este caso se ven afectados 2 de sus conceptos la inferencia y la ilusión, en el transcurso de 3 días posteriores a la valoración, en una escala de 4 en donde 1 es inadecuado y 4 es completamente adecuado, alcanzando los siguientes criterios:

130001-Tranquilidad

130003-Calma

130007-Expresa sentimientos sobre el estado de salud

130020-Expresa consideración por sí mismo positiva

Niveles de adaptación:

Nivel 1: nunca demostrado, si el paciente solo logro 1 criterio (25%)

Nivel 2: raramente demostrado, si el paciente logra 2 criterios (50%)

Nivel 3: frecuentemente demostrado, Si el paciente logra 3 criterios (75%)

Nivel 4: siempre demostrado, si el paciente logra 4 criterios (100%)

Intervenciones de Enfermería Justificación Actividades

Campo: 3: Conductual

Clase: T: Fomento de la comodidad psicológica

Intervención: 5820

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.

El paciente al encontrarse en una situación desfavorable siente medio ante esta situación ya que puede ser nueva para él y desea saber qué pasará con él, que es lo que tiene y como seguirá su vida antes esta, por eso, al no saber del bien todo sobre su patología

1. Utilizar un enfoque sereno que de tranquilidad.
2. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
3. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
4. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Campo: 3 Conductual

Clase: R: ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Intervención: 5270

APOYO EMOCIONAL.

El apoyo por parte del equipo de salud debe estar siempre presente, más en este caso que es incertidumbre ya que no se sabe de donde proviene la infección ya que ha sido tratada desde mucho tiempo atrás y aún no se ha podido erradicar

1. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones.
2. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
3. Escuchar las expresiones de sentimientos o creencias.
4. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

Campo: 3: Conductual

Clase: R: ayuda para hacer frente a situaciones difíciles

Intervención: 5240

ASESORAMIENTO.

Ante la enfermedad el paciente puede o no saber cómo enfrentar esta por lo cual se le debe dar toda la información pertinente de esta para que pueda hacer frente

a la patología

1. Establecer metas.
2. Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede.
3. Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

Evaluación: La paciente disminuyó el grado de ansiedad, con la ayuda y asesoramiento del personal de enfermería a cargo; mediante la teoría de la incertidumbre de Merle Mishel ya que en este caso se ven afectados 2 de sus conceptos la inferencia y la ilusión, en el transcurso de 3 días posteriores a la valoración, en una escala de 4 en donde 1 es inadecuado y 4 es completamente adecuado, alcanzando los siguientes criterios

130001-Tranquilidad.

130003-Calma.

130007-Expresa sentimientos sobre el estado de salud.

130020-Expresa consideración por sí mismo positiva.

5 Discusión-Conclusión

Se trató del caso clínico de una primigesta de 22 años de edad con 22 semanas de embarazo quien cursa con una bacteriuria sintomática, que requirió de hospitalización para tratamiento parenteral por 14 días; Como factores de riesgo se identificaron los antecedentes patológicos de IVU a repetición a lo largo de la vida, además de éxtasis urinario asociado a su trabajo como auxiliar de enfermería en un centro de salud de tercer nivel de atención donde por sus actividades en ocasiones no puede ir al baño en el momento que presenta ganas de miccionar.

En cuanto a la valoración por dominios de la salud se encontró que el principal dominio afectado fue el de comodidad y confort en la clase de confort físico, siendo el diagnóstico de enfermería de dolor la queja más sentida por la paciente; las intervenciones de enfermería ejecutadas en orden de importancia fueron, Manejo del dolor, administración de analgesia, cambios de posición. Encontrando una respuesta satisfactoria en el alivio del síntoma evidenciado en la escala propuesta logrando el objetivo planteado.

En segundo lugar se priorizó el dominio de seguridad y protección en la clase termorregulación, diagnóstico hipertermia, las intervenciones realizadas fueron, regulación de la temperatura, manejo de la fiebre, administración de antipiréticos,

con las que también se obtuvo buena respuesta en cuanto al manejo de los picos febriles, pudiendo lograr el objetivo planteado.

El tercer y último dominio priorizado fue el dominio de afrontamiento y tolerancia al estrés, clase respuestas de afrontamiento, diagnóstico ansiedad, las intervenciones enfermeras utilizadas fueron, disminución de la ansiedad, apoyo emocional, con las que se logró parcialmente el objetivo planteado, puesto que aunque la paciente a los tres días post intervención expresó sentimientos positivos sobre su estado de salud y por sí misma, aun expresaba sentimientos intranquilidad y ansiedad estos referidos por ella misma, asociados a la preocupación por su trabajo y familia. el diagnóstico médico se dio inicialmente por clínica, posteriormente este fue confirmado mediante cultivo de orina donde se encontró la bacteria *Escherichia coli*, acorde a lo expuesto por la literatura donde aproximadamente el 83% de las bacteriurias sintomáticas en gestantes son causadas por esta bacteria.

El tratamiento antibiótico fue con Meropenem a dosis de 500 mg intravenoso dos veces al día por 14 días, este antibiótico perteneciente a la familia de los carbapenems es activo y eficiente frente a esta bacteria, lo que se demostró evidenciado en la curación de la IVU de la paciente tras la finalización del esquema ordenado y el posterior urocultivo post tratamiento negativizado.

6 Bibliografía

1. Herráiz M, Hernández A, Asenjo E, et al. Infección del tracto urinario en la embarazada. España. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(Supl. 4):40-6.
2. Estrada A, Figueroa R, Villagrana R,. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. Mexico, 2010; *Perinatol Reprod Hum* 2010; 24 (3): 182-186.
3. Viana Zulaica C. Guía clínica de Infección urinaria en la mujer embarazada. España. Fistera [homepage], [Actualizado 18 de Noviembre de 2013];
4. NNNCONSULT [homepage]. Buscador de los diagnósticos desarrollados por Nanda International (NANDA), los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC). ELSEVIER.

Capítulo 862

COMO CURAR UN QUISTE PILONIDAL

MARTA GARCIA ANTON

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO

1 Introducción

El término pilonidal significa nido de pelos, por eso recibió ese nombre, ya que a veces se anida vello en su interior. Cuando tiene pues, decimos que es un absceso. Es una enfermedad inflamatoria crónica. Se forman casi siempre en la parte superior del pliegue que divide las nalgas, cuatro a cinco centímetros por encima del ano, en la región del coxis, pero también pueden aparecer en otras zonas como, puede ser alrededor del ombligo, la axila o del cuero cabelludo. No es una afección grave pero si molesta. Se da varones entre los 15 y los 35 con mucho vello corporal. Pero siempre existen excepciones.

2 Objetivos

- Buscar el bienestar total del paciente, la ausencia de dolor y que desaparezcan los procesos infecciosos tan molestos.

3 Caso clínico

Varón de 17 años que acude a su médico por dolor perianal y fiebre. Refiere dolor agudo de 18 meses de evolución, que ha requerido drenaje por absceso en urgencias, en dos ocasiones.

Exploración: tumoración perianal con material purulento marrón, fistula y absceso. Se habla con la unidad de cirugía para valoración y este decide ingresarlo en la planta de Cirugía. Se les administraron antibióticos intravenosos y pauta antibióticos orales para completar 14 días .

Mediante una incisión amplia se drenó el contenido purulento. Se lavó con abundante solución fisiológica y luego se realizó cambio de campos operatorios. Una vez terminado este procedimiento se tiñe con azul de metileno la cavidad y se procede a la resección del quiste en su totalidad hasta la fascia sacra. Se envía a biopsia del quiste. Se realiza hemostasia y se fija la piel con puntos. Se pauta al paciente hacer curas en su centro de salud, en días alternos y retirar los puntos a los 7 días. Pasado un mes el paciente es dado de alta por curación completa de la patología.

4 Resultados

- El paciente se sometió a resección del quiste pilonidal.
- Al examen macroscópico, el quiste contenía restos de pelo y sebo.
- El paciente tras la intervención y el periodo de recuperación, recupera su vida normal, sin dolor y asintomático.

5 Discusión-Conclusión

El sinus pilonidal es una condición que se presenta generalmente en pacientes jóvenes y con un predominio en hombres. La cirugía es una solución definitiva a un problema que provoca gran malestar a quienes lo padecen y a su vez lleva a múltiples consultas en los servicios de urgencia.

Sigue siendo un reto quirúrgico para el cirujano, debido a la amplia variabilidad de presentación. Existen gran variedad de técnicas quirúrgicas para tratarlo y los cirujanos deben conocerlas para elegir aquella que se adapte mejor a cada paciente.

La técnica quirúrgica ideal debe ser aquella que permita al paciente reincorporarse a la vida laboral lo más temprano posible, que se realice de forma ambulatoria, que los cuidados postoperatorios sean mínimos y generando escaso dolor postoperatorio.

6 Bibliografía

1. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right tract for treatment.
2. Da Silva JH. Pilonidal cyst. Cause and treatment. Dis Colon Rectum
3. Larach A, Rosales W. El tratamiento de los quistes sacrococcígeos por la técnica de McFee.
4. Sondenaa K, Nesvik I, Andersen E, Soreide JA. Recurrent pilonidal sinus after excision with dosed or open treatment: final result of a randomised trial.
5. Jarufe N, Bannura G, Contreras J, Saxton F, Marró P. Enfermedad pilonidal crónica sacrococcígea.
6. Stumpe KD, Strobel K. 18F FDG-PET imaging in musculoskeletal infection.
7. Sternberg J. The Management of Pilonidal Disease. En: Cameron J.L, Cameron A.M. Current Surgical Therapy.

Capítulo 863

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN UN PACIENTE CON UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA MULTISISTÉMICA.

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARTA TIZÓN GARCÍA

1 Introducción

Datos del paciente:

- Sexo: Masculino.
- Fecha de nacimiento: 23-06-56.
- Edad: 60 años.
- Profesión: Retirado. Pintor y administrativo.
- Tiempo libre: Antes de la lesión pintaba, impartía clases, escuchaba música, leía, veía la tele, le gustaba ir a la playa.
- Manualidad diestra/zurda: diestra.

Anamnesis:

Factores ambientales:

- Estado familiar: casado con 3 hijos.
- Situación de la vivienda: casa de campo, asfaltada, con dos pisos con escaleras.

Estado de salud:

- Enfermedades previas: hiperglucemia e hipercolesterolemia.
- No presentaba: ni HTA, ni rigidez nucal ni signos meníngeos, además de no tener hábitos tóxicos.
- Diagnóstico neurológico (estructuras nerviosas dañadas).
- 2010: DX de atrofia cerebelosa.
- Actualmente: RMM: Enfermedad degenerativa multisistémica “degeneración olivo-pontocerebelosa (OPCA).
- Afecta a los hemisferios cerebelosos y a la vía cortico-espinal.

Estudios de potenciales evocados somatosensoriales:

- Afectación de las vías somestésicas lemniscas a nivel bulbo-cortical (compromiso axonal) para aferencias de nervios medianos.
- Alteración leve en la conducción de la vía somestésica cordonal posterior a nivel medular para aferencias de nervios tibiales posteriores.

Otras patologías o afecciones:

- Sialorrea.
- Disartria.
- Colitis ulcerosa.
- Comienzo con incontinencia urinaria que actualmente ha acabado finalizando en auto sondajes debido a lo que medicamente denomina como “vejiga flácida”, siendo inefectiva para la contracción muscular.
- Medicaciones relevantes para la terapia:
 - Auxina E.
 - Memantina.
 - Prednisona.
- Ayudas técnicas: silla de ruedas eléctrica que maneja el propio paciente.

Evaluación:

Valoración del paciente en sedestación:

El paciente se encuentra en sedestación relajada, con flexión de tronco y cadera, pelvis basculada en dirección posterior (retroversión pélvica) e inclinación izquierda de tronco, no llevando peso a los miembros inferiores. Se mantiene sentado, compensando con la ayuda de ambos brazos, agarrándose a la camilla.

- Pelvis: Retroversión.
- Cadera: Flexión.
- Tronco: Flexión (actitud cifótica).
- Hombros: Rotación interna - antepulsión.

- Cabeza: Antepulsión.
- Tobillos: 90°.

Palpación:

- Región abdominal muy flácida.
- A nivel de miembros superiores e inferiores: bajo tono de manera generalizada, con aumento de tono en aductores e isquiotibiales.

Análisis del movimiento funcional:

Valoración del paso se sedestación a bipedestación desde la camilla.

Alteraciones en el movimiento:

- La secuencia temporal (timing) está cambiada.
- La pelvis no efectúa un movimiento selectivo en dirección anterior, el PCC es el que inicia el movimiento hacia delante pero no ascendente, permaneciendo el tronco en flexión, pues no es capaz de enderezarlo.
- Insuficiente actividad extensora de ambas rodillas al empezar a despegar la región glútea de la camilla.
- Apoya sus manos en la camilla o piernas.
- Al intentar extender las rodillas tiende a irse hacia atrás.
- Si le pide una sedestación activa, al intentar enderezar el tronco, mueve aún más la pelvis hacia la retroversión, desplazando el centro de gravedad posteriormente sin erguir el tronco, lo que le dificulta aún más llevar el peso a los miembros inferiores.

Pistas críticas:

- Negativas:

Constante desalineación del tronco hacia la derecha y pobre percepción de la línea media

- Positivas

El paciente se muestra colaborador y con buena disposición de trabajo. A pesar de la desalineación presente y la pobre percepción de la línea media, el paciente es consciente de que tiende a desalinearse frecuentemente y a dejarse caer hacia la derecha durante todas las actividades funcionales.

Identificación del potencial:

- Si trabaja con apoyo visual mejora la percepción de la línea media por parte del paciente.

- Si le pides la elevación del miembro superior derecho con el fin de activar concéntricamente el hemitronco izquierdo y excéntricamente el derecho, es capaz de llevar a cabo dicho movimiento, pero requiere tiempo para iniciar el movimiento así como su realización.
- El paciente es capaz de "ponerse de pie" ayudándose con las manos, aunque la secuencia para llevar a cabo esa actividad así como la postura final no sean las correctas.
- A pesar de que el paciente "no entiende" los movimientos de anteversión y retroversión pélvica, pues lleva mucho tiempo con la pelvis en retroversión y esta se encuentra muy rígida, una vez explicada la importancia de este movimiento en la actividad de paso de sedestación a bipedestación, ve la necesidad de enfocar los esfuerzos en conseguir mayor movilidad en esta zona.
- Por todo ello se establece, que a pesar de la desalineación de tronco presente, la falta de movilidad en la región pélvica así como las compensaciones presentes durante la actividad funcional seleccionada, si se va a poder mejorar dicha actividad, consiguiendo un mejor patrón de movimiento, alcanzando la bipedestación sin caerse posteriormente.

Diagnóstico de movimiento:

El tronco inicia el movimiento hacia delante y ligeramente hacia caudal y no la pelvis, la cual se encuentra en retroversión y no es capaz de ir hacia la anteversión, estando la secuencia temporal (timing) alterada. Al estar la pelvis desalineada hacia posterior o retroversión hace que el tronco no pueda aumentar su tono lo suficiente para enderezarse correctamente.

De tal manera que cuando el paciente intenta ponerse de pie le es muy difícil pues el tronco se encuentra flexionado y la pelvis en retroversión, lo que acaba haciendo que el paciente aun consiguiendo en ocasiones mayor extensión de rodillas, al tener la pelvis en retroversión se vaya hacia atrás cayéndose sobre la camilla o asiento.

Test empleados:

- Test de equilibrio Tinetti: 2-16

Hipótesis:

- Si mejoras la posición de la pelvis, consiguiendo mayor anteversión pélvica de ésta, podrá enderezarse más fácilmente el tronco pudiendo entonces corregir la desalineación de ésta respecto a la línea media (inclinación izquierda).
- Si consigues mejor posición de pelvis y tronco, en el plano frontal y sagital, se podrá llevar más peso a los miembros inferiores.

- Si consigue llevar peso a los miembros inferiores se podrá trabajar la carga simétrica en ambos, pues tiende a llevar todo el peso al hemicuerpo izquierdo.
- Todo ello necesario para poder ponerse de pie (anteversión pélvica, enderezamiento de tronco, carga simétrica sobre miembros inferiores).

Según la hipótesis establecida comenzaría trabajando la pelvis con el fin de conseguir mayor movimiento y por tanto mayor anteversión pélvica.

2 Objetivos

- Exponer el tratamiento multidisciplinar en un paciente con una enfermedad degenerativa multisistémica.
- Abordar la importancia del manejo global del paciente con una enfermedad degenerativa multisistémica.

3 Caso clínico

Tratamiento:

Se ha comenzado intentando movilizar la pelvis en sedestación, partiendo así de la posición inicial para trabajar la actividad seleccionada (paso de sedestación a biepedestación) y en decúbito supino, que aunque no se realizase un trabajo tan selectivo de anteversión y retroversión pélvica como en la postura anterior, presenta otras ventajas y permite trabajar la musculatura glútea.

Facilitación de los movimientos pélvicos selectivos en sedestación:

- El paciente debe estar sentado con las piernas en alineación y separadas el ancho de las caderas y los pies debajo de las rodillas.
- Los brazos del paciente deben estar sobre los hombros del terapeuta, siendo éstos un punto de referencia para el paciente, ayudándole con ello a iniciar los movimientos a partir de la pelvis y no del PCC o cabeza.

Facilitación de la activación glútea y movimiento selectivo de pelvis:

El paciente es incapaz de elevar la región glútea y estabilizar pies y rodillas. Estabilizándole el terapeuta sus piernas y pies, traciopnando del fémur caudalmente, sigue presentando mucha dificultad sin apreciarse apenas movimiento en la región glútea y pélvica.

En cuanto a la elevación de una y otra mitad pélvica, es incapaz de realizar el

movimiento, tanto con una como con otra, no apreciándose una diferencia significativa entre ambas, pues apenas hay movimiento.

Por otra parte se trabajó mediante terapia manual los miembros inferiores, con el fin de relajar aquella musculatura que se encontraba más acortada y ganar rango articular.

Regulación del tono de los miembros inferiores:

- Masoterapia.
- Presenta bastante tensión en los aductores por lo que se ha decidido apoyar su pierna sobre la del terapeuta para disminuir así la tensión en éstos.
- Región posterior del muslo.
- Los pies se encuentran a 90° de flexión dorsal, muy rígidos, por lo que se ha procedido a realizar movilizaciones activo – asistidas hacia flexión dorsal y plantar, en decúbito supino (sin carga).

Fortalecimiento del miembro inferior:

Tumbado boca arriba y con una pesa lastrada en el tobillo. Debe realizar el movimiento de triple flexión (flexión de tobillo, rodilla y cadera) y estirar posteriormente. Al subir debe intentar tirar de los dedos hacia arriba y al bajar hacia abajo (trabajando así la flexión dorsal y plantar). Con éste ejercicio se pretende conseguir fortalecer el miembro inferior de manera directa e indirectamente la región abdominal, realizando simultáneamente un estiramiento activo de la cadena posterior.

Inicio:

- Realiza el movimiento lento y descoordinadamente.
- Se aprecia gran tensión en la cadena posterior.

Final:

- Menor compensación en el miembro inferior en reposo.
- Mayor elevación del miembro inferior contralateral habiendo mejorado la coordinación de éstos, pudiendo realizar al movimiento de triple flexión y triple extensión posteriormente con facilidad y sin necesidad de facilitación táctil por parte del terapeuta.

Fase 1:

- En sedestación es muy difícil acceder a la pelvis pues el tronco además de presentar bajo tono, está muy desalineado respecto a la línea media (inclinación izquierda), tendiendo a caerse hacia ese lado, necesitando apoyarse con la mano

izquierda en la camilla.

- En decúbito supino al intentar trabajar elevando la región glútea así como una y otra mitad pélvica, ocurría lo mismo, no había prácticamente activación ni movimiento, suponiendo un gran esfuerzo para ambos para el pobre resultado final.

Fase 2:

- Al ver que mediante éstas dos formas de trabajar , no se conseguía apenas activación en la musculatura ni movimiento, me llevo a replantearme la hipótesis establecida en primer lugar, y por tanto la forma de trabajar durante las sesiones. Si consigues mejorar el tono del tronco, consiguiendo un mayor enderezamiento de éste, así como una mejor alineación respecto a la línea media, tanto en el plano sagital como frontal, se podrá “liberar la pelvis” y “acceder” entonces a ella.

- Se prosiguió trabajando sentado detrás del paciente en una pelota para intentar conseguir activar el tronco y corregir la desalineación presente. Sí que es cierto que se conseguía movilizar algo, pero el paciente presentaba bastante reticencia así como miedo al irse hacia delante y hacia los lados.

- Cuando se contaba con un terapeuta más resultaba más fácil trabajar, pues podía ayudarnos a crear un entorno que le diera más seguridad al paciente. Como no siempre se disponía de otro terapeuta, se decidió trabajar en Decúbito supino primero: con un palo agarrado por las manos, debía de llevar éste en dirección caudal y craneal, trabajando así indirectamente la región abdominal, a la vez que fortalece los miembros superiores. Posteriormente debía llevar éste a ambos lados.

Fase 3:

El paciente faltó a la terapia, estuvo malo, tuvo varias revisiones médicas, tuvieron un “accidente” con el coche (no fue nada grave, pero se quedaron sin coche), tuvo varias caídas en el domicilio y fuera de él. Esto conllevó que el paciente tuviera miedo incluso de trabajar sentado. Mostraba preocupación por el hecho de caerse (se solía caer hacia atrás y de lado), ya que no podía incorporarse ni ayudar a la persona que acudiese a incorporarlo.

Mostrándose preocupado y desanimado. El hecho de haber estado malo y las caídas, estaba llevando a la familia en ocasiones a tratarlo como si fuera un niño en vez de un adulto, lo cual le mermaba aún más la moral. No quería caminar ni ponerse de pie fuera de la sesión.

Fase 4:

Después de varias sesiones el paciente muestra mayor agilidad al trabajar los

diferentes ítems motores y efectuar las diferentes correcciones, habiendo mejorado su postura global, fuerza muscular y tolerancia a la fatiga, en lo que al ámbito motor respecta. En el ámbito emocional, muestra mayor tolerancia a la frustración, “incluso bromea con ciertos ejercicios y se ríe”, mostrando una actitud más positiva frente al trabajo.

Se comprueba si ha alcanzado el objetivo de estabilización general de la articulación de la cadera de la siguiente manera: el paciente debe intentar mantener sin mi ayuda del terapeuta la posición de la mitad pélvica izquierda levantada y girada hacia la derecha, mientras el muslo se ha movido en abducción hacia la izquierda. Si lo consigue ha de mantener la pelvis en su posición levantada sin hundirla, mientras mueve la rodilla hacia dentro y hacia fuera

Estimulación orofacial por parte del Logopeda:

Al haber falta de sensibilidad así como movilidad facial, tanto en la cara, la lengua como en los labios se pueden realizar masajes específicos. Cuando hay falta de tono en la cara y en la boca, se puede emplear el frío para dar masajes circulares con presión en las mejillas y en los labios, así como vibración con el mismo cepillo eléctrico o con un vibrador facial.

En cuanto a la deglución podemos emplear la maniobra de “descenso de barbilla”: a la hora de tragar hay que bajar la barbilla hacia el pecho. De esta manera protegemos el paso del alimento a los pulmones. no nos debemos olvidar de la postura, por ello muchas veces se hacen las sesiones de logopedia a continuación de las de fisioterapia, ya que viene con un mejor tono. El paciente estará sentado, con una buena alineación de tronco y cabeza.

4 Resultados

El objetivo principal es conseguir la actividad del paso de sedestación a bipedestación. Para ello se deberán tener en cuenta otros objetivos:

- Facilitación del movimiento de la pelvis hacia anterior.
- Aumento del tono extensor del tronco.
- Mejorar la carga en los miembros inferiores.
- mejorar las reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- El paciente refiere mayor facilidad en los diferentes ítems motores, aunque si bien es cierto el tono varía bastante de un día a otro, lo cual facilita o perjudica las actividades de la vida diaria.
- La capacidad de caminar ha mejorado al igual que el equilibrio.

- Test de equilibrio Tinetti: 8-16

5 Discusión-Conclusión

Estos meses de trabajo con este paciente han sido muy duros, tanto por la evolución física y emocional de éste, así como por las diversas circunstancias citadas anteriormente que se han ido aconteciendo a lo largo de los meses.

En un primer momento contábamos con el diagnóstico de atrofia cerebelosa, tanto el paciente como la familia se referían a la patología presente con esta terminología.

Al pedir los informes tanto los viejos como mas recientes, se evidenciaron otros hallazgos, que la patología presente en el paciente no era solo una atrofia cerebelosa, sino que se podría tratar de una enfermedad degenerativa multisistémica, la cual era comparada en la bibliografía con ELA por su evolución. A pesar de ese hallazgo el tratamiento se siguió orientando hacia el objetivo que se había planteado en un principio habiendo obtenido mejoras a pesar de la enfermedad degenerativa presente.

Debido al estado anímico así como a los diversos "brotos" o "bajones" que el paciente ha ido teniendo a lo largo del tratamiento, ha sido necesario revisar bibliografía, reanalizar, negociar ejercicios y remodelar las sesiones con bastante frecuencia. Todo ello me ha ido obligando a razonar, a buscar estrategias, a cómo conseguir el mismo objetivo pero con una actividad diferente, sirviendo todo ello para aprender muchas cosas sobre este paciente y pudiendo además extrapolar los conocimientos adquiridos a otros pacientes.

6 Bibliografía

- Terao Y, Tokushige SI, Inomata-Terada S, Fukuda H, Yugeta A, Ugawa Y. Differentiating early Parkinson's disease and multiple system atrophy with parkinsonism by saccade velocity profiles. Clin Neurophysiol. 2019 Sep 23;130(12):2203-2215.
- Cortelli P, Calandra-Buonaura G, Benarroch EE, Giannini G, Iranzo A, Low PA, Martinelli P, Provini F, Quinn N, Tolosa E, Wenning GK, Abbruzzese G, Bower P, Alfonsi E, Ghorayeb I, Ozawa T, Pacchetti C, Pozzi NG, Vicini C, Antonini A, Bhatia KP, Bonavita J, Kaufmann H, Pellecchia MT, Pizzorni N, Schindler A,

- Tison F, Vignatelli L, Meissner WG. Stridor in multiple system atrophy: Consensus statement on diagnosis, prognosis, and treatment. *Neurology*. 2019 Oct 1;93(14):630-639.
- Brandsma R, Verschuuren-Bemelmans CC, Amrom D, Barisic N, Baxter P, Bertini E, Blumkin L, Brankovic-Sreckovic V, Brouwer OF, Bürk K, Catsman-Berrevoets CE, Craiu D, de Coo IFM, Gburek J, Kennedy C, de Koning TJ, Kremer HPH, Kumar R, Macaya A, Micalizzi A, Mirabelli-Badenier M, Nemeth A, Nuovo S, Poll-The B, Lerman-Sagie T, Steinlin M, Synofzik M, Tijssen MAJ, Vasco G, Willemsen MAAP, Zanni G, Valente EM, Boltshauser E, Sival DA. A clinical diagnostic algorithm for early onset cerebellar ataxia. *Eur J Paediatr Neurol*. 2019 Sep;23(5):692-706.
 - Gera G, Fling BW, Horak FB. Cerebellar White Matter Damage Is Associated With Postural Sway Deficits in People With Multiple Sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019 Aug 26.
 - Guseva OV, Zhukova NG, Vykhodtsev AN. The correction of motor disorders by special physical exercises in patients with the late cerebellar ataxia]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2019;119(5):39-43.
 - Winser S, Pang MYC, Rauszen JS, Chan AYY, Chen CH, Whitney SL. Does integrated cognitive and balance (dual-task) training improve balance and reduce falls risk in individuals with cerebellar ataxia? *Med Hypotheses*. 2019 May;126:149-153.
 - Tercero-Pérez K, Cortés H, Torres-Ramos Y, Rodríguez-Labrada R, Cerecedo-Zapata CM, Hernández-Hernández O, Pérez-González N, González-Piña R, Leyva-García N, Cisneros B, Velázquez-Pérez L, Magaña JJ. Effects of Physical Rehabilitation in Patients with Spinocerebellar Ataxia Type 7. *Cerebellum*. 2019 Jun;18(3):397-405.
 - Marsden JF. Cerebellar ataxia. *Handb Clin Neurol*. 2018;159:261-281.
 - Klatt BN, Sparto PJ, Terhorst L, Winser S, Heyman R, Whitney SL. Relationship between subjective visual vertical and balance in individuals with multiple sclerosis. *Physiother Res Int*. 2019 Jan;24(1):e1757.
 - Rodríguez-Díaz JC, Velázquez-Pérez L, Rodríguez Labrada R, Aguilera Rodríguez R, Laffita Pérez D, Canales Ochoa N, Medrano Montero J, Estupiñán Rodríguez A, Osorio Borjas M, Góngora Marrero M, Reynaldo Cejas L, González Zaldivar Y, Almaguer Gotay D. Neurorehabilitation therapy in spinocerebellar ataxia type 2: A 24-week, rater-blinded, randomized, controlled trial. *Mov Disord*. 2018 Sep;33(9):1481-1487.
 - Serrao M, Ranavolo A, Casali C. Neurophysiology of gait. *Handb Clin Neurol*. 2018;154:299-303.

- Uccelli A, Gattorno M. Neurological manifestations in autoinflammatory diseases. *Clin Exp Rheumatol*. 2018 Jan-Feb;36 Suppl 110(1):61-67.
- Zesiewicz TA, Wilmot G, Kuo SH, Perlman S, Greenstein PE, Ying SH, Ashizawa T, Subramony SH, Schmahmann JD, Figueroa KP, Mizusawa H, Schöls L, Shaw JD, Dubinsky RM, Armstrong MJ, Gronseth GS, Sullivan KL. Comprehensive systematic review summary: Treatment of cerebellar motor dysfunction and ataxia: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018 Mar 6;90(10):464-471.
- Amarante TRP, Takeda SYM, Teive HAG, Zonta MB. Impact of disease duration on functional status of patients with spinocerebellar ataxia type 2. *Arq Neuropsiquiatr*. 2017 Nov;75(11):773-777.
- Bettina Paeth Rohlf. Experiencias con el concepto Bobath. 2ª Edición. Madrid (España). Panamericana 2014.
- Kandel, E.R.; Schwartz, J.H., Jessell, T.M. Principios de Neurociencia. 4ª edición. McGraw Hill. 2000.
- Margareta Nordin, Victor H.Frankel. Biomecánica básica del sistema musculoesquelético. 3ª edición. Madrid (España). McGraw Hill- Interamericana. 2001.
- Marta Bisbe Gutiérrez, Carmen Santoyo Medina, Vicen Tomás Segarra i Vidal. Fisioterapia en Neurología. Procedimientos para restablecer la capacidad funcional. 1ª Edición. Madrid (España). Panamericana. 2012.
- Roberto Cano de la Cuerda, Susana Collado Vázquez. Neurorehabilitación. Métodos específicos de valoración y tratamiento. 1ª Edición. Madrid (España). Panamericana. 2012.
- Shumway- Cook, A., Woollacott, M.H. Motor control - Translating Research Into Clinical Practise; Lippincott Williams & Williams, 2007.

Capítulo 864

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARTA TIZÓN GARCÍA

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología respiratoria que se caracteriza por la obstrucción del flujo aéreo, es irreversible, progresiva y lenta. Tiene una gran incidencia y prevalencia, el 15% en hombres y el 5% en mujeres(1).

Esta patología tiene dos tipos bien diferenciados, la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. La bronquitis crónica afecta al árbol bronquial, se caracteriza por la presencia de tos y expectoración durante un período superior a tres meses al año durante dos o más años consecutivos, mientras, el enfisema pulmonar afecta a la red alveolar, caracterizándose por un agrandamiento permanente y anormal de los espacios aéreos distales del bronquiolo terminal, hay una destrucción de las paredes alveolares, lo que origina una pérdida de capacidad de retroceso elástico pulmonar(1)(2).

2 Objetivos

Desensibilizar al sujeto de la disnea que padece en su vida cotidiana.

Incrementar la tolerancia al esfuerzo.

Eliminar las secreciones bronquiales.

Reeducar y potenciar la musculatura implicada en la respiración y los músculos periféricos.

Mejorar el patrón respiratorio del individuo.

3 Caso clínico

Paciente de 60 años de sexo masculino acude a consulta de fisioterapia con un diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tipo bronquitis crónica. Refiere sufrir una tos intensa de predominio matinal que se acentúa después de fumar, presenta expectoración abundante también de predominio matinal, el esputo es blanquecino y con viscosidad normal. Tiene una frecuencia respiratoria normal, 13, cianosis en el lóbulo de las orejas, en la zona labial y en la mucosidad bucal. Además de estos hallazgos lo que más le preocupa es la sensación de cansancio, disnea, que tiene al realizar esfuerzos tan cotidianos como levantar pesos y la molestia que siente por la abundancia de secreciones en su día a día(1)(2).

Con estos datos que arroja el paciente se procede a realizar la evaluación de fisioterapia, que consiste en realizar(3)(4):

- Espirometría forzada: patrón obstructivo irreversible.
- Escala de disnea MRC: grado 3 (la disnea hace que tenga que parar a descansar al caminar unos 100 metros).
- Test de 6 minutos marcha: presenta dificultades para completar el test, tiene que hacer 4 paradas ya que se fatiga y siente que se ahoga, lo que le hace entrar en estado de nerviosismo.

El tratamiento de fisioterapia pautado para este paciente se basará en el empleo de los métodos de intervención desde la especialidad del sistema respiratorio, fisioterapia respiratoria(5)(6):

- Ondas de choque: se emplea el flutter ya que tiene una intensidad alta y es sencillo de utilizar.
- Variaciones del flujo aéreo: se realiza el aumento del flujo espiratorio debido a que en la bronquitis crónica las secreciones son de tipo generalizado.
- Aerosolterapia: se emplea un nebulizador de suero salino para fluidificar las secreciones.
- Presión espiratoria positiva: se realiza con los labios pinzados para conseguir una mayor profundidad de la especialización.

- Reeduación diafragmática: Se lleva a cabo para ventilar con el diafragma con el fin de que se produzca un menor coste energético y una expansión más adecuada.
- Entrenamiento de los músculos respiratorios: se hace de manera específica y global.

4 Resultados

El tratamiento de fisioterapia respiratoria planteado ha logrado una mejora del patrón ventilatorio, menor sensación de disnea al esfuerzo, aumento de la tolerancia al ejercicio, disminución de las secreciones, incremento de la fuerza muscular de la musculatura respiratoria y accesoria, y, una mejora de la calidad de vida tanto en la esfera física como psicosocial.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha demostrado el trascendental papel de la fisioterapia, debido a que esta repercute de forma positiva en la mejora de la calidad de vida de los individuos mediante el tratamiento respiratorio y las medidas educativas que le hacen llegar. Antes, se decía que esta enfermedad simplemente podía ser tratada con oxigenoterapia y medidas farmacológicas, las cuales se ha constatado que tienen un efecto techo, el cual la fisioterapia supera.

6 Bibliografía

- Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2017;13(1):1931-40.
- Hattab Y, Alhassan S, Balaan M, Lega M, Singh AC. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Crit Care Nurs Q*. 2016; 39(2):124-30.
- Spruit MA, Pitta F, McAuley E, ZuWallack RL, Nici L. Pulmonary Rehabilitation and Physical Activity in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015; 192(8):924-33.
- Tang CY, Taylor NF, Blackstock FC. Chest physiotherapy for patients admitted to hospital with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. *Physiotherapy*. 2010;96(1):1-13.
- Garvey C, Bayles MP, Hamm LF, Hill K, Holland A, Limberg TM, et al. Pulmonary Rehabilitation Exercise Prescription in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Review of Selected Guidelines: AN OFFICIAL STATEMENT FROM THE

AMERICAN ASSOCIATION OF CARDIOVASCULAR AND PULMONARY REHABILITATION. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2016; 36(2):75-83.

- Holland AE, Hill CJ, Jones AY, McDonald CF. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 17(10):191-9.

Capítulo 865

USO DE ONDAS DE CHOQUE EN PATOLOGÍAS DE PARTES BLANDAS

INES GARCÍA LAMUÑO

EMMA CABEZA VALDÉS

1 Introducción

Las patologías inflamatorias y calcificantes de las partes blandas son trastornos con importante repercusión económica y social. Su tratamiento puede realizarse con fármacos o con terapia física, ante cuyo fracaso, la cirugía era el último escalón terapéutico existente. En los últimos años se está utilizando una alternativa no quirúrgica para tratarlas, la aplicación de ondas de choque extracorpóreas de modo similar al empleado en urología para el tratamiento de la litiasis renal. El objetivo de este trabajo fue comprobar la capacidad para disminuir el dolor con esta técnica terapéutica y definir las pautas de aplicación. Tratamos a 18 pacientes con patología de hombro (tendinitis calcificante), epicondilitis y talalgia. Los resultados se evaluaron por la escala analógica visual de dolor, la escala de Constant y por la radiología, antes del tratamiento, y a los tres meses, seis meses y 18 meses de finalizarlo. El tratamiento fue efectivo en 12 de los 18 pacientes. Concluimos que agotadas las medidas terapéuticas médicas y de terapia física, el tratamiento con ondas de choque extracorpóreas es una buena alternativa al empleo de la cirugía.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Evaluar la eficacia terapéutica de la terapia de OCh en hombros con tendinitis calcificante crónica del manguito rotador.

Objetivos secundarios:

- Analizar el número de sesiones y la intensidad aplicada necesaria para que las OCh sean más efectivas.
- Comparar y valorar las ventajas e inconvenientes entre una técnica invasiva como es la artroscopia y las Ondas de Choque.

3 Metodología

Para elaborar esta revisión bibliográfica se han realizado búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, Physiotherapy Evidence Database (PEDro) y en The Cochrane Library, desde el año 2005 hasta la actualidad, durante los meses de marzo a junio de 2015. Además de buscar en estas bases de datos, se consultó en Google Académico para poder localizar algunos artículos cuyo acceso era imposible mediante las anteriores bases de datos.

Las palabras clave que se han utilizado son Extracorporeal shock-waves, rotator cuff, supraspinatus calc*, Shock wave, arthroscopy, shoulder pain, calcification, calcifying tendinitis, Radial shock-wave therapy, rehabilitation. Todas estas palabras, fueron combinadas entre sí con los marcadores booleanos AND, OR y NOT, siempre que la base lo permitía.

Los criterios de inclusión y exclusión que debían cumplir los estudios elegidos fueron:

5.1. Criterios de inclusión:

Estudios:

- Ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), comprobando su calidad metodológica mediante la escala PEDro, que superaran una puntuación de 5 puntos.
- Estudios con acceso a ellos.
- Artículos publicados en lengua española o inglesa desde 2005 hasta la actualidad.
- Estudios realizados en humanos.

Participantes:

Los criterios tanto de inclusión como de exclusión son fundamentales cumplirlos, ya que eso nos permite disminuir posibles errores de selección. Los participantes debían cumplir una serie de criterios:

- Mayores de 18 años.
- Con dolor persistente en la zona del hombro durante más de 6 meses.
- Cuyo diagnóstico se ha llevado a cabo mediante pruebas complementarias, tales como ecografías y/o radiografías.
- Tratados previamente mediante fisioterapia u otras técnicas médicas y cuyo resultado no ha sido del todo satisfactorio.

Intervención:

- Estudios en los que los pacientes reciban un tratamiento con OCh para mejorar del dolor, la funcionalidad y/o para conseguir la reabsorción de las calcificaciones.
- Artículos en los que se realice una comparación de los resultados con OCh y otro tratamiento, tales como artroscopia, placebo o las propias OCh a diferentes intensidades.

Mediciones:

- Los tratamientos deben estar perfectamente hechos para que las valoraciones y mediciones sean lo más exactas posibles, evitando así posibles errores.
- Estas valoraciones se han tenido que llevar a cabo siempre antes de comenzar el tratamiento, para tener unos valores de base y poder compararlas después, y poder determinar si el tratamiento es efectivo o no.
- Las mediciones que se tienen en cuenta para poder estudiar la eficacia de la intervención son el dolor, fuerza muscular, rango de movilidad, tamaño de la calcificación, inestabilidad, funcionalidad de la articulación glenohumeral y/o satisfacción del paciente.

Se trata de un estudio abierto en el que hemos incluido a 18 pacientes (11 mujeres y siete varones), con edades comprendidas entre los 25 y 62 años (media de 51). Nueve pacientes tenían calcificación en el hombro (tendinitis y bursitis calcificada), tres epicondilitis y seis padecían talalgia (en cuatro con espolón calcáneo y en dos calcificaciones en tobillo secundarias a lesiones deportivas). A todos ellos se les explicó en que consistía el tratamiento y firmaron el consentimiento informado. Se realizó a todos una analítica general con estudio de coagulación y radiografías y a los pacientes con patología de hombro una Resonancia Magnética (RM).

Los criterios de inclusión fueron sintomatología dolorosa con fracaso de todos los tratamientos anteriores y tiempo de evolución de los síntomas superior a un año. Los criterios de exclusión para los hombros fueron rupturas del manguito rotador, cambios degenerativos y síndromes dolorosos neurógenos.

La valoración de los resultados se realizó por la escala analógica visual (EAV) (18) para todas las patologías y mediante la escala de Constant (19) para los hombros, radiografías, RM y efectos adversos. Evaluamos los resultados antes del tratamiento y al mes, tres, seis y a los 18 meses de finalizarlo.

Se empleó el litotritor Dornier U/50 con generador electromagnético de ondas de choque EMSE 220 (Fig. 1) instalado sobre el cabezal de tratamiento que permite dos posiciones para terapia. Las ondas de choque se producen mediante una espiral plana y una membrana. La espiral recibe impulsos de alto voltaje y la membrana, que está en contacto directo con ella, es empujada por el impulso de alto voltaje y se produce una onda de choque, caracterizada por un fuerte aumento de presión durante un corto período de tiempo, lo que resulta en una alta velocidad de impulsos. Las ondas de choque son enfocadas e intensificadas por medio de una lente acústica y producen su efecto físico sobre el punto focal.

El área a tratar se sitúa en el punto focal de la onda de choque. El tamaño del foco varía desde 43x2,3 mm a 10% de energía, hasta 85x3,3 mm al 100%. La energía de tratamiento puede aumentarse del 10 al 100% de cinco en cinco unidades. La profundidad máxima de penetración de la onda de choque es de 145 mm. La localización puede ser ecográfica o radiológica, pudiendo hacerse las dos simultáneamente sin interrumpir el tratamiento.

El equipo ultrasónico usado fue el AI 5200S, con transductor de 3,5 MHz, montado coaxialmente sobre un brazo articulado que mantiene al transductor isocéntrico hacia el punto focal.

La unidad de radioscopia estaba integrada en la mesa de tratamiento y constaba de un generador de 50 Kw con tubo anódico de alta velocidad de rotación y amplificador de imágenes montados sobre un brazo en C integrado y móvil.

La mesa de tratamiento se movía a motor en cuatro ejes (X, Y, Z y Tren/Anti Trendelenburg 15°). El cabezal de tratamiento se ponía en posición vertical para localización ecográfica y oblicuo para localización radioscópica o ecográfica y radioscópica simultánea. Para la aplicación de las ondas de choque el cabezal de tratamiento iba provisto de un cojín hinchable de agua que se acopla sobre el área a tratar a distintas presiones, según la profundidad de la lesión. Se aplicaba gel ultrasónico entre el cojín y la superficie de la piel para la transmisión de las ondas de choque. Todos los tratamientos se realizaron con localización ecográfica, que permitía el control del foco en tiempo real, evitaba radiaciones ionizantes y se obtenían imágenes de tejidos blandos. El cabezal de terapia estaba en posición

vertical.

Normalmente no se empleaba anestesia, lo que permitía la colaboración del paciente para centrar las ondas de choque sobre el lugar exacto del dolor. Se puede utilizar crema anestésica local para evitar el dolor en la zona donde penetra la onda. Las sesiones se repetían a los siete días, si había mejoría en el dolor. Después de la terapia no se usaban analgésicos para comprobar la efectividad del tratamiento y si era necesario utilizamos analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos.

Tratamiento sobre la calcificación del manguito de los rotadores. Paciente en decúbito prono con brazo en rotación externa. Estrategia: tres sesiones a un nivel de energía del 60-80%, 2.000 ondas por sesión, 120 impulsos/minuto, total 2-3 sesiones, separadas siete días. Seguimiento radiológico de la calcificación a los tres meses del tratamiento.

Tratamiento sobre el codo de tenis. Decúbito supino, antebrazo en supinación, 2.000 ondas/sesión, energía: hasta 60%, 120 ondas/minuto, tres sesiones. El tratamiento puede ser aplicado en sedestación y el antebrazo en pronación.

Tratamiento sobre el espolón calcáneo. Pie en posición lateral con centraje del foco sobre la inserción de la fascia plantar en el calcáneo. También se podría realizar con el pie en posición vertical, pero en posición lateral el foco abarca mayor área de tratamiento. Estrategia: 2.000 ondas por sesión, nivel de energía: 10-50% (para efecto analgésico), 120 ondas/minuto. Tres sesiones.

Tratamiento de la calcificación aquilea. Pie en posición lateral, 2.000 ondas por sesión, 120 ondas/minuto, energía: hasta 45%.

4 Resultados

Tratamos a 18 pacientes: nueve con patología calcificante de hombro, tres con epicondilitis y seis con talalgia. El tiempo medio de evolución de los síntomas dolorosos fue de 2,1 años (rango de uno a seis años). Todos habían recibido como tratamiento previo medicación antiinflamatoria y/o tratamientos con agentes físicos.

La pauta de tratamiento utilizada fue de 2.000 ± 500 ondas de choque por sesión, con una intensidad de $45\% \pm 15\%$, y el número de sesiones media de 2,2. En las tablas 1-3 quedan reflejados los valores medios de la escala EAV para todos los

pacientes y los resultados globales de la escala de Constant para los hombros.

TABLA 1. Valor medio de dolor de todos los pacientes tratados (resultado global).

EAV. EAV = escala analógica visual (18).

Antes del tratamiento 7,4.

Al mes de tratamiento 4,6.

A los tres meses 4,6.

A los seis meses 3,8.

A los 18 meses 4,7.

TABLA 2. Valor medio de dolor de los hombros tratados (9 pacientes).

EAVEAV = escala analógica visual (18).

Antes del tratamiento 8,3.

Al mes de tratamiento 5,0.

A los tres meses 5,8.

A los seis meses 4,8.

A los 18 meses 5,6.

TABLA 3. Resultados globales medios de los hombros tratados medidos en la Escala de Constant (19).

Antes del tratamiento 65.

A los tres meses 76.

A los seis meses 83.

A los 18 meses no realizada.

Excelente: 80-100 puntos.

Bueno: 65-79 puntos.

Medio: 50-64 puntos.

Malo: Menos de 50 puntos.

En las radiografías iniciales existían calcificaciones en 11 pacientes (nueve hombros y dos tobillos) y en siete no existían (tres epicondilitis y cuatro tobillos). Después del tratamiento, a los seis meses, observamos que en siete pacientes hubo reabsorción completa de la calcificación, en cuatro disminuyó la intensidad del dolor, en uno mejoró la movilidad del tobillo, que tenía bloqueado, y seis pacientes no notaron cambios ni mejoría. La evaluación a los 18 meses fue mediante

encuesta por teléfono. Contestaron 12 pacientes, de los cuales diez (83%) referían encontrarse mejor que antes del tratamiento, dos igual (17%) y ninguno peor. Por patologías, nueve correspondieron a hombros, dos a espolones calcáneos y una a epicondilitis. Ocho (66,7%) pacientes volverían a repetir el tratamiento. En la RM no encontramos daño en los tejidos blandos ni óseos tras el tratamiento.

No observamos efectos secundarios, exceptuando equimosis en la zona de entrada de la onda. Los pacientes comentaban que el dolor era muy molesto pero tolerable.

5 Discusión-Conclusión

Es éste un estudio preliminar, realizado con el objetivo de valorar la efectividad de este tratamiento. Su empleo es sencillo, pero requiere una preparación en el manejo e interpretación de la ultrasonografía de partes blandas para realizarla con la seguridad de estar aplicándola sobre el punto diana, así como en la utilización del aparato.

La técnica es molesta, pero tolerable cuando el paciente está afectado de una patología crónica excesivamente dolorosa. En nuestra área los pacientes son reticentes a que se les aplique un nuevo tratamiento que está comenzándose a utilizar, y son los pacientes con dolor de muchos años de evolución los que acuden para que se les aplique de forma voluntaria. Nuestro objetivo primordial fue obtener alivio del dolor. Pensamos que tal objetivo se logró ya que el EAV medio antes del tratamiento era de 7,4 y bajó a 3,8, a los seis meses de este, y a 4,7 al año. En el caso de la patología del hombro el valor en las EAV pasa de 8,3 de media al comienzo a 4,8 y 5,6 a los seis y 18 meses, respectivamente.

Loew y Jurgowski (8) publicaron resultados obtenidos con este tratamiento para la tendinitis calcificante del hombro. Trece pacientes con una larga historia de tendinitis calcificante (media de 5,5 años) fueron tratados con una o dos sesiones, con 1.500 a 2.000 ondas de choque, con buenos resultados. Existen estudios prospectivos (9-11) donde han quedado demostrados los efectos beneficiosos en epicondilitis y en tendinitis calcificantes del hombro en más del 60% de los casos. En los dos últimos años se han publicado estudios prospectivos para otras indicaciones como talalgias y pseudoartrosis, con buenos resultados (11-14). En nuestro estudio el 83% de los pacientes refieren encontrarse subjetivamente mejor a los 18 meses del tratamiento.

Las complicaciones dependen de la dosis de energía. En todos es común la for-

mación de equimosis en el área de aplicación de las ondas de choque. Como en otros trabajos publicados no encontramos efectos secundarios, ni lesiones en partes blandas u óseas (20).

Aproximadamente el 20% de las personas con hombro doloroso pueden necesitar tratamiento con ondas de choque. No es una alternativa al tratamiento médico, sino al empleo de la cirugía, pues debido al alto coste de los aparatos no puede ser utilizado de rutina, salvo en los servicios donde se disponga previamente de ellos. Es un tratamiento semiconservador.

Existe una población numerosa afectada de patología ortopédica y, teniendo en cuenta la importancia socioeconómica de estas enfermedades, este tratamiento puede ser de gran importancia en un futuro no muy lejano. Los urólogos saben utilizar los aparatos para el tratamiento de la urolitiasis, nosotros deberíamos adquirir conocimientos sobre la técnica y cómo aplicarla para tratar todas las patologías de partes blandas y está al alcance de nuestras manos formar parte de «unidades de ondas de choque». Se abre una nueva vía para posible aplicación en el tratamiento de los paraosteomas, aunque todavía no hay datos sobre esta indicación. En nuestro estudio preliminar no hemos incluido ninguna pseudoartrosis aunque existe numerosa bibliografía donde encuentran buenos resultados (12-14). También existen estudios con las primeras experiencias en pacientes afectados con parálisis cerebral para relajar los músculos espásticos (21). Es necesaria la realización de ensayos clínicos aleatorizados para poder prescribir esta técnica como tratamiento de rutina.

6 Bibliografía

1. Chaussy C, Eisenberger F, Wanner K, Forssman F. The use of shock waves for the destruction of renal calculi without direct contact. *Urol Res* 1976;4:175-8.
2. Chaussy CH, Brendel M, Schmiedt E. Extracorporeally induced destruction of kidney stones by shock waves. *Lancet* 1980;2:1265-8.
3. Chaussy C, Schmiedt E, Jocham D, Brendel W, Forssmann B, Walther V. First clinical experiences with extracorporeally induced destruction of kidney stones by shock waves. *J Urol* 1982;127:417-9.
4. Tailly GG. The Dornier Lithotripter U/15/50: a multifunctional and multidisciplinary workstation. *J Endourol* 1998;12:301-5.
5. Sauerbruch T, Delius M, Paumgartner G. Fragmentation of gallstones by extracorporeal shock waves. *N Engl J Med* 1986;314:818-21.

6. Sakmann M, Delius M, Suerbruch T. Shock-wave lithotripsy og gallbladder stones: the first 175 patients. *N Engl J Med* 1988;318:393-7.
7. Iro H, Zenk J, Waldfahrer F, Benzel W, Schneider T, Ell C. Extracorporeal shock wave lithotripsy of parotid stones. Results of a prospective clinical trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:860-4.
8. Loew M, Jurgowski W: Initial experiences with extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL) in treatment of tendinosis calcarea of the shoulder. *Z Orthop* 1993;131:470-3.
9. Thiele. The German Extracorporeal Shock Wave Society. En: Siebert W, Buch M (eds.). *Extracorporeal shock waves in orthopaedics*. Alemania: Ed. Springer; 1998. p. 189-200.
10. Rompe JD, Hopf C, Kullmer K, Heine J, Burger R. Analgesic effect of extracorporeal shock-wave therapy on chronic tennis elbow. *J Bone Joint Surg* 1996;78B:233-7.
11. Loew M, Daecke W, Kusnierczak D. The effects of extracorporeal shock wave application (ESWA) in treatment of calcifying tendinitis of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 1997;79-B:202-3.
12. Rompe JD, Hopf C, Nafe B, Burger R. Low-energy extracorporeal shock wave therapy for painful heel - a prospective controlled single-blind study. *Arch Orthop Tr Surg* 1996;115:75-9.
13. Vogel J, Hopf C, Eysel P, Rompe JD. Application of extracorporeal shock-waves in the treatment of pseudarthrosis of the lower extremity - preliminary results. *Arch Orthop Tr Surg* 1997;116:480-3.
14. Haupt G. Use of extracorporeal shock waves in the treatment of pseudarthrosis, tendinopathy and other orthopaedic diseases. *J Urol* 1997;158:4-11.
15. McCormack D, Lane H, McElwain J. The osteogenic potential of extracorporeal shock wave therapy - an in vivo study. *Irish J Med Sc* 1996; 165:20-2.
16. Cass AS. Litotricia extracorpórea por ondas de choque. ¿Cómo funciona? ¿Qué pacientes son candidatos a ella? *Jano* 1989;853:63-6.
17. Verbele F. Extracorporeal shockwave therapy. En: Siebert W, Buch M (eds). *Extracorporeal shock waves in orthopedics*. Alemania. Ed Springer; 1998. p. 5-98.
18. Price DD, McGrath, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scale as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983;17:45-56.
19. Constant CR, Murley AH. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clin Orthop* 1987; 214: 160-4.
20. Loew M, Jurgowski W, Mau HC, Thomsen M. Treatment of calcifying tendini-

tis of rotator cuff by extracorporeal shock waves: a preliminary report. *J Shoulder Elbow Surg* 1995;4:101-6.

21. Baumann JU, Baumann JB. Treatment of neuromuscular dysfunction in children with spastic cerebral palsy by extracorporeal unfocused shock waves. En: Siebert W, Buch M (eds.). *Extracorporeal shock waves in orthopedics*. Alemania: Ed. Springer; 1998. p. 231-40.

Capítulo 866

FISIOTERAPIA COMO PRIMERA OPCIÓN EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.

LAURA COTO VIEJO

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) se debe a la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca en el túnel del carpo, el cual es un conducto osteofibroso inextensible, formado por detrás por la concavidad que crean los huesos del carpo y por delante por el ligamento anular del carpo. Este túnel protege al nervio mediano.

Es una afección frecuente que causa dolor, entumecimiento y cosquilleo en la mano y el brazo.

El nervio mediano es un nervio mixto formado por la unión de las divisiones medial y lateral del plexo braquial. Desciende por el brazo medial junto a la arteria braquial. Después sigue hasta la fosa cubital por fuera del tendón del bíceps y pasa al antebrazo entre las dos cabezas del pronador redondo. En el antebrazo cruza la arcada tendinosa y se sitúa por debajo del flexor común superficial de los dedos y sobre el flexor profundo de los dedos. En la muñeca se sitúa entre los tendones de los músculos palmar mayor y palmar menor y se sitúa por debajo de la eminencia tenar. Es un nervio sensitivo-motor que inerva musculatura del antebrazo y mano y suple la sensibilidad de la mano en su mitad radial y palmar. Inerva los músculos cubital anterior, pronador redondo y cuadrado, flexor común superficial y profundo (dedos índice y medio) de los dedos, palmar mayor

y menor, flexor largo y aductor corto del pulgar. Recoge la sensibilidad cutánea de la mitad externa de la palma de la mano desde el dedo anular, y dorsal de los dedos índice y medio.

La etiología suele ser multifactorial, haciendo muy difícil su relación con una sola causa como puede ser la laboral. El STC es de aparición espontánea en más de un 95% de los casos.

Como el resto de síndromes compresivos que se conocen, la relación contenido/continente es una de las principales causas que pueden desencadenar en un STC. La disminución del espacio del túnel del carpo puede darse por engrosamiento del ligamento anular del carpo o por alteraciones óseas congénitas o adquiridas (postraumática, iatrogénica tras intervenciones quirúrgicas por otros motivos). Asimismo, el aumento del contenido dentro del túnel provocaría el mismo efecto compresivo. Este aumento se puede producir por lesiones ocupantes de espacio (tumores sinoviales, del tejido nervioso, gangliones, lipomas, etc.). Alteraciones anatómicas como unos músculos lumbricales muy proximales, un engrosamiento de los tendones flexores por procesos degenerativos o inflamatorios o hiperplasias de la sinovial, también son causas de aumento de contenido del túnel.

El sobreuso del miembro superior, en concreto de la muñeca, también se ha relacionado con el aumento de incidencia del túnel del carpo. Actividades laborales en las que se produzcan movimientos repetitivos de flexoextensión y/o presión de la muñeca se han demostrado como causantes directos del síndrome. El trabajo exterior, en determinados ambientes o con las manos en contacto con agua fría, también se relaciona con un aumento de riesgo de padecer STC.

Los factores de riesgo serán los siguientes: neuropatías, sexo femenino, edad avanzada, enfermedades autoinmunes o reumáticas, insuficiencia renal crónica, embarazo, obesidad, arteria mediana persistente, túnel del carpo pequeño congénito, musculatura supranumeraria, neuropatía hereditaria y enfermedades por depósito.

Entre los síntomas que causa se encuentran:

- Entumecimiento u hormigueo en la mano y los dedos, especialmente el pulgar, el índice y el dedo medio.
- Dolor en la muñeca, la palma o el antebrazo. Puede sacudir o frotar la mano para sentir alivio.
- Más entumecimiento o dolor durante la noche que puede ser tan fuerte que hace

que se despierte.

- Dolor que aumenta cuando utiliza más la mano o la muñeca.
- Problema para agarrar objetos.
- Debilidad en el dedo pulgar.

La prevención se centrará en:

- Reducir la fuerza y relajar el agarre.
- Tomar descansos frecuentes.
- Cuidar la posición.
- Mejorar la postura.
- Cambiar el ratón del ordenador.
- Mantener las manos calientes.
- Reducir la vibración de las herramientas manuales.
- Controlar el sobrepeso.
- No dormir con las muñecas dobladas o debajo de la cabeza.
- No usar relojes o pulseras apretadas.
- Según la profesión considerar el uso de férulas para proteger.

La semiología y la exploración clínica sirven para una primera aproximación diagnóstica.

- Signo de Phalen: flexión palmar de la muñeca a 90 grados durante un minuto; si es positivo aparece dolor o parestesia en la zona de inervación.
- Signo de Flick: el afectado agita la mano para intentar aliviar los síntomas.
- Signo de Tinel: la percusión con martillo de reflejos sobre el ligamento anular produce sensación de parestesia.

La prueba de Phalen tiene una sensibilidad de 67-83%, mientras que la especificidad es de 40-98%. El electromiograma (EMG) sería útil para verificar el diagnóstico. Completaríamos estos tests exploratorios con una analítica para establecer el diagnóstico etiológico, una radiografía en los casos postraumáticos o una resonancia magnética que estaría indicada cuando la clínica y el EMG son equívocos.

El tratamiento fisioterápico de elección consistiría en:

- En la etapa pre-quirúrgica:
 - Para disminuir el dolor: utilizaremos diferentes técnicas analgésicas como son los paquetes fríos (de 5 a 15 minutos), paquetes calientes (de 10 a 20 minutos), contrastes frío-calor, ultrasonidos, parafina, rayos infrarrojos (de 10 a 15 minutos) y TENS.
 - Para disminuir el edema: se pueden utilizar las compresas húmedas, las compresas frías, el contraste y ejercicios de elevación de miembro superior compro-

metido acompañado de bombeo en dedos (con la muñeca neutra).-Para disminuir y/o evitar retracciones: realizaremos estiramientos lentos y sostenidos sólo de musculatura flexora de dedo y muñeca, aductor del pulgar y pronadores y la técnica de kabat de contracción-relajación.

-Para mantener y/o mejorar la amplitud de movimiento articular: realizaremos también ejercicios lentos y sostenidos, ejercicios activos libres, evitando siempre la flexión de muñeca y dedos y ejercicios activos asistidos.

-Para aumentar la fuerza muscular: ejercicios isométricos, ejercicios activo resistidos, mecanoterapia, ejercicios en cadena cinética cerrada, luego en cadena cinética abierta y técnica de kabat dirigidas al agonista como contracciones repetidas, sostén-relajación y movimiento activo.-Para la educación al paciente en su vida diaria y laboral: daremos recomendaciones, utilizaremos férulas de uso nocturno, evitaremos al máximo actividades o esfuerzos con la muñeca en flexión y en el caso de que el empleo tenga alguna de estas actividades daremos recomendaciones de pausas activas con estiramientos.

-En la etapa post-quirúrgica:

-Para disminuir el dolor: será como en la etapa pre-quirúrgica.

-Para disminuir edema: como en la etapa pre-quirúrgica pero si el edema es severo se puede realizar masaje depletivo, sin mucha presión.

-Para disminuir y/o evitar adherencias: realizaremos masaje cicatricial y enseñaremos al paciente a realizarlo en su casa, aplicación de ultrasonido y parafina por inmersión.

-Para mantener y/o mejorar la amplitud de movimiento articular: igual que en la etapa pre-quirúrgica a no ser que esté comprometida la flexión que entonces se harán estiramiento de los extensores.

-Para aumentar la fuerza muscular: igual que en la etapa pre-quirúrgica a no ser que haya compromiso de flexores y aductores que se trabajarán éstos pero en menor intensidad que los otros grupos musculares.

-Cuidados post quirúrgicos: se darán recomendaciones para casa y para el trabajo.

- Otra parte del tratamiento consistirá en realizar estiramientos del nervio mediano, primero pasivamente, luego requeriremos asistencia y por último en algunos movimientos del recorrido le pediremos al usuario que lo haga activo.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es revisar sistemáticamente la literatura para analizar los efectos positivos que tiene la fisioterapia en pacientes que padecen el sín-

drome del túnel carpiano y poder afirmar que un buen tratamiento fisioterápico evitaría la mayoría de las cirugías que se realizan, consiguiendo recuperar la funcionalidad por medio de métodos y técnicas fisioterapéuticas que proporcionarán una mejor calidad de vida.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, PubMed, Cochrane y PEDro; así como en el buscador Google Académico.

Para llevar a cabo la búsqueda se emplearon palabras clave DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) como: Fisioterapia, Nervio Mediano, Atrapamiento nervioso, Túnel Carpiano, Muñeca, Tratamiento.

Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano, francés e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2008.

4 Resultados

Es posible que el síndrome del túnel carpiano sea el trastorno nervioso más común que se experimenta en la actualidad. Las personas de edad mediana o mayores son más propensas a desarrollar este síndrome y la frecuencia de aparición en las mujeres es tres veces más a la de los hombres.

Cuando una electromiografía da como resultado un compromiso severo, su tratamiento siempre será la cirugía, pero cuando es leve y moderado tienden a mejorar con las terapias físicas.

En los estudios revisados se demuestran que las personas tratadas con fisioterapia mediante sesiones semanales, tras un mes, presentaban una mejora significativa respecto a las que fueron tratadas con cirugía.

A largo plazo las mejoras se fueron equiparando en ambos grupos. Los estudios consideran que la fisioterapia debe ser la primera opción terapéutica para casi todos los pacientes con esta afección

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de túnel carpiano constituye una de las neuropatías periféricas compresivas más comunes en la población en general, ocupando un lugar destacado

dentro de la patología laboral. Este síndrome causa gran incapacidad y disminuye la calidad de vida de los pacientes, por ello es importante hacer hincapié en medidas preventivas para evitarlo y establecer un tratamiento adecuado una vez ha sido diagnosticado el síndrome.

La fisioterapia mejora la función de la mano y la muñeca y reduce el dolor en casos de síndrome del túnel carpiano de una forma igual de efectiva que una operación estándar de cirugía, así lo demuestran los estudios revisados.

6 Bibliografía

- “Experto universitario en Fisioterapia traumatológica y radiología de traumatismos”. Formación continuada Logoss. Unidad 2, tema 4, pág. 293.
- <https://orthoinfo.aaos.org>
- <http://www.neurowikia.es/>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Nervio_mediano
- <http://www.neurowikia.es/content/nervio-mediano-c5-d1>
- <http://guiasdnl.com/>
- <https://es.familydoctor.org/>
- <https://www.mayoclinic.org/>
- <https://www.tunnelcarpienmd.com>
- <https://www.webconsultas.com>
- <https://noticias.universia.edu.uy/>
- <https://www.rheumatology.org/>
- <https://www.insst.es/>
- <http://mgyf.org/>
- Revista Médica Electrónica. Portales Médicos. Síndrome del túnel carpiano: revasión sistémica. Neurología. Julio 2017.

Capítulo 867

EVALUACIÓN CLÍNICA FISIOTERAPICA DEL PACIENTE QUEMADO

SONIA MEANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La evaluación del paciente quemado debe iniciarse desde la etapa aguda, para prevenir o tratar las alteraciones que se puedan generar por la propia quemadura o por la inmovilización prolongada del paciente.

2 Objetivos

Describir los distintos parámetros para valorar clínicamente la posible repercusión de las quemaduras en un paciente.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: quemado, valoración, clínica, parámetros; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2011.

4 Bibliografía

Palao Doménech R. Quemados: valoración y criterios de actuación. Margue Médica Books; 2011

Capítulo 868

READAPTACIÓN AL EJERCICIO EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC): CASO CLÍNICO

CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ

1 Introducción

La EPOC o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica pertenece al grupo de síndromes respiratorios obstructivos. Es una enfermedad crónica inflamatoria que obstruye el flujo de aire desde los pulmones. Se caracteriza por la disminución de todos los flujos y el mantenimiento de los volúmenes respiratorios pero la capacidad para mover dichos volúmenes esta disminuida.

En EPOC, generalmente se combinan, por un lado la bronquitis crónica que se define como "tos productiva crónica durante un mínimo de tres meses al año y, por lo menos, durante dos años consecutivos, en ausencia de otras enfermedades endobronquiales" y el enfisema pulmonar que consiste en la destrucción de las paredes alveolares; la pérdida de elasticidad produce que las vías respiratorias se estrechen.

Los síntomas principales son la tos diaria y la expectoración con esputo transparente, blanco, amarillento o verde. También podemos encontrar dificultad para respirar (disnea), presión en el pecho, infecciones respiratorias, hinchazón en las piernas y cansancio.

La causa principal es el tabaco pero existen otros factores de riesgo que pueden provocarla como: personas que fumen y tengan asma, la edad, la genética, exposición ocupacional a polvos o sustancias químicas, exposición a humos contaminantes...

Dentro de las complicaciones que pueden aparecer encontramos infecciones respiratorias crónicas, cáncer de pulmón, presión arterial elevada en arterias pulmonares y problemas en órganos.

Para su diagnóstico además de la sintomatología se realizará una espirometría que nos dará el diagnóstico definitivo y nos permite clasificar la enfermedad según el grado de gravedad. La espirometría mide la FVC (Capacidad vital forzada: "cuanto aire entra en nuestro pulmón") y la FEV1 (Volumen espiratorio forzado en el primer segundo: "cuanto aire podemos sacar en el primer segundo"). esta relación se denomina Índice de Tiffenau y en un patrón respiratorio obstructivo su valor es menos de 70%. Lo que quiere decir es que en el primer segundo espirado se saca menos del 70% del aire.

A partir del índice de Tiffenau podemos clasificar la EPOC según los grados: gold 1 (leve $\geq 80\%$), gold 2 (moderado 50-79%), gold 3 (severa 30-49%) y gold 4 (Muy severa $< 30\%$).

2 Objetivos

Comprender a través de un caso clínico las características principales de EPOC, sus causas, los factores de riesgo, su diagnóstico y como pueden mejorar sus síntomas a través de la rehabilitación respiratoria basada en una readaptación al esfuerzo y en fisioterapia respiratoria.

3 Caso clínico

Mujer de 66 años que acude a consulta de neumología remitida por su médico de atención primaria por disnea.

Antecedentes personales: exfumadora, abuela asmática.

Antecedentes médicos: disnea/astenia. Estenosis aórtica severa (aorta bicúspide) diagnosticada en 2012 por disnea de esfuerzo, es intervenida con prótesis valvular mecánica en posición supraanular. Apendicetomizada. Artrosis cervical y lumbar.

Tratamiento habitual: sintrom.

Enfermedad actual: Disnea habitual grado I. Este año ha tenido varios episodios de infección respiratoria precisando dos ciclos de tratamiento antibiótico. Tos habitual matinal con expectoración blanca que se acompaña de sibilantes. No fiebre, ni dolor torácico ni pleurítico.

En la exploración física encontramos: Saturación basal 98% ,auscultación cardíaco rítmico con click aórtico.

Pruebas complementarias: espirometría: FVC 2.25(87%) fEv1 1.37N(71%), relación de 60% prueba broncodilatadora negativa. Rx torax julio 2019, se compara con radiografía previa del 2017 sin visualizar cambios significativos. Signos de atrapamiento aéreo sugestivos de EPOC. Atelectasias laminares a nivel inferior derecho. Anillos de esternotomía media y prótesis valvular, probablemente aórtica.

Diagnóstico y plan: EPOC gold 1, se objetiviza obstrucción leve al flujo aéreo y se le pauta tratamiento con Spiolto 2 inhalaciones una vez al día y se le deriva a consulta de rehabilitación. Revisión en 6 meses.

Se le pauta rehabilitación respiratoria con el fin de mejorar la capacidad pulmonar y disminuir las secreciones para ello se establece un plan de tratamiento consistente en:

A) Fisioterapia respiratoria:

- 1- Ejercicios de respiración abdominodiafragmáticos
- 2-Técnicas espiratorias lentas(AFE lento , ETGOL)
- 3-Tos dirigida
- 4-Presiones manuales toracoabdominales suaves
- 5-Enseñanza de posturas de relajación.

B) Readaptación al ejercicio consistente en 21 sesiones, dos veces a la semana:

-Entrenamiento progresivo de miembros inferiores en tapiz rodante, programa continuo, dos días a la semana. Vigilar la postura correcta con adecuada posición de hombros. Si precisa detenerse por disnea se aplicará técnicas de alivio de disnea. Nivel de esfuerzo progresivo Borg 4-6, o al 60-80% de la frecuencia máxima del test de marcha si se ha realizado. Oxigenoterapia si precisa para mantener la saturación en 90%. Si no hay tolerancia ,realizar entrenamiento interválico y detener el mismo si la saturación desciende por debajo del 85%. Instruir para que los días que no acuda al hospital camine o haga bicicleta.

- Entrenamiento de la resistencia para miembros superiores con pequeñas pesas de 0.5-1 kg dos días a la semana , 2-3 series de 10 repeticiones.
- Ejercicios de fortalecimiento progresivo 2 días /semana con lastres de pesas para miembros inferiores, 1-3 series de 6-8 repeticiones .

4 Resultados

Tras el tratamiento de 21 sesiones de rehabilitación respiratoria han disminuido las secreciones, expectorando menos por la mañana y ha aumentado su capacidad de pulmonar disminuyendo el grado de disnea.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el EPOC es una enfermedad que no se cura y de curso progresivo, el diagnóstico precoz de la misma y un tratamiento adaptado a las necesidades del paciente ayuda a disminuir los síntomas y a mejorar la calidad de vida de la persona afectada. Un buen tratamiento de rehabilitación respiratoria es clave para la movilización y disminución de las secreciones de las personas aquejadas con síndrome respiratorio obstructivo y para mejorar la capacidad pulmonar así como la readaptación al ejercicio.

6 Bibliografía

- Jesús Seco Calvo. Sistema respiratorio. Métodos, fisioterapia clínica y afecciones para fisioterapia. Panamericana
- María Rosa Güell Rousa, Salvador Díaz Lobatob, Gema Rodríguez Trigoc, Fátima Morante Véleza, Marta San Migueld, Pilar Cejudoe, Francisco Ortega Ruize, Alejandro Muñozf, Juan Bautista Galdiz Iturrig, Almudena Garcíaah, Emilio Serverai. Rehabilitación respiratoria. Archivos de bronconeumologia. Agosto 2014 Vol. 50. Núm. 8. páginas 332-344

Capítulo 869

TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA FRACTURA DE COLLES. CASO CLÍNICO.

SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ

SONSOLES AGÜERIA ALVAREZ

1 Introducción

La llamada fractura de Colles es una rotura del extremo distal del radio que presenta acortamiento del mismo y desplazamiento dorsal, lo que hace que también reciba el nombre de fractura en dorso de tenedor. Se produce con más frecuencia en el género femenino entre los 40 y los 60 años y tiene gran relación con una disminución de la masa ósea. El principal mecanismo de lesión es una caída con apoyo en la muñeca en extensión.

2 Objetivos

Exponer a modo de caso clínico el tratamiento rehabilitador de la fractura de colles.

3 Caso clínico

Mujer de 62 años con osteoporosis sufre una caída que trata de frenar con la mano izquierda, tras la cual siente un fuerte dolor en la muñeca. Tras realizarle

una radiografía anteroposterior y una lateral se confirma una fractura de Colles y tras la reducción de la misma se le coloca una inmovilización con yeso durante 6 semanas.

El tratamiento rehabilitador durante el periodo de inmovilización consiste en movilizaciones de los dedos, codo y hombro, masaje circulatorio y contracciones estáticas de la musculatura del antebrazo.

Tras la retirada del yeso se realizan baños de contraste, masaje drenante, movilizaciones pasivas y asistidas de muñeca y codo (especialmente pronosupinación) y analíticas de la articulación trapeciometacarpiana.

Una vez recuperada la movilidad, el tratamiento se centra en la potenciación de la musculatura de muñeca y dedos y en ejercicios para recuperar la funcionalidad del miembro superior.

4 Resultados

Se consigue recuperar por completo la movilidad de la muñeca con respecto al lado sano. El foco de fractura adquiere una posición viciosa en la consolidación dejando una limitación de 10° en la supinación con respecto a la muñeca derecha. Al recibir el alta la paciente ha recuperado casi al completo la fuerza en la muñeca y mano. El tratamiento rehabilitador tiene como objetivos:

- Disminuir el edema y el dolor
- Recuperar la movilidad
- Potenciar la musculatura
- Recuperar la funcionalidad

5 Discusión-Conclusión

Aún siendo frecuente la consolidación en posiciones viciosas que a menudo dejan alguna limitación en la movilidad, con un tratamiento rehabilitador adecuado es posible recuperar la funcionalidad de la muñeca tras una fractura de Colles. Para ello es importante comenzar el tratamiento desde el periodo de inmovilización tratando de evitar complicaciones como la distrofia simpático refleja, e iniciar la recuperación de la movilidad lo más temprano posible.

6 Bibliografía

- Albaladejo Mora F, Chavarria Herrera G, Sánchez Garre J. Fracturas de la extremidad distal del radio. Enfoque actualizado Distal radius fracture. Current review. *Fisioterapia*. 2004; 26 (2): 78-97.
- Watt C, Taylor NF, Baskus K. Do Colles' fracture patients benefit from routine referral to physiotherapy following cast removal?. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2000; 120 (7): 413-415.
- Millet PJ, Rushton N. Early mobilization in the treatment of Colles' fracture: a 3 year prospective study. *Injury*. 1995. 26(10):671-675.

Capítulo 870

REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA EN FASE INICIAL TRAS RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

RODRIGO ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La rodilla es una articulación que comprende 3 huesos: el fémur, la tibia y la rótula. Esta articulación está estabilizada por unas estructuras estáticas y dinámicas. Entre las estructuras estáticas tenemos los ligamentos de la rodilla. El ligamento cruzado anterior es uno de los ligamentos que aportan estabilidad a la articulación de la rodilla, junto al ligamento lateral interno, ligamento lateral externo y ligamento cruzado posterior. El ligamento cruzado anterior conecta la parte posterolateral del fémur con la parte anteromedial de la tibia, pasando por detrás de la rótula. Esta unión permite evitar un desplazamiento hacia delante de la tibia respecto al fémur.

A diferencia del ligamento cruzado posterior, considerado el "ligamento de solidez" se ha denominado al ligamento cruzado anterior como el "ligamento de finura o elegancia articular". La rotura del ligamento cruzado anterior es una de las tragedias deportivas más frecuentes.

Se trata de un ligamento frágil que participa en casi todas las posiciones de estabilidad y que por lo tanto se rompe con relativa facilidad, considerando los

autores clásicos a su rotura como "el principio del final de la articulación". El ligamento cruzado anterior se lesiona cuando aumenta la exigencia sobre él, como ocurre en el deporte, y se somete a posiciones inadecuadas. La mayoría de las lesiones del ligamento cruzado anterior se producen por el apoyo sobre un solo pie en caídas, saltos o por frenar súbitamente en la carrera o realizar un cambio de dirección de manera inadecuada. El patrón clásico de lesión consiste en una flexión + valgo de rodilla + rotación interna de cadera y rotación externa de tibia. El 70% de las lesiones del LCA se producen sin contacto, sin trauma directo.

A la hora de escoger un tratamiento debemos tener en cuenta el tipo de paciente: su actividad deportiva, sus requerimientos y la clínica que presenta el paciente, ya que en muchos casos la intervención quirúrgica no es la mejor opción.

Cuando se requiera la intervención quirúrgica, generalmente mediante una técnica artroscópica se sustituye el ligamento cruzado afectado por un tendón, que puede ser del propio paciente, y que con el tiempo, biológica y mecánicamente realizará la función del ligamento desgarrado, estabilizando la articulación. Tras la intervención el paciente debe permanecer 24 horas ingresado en el centro hospitalario para posteriormente iniciar un exhaustivo tratamiento rehabilitador para recuperar la función de la rodilla.

La incidencia de rupturas del LCA varía ampliamente, dependiendo del tipo de población. Se calcula que al año 1 de cada 3.000 personas sufren una ruptura del Ligamento Cruzado.

Estas lesiones son mucho más frecuentes en deportistas. El fútbol, el béisbol, el baloncesto y el esquí originan el 78% de las lesiones del LCA en esta población. Según se ha demostrado en un metaanálisis reciente, en el caso del fútbol y el baloncesto, las rupturas del Ligamento Cruzado Anterior son hasta tres veces más frecuentes en mujeres que en hombres. Esto podría deberse al control neuromuscular, si bien aún no se sabe con certeza el motivo exacto de esta gran diferencia.

Como consecuencia de la ruptura del LCA se produce una pérdida de mecanorreceptores. Por lo tanto, no solo se trata de una lesión en los ligamentos, sino que también afecta al cerebro, ya que hay cambios en este, y en las áreas corticales. Esta cuestión es importante a la hora de trabajar y elaborar un plan de tratamiento adecuado.

En cuanto a la clínica, la sensación de crujido, impotencia, inestabilidad e inca-

pacidad para reanudar la actividad, el flexo de rodilla y la inflamación articular de aparición rápida son síntomas que orientan al diagnóstico.

En la exploración física, el test de Lachman ha demostrado ser la prueba más fiable, ya que tiene altos valores de sensibilidad y especificidad. Es importante combinar la historia clínica del episodio lesional con el examen físico. Otros test para el diagnóstico son el cajón anterior o el pivot shift, y la resonancia magnética puede ser utilizada para confirmar el diagnóstico y detectar lesiones meniscales o lesiones de cartílago asociadas.

Casi nunca se trata de una lesión aislada. Es frecuente que también puedan existir lesiones meniscales y condrales, que ensombrecen el pronóstico; menos la de otros ligamentos o las rotulianas; y excepcionales las roturas y arrancamiento del tendón rotuliano.

El ligamento cruzado anterior estabiliza la rodilla, fijando la cabeza tibial para evitar que se desplace hacia delante y para limitar la rotación y torsión en valgo de la articulación. El Ligamento Cruzado Anterior es la primera barrera defensiva en la hiperextensión de la rodilla.

Podemos describir 3 funciones fundamentales para el ligamento cruzado anterior:

- Control de la hiperextensión y por tanto del recurvatum.
- Control de la rotación interna.
- Control del desplazamiento anterior de la tibia sobre el fémur (cajón anterior) tanto en flexión como en extensión.

El objetivo del tratamiento de la rotura del LCA es evitar la inestabilidad articular, que aparece durante la práctica deportiva. Esta inestabilidad de la rodilla, además de condicionar la actividad física, produce degeneración temprana de la articulación con artrosis precoz.

Existen dos tipos de pacientes, los denominados "tolerantes", que son aquellos que no presentan inestabilidad y al año de la rotura pueden realizar asintóticamente todas las actividades que realizaban previamente, incluso deporte de alto nivel; y los "no-tolerantes", la mayoría de los pacientes, que presentan episodios de inestabilidad articular con la actividad física.

Aunque en algunos casos un programa de rehabilitación y fortalecimiento de estructuras adyacentes puede ser el tratamiento indicado, en los casos de inestabilidad articular se recomienda la reparación quirúrgica precoz. Esta decisión de-

pendará de las exigencias físicas de cada persona, su situación basal, las lesiones asociadas y otras circunstancias que individualizan cada caso.

2 Objetivos

En este capítulo vamos a centrarnos en aquellos pacientes que se someten a una reconstrucción quirúrgica del ligamento cruzado anterior (LCA) a través de un caso clínico para:

- Determinar, exponer y explicar los objetivos fundamentales en las fases iniciales tras la cirugía de LCA.
- Proponer y explicar algunas técnicas y actuaciones interesantes para lograr dichos objetivos.
- Advertir sobre las posibles complicaciones que pueden aparecer a lo largo del proceso y los mecanismos para evitarlas o superarlas.

3 Caso clínico

Varón, futbolista amateur de 25 años, que tras un cambio brusco de dirección durante un partido siente un chasquido y sensación de que la rodilla "se le va". Presenta importante inflamación casi de inmediato e incapacidad para continuar jugando.

En las pruebas posteriores se encuentra un test de Lachman positivo y cajón anterior positivo. La resonancia magnética confirma la rotura de LCA, sin lesiones asociadas. El paciente quiere continuar jugando al fútbol lo antes posible y tras un período de rehabilitación se decide optar por la operación quirúrgica con autoinjerto de isquiotibiales (gracillis + semitendinoso).

10 días después de la operación el cirujano lo envía a nuestra consulta para que comience el proceso de rehabilitación. En la valoración inicial encontramos una rodilla bastante inflamada, con un 2+ en la "Effusion grading scale", una flexión de unos 60°, limitación en la extensión, incapacidad para contraer y relajar el cuádriceps de manera voluntaria e importante pérdida de masa muscular. La marcha la realiza con 2 muletas, y se observa bastante dificultad para la misma.

Iniciamos un proceso de rehabilitación que denominaremos "fase inicial o fase temprana" que durará aproximadamente entre 1 y 8 semanas dependiendo del paciente y del cumplimiento de los objetivos. Estos objetivos, que debemos cumplir

antes de plantearnos el paso a una siguiente fase de entrenamiento de fuerza y entrenamiento neuromuscular son:

- Mínima inflamación / sinovitis.
- Extensión completa y 120-130° de flexión de rodilla.
- Patrón de marcha activo dinámico normal.
- Control voluntario del cuádriceps.
- Buena calidad de movimiento en los ejercicios de la fase 1.
- Ausencia de dolor o de aumento de la inflamación con los ejercicios de la fase 1.

Así pues en cada sesión realizaremos una evaluación de la inflamación (stroke test), el rango de movimiento, el nivel de contracción voluntaria del cuádriceps y el patrón de marcha.

Iniciamos un programa de ejercicios para tratar de conseguir estos objetivos, con especial atención en lograr una extensión completa a las 2-4 semanas, una flexión de 120-130° a las 4-6 semanas y una movilidad rotuliana igual a la de la pierna sana a las 4-6 semanas. Vamos a describir para ello alguno de los ejercicios incluidos en este programa.

Para lograr una buena EXTENSIÓN:

- En decúbito prono, con una pelota bajo el pie del miembro inferior afecto se le pide al paciente empujar contrayendo el cuádriceps y tratando de extender la pierna y mantener dicha contracción 4-5 segundos.
- En decúbito supino, con una toalla o un alza bajo el talón del miembro inferior afecto, y con un theraband (goma elástica) llevando el pie a flexión dorsal se le pide nuevamente contraer cuádriceps y tratar de llevar la rodilla a extensión, manteniendo 4-5 segundos.
- Sentado en una silla, y con un fitball contra una pared o una superficie fija el paciente apoya la planta del pie en el balón, con una ligera flexión de rodilla y se le pide que empuje para tratar de ir hacia la extensión de rodilla, contrayendo cuádriceps y manteniendo 4-5 segundos.

Para lograr una buena FLEXIÓN:

- En decúbito supino el paciente realiza deslizamientos activos del talón en la camilla, hacia la flexión, intentando ganar poco a poco más rango de movimiento, controlando en todo momento el dolor.
- En decúbito supino, con el cabecero de la camilla inclinado el paciente apoya el pie lesionado en él y realiza deslizamientos hacia la flexión, favorecidos por la fuerza de la gravedad.

- Sentado al borde de la camilla el paciente deja caer la pierna hacia la flexión e intenta ir ganando rango de movimiento en cada repetición.

Para lograr una buena CONTRACCIÓN-RELAJACIÓN de cuádriceps:

Es importante que el paciente sea capaz de activar y relajar el cuádriceps de manera voluntaria para que pueda recuperar un patrón de marcha normal. Para ello se realizan ejercicios de contracción relajación en diferentes posiciones:

- Sentado con las piernas estiradas apoyadas en el suelo, en decúbito supino y en bipedestación con la pierna lesionada ligeramente adelantada y apoyando las manos en la camilla. Se le pide en todas esas posiciones que contraiga el cuádriceps de la pierna operada y mantenga la contracción 4-5 segundos, y se pone especial énfasis en que después el paciente sea capaz de relajar completamente el músculo.

Para la MOVILIDAD DE LA RÓTULA:

Es importante también recuperar la correcta movilidad de la rótula en las diferentes direcciones:

- Para ello realizamos desplazamientos cráneo-caudales y laterales, tanto en extensión como en flexión de rodilla.

Para mejorar el PATRÓN DE MARCHA:

- Se realizan también observaciones y ejercicios de patrón de marcha, primero con muletas, y cuando el paciente va mejorando sobre un tapiz rodante para tratar de identificar aquellos problemas que no permiten un patrón de marcha normal. En su caso observamos que le cuesta relajar el cuádriceps y también lograr la extensión completa necesaria en la fase de midstance. Por ello se trabaja especialmente en la mejoría de estos 2 aspectos.

- Se incluye también durante las sesiones estimulación eléctrica del cuádriceps para contribuir y favorecer al "despertar" del músculo.

Cuando el paciente comienza a mejorar se introducen ejercicios de isquiotibiales, glúteos, gemelos y cuádriceps, comenzando con ejercicios suaves y controlados y teniendo en cuenta el período y estado de maduración de la plastia.

Durante todo el proceso, y en la evaluación final se tienen en cuenta las denominadas "alertas rojas" que nos deberían advertir de que algo no marcha correctamente. Estas banderas rojas, alrededor de las 6-8 semanas son:

- Infección de la herida
- Importante disminución de la movilidad rotuliana en relación con la pierna

sana, que nos puede alertar de un síndrome de contractura infrapatelar.

- Ausencia de extensión completa, que nos puede hacer pensar en una artrofibrosis o lesión de cólope.
- Incapacidad para contraer el cuádriceps voluntariamente.
- Incorrecto patrón de marcha.

4 Resultados

Tras 6 semanas de rehabilitación el paciente presenta:

- Extensión completa de rodilla y flexión de 120-130°.
- Buena capacidad para contraer y relajar cuádriceps sentado y en bipedestación.
- Inflamación reducida, “trace” en la “effusion grading scale”.
- Buena movilidad rotuliana en todas las direcciones.
- Cicatriz cerrada y sin inflamación o infección.
- Correcto patrón de marcha, ya sin muletas.

Es por ello que tras esta evaluación, y tras haber cumplido los objetivos planteados, el paciente inicia la siguiente fase de la recuperación, centrada en el fortalecimiento muscular y entrenamiento neuromuscular.

5 Discusión-Conclusión

La lesión de LCA se ha convertido en los últimos años en una lesión muy frecuente en el ámbito deportivo, con importantes consecuencias para el deportista, que necesita un proceso de rehabilitación largo y que debe tener en cuenta muchos aspectos.

Tener claros los diferentes objetivos de cada fase, así como las banderas rojas y el método de progresión a lo largo del proceso es fundamental para lograr una recuperación exitosa y la reincorporación del deportista con plenas garantías a su actividad deportiva.

La fase inicial tras la reconstrucción resulta vital puesto que el paciente no podrá realizar una “vida normal” hasta que se solucionen algunos de los problemas que implica dicho proceso quirúrgico, y en este punto la figura del fisioterapeuta resulta fundamental para dotar al paciente de las herramientas necesarias para ir recuperando la función y movilidad de su rodilla de la forma más rápida y segura posible.

En este caso clínico intentamos exponer las cuestiones más importantes de esta fase inicial de la recuperación, así como facilitar una pequeña guía y algunos ejemplos para tratar de guiar al profesional sanitario en la consecución de los objetivos que se plantean al inicio de esta fase.

6 Bibliografía

Libros:

- Freddie Fu, Steven Cohen - "Current Concepts in ACL Reconstruction"

Páginas web:

- <https://www.clinicacentro.com/traumatologia/unidad-de-rodilla/rotura-ligamento-cruzado-anterior/>
- <https://www.mickhughes.physio/single-post/2019/11/25/ACL-Infographic>
- <https://www.mickhughes.physio/single-post/2019/12/03/ACL-Injury-Treatment-Options>

Artículos de revistas:

- <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-reconstruccion-ligamento-cruzado-anterior-rodilla-S0716864012703164>
- <https://bjsm.bmj.com/content/50/24/1506.abstract>

Bases de datos:

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499848/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5609378/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24777218>

Capítulo 871

MOVILIZACIÓN POSTERIOR DEL ASTRÁGALO EN ESGUINCE DE TOBILLO

LUCÍA VITURRO BERNARDO

ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ

GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS

1 Introducción

En la literatura se ha descrito el esguince del ligamento lateral externo, como la lesión traumática más frecuente producida en el tobillo.(1, 2) Representa el 25% de todas las lesiones del aparato locomotor y el 50% de todas las lesiones relacionadas con el deporte. (3)

En un estudio realizado entre 1977 y 2005, el esguince de tobillo fue la principal lesión en 33 de 43 deportes. (4)

Además, esta lesión presenta una incidencia de 600-700 casos por 100.000 personas cada año, generando un coste económico de 4 mil millones de dólares en los EE.UU. (5)

El ligamento peroneoastragalino anterior es el más comúnmente lesionado, ya que se trata del más débil de los tres. (3, 8) Los ligamentos peroneocalcaneo y peroneoastragalino posterior, suelen estar implicados en los esguinces laterales a medida que aumenta la fuerza del impacto. Por otra parte, el esguince del ligamento medial es menos común. (8)

El factor de riesgo principal (54% de los casos), se atribuye a la aparición de inestabilidad tras un esguince previo. Acorde a Fereshteh et al un esguince causa diversos déficits sensoriomotores que pueden conducir a pérdida de estabilidad, y esto aumenta el riesgo de volver a sufrir la lesión. (7)

Asimismo, según Braun et al, un 40% de las personas que sufren un esguince de tobillo desencadenan problemas recurrentes. Acorde a van Rijn et al, después de 1 año de seguimiento, un alto porcentaje de los pacientes aún experimenta dolor e inestabilidad subjetiva, mientras que en un plazo de 3 años, el 34% de los pacientes informa de al menos 1 re-esguince.⁹ De la misma forma, se estima que en un 70% se produce una afectación del rango de movimiento después de la lesión. Esta falta de flexión dorsal puede predisponer tanto a una nueva lesión como a desencadenar una inestabilidad crónica. (10)

En cuanto a las consecuencias, de forma aguda generalmente se produce dolor, hinchazón y limitación de movimiento. Esta limitación ocasiona afectación del rango de movilidad, tanto a corto como a largo plazo, específicamente de la flexión dorsal. (11)

De forma crónica, entre un 70% y 80% de los pacientes, desencadenan una serie de secuelas tras un esguince de tobillo. Es común encontrar deficiencias artrocinemáticas, laxitud ligamentosa, cambios degenerativos, alteración de la propiocepción, deficiencias del control postural, deterioro del patrón neuromuscular y déficit de la fuerza. Todo esto predispone a desencadenar inestabilidad del tobillo afecto, que como se ha comentado, resulta el factor de riesgo principal de este tipo de esguinces. (12,13)

Por lo tanto, se hace especial atención a la pérdida de flexión dorsal, ya que es considerada como un impedimento frecuente tras un esguince de tobillo. (14, 15, 16) Hertel et al, comentan que si la articulación talocrural no es capaz de completar la flexión dorsal, la articulación no alcanzará una posición adecuada durante la postura, y por lo tanto, no será capaz de invertir y rotar internamente de forma adecuada. (14) Drewes consideran esta limitación de flexión dorsal como el origen de la inestabilidad y la futura recaída.(16) De la misma forma, McKeon afirma que este déficit puede predisponer al paciente a alteraciones en el eje de rotación, alterando la información propioceptiva del sistema sensoriomotor provocando tanto futuros esguinces como artrosis de tobillo. (17)

En relación, se cree que esta limitación del movimiento es consecuencia de un déficit de deslizamiento del astrágalo. Fue en Mulligan et al en 1995 cuando propuso que se produce una subluxación anterior del astrágalo sobre la tibia inmediata-

mente después de un esguince.(18) Una posición anterior impediría el deslizamiento posterior que se produce al realizar la flexión dorsal.(14) Esta falta de posición puede ser el origen de la alteración de la artrocinemática y restricción de la movilidad.

A consecuencia, se ha escrito mucho sobre la hipomovilidad del astrágalo tras un esguince de tobillo. Hubbard et al, utilizaron en su estudio a quince sujetos con inestabilidad crónica tras esguince de tobillo y quince sujetos sanos para evaluar el deslizamiento del astrágalo. Se encontró una alta prevalencia de hipomovilidad posterior en aquellos sujetos con falta de estabilidad.(19) Asimismo, Denegar et al utilizaron a 12 atletas con alteraciones tras esguince de tobillo en los últimos 6 meses, en su estudio se encontró una pérdida de deslizamiento posterior del astrágalo. (20)

Además de la influencia sobre la flexión dorsal, existe evidencia de que tal restricción persistente en el astrágalo, puede dar lugar a problemas de tobillo a largo plazo (14, 21) ya que la hipomovilidad en cualquier articulación en la cadena cinética de las extremidades inferiores puede desafiar a los mecanismos de control motor y conducir a la inestabilidad de la articulación. (22)

Entendiéndose como relación directa, la movilidad limitada también altera la artrocinemática de la articulación, produciendo limitaciones de los movimientos accesorios de ondulación y un déficit de deslizamiento entre las superficies articulares.

Por ello, desde el punto de vista de la fisioterapia, plantear un deslizamiento posterior del astrágalo como herramienta de tratamiento a la hora de abordar tanto un esguince de tobillo, podría ofrecer resultados beneficiosos a la hora de lidiar las limitaciones en la forma aguda y recuperar la estabilidad en la forma crónica, evitando así futuras recaídas.

Se decide realizar esta revisión bibliográfica dada la alta prevalencia de los esguinces de tobillo. Como se ha visto, son muchas las consecuencias negativas de un tratamiento escaso en dicha recuperación ocasionando restricciones tanto a corto como a largo plazo, siendo la limitación a la flexión dorsal la más común. Varios autores describen el desplazamiento anterior del astrágalo tras el impacto sobre el tobillo. Por ello, desde el punto de vista de la fisioterapia, es interesante conocer si la movilización hacia posterior de este hueso podría suponer un tratamiento eficaz basado en la evidencia científica y por lo tanto, evitar o disminuir las limitaciones propias del esguince.

2 Objetivos

1. Conocer la eficacia y la evidencia científica de la movilización posterior del astrágalo sobre el esguince de tobillo.
2. Comparar la eficacia de una movilización posterior del astrágalo sobre un esguince agudo con un esguince crónico.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica sobre la efectividad de un deslizamiento posterior del astrágalo en el esguince de tobillo, se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos:

1. Pubmed.
2. PEDro.
3. Scopus.
4. ScienceDirect.
5. Isi Web of Knowledge.
6. Cochrane Library.

En cuanto a la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: “Posterior talar glide”, “Talocrural mobilization”, “Ankle sprain” y “Dorsiflexion range”. Estos términos fueron combinados mediante los operadores booleanos AND y OR. Se obtuvieron 782 artículos en total.

A continuación, se utilizó el gestor bibliográfico “Refworks”. Esta herramienta ha permitido agrupar todas las referencias bibliográficas obtenidas y eliminar los artículos duplicados exactos. De tal forma que, una vez eliminadas las réplicas, el número total de resultados fue de 442 artículos científicos.

Una vez realizado este proceso, se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión a todos los artículos científicos. Estos criterios se muestran a continuación. Tras aplicar los mismos, el número de artículos que fueron incluidos en la revisión sistemática fue de 8.

Criterios de inclusión:

1. Ensayos clínicos controlados aleatorizados con puntuación de al menos 7 en la escala de PEDro
2. Estudios en sujetos con limitación de la flexión dorsal como secuela a un esguince de tobillo: esguince tanto agudo, subagudo o crónico.

3. Estudios en los que se realice una técnica de fisioterapia que suponga un deslizamiento posterior del astrágalo.
4. Estudios con resultados cuantificables.
5. Estudios realizados desde el año 2000 en adelante.

Criterios de exclusión:

1. Revisiones sistemáticas, estudios de caso y opiniones de expertos.
2. Estudios en sujetos sanos.
3. Estudios en los que se realice una manipulación tipo thrust (HLVA) como técnica de tratamiento.
4. Estudios en los que no se realice la técnica a nivel de la articulación subastragalina.
5. Estudios en los que combinen varias técnicas en el programa de tratamiento.
6. Estudios en sujetos con alguna otra patología en el miembro inferior.

4 Resultados

A continuación, se analizan los resultados de los 8 artículos finales incluidos en esta revisión. (23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30). Para el análisis se estudiaron las siguientes variables: autor y año, intervención, variables, medición, resultados y conclusión. Los resultados más relevantes son mostrados a continuación:

1. Vicenzino B et al en año 2006, analizó a 16 participantes con historia recurrente de esguince de tobillo, que presenten una limitación a la flexión dorsal. Se trató de un estudio cruzado, en el que se utilizó un grupo control. Para la medición de la flexión dorsal se utilizó en "knee to wall" y para el deslizamiento del astrágalo un inclinómetro.

Al grupo de tratamiento se le realizó una única aplicación de deslizamiento posterior del astrágalo combinado con flexión dorsal activa, tanto con peso como sin peso. El grupo control se mantuvo sin contacto físico. La medición de los resultados se realizó de inmediato tras una aplicación, encontrando mejoras significativas del deslizamiento posterior del astrágalo tanto en la movilización con peso, como sin peso. La flexión dorsal mejoró un 26% mientras que el grupo control no mejoró. Por lo tanto, concluimos que una única movilización mejoró el deslizamiento y el rango de flexión dorsal. Existe poca diferencia en realizar la técnica con peso o sin peso.

2. Collins N et al, en el año 2004 utilizaron a 16 participantes con limitación de la flexión dorsal tras un esguince de tobillo de II grado. Se trató de un estudio cruzado en el que se utilizó grupo control y grupo placebo. Para la medición de

la flexión dorsal se utilizó en "knee to wall" y el dolor mediante un algómetro de presión. Se realizó una única aplicación de deslizamiento posterior del astrágalo combinado con flexión dorsal activa. Se utilizó una cincha no elástica situada en la parte distal de la tibia. El grupo placebo recibió mismo tratamiento, pero la cincha fue colocada en el calcáneo, por lo que la movilización estaba mal realizada. El grupo control no recibió contacto. La medición se realizó de inmediato tras una aplicación. Se encontraron mejoras significativas en la flexión dorsal del grupo que recibió el tratamiento mientras que el grupo control y grupo placebo no mejoraron. No hubo cambios significativos en el dolor. Por lo tanto, una única movilización mejoró rango de flexión dorsal, pero no hubo efectos iniciales sobre el dolor (ni mecánico ni térmico)

3. Reid A et al, en el año 2007 utilizaron a 23 participantes con historia recurrente de esguince de tobillo, que presenten al menos 2 cm de limitación en la flexión dorsal en comparación con el otro tobillo. Se utilizó grupo control.

La flexión dorsal fue medida mediante el test "knee to wall". El grupo experimental recibió una única aplicación de deslizamiento posterior del astrágalo combinado con flexión dorsal activa, utilizando una cincha. El otro grupo recibió una movilización falsa. La medición se realizó de inmediato tras una aplicación y se encontraron mejoras significativas en flexión dorsal del grupo experimental. La movilización real mejoró 0,45 cm más que la movilización falsa.

4. Marrón-Gomez et al, en el año 2014 utilizó a 52 pacientes con inestabilidad de tobillo y limitación a la flexión dorsal como consecuencia de un esguince de tobillo (> 6 meses). Fueron divididos en tres grupos:

- Grupo experimental 1 = 18 personas.
- Grupo experimental 2 = 19 personas.
- Grupo placebo = 15 personas.

La flexión dorsal fue medida mediante el test "knee to wall". Un grupo experimental recibió una aplicación de deslizamiento posterior del astrágalo combinada con flexión dorsal activa, utilizando una cincha, el otro grupo experimental recibió una manipulación talocrural. El grupo placebo recibió una movilización pero la cincha fue colocada en el calcáneo, por lo que la movilización estaba mal realizada.

La medición se realizó de inmediato tras la aplicación, 24 horas después y 48 horas después.

Se encontró un aumento de flexión dorsal en ambos grupos experimentales, en

comparación con el placebo. En comparación con la pre-intervención, la movilización mostró mejores datos que manipulación, pasadas 48 horas. El grupo placebo no mostró mejoría. Por lo tanto, concluimos que tanto la movilización como la manipulación mejoran la flexión dorsal en una única movilización, siendo más efectiva la movilización pasada 48 horas.

5. Cruz-Díaz D et al en el año 2014 analizó a 90 participantes con historia recurrente de esguince de tobillo y al menos 2 cm de limitación en la flexión dorsal en comparación con el otro tobillo y sin esguince de tobillo en los últimos 6 meses. Se dividieron a los participantes en tres grupos:

- Grupo experimental: 30 personas
- Grupo control: 29 personas
- Grupo placebo: 31 personas

La flexión dorsal fue medida mediante el test "knee to wall".

El grupo experimental recibió un tratamiento de tres semanas basado en una movilización posterior del astrágalo combinada con flexión dorsal activa, utilizando una cincha. El grupo placebo recibió una movilización talocrural falsa. El grupo control no recibió tratamiento.

La medición se realizó tras la primera aplicación, tres semanas después y seis meses después. En el grupo experimental, tras el tratamiento y pasados 6 meses había aumento de la flexión dorsal, aumento de la estabilidad y aumento del equilibrio. El grupo control y el grupo placebo no mostraron mejoría.

Los efectos se mantienen al menos durante 6 meses.

6. Cosby NL et al realizaron un estudio en el año 2011. Se analizaron a 17 participantes con esguince de tobillo agudo grado 1 o 2 que requirió inmovilización y presentaban una limitación a la flexión dorsal. El grupo experimental estaba compuesto por 9 personas y el grupo control por 8. En cuanto a la medición, se utilizó un inclinómetro para la flexión dorsal y un artrómetro para la capacidad de desplazamiento del astrágalo.

El grupo experimental recibió una única movilización talocrural anteroposterior grado III (según Maitland) durante 30 segundos, produciéndose un desplazamiento posterior del astrágalo.

El grupo control no recibió tratamiento.

La medición se realizó tras la primera aplicación. No hubo cambios significativos entre los grupos. Sin embargo, si hubo una breve reducción del dolor en el grupo experimental.

Por lo tanto concluimos que una única movilización no produjo mejoras en el rango de flexión dorsal.

7. Green T et al, realizó un estudio en el año 2001. Se analizaron a 38 participantes con esguince de tobillo producido en menos de 72 horas. Se dividió a los participantes en dos grupos (grupos experimental y grupo control) de 19 personas cada uno. Para la medición de la flexión dorsal se utilizó una plataforma "Lidcombe". Se realizó un tratamiento durante dos semanas (tratamientos cada dos días).

El grupo experimental recibió un tratamiento basado en una movilización talocrural anteroposterior grado III (según Maitland) produciéndose un desplazamiento posterior del astrágalo. El grupo control recibió método RICE. Tras el tratamiento se encontraron mejoras en la flexión dorsal en el grupo experimental así como mejoras en las características de la marcha: velocidad y la longitud de paso.

8. Hoch C et al realizaron un estudio en el año 2011. Se analizaron a 20 participantes con historia recurrente de esguince de tobillo, que presenten inestabilidad y no habían sufrido un esguince de tobillo en los últimos 6 meses. La flexión dorsal fue medida mediante el test "knee to wall" y la capacidad de desplazamiento con un artrómetro. El grupo experimental recibió una única movilización talocrural anteroposterior grado III (según Maitland) produciéndose un desplazamiento posterior del astrágalo.

El grupo control no recibió tratamiento.

La medición se realizó tras la primera aplicación y se encontraron mejoras significativas en la flexión dorsal, pero no se observaron diferencias en el desplazamiento posterior del astrágalo.

Todos los artículos analizados fueron ensayos clínicos controlados aleatorizados, que según la escala CEMB (Centre for evidence-based medicine) de Oxford, corresponden a un nivel de evidencia 1b.

Los ocho ensayos tuvieron una puntuación de entre 7 y 9 en la escala PEDro. Los artículos seleccionados fueron realizados entre el año 2001 el 2014. Además, todos los sujetos presentaron una limitación de la flexión dorsal como consecuencia de un esguince de tobillo. El 62,5% realizó la intervención en pacientes con secuelas de una historia repetitiva de tobillo, 23,25,26,27,30 mientras que el 37.5% realizaron la intervención en pacientes con esguince de tobillo agudo.24,38,29

El 50% utilizó un estudio cruzado para llevar a cabo el ensayo, donde los propios

sujetos hacían de grupo control.23,24,25,30 El 25% utilizó un grupo control con otros sujetos para realizar la comparativa que o bien no recibía tratamiento o bien recibía otra técnica.28,29 El 25% realizó el ensayo utilizando tanto un grupo control como un grupo placebo. 26,27 El grupo placebo recibió una técnica sin eficacia.

Todos los autores midieron la flexión dorsal. El 62,5% utilizó el test “knee to wall”23,24,25,26,30 explicado en el Anexo 2. Un artículo utilizó la plataforma “Lidcombe” 29 mientras que otro estudio utilizó un inclinómetro 28 . El 37,5% también midieron la capacidad de desplazamiento posterior del astrágalo.23,28,30 Otras de las variables que fueron medidas por algunos artículos fueron la inestabilidad, el dolor, el equilibrio, el control postural y las características de la marcha.24,27,28,29,30

En cuanto al tratamiento, todos realizaron una técnica que supusiera un desplazamiento posterior del astrágalo. El 62,5% utilizó la técnica descrita por Mulligan, 23,24,25,26,27 mientras que 37,5% se basó en el método de Maitland. 28,29,30

El 75% utilizó una sola aplicación del tratamiento 23,24,25,26,28,29, mientras que el 25% utilizó un tratamiento que duraba varias semanas.31,34 Del 75% que usaron solo una aplicación, el 62,5% midieron los resultados de la intervención inmediatamente después de la aplicación 23,24,25,28,30 mientras que el 12,5% evaluaron tanto tras la aplicación como tras pasadas 24 y 48 horas26. Por otra parte, del 25% que realizó un tratamiento de varias semanas, el 12,5% midió los resultados al finalizar el tratamiento de dos semanas 29, mientras que el otro 12,5% hizo una medición tras la primera aplicación, tres semanas después y seis meses después.27

Todos los sujetos que recibieron el método de Mulligan, obtuvieron mejoras significativas en la flexión dorsal de tobillo tanto en esguinces agudos como en secuelas de esguince. Además, en dos de los artículos también se obtienen buenos resultados en la capacidad de desplazamiento del astrágalo 23 y en el equilibrio 26, respectivamente. Sin embargo, no se obtuvieron resultados significativos en el dolor.24

Sin embargo, a aquellos sujetos a los que se les realizó la técnica descrita por Maitland, se observa que hay controversia acerca de los resultados. En el 66,6% de este grupo (el 25% de los artículos totales) mejoró la flexión dorsal.29,30 Sin embargo en el 33,3% restante no se obtuvieron mejoras significativas en el rango de movimiento.28 Además, en todos los artículos que midieron la capacidad de

desplazamiento del astrágalo no se obtuvieron resultados favorables. 29, 30 En cuanto al equilibrio, las características de la marcha y el dolor, aquellos autores que lo incluyeron entre sus variables de estudio, si obtuvieron buenos resultados.³⁰

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados, esta revisión sistemática está de acuerdo con Terada et al cuando afirma que la recuperación de la flexión dorsal en el esguince de tobillo es necesaria para reducir al mínimo el riesgo de una nueva lesión y para restablecer las capacidades funcionales completas.⁽³¹⁾ Esto es plasmado en los artículos ya que todos autores optan por enfocar el tratamiento al rango de movilidad, y considerar la flexión dorsal como una variable indispensable en sus estudios.

Como se observa en el apartado de resultados, algunos autores se han decantado por utilizar la movilización con movimiento de Mulligan, mientras que otros realizaron la movilización talocrural de Maitland. A pesar de que las dos técnicas se basan en lo mismo (deslizamiento posterior del astrágalo), no se obtuvieron los mismos resultados. Por eso, dependiendo del estado del esguince de los pacientes y según la intervención realizada, se puede dividir la revisión en cuatro grandes grupos:

1. Esguince crónico tratado mediante la técnica descrita por Mulligan (23,25,26,27)
2. Esguince agudo/subagudo tratado mediante la técnica descrita por Mulligan (24)
3. Esguince agudo/subagudo tratado mediante la técnica de Maitland (28,29)
4. Esguince crónico tratado mediante la técnica descrita por Maitland (30)

Se observa que el número de artículos referentes a la técnica sobre esguince crónico tratado según Mulligan es significativamente mayor. Además, los resultados al aplicar esta técnica son similares en todos los estudios, ya que tanto en aquellos ensayos en los que midieron los resultados tras la intervención como en los que se aplicó un tratamiento más extenso, se obtuvieron resultados beneficiosos. Esta afirmación coincide con Delahunt et al, que confirma que aplicando el método Mulligan, se obtiene un aumento considerable de la flexión dorsal.⁽³²⁾ Estos datos conducen a pensar que el empleo de una movilización con movimiento en pacientes con secuelas de un esguince de tobillo se puede considerar una herramienta efectiva.

Sin embargo, teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios miden la eficacia inmediata (23,25) o con un margen de 48 horas,(26) estamos de acuerdo con Loudon et al plantear que se necesita investigación adicional para analizar el efecto a largo plazo de la movilización con movimiento en los esguinces con historia recurrente. (33)

En cuanto a los ensayos que aplicaron el método Mulligan sobre esguince de tobillo agudo, el número es escaso, ya que representa tan solo un 12,5% de esta revisión. Este artículo obtuvo resultados favorables en el rango de flexión dorsal. No obstante, creemos que se necesita más evidencia científica para catalogar la técnica como efectiva.

Los autores McKeon et al realizaron una revisión bibliográfica sobre la eficacia de la movilización con movimiento en esguinces de tobillo.(16) En su estudio llegaron a la conclusión de que el método aplicado según Mulligan mejora la flexión dorsal, sin embargo no realizaron una comparación entre esguinces agudos y secuelas de esguinces repetitivos. En esta revisión, se diferencia la técnica dependiendo del tipo de paciente a la que se le aplica. De esta forma, se descubre que el número de ensayos de alta calidad realizados sobre esguinces crónicos es significativamente mayor.

La intervención realizada con la técnica Maitland sobre pacientes con esguince agudo, ocupa el 25% de los resultados. En este caso, los datos obtenidos por los dos ensayos clínicos aleatorizados, no coinciden. Sin embargo, es necesario citar que la metodología de la intervención se realizó de forma diferente. Cosby et al midieron los resultados inmediatamente después de la intervención, mientras que Green et al aplicaron un tratamiento de dos semanas de duración. Los resultados favorables aparecieron en el segundo caso. Estos resultados sugieren que no se producen mejoras en el rango de la flexión dorsal en una única sesión, por lo que el tratamiento puede necesitar ser más prolongado para observar resultados favorables. Por lo tanto, estamos de acuerdo con Loudon et al, que plantea que se necesita más de un episodio de terapia de movilización para obtener mejoras significativas en el rango de movimiento en este tipo de esguinces.(33)

Por último, nos encontramos con el tratamiento según Maitland para las secuelas de un esguince de tobillo, que representa el 12'5% de los estudios. En este caso, se cuenta con un ensayo clínico aleatorizado, en el que se demuestra que la flexión dorsal mejora con esta técnica.

Este resultado coincide con varios autores que realizaron su estudio sobre sujetos

con inestabilidad crónica, y obtuvieron resultados favorables en la amplitud de la flexión dorsal. (33,35,36,37) Por otro lado, se está de acuerdo tanto con Venturi et al como con D Souza et al, ya que demostraron en sus respectivos estudios que se produce un aumento del rango de flexión dorsal tras aplicar una movilización grado III antero-posterior del astrágalo. Sin embargo, en este caso realizaron su estudio en sujetos sanos. (38,39)

Finalmente, Terada et al plantearon en su revisión publicada en el año 2013, que la movilización con movimiento y la movilización talocrural podrían tratarse de buenas herramientas para la recuperación de la flexión dorsal, entre otras técnicas.(31) Sin embargo, en su estudio se realizó una búsqueda global sobre la rehabilitación del rango de movimiento y no específicamente de esta técnica. En esta revisión, se repasa la evidencia científica actual sobre la técnica descritas por los dos autores, y es clasificada según el estado del esguince.

Por lo tanto, tras realizar esta revisión bibliográfica y acorde con los objetivos planteados, se llega a la conclusión de que la movilización posterior del astrágalo se trata de una técnica efectiva basada en la evidencia científica tanto en un esguince agudo como en un esguince de historia recurrente.

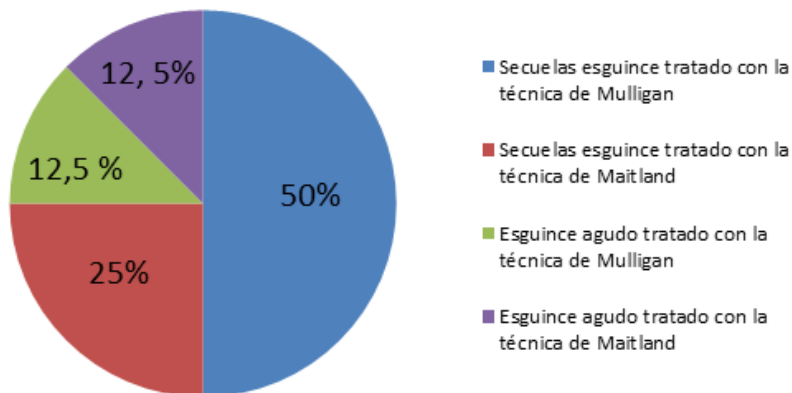
La movilización ha sido descrita tanto por Mulligan como por Maitland, asociando una flexión dorsal activa en el método del primer autor.

Por un lado, a la hora de enfrentar ambos métodos, se encuentra mayor evidencia científica de alta calidad según el método Mulligan. Además, todos los estudios ofrecen resultados positivos, tanto si realizan una única aplicación como un tratamiento. Este hecho no ocurre en los estudios que utilizaron el método Maitland, ya que en algún caso se necesita la aplicación de un tratamiento para obtener mejoras significativas.

Por otro lado, si se confrontan los resultados dependiendo del estado del esguince, se observa que se consiguen mejores resultados en esguinces de historia recurrente, ya que en todos los casos se obtuvieron resultados favorables. Es cierto que la mayoría de los estudios analizan este tipo de esguinces por lo que se necesita más investigación en esguinces agudos para poder realizar una comparación equiparable.

Es destacable anotar que la mayoría de los estudios basan sus resultados en un análisis a corto plazo y tras una sola sesión, por lo que se necesita investigación adicional para determinar si los efectos se mantienen a largo plazo.

Datos estadísticos según tipo de esguince e intervención realizada



6 Bibliografía

1. Danowski R, Chanussot JC. Traumatología en el deporte. Barcelona: Masson; 1992.
2. Barsotti J, Dujardin C. Guía práctica de traumatología. Barcelona: Masson; 1988.
3. Czajka CM, Tran E, Cai UN, DiPreta JA. Ankle sprains and instability. *Med Clin North Am* 2014; 98(2): 313-2.
4. Fong DT, Hong Y, Chan LK, Yung PS, Chan KM. A systematic review on ankle injury and ankle sprain in sports. *Sports Med* 2007; 37(1): 73-94.
5. Waterman BR, Owens BD, Davey S et al. The epidemiology of ankle sprains in the United States. *J Bone Joint Surg Am* 2010; 92: 2279–84.
6. Prentice WE. Técnicas de rehabilitación en medicina deportiva. 3 ed. Barcelona: Paidotribo; 2001.
7. Pourkazemi F, Hiller CE, Raymond J, Nightingale E, Refshauge KM. Predictors of chronic ankle instability after an index lateral ankle sprain: a systematic review. *J Sci Med Sport* 2014: 568-573.
8. Braun BL. Effects of ankle sprain in a general clinic population 6 to 18 months after medial evaluation. *Arch Fam Med* 1999; 8(2): 143-148.
9. van Rijn RM, van Os AG, Bernsen RM, Luijsterburg PA, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. What is the clinical course of acute ankle sprains? A systematic

- literature review. *Am J Med* 2008; 12(4): 324-331.
10. Hoch MC, Staton GS, Medina McKeon JM, Mattacola C, McKeon PO. Dorsiflexion and dynamic postural control deficits are present in those with chronic ankle instability. *J Sci Med Sport* 2012: 574-579.
 11. Loudon JK, Reiman MP, Slyvain J. The efficacy of manual joint mobilisation/manipulation in treatment of lateral ankle sprains: a systematic review. *Br J Sports Med* 2014; 48(5): 365-70.
 12. Gribble PA, Hertel J, Denegar CR, Buckley WE. The effects of fatigue and chronic ankle instability on dynamic postural control. *J Athl Train* 2014; 39(4): 321-329.
 13. Hertel J. Functional Anatomy, Pathomechanics, and Pathophysiology of lateral ankle instability. *J Athl Train* 2002; 37(4): 364-375.
 14. Mulligan B, Vicenzino B, Rivett D, Hall T, Hing W. The mulligan concept of manual therapy textbook of techniques. Chatswood: Elsevier; 2015
 15. Wang HK, Chen CH, Shiang TY, Jan MH, Lin KH. Risk-factor analysis of high school basketball-player ankle injuries: a prospective controlled cohort study evaluating postural sway, ankle strength, and flexibility. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87(6): 821-825.
 16. McKeon PO, Hoch MC. The effectiveness of mobilization with movement at improving dorsiflexion after ankle sprain. *J Sport Rehabil* 2010; 19(2): 226-232.
 17. Drewes LK, McKeon PO, Kerrigan DC, Hertel J. Dorsiflexion deficit during jogging with chronic ankle instability. *J Sci Med Sport* 2009; 12(6): 685-687
 18. Mulligan BR. Manual therapy "Nags", "Snags" and "Mwms". 4 ed. Wellington: Plane View Press; 1999.
 19. Wikstrom EA, Hubbard TJ. Talar positional fault in persons with chronic ankle instability. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 92(8): 1267-1271.
 20. Denegar CR, Hertel J, Fonseca J. The effect of lateral ankle sprain on dorsiflexion range of motion, posterior talar glide, and joint laxity. *J Orthop Sports Ther* 2002; 32(4): 166-173.
 21. Tabrizi P, McIntyre WMJ, Quesnel MB, Howard AW. Limited dorsiflexion predisposes to injuries of the ankle in children. *J Bone Joint Surg Br* 2000; 82(8): 1103-1106.
 22. Denegar CR, Miller SJ. Can chronic ankle instability be prevented? Rethinking management of lateral ankle sprains. *J Athl Train* 2002; 37(4): 430-435.
 23. Vicenzino B, Branjerdporn M, Teys P, Jordan K. Initial changes in posterior talar glide and dorsiflexion of the ankle mobilization with movement in individuals with recurrent ankle sprain. *J Orthop Sports Phys Ther* 2006; 36(7): 464-471.
 24. Collins N, Pamela T, Vicenzino B. The initial effects of a Mulligan's mobiliza-

- tion with movement technique on dorsiflexion and pain in subacute ankle sprain. *Man Ther* 2004; 9(2): 77-82.
25. Reid A, Trevor B, Birmingham, Alcock G. Efficacy of mobilization with movement for patients with limited dorsiflexion after ankle sprain: a crossover trial. *Physiother Can* 2007; 59: 166-17.
26. Marrón-Gómez D, Rodríguez-Fernández AL, Martín-Urrialde JA. The effect of two mobilization techniques on dorsiflexion in people with chronic ankle instability. *Phys Ther Sport* 2015; 16(1):10-15.
27. Cruz-Díaz D, Lomas Vega R, Osuna-Pérez MC, Hita-Contreras F, Martínez-Amat A. Effects of joint mobilization on chronic ankle instability: a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil* 2015; 37(7): 601-610.
28. Cosby NL, Koroch M, Grindstaff TL, Parente W, Hertel J. Immediate effects of anterior to posterior talocrural joint mobilizations following acute lateral sprain. *J Man Manip Ther* 2011; 19(2): 76-83.
29. Green T, Refshauge K, Crosbie J, Adams R. A randomized controlled trial of a passive accessory joint mobilization on a acute ankle inversion sprains. *Phys Ther* 2001; 81(4): 984-94
30. Hoch MC, McKeon PO. Joint mobilization improves spatiotemporal postural control and range of motion in those with chronic ankle instability. *J Orthop Res* 2011; 29(3): 326-32
31. Terada M, Pietrosimone BG, Gribble PA. Therapeutic interventions for increasing ankle dorsiflexion after ankle sprain: a systematic review. *J Athl Train* 2013; 48(5): 696-709.
32. Delahunt E, Cusack K, Wilson L, Doherty C. Joint mobilization acutely improves landing kinematics in chronic ankle instability. *Med Sci Sports Exerc* 2013; 45(3): 514-519.
33. Loudon JK, Reiman MP, Sylvain J. The efficacy of manual joint mobilisation/manipulation in treatment of lateral ankle sprain: a systematic review. *Br J Sports Med* 2013; 48(5): 365-370.
34. Hoch MC, McKeon PO. Joint mobilization improves spatiotemporal postural control and range of motion in those with chronic ankle instability. *J Orthop Res* 2011; 29(3): 326-332.
35. Hoch MC, Andreatta RD, Mullineaux DR, English RA, Medina-McKeon JM, Mattacola CG et al. Two-week joint mobilization intervention improves self-reported function, range of motion, and dynamic balance in those with chronic ankle instability. *J Orthop Res* 2012; 30(11): 1798-804.
36. McKeon PO, Hoch MC. The effectiveness of mobilization with movement at improving dorsiflexion after ankle sprain. *J Sport Rehabil* 2010; 19(2): 226-232.

37. Hoch MC, Andreatta RD, Mullineaux DR, English RA, Medina-McKeon JM, Mattacola CG et al. Effect of a 2-week joint mobilization intervention on single-limb balance and ankle arthrokinematics in those with chronic ankle instability. *J Sport Rehabil* 2014; 23(1): 18-26
38. Venturini C, Penedo MM, Peixoto GH, Chagas MH, Ferreira ML, de Resende MA. Study of the force applied during anteroposterior articular mobilization of the talus and its effect on the dorsiflexion range of motion. *J Manipulative Physiol Ther* 2007; 30(8): 593-597.
39. de Souza MV, Venturini C, Teixeira LM, Chagas MH, de Reende MA. Force-displacement relationship anteroposterior mobilization of the ankle joint. *J Manipulative Physiol Ther* 2008; 31(4): 285-92.

Capítulo 872

A PROPÓSITO DE UN CASO : AFECTACIÓN POR TUMORACIÓN EN LA FOSA POSTERIOR

CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS

SARA ESCUER LORENZO

1 Introducción

Paciente de 24 años con múltiple afectación del sistema nervioso secundario a un proceso tumoral expansivo de la fosa posterior. Muestra una parálisis facial periférica derecha, lo que le provoca una oclusión o cierre del párpado. Además de una disartria secundaria a parálisis facial derecha y otros pares craneales como VI derecho, además de disfonía, dificultad de deglución, alteración mirada conjugada, hipoacusia bilateral .

2 Objetivos

- Exponer un caso de afectación por tumoración en la fosa posterior.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Teniendo en cuenta que es una patología degenerativa, es imprevisible la evolución del paciente, sobretodo a largo plazo. Por lo que vamos a establecer unos objetivos a corto plazo y otro a largo plazo. Los objetivos se centran en el aspecto que como fisioterapeutas nos incumbe. Por supuesto que se necesitaría trabajar todos los aspectos que implica la persona (habilidades, aspectos sociales, psicológicos, trabajo con la familia...etc..)

Como objetivos a corto plazo:

- Mejora del equilibrio en diferentes situaciones y posiciones.
- Mejora de la coordinación general y coordinación óculo-motora: ojo-mano, ojo-pie, mano-mano.
- Aumento de fuerza generalizada; incidiendo especialmente en ciertos grupos musculares de MMSS derecho como deltoides y tríceps, y de MMII derecho como cuádriceps, tibial anterior y peroneos .
- Reeducción de la marcha en paralelas, escaleras y rampa.

A largo plazo tendremos como objetivos:

- Reeducción de la marcha con andador si es posible.
- Consecución de la mayor independencia posible en las actividades de la vida diaria (implica desde una mejora en la marcha, a la coordinación óculo-manual, al cambio de posiciones, traslados, equilibrio...). Si no se cumplen una cierta mejora en las capacidades sobre las que trabajamos, al menos trataremos de frenar la pérdida de éstas incidiendo del mismo modo sobre los objetivos planteados.

Como resultados podemos hablar de la exploración a la que hemos llegado tras el tratamiento:

- Balance articular: conservado en ambos MMSS
- Balance Muscular: deltoides derecho 4-, izdo 4+. Triceps derecho 3, izdo 4+. Biceps derecho 4-, izdo 4+, flexión de muñeca 4+, izda 4+. Extensión de muñeca derecha 4+. izda 4+. Extensión de dedos mano derecha 4-, izda 4+. Flexión de dedos mano derecha 4-, mano izda 4+.
- Dismetría en fuerza muscular en MMII derecho y MMII derecho .
- Propioceptivos alterados.

- Sensitivos : conservados.

Para ello realizaremos un tratamiento que consiste en:

- Estimulación propioceptiva: reeducación sensitivo perceptivo motriz (RSPM). Trabajaremos con balón Bobath, con pelotas pequeñas.
- Cinesiterapia activa asistida MS derecho y MI derecho. Insistir en deltoides, tríceps, cuadriceps y peroneos. Realizaremos ejercicios con lastres, con cadenas de triple flexión y extensión en MMII y MMSS, abducción y aducción en MMII y MMSS, y diagonales de Kabat en MMSS.
- Reeducación de la marcha: en primer lugar en paralelas y posteriormente si es posible en andador. Iremos progresivamente trabajando en paralelas, en escaleras y rampa y marcha con andador.
- Coordinación general y coordinación óculo-motora. Muy importante el trabajo de la coordinación general, y del trabajo de la coordinación óculo-motora.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos con un paciente con una enfermedad degenerativa , por ello el pronóstico es muy incierto. No podemos saber con certeza con que velocidad se produce la expansión del proceso tumoral.

La degeneración puede ser lenta pero el paciente casi con seguridad se verá sometido a nuevas intervenciones quirúrgicas en las que se harán más resecciones de distintas partes del sistema nervios y que en consecuencia irán mermando aún más las capacidades del paciente tanto desde el punto intelectual como físico, en definitiva irán restando autonomía al paciente, lo que provocará una menor movilidad de este. Por ello será necesaria una continua readaptación de los objetivos y del tratamiento al paciente.

Los avances en éste tipo de pacientes son mínimos por lo que resulta un poco frustrante para el fisioterapeuta en lo que se refiere al plano estrictamente de la fisioterapia y la rehabilitación; ya que lo que perseguimos con la fisioterapia es una "curación" , una mejora , o una readaptación. Desde un plano más personal es un trabajo más satisfactorio pero duro a la vez.

6 Bibliografía

-Cancer Research UK, Brain, other CNS and intracranial tumours survival statistics. Cancer Research Brain, (2017),

- Molecular Biology and Genetics of Medulloblastoma, Pasquale De Antonellis, Livia Garzia, Antonio Verrico, Michael D. Taylor, and Massimo Zoll. Posterior Fossa Tumors in Children, 265 DOI 10.1007/978-3-319-11274-9_14 ?? Springer International Publishing Switzerland 2015:M.M. Ozek et al.(eds.) Cancer Research UK, Brain, other CNS and intracranial tumours survival statistics. Cancer Research Brain, (2017)
- Molecular Biology and Genetics of Medulloblastoma, Pasquale De Antonellis, Livia Garzia, Antonio Verrico, Michael D. Taylor, and Massimo Zoll. Posterior Fossa Tumors in Children, 265 DOI 10.1007/978-3-319-11274-9_14 ?? Springer International Publishing Switzerland 2015:M.M. Ozek et al.(eds.)
- Khan F, Racp F, Amatya B, Drummond K, Galea M, Physio B, et al. Effectiveness of integrated multidisciplinary rehabilitation in primary brain cancer survivors in an Australian community cohort : a controlled clinical trial. 2014;(11):754–60.
- Harvey LA. Physiotherapy rehabilitation for people with spinal cord injuries. J Physiother. 2016;62(1):4–11.
- Castellano-del Castillo M, Lacasa-Andrade M, Hijós-Bitrián E, Mambrona-Girón L, Sebastiá-Vigatá E, Vázquez-Sasot a. Efectividad de la rehabilitación en la esclerosis múltiple. Rehabilitación [Internet]. 2014;48(1):46–53.
- Mesti T, Ocvirk J. Malignant gliomas: Old and new systemic treatment approaches. Radiol Oncol. 2016;50(2):129–38.
- Hilario A, Sepulveda JM, Perez-Nuñez A, Salvador E, Millan JM, Hernandez-Lain A, et al. A prognostic model based on preoperative MRI predicts overall survival in patients with diffuse gliomas. Am J Neuroradiol. 2014;35(6):1096–102.
- Theeler BJ, Gilbert MR. Advances in the treatment of newly diagnosed glioblastoma. BMC Med [Internet]. 2015;13:293.

Capítulo 873

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE CERVICALGIA MECÁNICA SIN COMPROMISO NEUROLÓGICO

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

JAIME CUEVA DE MERA

IRIS UREÑA CARRASCO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

1 Introducción

Las cervicalgias son dolores producidos en el cuello, en su cara posterior y caras laterales. Se origina normalmente como consecuencia de una patología ósea, articular, muscular, o bien por la combinación de varias de ellas. También debido a traumatismos.

El dolor cervical común se debe a tensión o distensión muscular y usualmente las actividades diarias son las responsables. Tales actividades son, entre otras: encorvarse sobre un escritorio durante horas, tener una mala postura para ver televisión o leer, colocar el monitor de la computadora demasiado alto o demasiado

bajo, dormir en una posición incómoda o torcer y girar el cuello con sacudones cuando se hace ejercicio.

Los eventos traumáticos como los accidentes automovilísticos o las caídas causan lesiones cervicales graves, como fracturas de las vértebras, síndrome de hiperextensión cervical o desnucamiento, destrucción de los vasos sanguíneos e incluso parálisis.

Otras causas abarcan hernia discal, fibromialgia (síndrome de dolor en todo el cuerpo) y artritis. La meningitis, aunque mucho menos común, puede causar rigidez cervical significativa.

¿De qué depende el tratamiento? En general, el objetivo del tratamiento es aliviar el dolor, evitar que se cronifique y evitar las posibles recidivas. Pero antes de aplicar el tratamiento, hay que valorar en cada paciente la intensidad del dolor y la discapacidad que este produce ya sea porque limita la movilidad o porque tiene disminuida la fuerza muscular.

”Un cuello sin contracturas musculares se puede decir que es un cuello sano”. El tratamiento de elección es el conservador; el primer paso siempre es el de reducir y eliminar las contracturas musculares, que tantos problemas ocasionan, mediante:

- Termoterapia (aplicación de calor local).
- Ultrasonidos en la zona contracturada (no aplicarlo sobre las apófisis espinales, solo en la musculatura paravertebral).
- Masaje relajante y descontracturante.
- Shiatsu (digitopuntura).
- Cyriax en inserciones tendinosas (siempre que no produzcan mareos) movilizaciones pasivas de cuello (cuidado con las sensaciones de mareo) (contraindicado en casos de hernia discal) y activas elongaciones y tracciones cervicales (siempre que no exista sensación de mareo), para dotar de mayor elasticidad a la musculatura) (contraindicado en casos de hernia discal) trabajo de movilidad articular de cuello, hombros y cintura escapular es recomendable dormir con bufanda de lana, para que se mantenga el calor corporal por la noche, resolviendo la contractura poco a poco; también protegerse el cuello durante el día con ropa caliente (no collarín cervical -este solo se recomienda en casos evidentes de esguince cervical, pues de no ser así atrofia los músculos cervicales y endurece las contracturas).
- Higiene postural: procurando evitar posturas inadecuadas con cabeza muy baja (costureras), coger el teléfono entre hombro y oreja (telefonistas u operadoras), dormir con almohada que se adapte a la anatomía del cuello (ver dibujos), no

dormir boca abajo.

- Técnicas de relajación (son más frecuentes los dolores de cuello en personas con estrés).

2 Objetivos

El objetivo de este protocolo es determinar un plan de actuación en pacientes con cervicalgia mecánica que cumplan los criterios de inclusión y exclusión determinados por los autores.

- Dirigido a pacientes que presentan cervicalgia mecánica, mayores de edad y menores de 65 años que estén ejerciendo una actividad laboral que perturbe su estado de salud afectando concretamente a su columna cervical.
- Este tratamiento será llevado a cabo por un fisioterapeuta, para todas las personas refieren dolor cervical de forma crónica y que cumplen con los mencionados criterios.
- El número de sesiones viene determinado por el grado de dolor que tenga el paciente, de esta forma, irán abandonando el tratamiento aquellos pacientes que refieran mejoría. La valoración se realizará de forma individual prestando especial atención a la entrevista y la descripción de las posturas mantenidas a lo largo de su jornada laboral y a los gestos que con más frecuencia reproducen durante la misma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Población diana. Este proyecto está dirigido a hombres y mujeres en edad laboral (con trabajos en sedestación/ bipedestación prolongada o bien con carga de pesos y sin recursos a la hora de manejar su problema de salud)

Criterios de inclusión

- Personas con cervicalgia mecánica
- Personas en edad laboral, mayores de 18 y menores de 65 años
- Personas sin recursos a la hora de manejar el proceso

Criterios de exclusión.

- Procesos agudos
- Pacientes con defectos corporales que limiten o imposibiliten el entrenamiento.
- Alteraciones psicológicas.
- Personas que no se implican en su tratamiento.

Actividad a realizar.

- Distribución de las sesiones. Se llevarán a cabo 2 semanas de tratamiento, de lunes a viernes, realizando un total de 10 sesiones. Si después de este período el paciente / trabajador sigue presentando molestias en su columna cervical, seguirá acudiendo a tratamiento hasta que remitan.
- Organización de las sesiones. Una vez finalizadas las sesiones, daremos una serie de normas básicas de autocuidado y de higiene postural con el fin de prevenir recidivas.

Recogida de información:

1.SUBJETIVA: entrevista. La anamnesis se inicia por la identificación, conteniendo elementos tales como edad, sexo, peso y altura. No se debe olvidar también, investigar cuestiones que envuelven la ocupación que el individuo realiza en la actualidad y la pasada, ya que muchas de las afecciones que afectan a la columna vertebral están relacionadas con las actividades laborales.

La evaluación de antecedentes personales y familiares, y la investigación de patologías concomitantes ayudan en la detección de las dolencias específicas, siendo necesario verificar la presencia de neoplasia maligna, tuberculosis, cirugía...entre otros. Se debe, igualmente, evaluar la presencia de manifestaciones sistémicas que acompañan la sintomatología vertebral, tales como anorexia, obesidad y fiebre. Síntomas genitourinarios y disfunción esfinteriana también deben ser investigados con compresión neural. Cuestiones relacionadas con los factores psicosociales, económicos y del estilo de vida que lleva el paciente, de la misma forma, pueden influenciar significativamente en el inicio, la progresión de problemas músculo-esqueléticos. Es necesario, también, investigar los aspectos relacionados con el lado más psicológico de la afección, miedo al dolor y de re-

tomar las actividades normales, presencia de ansiedad y depresión. La utilización del alcohol y tabaco también debe ser determinada, ya existen evidencias de la asociación entre el tabaquismo y el dolor de espalda en el adulto; ya que tanto alcohol como tabaco están relacionados con el aumento de riesgo de sufrir osteoporosis.

2.- OBJETIVA- Examen físico específico.

- OBSERVACIÓN. La observación física de la columna vertebral debe ser iniciada en un primer momento en sentido global, en donde se observará cabeza, columna, pelvis y miembros inferiores, para después pasar a la exploración segmentaria. La justificación de esto, es que la interdependencia funcional de todos estos elementos altera la estática y la dinámica de la columna vertebral. El examen físico específico procura recoger, de una forma sistemática, datos relacionados con la detección de determinados defectos posturales y alteraciones músculo-ligamentosas.

- PALPACIÓN. Dolor a la palpación de procesos espinosos. Esta fase del examen debe ser realizada por la compresión de la columna vertebral con la pulpa del pulgar y el resto de la mano sin apoyar en el cuerpo del paciente. Se evalúa la sensibilidad dolorosa de la región cervical, con el paciente sentado, como orientándole para relajar la musculatura del pecho y de la cintura escapular, colocándose el examinador por detrás del paciente. La palpación de toda la columna puede ser realizada también con el paciente tumbado en decúbito ventral. o Localización: el dolor puede estar localizado en un segmento de la columna (cervical, dorsal, lumbar) o en toda su extensión. En el caso en que la localización de éste dolor de halle ubicada en la región cervical estaremos ante una cervicalgia. Para la localización de las áreas de dolor se puede utilizar un dibujo con las diferentes regiones susceptibles de ser dolorosas en las cervicalgias mecánicas. o Intensidad: puede ser clasificada en leve, moderada e intensa. Los procesos degenerativos generalmente causan dolor de pequeña y media intensidad. En cambio las afecciones compresivas suelen ser intensas. Se considera importante controlar algunos datos que servirán para controlar su evolución. Como sugerencia, el paciente podrá responder un cuestionario preparado en cada visita. La intensidad del dolor puede ser evaluada por una escala numérica que varía de 0 a 100 siendo 0 “sin dolor” y 100 “el peor dolor imaginable. o Duración: se debe investigar cuando se inició el dolor, y si es continuo o intermitente. Se define dolor agudo aquel que dura 7 días, subagudo cuando la duración va de 1 a 4 semanas, en riesgo cuando dura de 4 a 12 semanas, y crónico con más de 12 semanas. o Modo de inicio: súbito o gradual.

o Ritmo: se debe buscar la asociación del dolor con el reposo y con los movimientos. Un dolor continuo, mismo en reposo, y que se agrava con los movimientos ocurre en la hernia discal. De una forma general, los dolores inflamatorios empeoran después del reposo prolongado y las mecánicas o degenerativas mejoran con el reposo y empeoran con el uso de la articulación, generalmente por la tarde. o Irradiación: La región cervical puede irradiarse a los miembros superiores. Esa irradiación sugiere la posibilidad de compromiso radicular, cuya etiología puede ser degenerativa (discoartrosis), o compresiva (hernia discal) o Factores agravantes: se debe relacionar el dolor con algún tipo de esfuerzo físico, movimiento, deporte, tensión emocional y trauma. o Factores que alivian: reposo, variaciones de decúbito, calor local...

- MOVILIZACIÓN. Los tests de evaluación muscular tienen por objetivo detectar un desequilibrio muscular, producido por la debilidad muscular o por la falta de flexibilidad o ambas. Y deben ser verificados, precozmente, para prevenir deformidades permanentes. Estos análisis de los arcos musculares son esenciales para ayudar a la valoración diagnóstica y también para la prescripción de ejercicios terapéuticos. Para determinar esa fuerza se mide la cantidad de resistencia que el sistema de un balance muscular puede vencer mantener. La flexibilidad ha sido definida como la libertad que tiene una estructura para moverse, técnicamente es una cualidad física expresada por la amplitud de movimiento. Puede ser evaluada en un grupo de articulaciones o aisladamente. La finalidad de los test de flexibilidad es determinar el grado de movimiento articular permitido por el músculo y ver así si está en condiciones buenas o limitado.

La movilización activa y pasiva nos habla de amplitud de movimiento en los diferentes segmentos cervicales a evaluar. En el plano sagital la flexión y la extensión conforman una amplitud de aproximadamente 70 grados; una rotación comprende 90 grados y una lateralización 45 grados, siendo estas amplitudes reducidas con la edad y en procesos inflamatorios.

Diagnóstico de fisioterapia

Las cervicalgias por desorden mecánico son la causa más común de cervicalgias. Puede ser definida como dolor secundario al uso excesivo de una estructura anatómica normal (en general, la musculatura paravertebral) o como dolor secundario a un daño o deformidad en una estructura anatómica (hérnia discal).

Se caracterizan por ser esarcebadas por ciertas actividades y aliviadas por otras. Los factores agravantes y los de mejoría son útiles para averiguar la localización de la zona afecta, como por ejemplo una flexión cervical si empeoran los síntomas

relacionados con la cervicalgia podemos estar ante una enfermedad de tipo discal, y por otra parte, si provoca un alivio del dolor podemos estar ante un síndrome de compresión.

En la mayoría de las veces las cervicalgias mecánicas provocan un dolor cervical que irradia, y esta asociado a sobrecargas mecánicas o posturas anormales prolongadas de la columna. Se caracteriza por presentar dolor en la región cervical posterior y en el área del trapecio, con restricciones en la movilización activa y pasiva, además de áreas dolorosas a la palpación.

El número exacto de pacientes con problemas cervicales es difícil de determinar, siendo una condición clínica extremadamente común y presentándose con un aspecto doloroso variable. Las condiciones ocupacionales y laborales son de vital importancia a la hora de desencadenar este síndrome.

Terapéutica

El tratamiento no sólo consiste en las medidas terapéuticas que son aplicadas por el sanitario, si no que incluye medidas educativas que hay que enseñar al individuo. Estas medidas consisten en:

- Enseñar al paciente a identificar y limitar la sobrecarga mecánica.
- Consejos ergonómicos.
- No realizar trabajos monótonos con movimientos repetidos y en una postura mantenida.
- Enseñar al paciente a autoaplicarse en el domicilio ciertas terapias(termoterapia) y a realizar autoestiramientos.

Las técnicas de elección más utilizadas son: a) Reposo. El Quebec Task Force on Spinal Disorders (QTFSD) concluye que no es efectivo para la cervicalgia aguda no irradiada. Cuando se prescriba, no debería durar más de 2 días. Un reposo más prolongado puede ser contraproducente. b) Escuela de columna. Se trata de un programa de enseñanza dirigido a los pacientes, a los que se proporciona información general de la columna, posturas y actividades físicas recomendadas, prevención y ejercicios para la espalda. El contenido de los cursos varía mucho de un lugar a otro. Se trata de hacer partícipe al paciente del cuidado de su espalda para evitar así que los casos leves se cronifiquen y para conseguir la reincorporación social y laboral de los casos más graves o crónicos. Los estudios muestran resultados contradictorios, por lo que no hay evidencia de que sea eficaz en los episodios agudos. Sí en cambio un programa intensivo es más eficaz que el no tratamiento en el dolor crónico, y hay ligera evidencia de que es más efectiva que

otros tipos de tratamientos conservadores. Para otros autores es más efectiva la educación encaminada a reasumir las actividades normales del individuo mediante la movilización activa de la espalda y el estímulo del cuidado propio. Debe considerarse como una medida terapéutica coadyuvante de otros tratamientos, sobretodo en pacientes crónicos.

c) Manipulación. Consiste en el movimiento pasivo brusco de una vértebra más allá de su rango fisiológico pero dentro de su rango anatómico. El QTFSO encuentra una reducción temporal de dolor, pero sin disminuir la duración de la baja laboral. Hay evidencia limitada de que la manipulación es más efectiva que el placebo en el dolor agudo, pero no se puede concluir que sea más eficaz que otras formas de fisioterapia (masajes, onda corta, diatermia, ejercicios) o tratamiento farmacológico (analgésicos, AINES) debido a los resultados contradictorios en diversos estudios. Este tratamiento está recomendado por la AHCPR. En una revisión reciente, en 4.712 tratamientos se comunicó alguna reacción leve en el 55%, consistiendo en disconfort local (53%), cefalea (12%), cansancio (11%), y molestias irradiadas (10%), que en el 74% de los casos habían desaparecido en 24 h. No se comunicó ninguna complicación grave. Se ha estimado la frecuencia de complicaciones graves: accidente vertebrobasilar (1/20.000-1 millón de manipulaciones cervicales), herniación discal con progresión a síndrome de cauda equina (<1/1 millón). Dado el incremento que esta terapia experimenta, una mejor selección de los pacientes puede disminuir los riesgos.

d) Tracción . Es la elongación de la columna de forma continua o intermitente, de forma manual o mecánica. Se utiliza con frecuencia en las enfermedades de la columna. Obtiene un efecto de relajación muscular y analgésico por estimulación de los mecanorreceptores. Pueden obtenerse diversos grados de aumento de los espacios intervertebrales, pero se ha demostrado, en algunos casos, un aumento de la actividad muscular incluso un aumento de la presión intradiscal (QTF). La tracción continua suele simultanearse con el reposo, por lo que no se prolonga más de una semana. En cuanto al dolor cervical, tampoco está confirmada su utilidad (57).

e) Ortesis .En el dolor crónico radicular cervical el collarín parece igualmente efectivo a la fisioterapia y a la cirugía a los 12 meses.

f) Terapia de ejercicio. Del análisis de la literatura, se desprende que este tratamiento no es más efectivo que otros tratamientos conservadores, incluida la no intervención, para el dolor agudo. Sin embargo, sí parece claro que es eficaz en el dolor crónico. En la fase aguda de dolor cervical sólo están indicadas las contracciones isométricas de la musculatura abdominal. En la fase subaguda o crónica el objetivo de estos programas, que deben ser dirigidos por un terapeuta -rehabilitador, es estirar los músculos crónicamente contracturados para que recuperen su longitud funcional, iniciar la reeducación postural y restaurar el rango

de movimiento con ejercicios de flexibilización; después, incrementar la fuerza muscular en general y, por último, proporcionar la resistencia suficiente para realizar las actividades cotidianas. Aunque hay debate sobre qué ejercicios son más eficaces, la tendencia es a entrenar específicamente los músculos que rodean la columna cuyo papel principal se considera que es la de proporcionar estabilidad dinámica y control segmentario a la misma g) TENS. Del análisis de seis ensayos controlados, Tulder no encuentra clara evidencia de su eficacia en el dolor agudo y en el crónico debido a lo contradictorio de sus resultados, aunque es ampliamente utilizado por su inocuidad. Se puede emplear como primer paso terapéutico o asociado a otras medidas, comenzando en modo de estimulación convencional (Intensidad baja, frecuencia entre 50 y 150 Hz y una anchura de pulso entre 40 y 100 microseg), a horas alternas durante 6-8 h. Posteriormente, y con el fin de evitar la acomodación, se utilizan otros modos de estimulación: baja frecuencia (intensidad alta, frecuencia 1-4 Hz y anchura de pulso 150-500 microseg, durante 20-30 min, 2-5 veces al día); en ráfaga (pulsos de alta frecuencia, 7-10, liberados en trenes de baja frecuencia, con intensidad y anchura de pulso variables, durante 20-30 min, 2-5 veces al día). h) Tratamiento psicológico. El dolor es una experiencia producto de impulsos somáticos y psicológicos. El dolor crónico ocasiona cambios drásticos en las actitudes del paciente, sentimientos, comportamientos y estilo de vida. Como se ha mencionado antes, algunos de estos comportamientos se refuerzan porque obtienen consecuencias beneficiosas, y son difíciles de cambiar una vez que pasa la causa física original del dolor. El dolor no responderá a ningún tratamiento si existen estrés, litigios laborales u otra causa de conflicto psicológico. Los factores psicosociales que empeoran el pronóstico son: accidente laboral y baja laboral por el dolor, bajo nivel educativo, tabaquismo, ausencia de respuesta a tratamientos previos, y dolor que no varía con la actividad. Los signos de Waddell, o signos no orgánicos a la exploración, son útiles en el diagnóstico inicial de estos pacientes y pueden orientar sobre qué pacientes necesitan, además de tratamiento orientado a su problema físico, terapia psicológica. Entre los tratamientos utilizados están el Biofeedback, técnica que incluye la transposición de la actividad fisiológica de la respuesta muscular de un paciente en una señal visual o auditiva, permitiendo al paciente controlar su respuesta. El objetivo puede ser facilitar o inhibir la actividad muscular. No se ha demostrado su eficacia. Otras formas de tratamiento son: condicionamiento operante, tratamiento cognitivo, y relajación muscular progresiva. Estas técnicas parece que no tienen utilidad en el dolor agudo pero sí son eficaces en el dolor crónico aunque no hay superioridad de una modalidad sobre otra. i) Acupuntura . Para el QTFS, su eficacia científica no ha sido validada, aunque parece que

puede reducir el dolor de una forma acumulativa durante una serie de tratamientos. Una revisión sistemática reciente sobre 14 ensayos controlados en dolor cervical, encuentra igual número de resultados positivos que negativos, concluyendo que no hay clara evidencia de su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Dada la problemática social y económica que suponen las algias en la población, y especialmente, las cervicalgias mecánicas; es necesario la elaboración de protocolos de tratamiento para que realicemos un procedimiento sistemático para el diagnóstico y tratamiento de las mismas. Es por ello, que los autores hemos creado un protocolo para hacer de nuestra actividad asistencial, una atención organizada y sistematizada para realizar una praxis basada en la evidencia científica.

6 Bibliografía

- Bigos S.J. et al. Acute low back pain problems in adults: clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services; 1994.
- Guo H et al. Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays. *Am J Public Health* 1999; 89(7): 1029-35.
- Hagen KB, Thune O. Work incapacity from low back pain in the general population. *Spine* 1998; 23(19): 2091-5.
- Moreira C, Carvalho MAP. Reumatología. In: López M, Medeiros JL. *Semiología Médica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 1990. p. 911-43.
- Porter RW. *Management of back pain*. 2nd.ed. London: Churchill Livingstone; 1993.
- A.B. Meseguer Henarejos, F. Medina i Mirapeix, J.J. Cánovas Gascón, I. Esteban Argente, A. I. Torres Vaquero y F. Alcántara. Prevalencia, consecuencias y factores de riesgo de la cervicalgia. Editorial Garsi. *Revista Fisioterapia*. Asociación española de fisioterapeutas. Volumen 22.
- F. Medina i Mirapeix, A. B . Meseguer Henarejos y J. Montilla Herrador. Guía de práctica clínica para el diagnóstico fisioterápico de la cervicalgia mecánica. Elsevier. 2000; 22: 13-32
- F.J. Jiménez Serrano, V. Salinas Palacios, J. Montilla Herrador, F. Medina i Mirapeix, S. Sánchez Pérez y P. Escolar Reina. Educación del paciente con cervicalgia. Elsevier. 2000; 22: 1-79

Capítulo 874

TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA EN EPOC ESTABLE

MARTA RÍOS LEÓN

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo. La limitación al flujo aéreo se suele manifestar en forma de disnea y, frecuentemente, de manera progresiva. Además, suele presentarse con otros síntomas respiratorios como la tos crónica acompañada o no de expectoración. En este sentido, la espirometría debe utilizarse como prueba de confirmación ante la sospecha diagnóstica en un paciente que presenta síntomas respiratorios crónicos y es fumador o exfumador[1-4].

También se caracteriza por la presencia de agudizaciones y presencia de comorbilidades que incrementan la gravedad. En casos menos frecuentes, se debe obtener una historia de exposición a otros agentes tóxicos inhalados en el hogar o en el lugar de trabajo [1-4].

Por tanto, su importancia radica en que se considera una patología infradiagnosticada de elevada morbimortalidad, constituyendo la cuarta causa de muerte con una prevalencia estimada de aproximadamente el 10% de los adultos de 40 años. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima en 3 millones de muertes al año. Además, el coste del tratamiento de EPOC y sus comorbilidades es de aproximadamente 50 billones de euros al año, representando un coste medio de 5000 euros por paciente al año en Europa. Además, se prevé un aumento en su prevalencia durante los próximos años [1-5].

En esta línea, a pesar de que los síntomas principales son la disnea, la tos y la expectoración, su presentación clínica es muy heterogénea y existen diversos fenotipos clínicos, considerándose una enfermedad heterogénea. La guía GesE-POC propone cuatro fenotipos que determinan un tratamiento diferenciado: 1) no agudizador, con enfisema o bronquitis crónica; 2) EPOC-asma (ACO, del inglés asthma-COPD overlap); 3) agudizador con enfisema; y 4) agudizador con bronquitis crónica[1-4]. En este sentido, en función del fenotipo y gravedad, el tratamiento incluye ciertas variaciones en el abordaje.

De acuerdo al consenso de la Organización mundial de la Salud, mediante el documento Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), la EPOC se podría definir como una condición tratable con significativos efectos extrapulmonares que pueden resultar en diferentes niveles de limitación funcional [5]. En este sentido, el tratamiento de EPOC (farmacoterapia, rehabilitación pulmonar o ambos) puede incrementar la capacidad al ejercicio y la actividad física en la vida diaria, lo que potencialmente frena la disminución de la función pulmonar, reduce la frecuencia de las exacerbaciones y hospitalizaciones, disminuye la mortalidad, frena la progresión de las comorbilidades, mejora la calidad de vida relacionada con la salud e incrementa la reserva de actividad para la función rutinaria [6 - 8]. Además, se ha observado que incluso la EPOC leve reduce la capacidad de ejercicio y la actividad física diaria por lo que es importante una intervención temprana [7], siendo el objetivo clave del tratamiento precoz el mantenimiento de la función respiratoria de base [8].

La rehabilitación pulmonar se considera una piedra angular en el manejo de la EPOC estable. Sin embargo, se ha mostrado altamente efectiva para reducir las admisiones hospitalarias y la mortalidad así como mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en exacerbación de EPOC [9].

Los principales componentes de un programa de rehabilitación pulmonar son la selección de pacientes y la evaluación, el entrenamiento con ejercicio, educación y autotratamiento de la enfermedad, intervención psicosocial y comportamental, apoyo nutricional, evaluación de los resultados y la mejora de la adherencia a largo plazo de las recomendaciones de la rehabilitación así como educación al paciente [8,10, 11]. La rehabilitación pulmonar ha mostrado su eficacia en la mejora de la disnea, fatiga, capacidad funcional y social, calidad de vida con un incremento de la independencia, tolerancia la ejercicio, ansiedad y depresión, así como menor mortalidad, hospitalizaciones, exacerbaciones y recurrencia, y readmisiones hospitalarias [11-17], siendo la prevención de las exacerbaciones y el

tratamiento precoz importantes objetivos del tratamiento de EPOC [17].

Sin embargo, existe controversia en relación al tratamiento más efectivo en fisioterapia para su manejo en fase estable. Por tanto, son necesarios estudios que investiguen estos aspectos para determinar la efectividad de las diferentes técnicas de fisioterapia en EPOC estable.

2 Objetivos

- Determinar la efectividad de las diferentes técnicas de fisioterapia en EPOC estable.

3 Metodología

Este estudio es una revisión bibliográfica en la que se realizó una búsqueda en las bases de datos electrónicas específicas (Pubmed, WOS, CINAHL, OVID y EMBASE) con las palabras clave physical therapy, rehabilitation, COPD, chronic obstructive pulmonary disease, para identificar los artículos de los últimos 10 años que investigaran la efectividad de las técnicas de fisioterapia en EPOC estable.

4 Resultados

- La prescripción de rehabilitación pulmonar son 6 semanas de duración mínima con un mínimo de 20 sesiones, considerándose la recomendación de 8 semanas. El número de sesiones varía: programas de pacientes ambulatorios 2-3 veces/semana o programas de pacientes hospitalizados de 5 días/semana, varía la duración de las sesiones de 1-4 horas.

La rehabilitación más eficaz es a largo plazo, aunque se desconoce la longitud óptima, se sugieren programas de larga duración (más de 12 a 18 meses) sobre todo en pacientes que requieran mayor tiempo para lograr una mejoría clínica [1,6,10,18]. En esta línea, se han propuesto programas de rehabilitación integral pulmonar que desarrollan una evaluación del paciente y una intervención multidisciplinar de 6-12 semanas, con al menos 2 sesiones a la semana de ejercicio supervisado y educación, siendo la rehabilitación pulmonar aplicable fuera y dentro del hospital, en comunidad y domicilio [19].

En este sentido, basándose en la experiencia y opinión clínica, American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) establece la siguiente estructura de rehabilitación usando ratios de 1:4 para entrenamiento por ejercicio, 1:8 para sesiones de educación y 1:1 para pacientes complejos. Mientras que British Thoracic Society, usa ratios de 1:8 para entrenamiento por ejercicio (con un mínimo de 2) y 1:16 para sesiones educacionales [18].

En los programas de rehabilitación, se incluyen pacientes con disnea limitante de grado igual o superior a 2 según la escala modificada del Medical Research Council (mMRC), mostrándose que los estados II a IV de Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of severity of COPD based on spirometry results, son en los que mayores mejoras funcionales y fisiológicas se observan [10, 16]. En este sentido, la efectividad de la rehabilitación pulmonar en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad de ejercicio en EPOC moderada a muy severa es patente e, incluso, la EPOC leve se beneficia en la mejora de la fuerza del cuádriceps, calidad de vida relacionada con la salud y capacidad de ejercicio, pese a que sus efectos sobre la función pulmonar son inconclusos [20].

Por tanto, es importante una rehabilitación precoz, incluso en EPOC leve, ya que la elección del momento adecuado para la rehabilitación pulmonar es más dependiente del estado clínico del paciente que del grado de alteración funcional pulmonar [18]. Los resultados se mantienen al menos 6 meses y los beneficios sostenidos no más allá de 12 meses [6]. En este sentido, la mejora de la capacidad de ejercicio parece estabilizarse dentro de las 12 semanas del inicio de la rehabilitación pulmonar y además los cambios en los niveles de actividad física diaria se ven sólo después de 6 meses de la rehabilitación en individuos con moderada a severa EPOC [18]. Además, se ha demostrado que el uso de broncodilatadores antes del esfuerzo físico permite la rehabilitación al reducir la disnea [18,21], de la misma manera que la oxigenoterapia o ventilación no invasiva durante el ejercicio [10, 18].

Los programas de rehabilitación en estado clínico estable, según los niveles de evidencia calificados por la OMS y el National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) [10] incluyen:

- Ejercicio: es el componente central de la rehabilitación respiratoria con una evidencia fuerte. La prescripción de ejercicio contribuye a la mejora de las limitaciones del ejercicio como las limitaciones ventilatorias (mecánica respiratoria alterada) y cardiovasculares, anormalidades en el intercambio gaseoso y cam-

bios/disfunción en la musculatura periférica y respiratoria que se manifiestan en síntomas tales como disnea, alteraciones en la capacidad del ejercicio (tolerancia) y fatiga, reducida actividad física, déficits nutricionales, comorbilidades, alteraciones del equilibrio y trastornos del sueño (interrupciones del sueño), aunque también signos y síntomas psicológicos como depresión, ansiedad y autoeficacia reducida [8,10,12]. Además, mejora la calidad de vida y menor número de días de hospitalización [8,10,12]. Estos beneficios del ejercicio se dan desde EPOC leve a moderada [8]. Además, existe una evidencia clara de que el entrenamiento por ejercicio terapéutico induce cambios significativos en el remodelamiento de la fibra musculoesquelética y mejora en funcionalidad en ausencia de cambios en la función pulmonar [22,23].

Dentro del ejercicio, se incluyen:

Entrenamiento de resistencia (bicicleta estática y/o caminar en tapiz rodante o suelo) (nivel de evidencia A): se ha observado que caminar en suelo con una intensidad del 75% de la capacidad pico es igualmente beneficioso que la bicicleta a una intensidad del 60% del pico de capacidad del ejercicio. La frecuencia recomendada de entrenamiento de resistencia es de 3 veces/semana, con al menos 2 de las 3 sesiones supervisadas, para una duración mínima de 8 semanas (20 sesiones). Sin embargo, la American College of Sports Medicine recomienda una frecuencia de 3-5 veces/semana [1, 8, 10, 18].

Se realiza de modo continuo o interválico durante 20-30 min con una alta intensidad de trabajo (60-80% del índice pico de trabajo) con una duración de 20 a 60 minutos, considerándose el tiempo efectivo por encima de 30 minutos ya que aporta mayores beneficios. Los indicadores de intensidad del entrenamiento apropiado son de 4 a 6 (moderado a muy severa) de la escala de Borg o un índice de esfuerzo percibido de 12 a 14 (un poco duro) [1, 6, 8, 10, 18].

Es importante la medición de la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y presión sanguínea durante las sesiones de entrenamiento de resistencia [6].

Modo interválico o continuo (nivel de evidencia A): siendo el entrenamiento interválico igual o más efectivo que el entrenamiento continuo [10]. El entrenamiento interválico (20s-3 min al 80-100% de la capacidad pico, seguidos de 30s-3min de reposo al 30-40% de capacidad pico) se considera una alternativa en casos de intolerancia al entrenamiento de alta intensidad, como en EPOC severa [10,24]. Sin embargo, otros autores proponen que una intensidad del ejercicio interválico del 80-120% de la capacidad pico separado por periodos de reposo (30 a 60 segundos) al 50-80% de la capacidad pico [25].

Por otra parte, el entrenamiento de ejercicio de periodización no lineal, podría ser una alternativa a la prescripción tradicional de ejercicio de incremento gradual de la carga con el tiempo para optimizar el rendimiento durante el entrenamiento de ejercicio de resistencia y fuerza-resistencia. Además, el entrenamiento inter-válico, bicicleta con una sola pierna (one-legged cycling-partitioning) y entrenamiento periódico no lineal mostraron ser más efectivos que el entrenamiento continuo [10].

Entrenamiento de fuerza-resistencia (miembro superior y miembro inferior) (nivel de evidencia A): indicado en marcada disnea ante mínimo esfuerzo en pacientes, en pacientes con limitada capacidad para llevar a cabo un entrenamiento de resistencia y en la frecuente atrofia muscular que caracteriza a esta patología. Tienen mayor efectividad en combinación con ejercicio de resistencia [1, 6, 10, 18].

Se incluye:

- Entrenamiento de miembro inferior: cuádriceps, isquiotibiales, glúteo mayor y medio y tríceps sural. Se incluyen: pesos libres, máquina de peso (leg press, extensión de cuádriceps), bandas elásticas, poleas, tareas funcionales
- Entrenamiento de miembro superior: pectoral mayor y menor, dorsal ancho, trapecio, tríceps, bíceps, deltoides. Se incluye:

Soporte: ergometría de brazo (en régimen aeróbico se incluye el entrenamiento de cicloergómetro de brazos) y máquina de peso (chest press, latissimus pull-down).

No soporte: pesos libres, bandas elásticas, dowel lifts, Wall push offs, tareas funcionales, lanzar una pelota contra la pared, poleas.

Es importante realizar una espiración cuando se realiza elevación de brazos en las tareas [1, 6, 10, 18].

La prescripción del entrenamiento de fuerza-resistencia es 1 a 3 series de 8 a 12 repeticiones en 2 o 3 días/semana, con cargas de 60% a 70% de 1-RM o una carga que provoque fatiga después de 8 a 12 repeticiones (recomendaciones de American College of Sports Medicine). El aumento de la carga ocurre cuando un individuo puede desarrollar una carga de trabajo actual para 2 o 3 repeticiones sobre el número deseado de 6 a 12, en 2 sesiones de entrenamiento consecutivos, siendo la carga igual o mayor de 80% de 1-RM la que produce mayores beneficios [1, 3, 6, 10, 18].

- Entrenamiento de la musculatura inspiratoria (nivel de evidencia B): puede ser un complemento del ejercicio de resistencia y se emplea únicamente en casos de

marcada debilidad de la musculatura ventilatoria (P_Imax menor de 60 cm H₂O) o incapacidad de realizar ejercicio por las condiciones de comorbilidad [10, 18]. El entrenamiento de la musculatura inspiratoria usa una carga umbral o entrenamiento resistivo de hiperpnea normocápnica [6].

En relación a la prescripción: la intensidad óptima se desconoce, pero se recomienda 15-80% de la presión máxima inspiratoria (P_Imax), con una resistencia inicial mayor el 30% de la P_Imax y un incremento escalonado [6, 10]. Mientras que se estima un tiempo total de ejercicio de 30 a 60 minutos/día, con una frecuencia de 2 o 3 sesiones, para un promedio de 3 a 7 días/semana [10]. Otras asociaciones como SEPAR [1,3] estiman las sesiones son de 15 min de duración distribuidas en 2 veces al día a una intensidad del 30% de P_Imax. También se puede emplear un programa basado en el intervalo con carga respiratoria, intercalado con períodos de descanso [18].

Se recomienda evitar el entrenamiento de los músculos respiratorios si hay hiper-capnia, una capacidad vital forzada (FVC) menor del 25% o una rápida progresión de la enfermedad.

- Ejercicios respiratorios: limitada utilidad. Se emplean únicamente para reeducar el patrón típico ventilatorio de EPOC y son eficaces en pacientes EPOC con limitada tolerancia al ejercicio. Destacan los ejercicios respiratorios con labios fruncidos y ejercicios respiratorios diafragmáticos [2, 10, 13, 18, 26-29].
- Entrenamiento de ejercicio en agua (nivel de evidencia B). Es un modo alternativo de entrenamiento eficaz en EPOC con comorbilidades asociadas, pacientes con edad avanzada o incapaces de completar programas de ejercicio fuera del agua [10, 30].
- Partición (partitioning) (nivel de evidencia B): el entrenamiento con una pierna (one-legged training) es una alternativa para mejorar los efectos beneficiosos del entrenamiento de resistencia con menor carga ventilatoria. One-legged cycling se aplica a una intensidad del 35% de la potencia pico de two-legged cycling (intensidad 70% de la potencia pico) y es efectivo en paciente capaces de incrementar su capacidad de trabajo, estableciéndose 7 semanas a 3 veces/semana y 15 min por pierna. En este sentido, es importante un test de cicloergómetro incremental para establecer la potencia objetivo, de forma que si se logra la duración (30 min en total), la intensidad progresa [2, 6, 8, 10, 18].
- Entrenamiento de equilibrio (nivel de evidencia B): importante en pacientes con riesgo de caídas. Se incluyen ejercicios posturales, marcha, transiciones y fortalecimiento funcional [10].
- Ejercicios de flexibilidad: no ha demostrado su efectividad pero se emplean para

la mejora de la movilidad torácica y la postura. Incluye ejercicios de flexibilidad de extremidad superior e inferior como estiramientos de los grupos musculares mayores (isquiotibiales, cuádriceps, tríceps sural y bíceps braquial) así como ejercicios de mejora del rango de movimiento de cuello, hombros y tronco. Se realizan mínimo 2-3 días/semana [10, 18].

En este sentido, los modelos de prescripción de ejercicio avanzados no se basan en la tradicional prescripción de ejercicios (basada en un incremento gradual de la carga con el tiempo) sino que existen otras aproximaciones como la periodización. La periodización o variación en el entrenamiento desarrolla la manipulación de las variables de entrenamiento para maximizar las adaptaciones, minimizar el sobreentrenamiento y alcanzar un efecto del entrenamiento.

El entrenamiento de ejercicio de periodización no lineal se caracteriza por intensidad del entrenamiento, duración y volumen-repetición que se altera frecuentemente y se entremezcla con una adecuada recuperación para optimizar el rendimiento durante el entrenamiento de resistencia y fuerza-resistencia. En comparación con la prescripción tradicional, el entrenamiento periodizado no lineal (con una variación de entrenamiento aeróbico en bicicleta combinado con entrenamiento de fuerza-resistencia de alto volumen y baja intensidad y entrenamiento de bicicleta anaeróbico con entrenamiento de fuerza-resistencia de bajo volumen e intensidad de moderada a alta) mostró mejoras estadísticamente y clínicamente significativas en la resistencia en bicicleta (300 segundos) y todos los dominios de HRQOL, incluyendo disnea y fatiga (este entrenamiento periodizado se vio en estudios de EPOC severa). Sin embargo, la prescripción debe ser específica e individual con una modalidad de progresión efectiva, aunque se necesitan más estudios [10].

En esta línea, según la normativa SEPAR [3], el ejercicio aeróbico se debe realizar como mínimo 3 veces a la semana y durante 20-30 min de manera continua o en intervalos, siendo la intensidad de trabajo recomendada aquella que oscila entre el 60-80% de la capacidad de esfuerzo máxima, evaluada previamente mediante una prueba de esfuerzo. Además, respecto a la duración total del entrenamiento, recomienda un mínimo de 8 semanas o 20 sesiones[3].

Por otra parte, se recomienda ejercicio de alta intensidad (intensidad de 60-80% del índice de trabajo pico en un test de ejercicio máximo incremental con una duración de entrenamiento efectivo por encima de 30 minutos) ya que estos pacientes tienen una baja tolerancia al ejercicio debido a múltiples factores como la hiperinflación dinámica y la disfunción muscular periférica [6, 12].

Fisioterapia respiratoria: controvertido [1, 2, 10, 18, 26-29, 31-33]. En EPOC, se incluyen:

I. Técnicas de drenaje bronquial: únicamente se emplea en casos de marcada hipersecreción bronquial [2, 10, 18, 26, 31-33]. Incluye:

- Técnicas de fisioterapia respiratoria tradicionales como el drenaje postural, percusiones y vibraciones manuales no se recomiendan.
- Técnicas manuales de modulación del flujo: espiratorias lentas (espiración lenta total con glotis abierta en infralateral (ELTGOL), drenaje autógeno (DA)) y rápidas (ciclo activo de técnicas respiratorias (CATR), técnicas de espiración forzada (TEF), tos dirigida).

II. Técnicas instrumentales:

- Vibraciones instrumentales extratorácicas o intratorácicas como la ventilación percusiva intrapulmonar (IPV) que modifica las propiedades reológicas de las secreciones. La vibración mecánica se recomienda en EPOC severa.
- Sistemas de presión espiratoria positiva (PEP) que pueden ser fijos u oscilantes (modifican propiedades reológicas de las secreciones). Evitan el colapso de la vía aérea. Por otra parte, la compresión de la pared torácica a alta frecuencia que puede emplearse mediante chalecos torácicos, se emplea en EPOC .
- Las maniobras de hiperinsuflación en pacientes no colaboradores o con importante debilidad muscular (tos asistida o respiración con presión positiva intermitente (IPPB)) se usa en casos de gran debilidad muscular como en EPOC grave o agudizada.

III. Técnicas de reeducación respiratoria [2, 10, 18, 26-29,31-33]: incluye la respiración con labios fruncidos (preferentemente para enfisema cuando hay colapso bronquial) y la integración del patrón diafragmático (excepto pacientes hiperinsuflados en los que no hay que hacerlo de forma automática por lo que en EPOC no debe emplearse).

- Estimulación eléctrica neuromuscular (NMES). Su uso es controvertido. Se puede emplear en EPOC severa. Los parámetros no están establecidos, se suele emplear un frecuencia de 35-50 Hz con pulsos de 300-400 ms usando la amplitud más alta tolerable (sin superar los 100 mA que produce molestias musculares) [10,18, 34, 35].
- Terapia manual incluye manipulación y movilización articular así como técnicas sobre los tejidos blandos y suele combinarse con estiramiento. Estas técnicas se aplican debido a las alteraciones mecánicas de la pared torácica [36-38].

Sin embargo, la prescripción de rehabilitación pulmonar para pacientes con

EPOC leve se considera una recomendación débil, a pesar de conseguir mejoras en variables como la calidad de vida y la capacidad de ejercicio [1,39,40]. Además, es importante destacar que durante la primera fase de rehabilitación pulmonar en EPOC en pacientes hospitalizados se debe realizar ejercicio físico (fortalecimiento de cuádriceps), ejercicios respiratorios y técnicas como ELTGOL, oscilación de la pared torácica de alta frecuencia (HFCWO) y el uso de inspirometría incentiva [5].

5 Discusión-Conclusión

La fisioterapia respiratoria y el ejercicio han mostrado efectividad en el manejo de los pacientes con EPOC en fase estable, aunque controvertido en el caso de fisioterapia respiratoria. Además, existe controversia actualmente entre la superioridad del entrenamiento interválico a alta intensidad en comparación con entrenamiento continuo en relación a las respuestas funcionales y cardiovasculares, mostrándose equivalente [41]. Por otra parte, también se debe realizar un mantenimiento post-rehabilitación pulmonar en el que se incluyan programas de mantenimiento de comunidad u hospital de 3 veces/semana a 1 vez/mes. En estos programas, se incluirán diversos tipos de ejercicio: entrenamiento de resistencia (bicicleta y/o caminar) (nivel de evidencia A), modo interválico o continuo (nivel de evidencia B) o/y entrenamiento de fuerza-resistencia (miembro superior y miembro inferior) (nivel de evidencia B). El ejercicio se aplica en EPOC leve a moderada y es importante tener en cuenta las comorbilidades que complican la prescripción del ejercicio. Además, es importante la actividad física personalizada de 3-5 veces/semana durante 30-45 minutos para mantener las mejoras.

En casos de EPOC severa, sería recomendable varios intervalos cortos de tiempo a lo largo del día (duración menor de 20-30 min, mínimo de 10 minutos) [1,40]. En esta línea, el incremento de la actividad física se ha asociado con mejoras en el test de 6 minutos marcha, 1,3% del FEV1 y reducción de la disnea [42]. Además, la oxigenoterapia a largo plazo (≥ 8 semanas) y la electroestimulación muscular no presentan un impacto significativo en los niveles de actividad física, pero podrían utilizarse como coadyuvantes a otras intervenciones. En este sentido, los broncodilatadores podrían incrementar los niveles de actividad de la vida diaria en sujetos EPOC [1,40].

Además, debido a que la EPOC presenta una baja adhesión terapéutica que genera un aumento de las exacerbaciones, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad [1,40], se debe incluir educación al paciente (ejercicio domiciliario,

automanejo y adaptaciones a las AVD), soporte nutricional, intervención psicosocial y comportamental y tratamiento médico (oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva con presión positiva o los broncodilatadores antes del esfuerzo físico). En este sentido, los broncodilatadores resultan importantes ya que permiten la rehabilitación al reducir la disnea. Además, los programas estructurados de educación al paciente deben iniciarse en el momento del diagnóstico y hasta el final de la vida. Los programas se adaptarán a las necesidades del paciente y tendrán en cuenta la comorbilidad [1,40]. También, la aplicación de programas domiciliarios de mantenimiento es una alternativa válida a la rehabilitación realizada en el hospital desde las fases iniciales de la enfermedad [1,40].

Finalmente, es importante destacar el desarrollo que con las nuevas tecnologías permiten un mayor acceso a la rehabilitación que incluye el telemonitoreo, teleconsultas, tele-educación y telerrehabilitación pulmonar, permitiendo el automanejo y facilita el acceso y adherencia al tratamiento [43]. Además, el automanejo, a través de la educación o como componente de rehabilitación pulmonar, confiere significativas ganancias en la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes y, además, se asocia a reducciones en la utilización de los cuidados de salud incluyendo hospitalización y visitas al departamento de emergencias así como mejora de la disnea [1,40,44, 45]. Por tanto, el uso de smartphones y ordenador podría ser beneficioso en este contexto [46] y para la mejora de la actividad física [1].

También, son importantes considerar las contraindicaciones de la rehabilitación pulmonar en estos pacientes, siendo la falta de motivación y falta de adherencia, enfermedad psiquiátrica o demencia a, enfermedades cardiovasculares no controlados, incapacidad para hacer ejercicio (por razones ortopédicas u otras) y enfermedades inestables (por ejemplo, hepáticas, diabetes), las principales contraindicaciones. En algunos países, el tabaquismo activo se considera como una contraindicación relativa, siendo la adherencia menor en fumadores que exfumadores a la rehabilitación pulmonar[6]. En este sentido, según SEPAR [1], las contraindicaciones son ausencia de motivación y/o no adherencia al tratamiento, comorbilidad inestable, hipoxemia grave ($\text{SatO}_2 < 88\%$) no corregible con suplemento de oxígeno y patología asociada que impida la realización de ejercicio. Sin embargo, la edad y grado de obstrucción bronquial ni la ventilación no invasiva intermitente o continuo no son contraindicaciones. Por otra parte, la hipoxemia severa al esfuerzo, debe ser corregida de antemano con oxigenoterapia [6]. Por tanto, a pesar de los resultados de la presente revisión, son necesarios más estudios que clarifiquen nuestros hallazgos para pacientes con EPOC en fase es-

table en función de la gravedad de la patología.

6 Bibliografía

- 1. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC): Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (Suppl 1): 1-76.
- 2. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Normativa sobre Rehabilitación respiratoria. Barcelona: Respira; 2014.
- 3. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC): Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014;50(Supl 1):1-16.
- 4. Broekhuizen BD, Sachs AP, Hoes AW, Verheij TJ, Moons KG. Diagnostic management of chronic obstructive pulmonary disease.
- 5. de Alvarenga GM, Remigio-Gamba H, Elisa-Hellman L, Ganzert-Ferrari V, Michel de Macedo R. Physiotherapy Intervention During Level I of Pulmonary Rehabilitation on Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review.
- 6. Corhay JL, Dang DN, Van Cauwenberge H, Louis R. Pulmonary rehabilitation and COPD: providing patients a good environment for optimizing therapy. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014;9:27-39.
- 7. Maltais F. Exercise and COPD: therapeutic responses, disease-related outcomes, and activity-promotion strategies. Phys Sportsmed.
- 8. Butts JF, Belfer MH, Gebke KB. Exercise for patients with COPD: an integral yet underutilized intervention. Phys Sportsmed. 2013 Feb;41(1):49-57.
- 9. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011.
- 10. Lee AL, Holland AE. Time to adapt exercise training regimens in pulmonary rehabilitation—a review of the literature. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014.
- 11. Postolache P, Cojocaru DC. Pulmonary rehabilitation—from guidelines to practice. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2013 Apr-Jun;117(2).
- 12. Almeida P, Rodrigues F. Exercise training modalities and strategies to improve exercise performance in patients with respiratory disease. Rev Port Pneumol. 2014;20(1):36-41.
- 13. Yancey JR, Chaffee D. The role of breathing exercises in the treatment of COPD. Am Fam Physician.

- 14. Harrison SL, Goldstein R, Desveaux L, Tulloch V, Brooks D. Optimizing nonpharmacological management following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014.
- 15. Anzueto A. Primary care management of chronic obstructive pulmonary disease to reduce exacerbations and their consequences.
- 16. Garvey C, Fromer L, Saver DF, Yawn BP. Pulmonary rehabilitation: an underutilized resource in primary COPD care. *Phys Sportsmed*. 2010;38(4):54-60.
- 17. Bourbeau J. Preventing hospitalization for COPD exacerbations. *Semin Respir Crit Care Med*. 2010;31(3):313-20.
- 18. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement.
- 19. Harrison SL, Goldstein R, Desveaux L, Tulloch V, Brooks D. Optimizing nonpharmacological management following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:1197-205.
- 20. Jácome C, Marques A. Pulmonary rehabilitation for mild COPD: a systematic review. *Respir Care*. 2014;59(4):588-94.
- 21. Kozielski J. May a COPD patient benefit from rehabilitation associated with pharmacological treatment?. *Pneumonol Alergol Pol*. 2012;80(5):463-6.
- 22. Nasis I, Kortianou EA, Clini E, Koulouris NG, Vogiatzis I. Effect of rehabilitative exercise training on peripheral muscle remodelling in patients with COPD: targeting beyond the lungs. *Curr Drug Targets*. 2013;14(2):262-73.
- 23. Divo M, Pinto-Plata V. Role of exercise in testing and in therapy of COPD. *Med Clin North Am*. 2012;96(4):753-66.
- 24. Eves ND, Davidson WJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance.
- 25. Maltais F, Decramer M, Casaburi R, Barreiro E, Burelle Y, Debigaré R et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: update on limb muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;189(9):e15-62.
- 26. Martí-Romeu JD, Vendrell-Relat M. Técnicas manuales e instrumentales para el drenaje de secreciones bronquiales en el paciente adulto (Manual SEPAR de Procedimientos). Barcelona: SEPAR; 2013.
- 27. Casaburi R, Duvall K. Improving early-stage diagnosis and management of COPD in primary care. *Postgrad Med*. 2014;126(4):141-54
- 28. Osthoff M, Jenkins C, Leuppi J. Chronic obstructive pulmonary disease—a treatable disease. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13777.
- 29. Holland AE, Hill CJ, Jones AY, McDonald CF. Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD008250.

- 30. McNamara RJ, McKeough ZJ, McKenzie DK, Alison JA. Water-based exercise training for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:CD008290.
- 31. Ramos FL, Krahnke JS, Kim V. Clinical issues of mucus accumulation in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2014;9:139-50.
- 32. Volsko TA. Airway clearance therapy: finding the evidence. *Respir Care.* 2013;58(10):1669-78.
- 33. Nowobilski R, Włoch T, Płaszewski M, Szczeklik A. Efficacy of physical therapy methods in airway clearance in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a critical review. *Pol Arch Med Wewn.* 2010;120(11):468-77.
- 34. Al-Gibouri S, Ringbæk T, Lange P. Neuromuscular electrical stimulation improves the functional level in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Ugeskr Laeger.* 2013;175(17):1185-8.
- 35. Pan L, Guo Y, Liu X, Yan J. Lack of efficacy of neuromuscular electrical stimulation of the lower limbs in chronic obstructive pulmonary disease patients: a meta-analysis. *Respirology.* 2014;19(1):22-9.
- 36. Heneghan NR, Adab P, Balanos GM, Jordan RE. Manual therapy for chronic obstructive airways disease: a systematic review of current evidence. *Man Ther.* 2012;17(6):507-18.
- 37. Clarke S, Munro PE, Lee AL. The Role of Manual Therapy in Patients with COPD. *Healthcare (Basel).* 2019;7(1): E21
- 38. Simonelli C, Vitacca M, Vignoni M, Ambrosino N, Paneroni M. Effectiveness of manual therapy in COPD: A systematic review of randomised controlled trials. *Pulmonology.* 2019;25(4):236-247.
- 39. Devillier P, Salvator H, Roche N, Grassin-Delyle S, Naline E, Dorocant S et al. Long-term treatment strategy in chronic obstructive pulmonary disease: how to change the course of the disease. *Presse Med.* 2014;43(12 Pt 1):1368-80.
- 40. Pleguezuelos E, Gimeno-Santos E, Hernández C, Mata MDC, Palacios L, Piñera P, et al. Recommendations on non-Pharmacological Treatment in Chronic Obstructive Pulmonary Disease From the Spanish COPD Guidelines (GesEPOC 2017). *Arch Bronconeumol.* 2018;54(11):568-575.
- 41. Adolfo JR, Dhein W, Sbruzzi G. Intensity of physical exercise and its effect on functional capacity in COPD: systematic review and meta-analysis. *J Bras Pneumol.* 2019;45(6):e20180011.
- 42. Meshe OF, Claydon LS, Bungay H, Andrew S. The relationship between physical activity and health status in patients with chronic obstructive pulmonary disease following pulmonary rehabilitation. *Disabil Rehabil.* 2017;39(8):746-756.
- 43. Selzler AM, Wald J, Sedeno M, Jourdain T, Janaudis-Ferreira T, Goldstein

R et al. Telehealth pulmonary rehabilitation: A review of the literature and an example of a nationwide initiative to improve the accessibility of pulmonary rehabilitation. *Chron Respir Dis.* 2018;15(1):41-47.

- 44. Murphy LA, Harrington P, Taylor SJ, Teljeur C, Smith SM, Pinnock H et al. Clinical-effectiveness of self-management interventions in chronic obstructive pulmonary disease: An overview of reviews. *Chron Respir Dis.* 2017;14(3):276-288.

- 45. Raskin J, Marks T, Miller A. Phenotypes and Characterization of COPD: A pulmonary rehabilitation perspective. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2018;38(1):43-48.

- 46. McCabe C, McCann M, Brady AM. Computer and mobile technology interventions for self-management in chronic obstructive pulmonary disease.

Capítulo 875

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO DE LA FASCITIS PLANTAR. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La fascitis plantar (FP) o talalgia plantar, se caracteriza por un dolor localizado en la zona anterointerna del calcáneo que puede irradiarse hacia el borde interno del pie. La fascia plantar tiene un papel esencial de transmisión de fuerzas del tríceps sural hacia los dedos, y su viscoelasticidad permite restituir una gran cantidad de energía en cada paso.

La palabra 'fascitis' sugiere inflamación de la fascia plantar, pero investigaciones recientes indican que no siempre la hay. La presencia de microrroturas en la fascia, derivados de traumatismos de repetición, producen degeneración progresiva del colágeno ocasionando tendinosis.

Los síntomas son dolor, más intenso al comenzar a deambular por la mañana o tras un periodo de inactividad, que aumenta con la bipedestación prolongada o al cargar pesos. La FP es muy común verla en atletas y corredores de todos los niveles afectando, aproximadamente, al 10% de ellos durante su carrera deportiva.

El diagnóstico principal se realiza a través de la clínica con la anamnesis y la exploración física adecuadas. Como pruebas complementarias se pueden realizar: el estudio radiológico con el pie en carga, la ecografía y el estudio biomecánico. Se debe realizar diagnóstico diferencial con la bursitis subcalcánea (inflamación de la bolsa serosa localizada bajo la tuberosidad posterior del calcáneo), con el espolón calcáneo, con fracturas por estrés del calcáneo, y con la tendinopatía aquilea.

2 Objetivos

- Aplicar un plan de tratamiento fisioterápico en un caso clínico de una paciente con fascitis plantar, valorando su efectividad.

3 Caso clínico

Mujer de 41 años, diagnosticada de fascitis plantar con tres meses de evolución, que acude al servicio de rehabilitación del Hospital Universitario Central de Asturias para recibir tratamiento. La paciente es valorada por el fisioterapeuta que examina su historia clínica, realiza una exploración física apreciando dolor a la presión en la región interna de la planta del pie y en el talón, que aumenta con la extensión pasiva del primer dedo y ligera inflamación. A demás se le pasa a la paciente la Escala Visual Analógica (EVA) para cuantificar el dolor. La paciente recibió 30 sesiones de fisioterapia diarias (de lunes a viernes).

El tratamiento pautado fue:

- Ultrasonidos: sesiones diarias de 5 minutos de duración, a una frecuencia de 1MHz y corriente continua a una intensidad de 0,8 W/cm².
- Ondas de choque: una sesión semanal durante 4 semanas. Utilizando un programa específico para fascitis plantar, de 2000 pulsos, aplicados en los puntos dolorosos de la planta del pie.
- Estiramientos de la fascia plantar: sesiones diarias, 10 repeticiones.. En sedestación, realizar extensión pasiva de los dedos del pie con una mano y con el pulgar de la otra mano recorrer la fascia con ligera presión desde el talón hacia los dedos (se le instruyó a la paciente para la realización adecuada bajo supervisión del fisioterapeuta).
- Estiramientos del tríceps sural: sesiones diarias, 5 repeticiones de 30 segundos de duración cada una.. En bipedestación, con y sin flexión de rodilla (bajo supervisión del fisioterapeuta).

- Masaje en la planta del pie: sesiones diarias. El fisioterapeuta realizó masaje profundo de la fascia plantar.
- Crioterapia: Sesiones diarias de 8 minutos de duración, después del masaje.

4 Resultados

Se objetivó una mejoría del dolor al comparar el resultado de la escala EVA (Escala visual analógica) al inicio y al final de las 30 sesiones. Se apreció así mismo una disminución de la percepción de dolor por parte de la paciente al realizar presión en la región interna de la planta del pie y el talón con extensión del primer dedo.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que hubo una mejoría en la clínica de la paciente tras recibir tratamiento fisioterápico: disminución del dolor y mejoría en la funcionalidad al apoyar con carga, lo que se traduce en que un programa continuado de fisioterapia es efectivo para el tratamiento de la fascitis plantar.

6 Bibliografía

- 1. USA. Biblioteca nacional de Medicina. fascitis plantar [Internet] USA:MedlinePlus.
- 2. Diccionario de fisioterapiaJIMS. Barcelona:JIMS Malees;2006.
- 3.Hicks JH. The mechanics of the foot. II. The plantar aponeurosis and the arch. J Anat.
- 4.Manejo terapéutico de la fascitis plantar. Tribuna Médica [revista en internet]. Disponible en:http://www.ibermutuamur.es/IMG/pdf/13_01_Tribunas_Medicas_bip54.pdf
- 5. Cutts S, Obi N, Pasapula C, Chan W. Plantar fascitis. Ann R coll Surg Engl. 2012. Nv;94 (8)

Capítulo 876

EJERCICIO FÍSICO COMO TRATAMIENTO ANALGÉSICO: ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CON RESULTADOS Y REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS.

JAVIER FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ

SANDRA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Actualmente el dolor crónico, aunque también agudo, es uno de los mayores problemas de salud de nuestra sociedad.

Entendemos por dolor agudo aquel que persiste mientras existe un daño o enfermedad, y desaparece cuando se elimina la causa subyacente. Cumple su función de indicarnos la presencia de un daño en el organismo.

Hablamos de dolor crónico cuando el dolor se mantiene una vez resuelta la causa que lo originó inicialmente (p.ej. las lumbalgias), aparece de forma periódica sin que exista una causa conocida (p.ej. las migrañas) o se produce por una patología difícil de tratar (p.ej. el dolor del cáncer), pasa de cumplir una función en el organismo a convertirse en un problema en sí mismo, y generalmente viene acompañado de síntomas psicológicos como la depresión o la ansiedad, afectando a

áreas importantes de la vida de la persona. Se considera dolor crónico aquel cuya duración supera los seis meses.

En otras fuentes observamos que el dolor crónico es considerado aquél que supera los tres meses de duración. Es frecuente que las personas que lo padecen sufran aislamiento social, depresión etc. Tiene por tanto consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Un claro ejemplo lo encontramos en el dolor de espalda, especialmente de la zona cervical o cervicalgia y de la zona lumbar o lumbalgia.

Según nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística, INE, de 21 de diciembre de 2009, el dolor de espalda es el problema de salud crónico más frecuente, seguido de la hipertensión y las alergias. Según los resultados de la encuesta, las enfermedades crónicas más diagnosticadas entre la población de 16 o más años son el dolor lumbar o cervical, que es señalado por casi 9,8 millones de personas (24,9% de la población), la tensión alta que afecta a 6,6 millones (19,7%) y las alergias padecidas por 5,5 millones (16,3%). A continuación se sitúa la depresión, ansiedad crónica u otros trastornos mentales (11,7%), las migrañas o dolores de cabeza frecuentes (11,6%), el asma (7,1%) y la diabetes (6,6%).

También encontramos en la Encuesta Nacional de Salud 2017 que los problemas de salud crónicos padecidos por las personas mayores de 15 años son distintos en hombres que en mujeres. Los más frecuentes para las mujeres son la artrosis (excluyendo artritis) (24,3%), el dolor de espalda crónico lumbar (23,5%) y el dolor de espalda crónico cervical (21,5%). Para los hombres las patologías más frecuentes son la tensión alta (20,3%), el colesterol alto (18,2%) y el dolor de espalda crónico lumbar (15,8%).

Estas cifras de dolor de espalda crónico están aumentadas en personas de edad avanzada siendo del 31,15% en personas de 65 a 74 años, del 35,8% en personas de 75 a 84 años y del 36,09% en personas mayores de 85 años.

Es de interés por tanto analizar los métodos más empleados como tratamiento contra el dolor, ya que el objetivo de este estudio de casos es realizar una comparativa entre la efectividad de los Antiinflamatorios no Esteroides o comúnmente llamados AINES, y la realización de ejercicio físico terapéutico realizado bajo la supervisión de un fisioterapeuta en un grupo de 30 personas con diagnóstico médico de artrosis de rodilla.

En un estudio de la Sociedad Española de Reumatología se obtuvo como conclusión que el 20,6% de la población de España (más de 6 millones de personas) consume anualmente AINE durante un período mínimo total de un mes para

el alivio de síntomas musculoesqueléticos. La población de edad avanzada es el grupo que consume mayor proporción de AINE. Además, casi una cuarta parte de los consumidores de AINE (2 millones de españoles) experimentan un efecto adverso gastrointestinal en el transcurso de un año, con graves consecuencias médicas, personales y económicas. En conclusión, podemos decir que el tratamiento principal a este dolor crónico o agudo es principalmente el consumo de AINEs, por prescripción médica o por facilidad a la hora de obtenerlo por parte de la población.

En un estudio realizado en Chile sobre ejercicio para manejo del dolor también se describe el dolor lumbar crónico como la principal causa de ausentismo laboral y discapacidad laboral así como también de años de vida saludable perdidos, especialmente en la población femenina de Chile. El ejercicio tiene un alto nivel de evidencia y fuerza de recomendación (A1), con un gran respaldo de su evidencia en la literatura y está indicada como pilar fundamental del tratamiento de lumbago crónico.

El ejercicio es eficaz para la disminución de la intensidad del dolor, mejorar la discapacidad y la funcionalidad a largo plazo, junto con aumentar el retorno al trabajo. Existen varios tipos de ejercicio que muestran resultados positivos en el lumbago, tales como ejercicios de fuerza, resistencia, coordinación, de flexión, de extensión (McKenzie), isocinéticos y trabajo aeróbico de bajo impacto en la zona lumbar; sin embargo, no hay evidencia de que un tipo particular de ejercicio sea mejor que otro.

Según los intereses del paciente, puede realizar yoga, tai chi o Pilates. Éste último ha demostrado ser eficaz para manejo del dolor en pacientes con lumbago, principalmente para una buena estabilización lumbar, mejorar la postura y control del movimiento.

La realización de programas de ejercicio físico acuático también tiene validez como tratamiento contra el dolor en personas adultas sedentarias con dolor lumbar crónico.

El ejercicio físico acuático se presenta como terapia física apropiada para personas con dolor lumbar crónico que genera discapacidad e incide en su calidad de vida relacionada con la salud. Un programa de ejercicio físico acuático de 5 días/semana durante dos meses, disminuye la intensidad de dolor y la discapacidad, mejora la calidad de vida relacionada con la salud, la composición corporal y los parámetros de condición física en sujetos adultos sedentarios con dolor lum-

bar crónico. Un programa de ejercicio acuático de 3 días/semana durante dos meses induce mayores beneficios en dolor, discapacidad, fuerza-resistencia abdominal y frecuencia cardiaca en reposo y post-esfuerzo que un programa con 2 días/semana en sujetos adultos sedentarios con dolor lumbar crónico. Cambios en la intensidad del dolor, fuerza-resistencia abdominal y aspectos emocionales son predictores del cambio en discapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico tratados con un programa de ejercicio físico acuático.

Observando algún estudio sobre la efectividad de antiinflamatorios no esteroideos, encontramos uno en el tratamiento del dolor de rodilla y de cadera donde se compara el uso de AINE, paracetamol y placebo y se obtiene que el diclofenaco en dosis de 150 mg/día es el AINE más eficaz en términos de mejoría del dolor y de la funcionalidad, mientras que el paracetamol en solitario no tiene ningún papel en el tratamiento de la artrosis independientemente de la dosis. Aun así también se extrae que el diclofenaco aumenta el riesgo cardiovascular cuando se compara con grupos que no lo ingieren.

Esto reafirma la necesidad de al menos buscar tratamientos con menos efectos secundarios como podría ser la actividad física ya que no solo no tiene estos efectos secundarios sino que produce beneficios en la condición cardiovascular, mejor masa muscular, mejor condición respiratoria, mejor forma física, mejor postura, mejores hábitos personales de salud, mayor resistencia fuerza y coordinación, y retardo del deterioro físico y mental, especialmente en la población de mayor edad dónde se manifiesta con mayor intensidad.

En otra revisión Cochrane sobre los agentes antiinflamatorios no esteroideos para el dolor lumbar crónico, tras un seguimiento de entre 9 días y 16 semanas diferentes tipos de AINE no mostraron efectos significativamente diferentes, pero un ensayo comparó los AINE con ejercicios domiciliarios y aunque las puntuaciones relativas a la percepción del dolor no fueron significativas, sí se observó una disminución de la discapacidad en las personas que realizaron los ejercicios.

En otra revisión de la efectividad del pilates para el dolor lumbar no se encontraron pruebas de alta calidad para ninguna de las comparaciones de tratamiento, los resultados o los períodos de seguimiento investigados. Sin embargo, hay pruebas de calidad baja a moderada de que el método Pilates es más efectivo que la intervención mínima para el dolor y la discapacidad.

Cuando el método Pilates se comparó con otros ejercicios se encontró un efecto pequeño para la función al momento del seguimiento a medio plazo. Por lo tanto, aunque hay algunas pruebas sobre la efectividad del método Pilates para el do-

lor lumbar, no existen pruebas definitivas de que es superior a otras formas de ejercicios. La decisión de usar Pilates para el dolor lumbar puede basarse en las preferencias del profesional sanitario o del paciente y en los costos.

En cuanto al uso de los ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento único, Shnayderman y cols. realizaron un ensayo clínico aleatorizado en 52 pacientes para comparar un programa de seis semanas de duración que incluía un programa de ejercicio aeróbico con un programa de ejercicios de fortalecimiento con el propósito de evaluar la capacidad funcional en pacientes con DLC.

La intensidad del ejercicio fue de baja a moderada, los autores concluyen mejoras en ambos grupos sin encontrar diferencias significativas entre los dos en cuanto a las escalas funcionales de dolor, caminata de seis minutos o pruebas de resistencia para músculos flexores y extensores de tronco.

Por otra parte un resumen de revisiones sobre actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos concluye que las pruebas disponibles indican que la actividad física y el ejercicio es una intervención con pocos eventos adversos que puede mejorar la intensidad del dolor y la funcionalidad física, y por consiguiente la calidad de vida. Sin embargo, se necesitan estudios de investigación adicionales que se centren en aumentar los números de participantes, con la inclusión de participantes con un espectro más amplio de la intensidad del dolor, y en prolongar la propia intervención y el período de seguimiento. Además frente a la posibilidad de que la intervención mediante ejercicio produjese daños o agravamiento de los síntomas de cada patología observó que no producía aumento de dolor ni efectos adversos.

En 2000, van Tulder y Cols publicaron una revisión sistemática donde se incluyeron 39 ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA), en la cual evaluaron modalidades de tratamiento con ejercicio (específicos de espalda, abdominales, de flexión, extensión, fortalecimiento, estiramiento, ejercicios aeróbicos estáticos y dinámicos) y utilización de medios físicos (ultrasonido o diatermia de onda corta) en pacientes con dolor lumbar inespecífico agudo y crónico. Las conclusiones indicaron nula evidencia para apoyar la efectividad de los ejercicios para el dolor lumbar agudo; sin embargo, muestran evidencia de que el ejercicio sí puede ser útil para el dolor lumbar crónico.

En estudios sobre realización de ejercicio frente a la fibromialgia, enfermedad que ocasiona dolor crónico en aproximadamente un millón de españoles según alguna estimación, los datos obtenidos pusieron de manifiesto que en comparación al grupo control, en los pacientes que desarrollaron el programa de ejercicio se producían mejoras en el FIQ y en la fuerza isométrica, la resistencia muscu-

lar y la flexibilidad. Por otra parte mejoraron la autoestima y el autoconcepto, así como diversos componentes de la CVRS medida a través del cuestionario SF-36, incluyendo la función física, el rol físico, el dolor corporal, la vitalidad el rol emocional y la función social.

Las mejoras en autoestima y autoconcepto correlacionaban significativamente con las puntuaciones en el FIQ y con las mejoras en la escala de salud mental y en el componente mental del SF-36, lo que confirma la relevancia de la autoestima/autoconcepto como dimensiones parcialmente independientes de la salud mental y apunta la posibilidad de que las autopercepciones puedan moderar la relación entre distrés psicológico y FIQ en pacientes con fibromialgia.

Se ha mostrado claramente la efectividad del ejercicio aeróbico y del fortalecimiento muscular para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes con artrosis. El ejercicio es particularmente importante en disminuir la carga socioeconómica y los múltiples problemas físicos y psicológicos asociados a esta enfermedad.

Dado que los resultados en tratamientos con AINE y con ejercicio físico parecen ser aproximados y los AINE producen efectos adversos, principalmente efectos secundarios gastrointestinales, sobre todo en pacientes con patologías de tipo crónico en la que la ingesta de AINE se mantienen en el tiempo durante semanas y meses en ocasiones, se realiza un estudio sencillo sobre la efectividad de ejercicio terapéutico individualizado para cada paciente y patología para analizar si disminuye o ayuda a controlar el dolor.

La búsqueda de métodos que permitan determinar con la mayor exactitud el grado de dolor experimentado por los pacientes, constituye uno de los objetivos prioritarios de la algilogía.

Como quiera que el dolor es sobre todo un estado emocional y no solamente una sensación primaria, como la visión o la audición, conlleva una serie de consecuencias que justifican lo difícil que resulta determinar con precisión el grado del mismo. Además, el dolor, como toda experiencia emocional es subjetivo; sólo el propio paciente conoce su dolor y cuánto le duele, por ello, toda valoración del mismo debe atender necesariamente el informe del enfermo. Si todas las mediciones incluyen un error de diverso grado, sobre todo, la medición de un fenómeno subjetivo por su arbitrariedad, estarán cargadas de potenciales problemas. Así, la medición del dolor es una de las tareas más difíciles con las que se encuentra tanto el clínico como el investigador. Si tenemos en cuenta las palabras de Melzack: "dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible

para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona”; podemos vernos tentados a abandonar cualquier intento de medir el dolor. Sin embargo, un fenómeno como el dolor debe ser medido, habiéndose ideado numerosos instrumentos para determinar su intensidad.

Asimismo, se han desarrollado medidas para valorar los efectos que éste tiene sobre la conducta, y el empleo de instrumentos para la cuantificación de la experiencia dolorosa ha proporcionado buenos resultados clínicos y científicos (De Conno F, Caraceni A, Camba A, et al. Pain measurement in cancer patients: a comparison of six methods. *Pain* 1994; 56: 217-26.). Medir el dolor es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes con procesos álgicos, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamiento. Al reconocerse el dolor crónico, se han defendido numerosas técnicas para tratarlo. Para valorar la fiabilidad de estos métodos terapéuticos y determinar si un método es mejor que otro, es importante utilizar herramientas capaces de cuantificar el dolor.

Sin una valoración crítica, el tratamiento seguiría aplicándose y utilizándose sin un análisis estadístico científico adecuado. El clínico no podrá, ciertamente, decir que el dolor ha sido aliviado o eliminado, a menos que, de alguna manera, ese dolor haya sido valorado y medido. El investigador, por su parte, no podrá estudiar el dolor si no comprende lo que es la experiencia dolorosa; este entendimiento es básico para llegar a un conocimiento del análisis y medición del dolor.

Históricamente existen intentos de medir el dolor desde el siglo diecinueve. Los estudios psicofisiológicos realizados por Keele tras la Segunda Guerra Mundial sirvieron para entender mejor las técnicas de medición del dolor (Keele KD. The pain chart. *Lancet* 1948; 2: 6-8.). Posteriormente a Hardy y cols. (Hardy JD, Wolff HG, Goodell H. *Pain sensations and reactions*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1952.) se les debe el haber dado ímpetu a la ciencia de determinación del dolor, que posteriormente dio origen a la analgesimetría. Beecher, en 1959, (Beecher HK. *Measurement of subjective responses*. New York: Oxford University Press, 1959.) siguió esta tradición identificando los rasgos que permiten calificar el dolor clínico utilizando las respuestas subjetivas del paciente.

Así pues, en la actualidad las escalas descriptivas simples u ordinales, las escalas analógicas y los métodos compartimentados parecen constituir un método válido y simple para determinar el grado de dolor (Price DD, Bush FM, Long S, et al. A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical rating scales. *Pain* 1994; 56: 217-26.). En comparación con el dolor crónico, el dolor agudo es más fácil de medir. Al tratarse de un acon-

tecimiento limitado en el tiempo, unidimensional y corto, es más fácilmente reproducible y no resulta significativamente afectado por otras variables. El dolor experimental se asemeja más al fenómeno doloroso agudo. Por el contrario, el dolor crónico, debido a los numerosos factores (psicológicos, sociales, ambientales, económicos y culturales) que inciden sobre él, constituye un fenómeno más complejo de medir. La “medición ideal del dolor” ha de ser sensible, libre de sesgos, válida, simple, exacta, fiable y barata.

Además, los instrumentos utilizados deben proporcionar información inmediata de los sujetos, con exactitud y seguridad para éstos. El instrumento ideal debe ser útil tanto en el dolor clínico como en el experimental, permitiendo efectuar comparaciones fiables entre estos dos tipos de dolor. Finalmente, la medición ideal debe proporcionar valores absolutos que incrementen la validez de las comparaciones del dolor efectuadas a lo largo del tiempo entre grupos y dentro del mismo grupo (Raj PP, ed. Tratamiento práctico del dolor 2ª ed., Madrid: Ed. Mosby, 1995).

Podemos realizar una valoración subjetiva del dolor, esencialmente a través de escalas unidimensionales de valoración del dolor o una valoración objetiva del dolor a través de registro directo de los nervios periféricos, índices vegetativos o autonómicos, registros electromiográficos, potenciales evocados, registros electroencefalográficos o imágenes cerebrales: PET.

Por la complejidad de los medios necesarios para realizar una valoración objetiva en este estudio se optará por una medición subjetiva del dolor mediante una selección de las escalas más utilizadas:

- Escala Analógica visual (EVA):

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

- La escala numérica (EN):

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.

- La escala categórica (EC):

Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.

- Escala visual analógica de intensidad:

Consiste en una línea horizontal de 10cm, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

- Escala visual analógica de mejora:

Consiste en la misma línea, en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total.

De estas se han utilizado la escala numérica y la escala categórica por la facilidad a la hora de cuantificar el resultado

El objetivo principal del estudio es comparar la efectividad y eficiencia de los AINE mediante los estudios ya existentes, con la realización de un programa de ejercicio terapéutico en una muestra de 30 personas con procesos de dolor crónico.

Los objetivos específicos son cuantificar mediante estas escalas, el dolor antes de realizar el plan de tratamiento y dos meses después, observar efectos secundarios a la terapia realizada y observar la disponibilidad por parte de los pacientes a continuar realizando los ejercicios prescritos en su domicilio.

El programa de intervención consiste en realizar una serie de ejercicios específicos para cada patología.

En el programa de artrosis de rodilla los ejercicios son:

- Bombeos de tobillo. Flexo extensión del tobillo en decúbito supino, 20 repeticiones.
- Isométricos de cuádriceps en decúbito supino. 3 series de 10 repeticiones, 8 segundos de contracción.
- Flexión de rodilla arrastrando el pie por la camilla en decúbito supino, 15 repeticiones.

- Extensión de rodilla, últimos 30° en decúbito supino con lastre de dos kg, 3 series de 10 repeticiones.
- Extensión de rodilla, últimos 60° en decúbito supino con lastre de dos kg, 3 series de 10 repeticiones.
- Estiramiento de musculatura isquiotibial en decúbito supino, 4 repeticiones manteniendo el estiramiento 10 segundos.
- Extensión de rodilla en sedestación con lastre de dos kg, 3 series de 10 repeticiones.
- Flexión de rodilla en decúbito prono, 2 series de 10 repeticiones.
- Flexión auto asistida con la pierna contraria en decúbito prono, dos series de 10 repeticiones.
- Bicicleta estática 10-15 minutos.

En el programa de artrosis de cadera los ejercicios son:

- Isométricos de cuádriceps en decúbito supino. 3 series de 10 repeticiones, 8 segundos de contracción.
- Flexión de rodilla arrastrando el pie por la camilla en decúbito supino, 15 repeticiones.
- Extensión de rodilla, últimos 30° en decúbito supino con lastre de dos kg, 3 series de 10 repeticiones.
- Extensión de rodilla, últimos 60° en decúbito supino con lastre de dos kg, 3 series de 10 repeticiones.
- Estiramiento de musculatura isquiotibial en decúbito supino, 4 repeticiones manteniendo el estiramiento 10 segundos.
- Flexión de cadera con rodilla extendida en decúbito supino, 3 series de 10 repeticiones.
- Abducción de cadera en decúbito lateral, 3 series de 10 repeticiones.
- Extensión de cadera en decúbito prono. 2 series de 10 repeticiones.

- Abducción de cadera en bipedestación con theraband. 3 series de 10 repeticiones.
- Bicicleta estática 10-15 minutos.

En el programa de artrosis lumbar los ejercicios son:

- Flexión de tronco en decúbito supino con piernas flexionadas y apoyo de pies en el suelo, 2 series de 10 repeticiones.
- Flexión de tronco en decúbito supino con piernas flexionadas y sin apoyo de pies en el suelo, 2 series de 10 repeticiones.
- Flexión de MMII alternos en decúbito supino con manos bajo lumbar 20 repeticiones.
- Respiración abdomino-diafragmática 10 repeticiones.
- Puentes en decúbito supino, 2 series de 10 repeticiones.
- Estiramiento musculatura glútea abrazando rodilla en decúbito supino, 10 repeticiones.
- Postura del gato-caballo en cuadrupedia. 10 repeticiones.
- Elevación alterna de brazo y pierna contrarios en cuadrupedia. 10 repeticiones.
- Flexión de tronco desde cuadrupedia alargando brazos hacia adelante, 10 repeticiones.
- Elevación de brazos en extensión de hombro desde decúbito prono, 10 repeticiones.
- Báscula pélvica desde bipedestación, 10 repeticiones.
- Estiramiento de espalda y brazos con elevación de brazos desde bipedestación, 10 repeticiones.

2 Objetivos

- Cuantificar el dolor percibido por los pacientes seleccionados tanto al inicio como al finalizar el estudio a través de las escalas de dolor más utilizadas.

- Disponibilidad por parte de los pacientes a continuar realizando los ejercicios prescritos en su domicilio.

3 Metodología

Se ha obtenido una muestra de 30 pacientes con edades comprendidas entre 68 y 82 años, con dolor crónico, para realizar el estudio.

Se excluyen sujetos con patología importante asociada como podría ser enfermedad cardiovascular aguda, problemas respiratorios, fracturas o lesión en sistema esquelético, problemas cognitivos para la comprensión de los ejercicios etc. La patología que padecen debe ser crónica o que reproduzca dolor crónico por lo que estos pacientes presentan: Artrosis de rodilla, artrosis de cadera y artrosis lumbar.

4 Resultados

La puntuación obtenida en las diferentes escalas fue:

- Escala numérica EN:

Paciente nº - Puntuación inicial - Puntuación final.

1 6 3

2 8 7

3 8 8

4 7 5

5 10 9

6 6 7

7 8 4

8 5 2

9 6 5

10 9 6

11 7 7

12 5 1

13 10 7

14 8 8

15 7 4

16 6 2

17 6 4
18 8 4
19 5 0
20 9 8
21 7 7
22 5 7
23 8 4
24 7 8
25 6 2
26 7 4
27 6 1
28 5 3
29 9 6
30 5 0

- Escala categórica EC:

Paciente nº - Puntuación inicial - Puntuación final.

1 Moderado Ligero
2 Intenso Moderado
3 Intenso Intenso
4 Intenso Ligero
5 Intenso Intenso
6 Moderado Moderado
7 Intenso Ligero
8 Moderado Moderado
9 Moderado Moderado
10 Intenso Moderado
11 Moderado Moderado
12 Moderado Ligero
13 Intenso Moderado
14 Intenso Intenso
15 Intenso Moderado
16 Moderado Ligero
17 Moderado Moderado
18 Intenso Moderado
19 Moderado Ausente
20 Moderado Moderado

- 21 Moderado Moderado
- 22 Moderado Intenso
- 23 Intenso Moderado
- 24 Moderado Intenso
- 25 Moderado Ligero
- 26 Intenso Ligero
- 27 Moderado Ausente
- 28 Moderado Ligero
- 29 Intenso Moderado
- 30 Moderado Ausente

Para analizar de manera gráfica los datos de la escala categórica en la realización del gráfico tomamos:

- Ausente como valor 0.
- Ligero como valor 3.
- Moderado como valor 6.
- Intenso como valor 9.

Analizando los resultados en la escala numérica observamos:

- Ha habido disminución del dolor tras la intervención mediante ejercicio terapéutico en 23/30.
- Mantenimiento del dolor en 4/30.
- Aumento del dolor en 3/30.

Analizando los resultados en la escala categórica observamos:

- Disminución del dolor en 18/30.
- Mantenimiento del dolor en 10/30.
- Aumento del dolor en 2/30.

5 Discusión-Conclusión

De este estudio de casos se puede extraer que ha sido positiva la intervención mediante programas específicos a cada patología de ejercicio terapéutico.

De las dos escalas utilizadas para medir el dolor, la que obtuvo mejores resultados fue la escala numérica al ser más exacta a la hora de cuantificar el dolor ya que ofrece la posibilidad de escoger entre un mayor número de grados de dolor. Se

aconseja la utilización de escalas que gradúen el dolor de forma más amplia que la escala categórica para futuras investigaciones.

La muestra no ha sido lo suficientemente amplia como para extraer conclusiones firmes pero deja entrever que el ejercicio terapéutico puede ser una opción a tener en cuenta frente a los AINE ya que no se registraron efectos adversos fruto de la intervención, al contrario de lo que concluyen los estudios sobre la intervención mediante AINE.

Las patologías que presentaban los pacientes de la muestra eran de naturaleza principalmente artrósica por lo que serían necesarios estudios en diferentes patologías para observar la eficacia del ejercicio terapéutico.

En términos de eficiencia no se ha cuantificado el gasto de la intervención pero de ahí en adelante se hablaría de coste cero por parte de los diferentes sistemas de salud, por lo que una mayor educación sanitaria y una adherencia al ejercicio pautado supondrían un ahorro a la hora de realizar un tratamiento y a la hora de prevenir futuras patologías fruto de la inactividad y sedentarismo que se derivan del dolor crónico.

Se sugiere también analizar en futuros estudios la adherencia al ejercicio un tiempo después de realizar una intervención mediante ejercicio terapéutico.

6 Bibliografía

- Nota de prensa INE de 21 de diciembre de 2009. Encuesta Europea de Salud en España.
- Encuesta Nacional de Salud 2017 publicada el 26 de junio de 2018.
- Revisión de estudios Cochrane. Agentes antiinflamatorios no esteroideos para el dolor lumbar crónico.
- Ángel García D, Martínez Nicolás I, Saturno Hernández PJ, López Soriano F. Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes. *Sist Sanit Navar* 2015;117-30.
- Hayden J, Van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Libr* [Internet]. 2005 [citado 12 de noviembre de 2015].
- Kroll HR. exercise therapy for chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2015;26:263- 81.

- Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP, Ostelo RW, Koes BW, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain.
- Yamato TP, Maher CG, Saragiotto BT, Hancock MJ, Ostelo RW, Cabral CM, et al. Pilates for low back pain. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [citado 12 de noviembre de 2015].
- Lim ECW, Poh RLC, Low AY, Wong WP. Effects of Pilates-based exercises on pain and disability in individuals with persistent nonspecific low back pain: a systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2011;41:70–80.
- Efectos de un programa de ejercicio físico acuático sobre la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas sedentarias con dolor lumbar crónico. Baena, Pedro Ángel. España, 2013.
- Impacto del consumo de AINE en la población general española. Resultados del estudio EPISER. *Revista Española de Reumatología*.
- Estudio de utilización de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos en población rural. Julia Montejano Juan. Universitat de Valencia.
- Efectividad de los antiinflamatorios no esteroideos en el tratamiento del dolor de rodilla y de cadera. M. Seguí Díaz. *Revista Elsevier*.
- Shnayderman I, Katz-Leurer M. An aerobic walking programme versus muscle strengthening programme for chronic low back pain. A randomized controlled trial.
- Therapeutic exercise for people with osteoarthritis of the hip or knee. A systematic review *J Rheumatol*, 29 (2002), pp. 1737-1745.
- Effectiveness of exercise therapy: a best- evidence summary of systematic reviews *Aust J Physiother*, 51 (2005).
- Actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos, un resumen de revisiones Cochrane.
- Van Tulder MW, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain. *Spine*. 2000; 25 (21): 2784-2796.
- Valoración del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. M. S. Serrano-Atero, J. Caballero, A. Cañas, P. L. García-Saura, C. Serrano-Álvarez* y J. Prieto.

Capítulo 877

TRATAMIENTO CONSERVADOR LUXACIÓN DE RÓTULA EN PACIENTE JÓVEN

MARIA JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ

JAVIER GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La luxación de rótula o patelofemoral es un lesión musculoesquelético, producida por una rotación externa con fuerza en valgo con la rodilla en extensión, o bien por un traumatismo directo. Debido al mecanismo de producción y a la disposición anatómica de la rodilla, ésta se luxa con mayor frecuencia hacia fuera, afectando sobre todo el ligamento patelofemoral medial, entre otras muchas estructuras. De manera que el paciente acaba cayéndose al suelo presentando dolor, derrame articular e impotencia funcional.

Este tipo de lesión supone el 3% de las lesiones entre la población adolescente y en adultos jóvenes deportistas, menores de 20 años. (La incidencia estimada se encuentra entre 7-77 por cada 100.000 personas al año, la frecuencia suele ser semejante para ambos sexos.

Entorno al 40% de los casos se produce de manera repetitiva tras un primer episodio, provocando la afectación de todo el complejo articular. De manera que cada vez se puede hacer más frecuente la lesión sin realizar un movimiento brusco. La luxación recidivante de rótula es un proceso de elevada incidencia entre las mu-

jeros jóvenes. En este proceso influyen factores anatómicos directos e indirectos dependientes de fémur, tibia y rótula.

La inestabilidad rotuliana en el adolescente, puede provocar una afección de por vida que conduce a discapacidad crónica y artritis. Además se puede asociar varias lesiones secundarias, como son: lesiones del vasto medial oblicuo, del retináculo medial y del ligamento femoropatelar medial (LFPM)

2 Objetivos

- Comprobar la efectividad del tratamiento conservador en la luxación de rótula en el paciente joven.

3 Caso clínico

Varón de 16 años, jugador de Fútbol, con inestabilidad rotuliana a causa de luxaciones previas de rótula, esta última tras un partido mientras se estaba cambiando, sin realizar ningún movimiento brusco. Presenta luxación externa de la rótula con hiperlaxitud del ligamento patelofemoral medial y del retináculo medial.

En la exploración se observa dolor, limitación funcional y derrame articular. La pruebas funcionales son positivas, tanto la aprehensión patelar como de derrame articular, pero negativas para el resto de estructuras de la rodilla. La fuerza del cuádriceps es de 2/5, de manera que no es capaz de caminar sin ayuda de muletas, y presenta mucha ansiedad al apoyo de la extremidad. En este caso se instaura un programa rehabilitador de 3 sesiones semanales de 1 hora.

Los objetivos de la rehabilitación serán:

- Disminuir la inflamación a través de crioterapia.
- Aliviar el dolor, con el uso de corrientes analgésicas.
- Aumentar la fuerza muscular, se iniciará trabajo de isométricos de cuádriceps para ir aumentando los grados de extensión, potenciando sobre todo el vasto interno. Además de potenciar el resto de musculatura adyacente.
- Ganar en movilidad y rango articular, evitando posibles rigideces.
- Trabajo propioceptivo y de readaptación deportiva.

El tratamiento se realiza durante 3 meses, donde se va avanzando en el tratamiento a medida que el dolor y la inflamación disminuían.

4 Resultados

Tras tres meses de trabajo continuo, el paciente refiere mejoría de su clínica. El balance muscular del cuádriceps es de 5/5, así como del resto de musculatura. Presenta movilidad completa de la rodilla pero todavía presenta miedo al apoyo fuerte sobre esa extremidad por miedo a la recidiva.

En un primer momento el inicio a su práctica deportiva lo hace con bloqueo de rótula a través de un kinesiotaping o rodillera, para dar seguridad al paciente. En todo este tiempo no existe recaída y no se observa inestabilidad a nivel nivel de la articulación femoropatelar, la movilidad de la rótula es la correcta, y no se aprecia laxitud ligamentaria como en su inicio.

5 Discusión-Conclusión

La bibliografía muestra que lo más efectivo tras una primera luxación sin fracturas asociadas, es el tratamiento conservador a través de una reducción cerrada, colocación de férula de inmovilización y un buen programa rehabilitación a posteriori.

Pero hoy en día este protocolo se encuentra en debate, ya que se observa que en una luxación primaria tras el uso del tratamiento conservador existe mayor número de posibilidades que realizando en un primer momento el tratamiento quirúrgico. Se esta realizando por tanto un mayor número de estudios comprobando la efectividad del tratamiento quirúrgico tras una luxación aguda de rótula, pero no se llega a concluir qué pacientes serán los que lo precisen y cuáles usar el tratamiento conservador.

Es importante realizar mayor número de estudios, donde se concrete un protocolo para saber cómo actuar, describiendo las características necesarias para llevar a cabo uno u otro tratamiento. Además, se hace necesaria una buena descripción de los ejercicios a realizar durante la rehabilitación con el fisioterapeuta, ya que la mayoría de veces el programa descrito es el mismo que para el síndrome femoropatelar, siendo un protocolo de ejercicios generalizado.

6 Bibliografía

1. Peña Ramirez J.M., V. B. TRATAMIENTO FISIOTERAPICO EN LUXACIÓN DE ROTULA Y SU REINSERCIÓN AL DEPORTE.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Uni-

versidad de las Palmas de Gran Canaria. Mayo 2016.

2. De Pablo Marquez B., S. J. Luxación Aguda de Rótula. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2017;24(5), 254-7.

3. Yañez Cabarras J., P. M. (Octubre 2018). Guía clínica de las lesiones de rodilla. Fistera.

4. Álvarez López A., G. L. Luxación Aguda de la rótula. AMC. 2009; 13(6).

5. Clark D., M. A.. Adolescent patellar instability. Bone Joint. 2017; 99(2), 159-170.

6. Cañas Zambrano J.M., P. S. Fisioterapia y Rehabilitación de la rodilla. Jaén: 1ª Edición. Formación Alcalá. 2003.

7. Abaroa Ojeda M., R. H. Luxación recurrente y subluxación crónica de la rótula: tratamiento con liberación del retináculo lateral y plicatura de la cápsula medial por artroscopia. Rev. Mex. Ortop. Traum. 1999;13(2), 122-127.

8. Frosch K.H, A. R. (2014). Patellar dislocation in athele. Chirug, 85(10), 879-

87. León Castro J.C., A. P. (2015). Fisioterapeuta del Servicio Aragonés de Salud. Sevilla: MAD.

9. Sanchis Alfonso V. Dolor Anterior de la Rodilla e Inestabilidad rotuliana en el paciente joven. Madrid: Panamericana. 20003.

10. Álvarez Bengoechea C. Luxación Rotuliana, tratamiento fisioterápico. Revisión Bibliográfica narrative. Universidad de Valladolid. 2017.

11. Alfano F. Tratamiento de la inestabilidad femoropatelar objetiva. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2016; 81(1):35-41.

12. Zícaro J.P., Yacuzzi C., Chávez M. Inestabilidad patellofemoral asociada a displasia severa de tróclea: presentación de un paciente tratado con trocleoplastia.

13. Díaz Martínez J.V., B. L. Plastia del ligamento patelofemoral medial con isqui-otibiales asociada a transposición de la tuberosidad tibial anterior, en luxación recidivante de rótula a propósito de un caso. Revista Atalaya Medica. 2016; (9), 59-63.

Capítulo 878

FIBROMIALGIA, ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO

LAURA VEGA MORÁN

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

MARTA FUERTES MARTÍNEZ

ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La fibromialgia se define como una enfermedad reumática crónica, extraarticular y no inflamatoria que afecta a las partes blandas de aparato locomotor. Se caracteriza por dolor musculoesquelético difuso, rigidez, parestesias en extremidades, fatiga y alteraciones del sueño. Se estima que constituye entre el 10 y el 20% de las primeras consultas de reumatología. Su prevalencia es mayor en mujeres de mediana edad.

Tiene un origen desconocido, aunque se considera que existe una base genética sobre la que actúan factores desencadenantes y favorecedores de la misma. Se estima que en el 30% de los casos se acompaña de enfermedades psiquiátricas como son la depresión, ansiedad, somatización o hipocondría. En una gran proporción de pacientes aparecen asociadas otras patologías como el síndrome del colon irritable, cefaleas tensionales, el fenómeno de Raynaud, parestesias y sensación de tumefacción en las manos.

Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son dolores musculoesqueléticos constantes y generalizados, bilaterales, tanto por encima como por debajo de la cintura, así como en el esqueleto axial. Los pacientes suelen utilizar la expresión “me duele todo el cuerpo” para describir su dolor. Se acompaña además de un sueño de mala calidad y no reparador.

La fibromialgia ha sido reconocida por la OMS y a día de hoy se diagnostica en base a los criterios descritos en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología:

- Dolor generalizado y crónico de más de 3 meses de evolución, y se considera como tal el que se produce en todo un hemicuerpo, por encima o por debajo de la cintura y en todo el esqueleto axial, descartando la existencia de otras patologías.
- Dolor a la presión (aprox. De 4 kg) en al menos 11 de los 18 puntos sensibles situados de forma específica a lo largo del cuerpo: occipital, cervical bajo, trapecio, supraespinoso, unión condrocostal de la 2ª costilla, epicóndilo lateral, glúteo, trocánter mayor y rodilla.

Estos criterios han sido modificados por Hensch y Yunus y solo se requieren 6 puntos para el diagnóstico, de manera que los criterios mayores serían los dos anteriores más un tercero “la ausencia de enfermedad concomitante como causa de fibromialgia”. Para su diagnóstico se requieren tres de estos criterios existiendo además 9 criterios menores que podrían aparecer o no pero son necesarios para el diagnóstico:

- Intrusión de ondas alfa en el EEG en el sueño No REM
- Sueño no reparador
- Incremento nocturno de la fatiga y matutino de la rigidez
- Cansancio y fatiga diarios
- Sensación de inflamación o parestesias
- Agravamiento de la sintomatología con el frío, el estrés o la actividad
- Mejoría con el reposo, el calor y la terapia física
- Cefalea crónica (migraña/cefalea tensional)
- Trastorno funcional intestinal (colon irritable)

Para su correcta evaluación es necesario conocer el impacto que tiene sobre la vida del paciente para ello se cuenta con distintas escalas como son el Cuestionario de Salud SF-36 o el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ).

2 Objetivos

Pretendemos analizar cuáles son los principales componentes de la fibromialgia y establecer en qué medida la Fisioterapia puede ayudar a disminuir o aliviar esta sintomatología tan diversa desde un abordaje multidisciplinar.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Medline, Cochrane, Scielo, Dialnet y google académico. Se emplearon como descriptores: fibromialgia, síntomas, tratamiento, multidisciplinar y fisioterapia. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre y de relevancia para nuestro estudio.

4 Resultados

En lo referente al tratamiento es una enfermedad difícil de tratar y aunque no existen evidencias claras ni concluyentes sobre la eficacia de la mayoría de los tratamientos hay numerosas estrategias para afrontarla:

- Conviene destacar que no existe un fármaco aprobado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, ni por la Agencia Europea de Medicamentos con indicación específica para la fibromialgia.
- La psicología ofrece distintas técnicas de tratamiento entre las que destaca la terapia cognitivo-conductual.
- La práctica de actividad o ejercicio físico produce los mismos efectos en personas con fibromialgia que en las que no lo padecen (mejora de la función cardiorrespiratoria, reducción de los factores de riesgo de enfermedad coronaria, disminución de la mortalidad y morbilidad cardiovascular, mejora de la función psicosocial...), además produce un aumento de la fuerza muscular, de la movilidad articular y mejoras en el equilibrio y control postural. Específicamente, el ejercicio terapéutico disminuye el dolor y el grado de ansiedad, mejora la sensación global de bienestar, la función física y la calidad de vida del paciente aunque el efecto sobre la depresión es controvertido. De forma general se recomienda programas de ejercicio o actividades aeróbicas, aunque también están recomendados programas de fortalecimiento, flexibilidad muscular o equilibrio. Hay que tener en cuenta que un exceso de ejercicio o realizado sin una correcta pauta adaptada

al paciente puede suponer un incremento de su sintomatología, por lo que éste debe ser prescrito y supervisado por un profesional cualificado.

Un correcto abordaje fisioterapéutico deberá tener en cuenta la esfera biológica, psicosocial y social del paciente. Aspectos básicos a tener en cuenta:

- En primer lugar será muy importante establecer unos objetivos de tratamiento individualizados a cada paciente, abordando cada una de las características y síntomas identificados tras realizar una correcta valoración fisioterápica.
- Será muy importante explicarle al paciente dichos objetivos para evitar falsas expectativas de tratamiento y lograr una implicación mayor por su parte.
- Deberemos tener presente que la ineficacia de una técnica en un paciente no tiene porqué resultar igual en todos los pacientes y no por ello debemos desecharla sin más.
- El tratamiento podrá abordarse de forma individual o en grupo, la combinación de ambos da excelentes resultados.
- Es importante que el tratamiento sea continuado, periódico, adecuado al paciente, que se acompañe de educación sanitaria y que no sea desagradable para él.
- El principal objetivo del tratamiento de fisioterapia será aliviar, disminuir o eliminar el dolor musculoesquelético.
- Serán objetivos también promocionar la salud y la calidad de vida, así como enseñar al paciente a manejar su enfermedad.

De forma general, el paciente con fibromialgia tendrá las mismas indicaciones y contraindicaciones de cualquier otro paciente que acuda al servicio de rehabilitación. Nuestro tratamiento deberá adaptarse a cada paciente, a sus problemas y sus singularidades, puesto que cada paciente es único. Las herramientas más utilizadas serán:

- Terapia manual: se evitarán las maniobras agresivas o molestas para el paciente. Suele ser una técnica bien tolerada.
- Cinesiterapia: se podrá incluir cualquier tipo de técnica encaminada a mantener la movilidad articular y la fuerza muscular con un efecto directo sobre el dolor y la funcionalidad.
- Magnetoterapia: muy útil por su efecto analgésico.
- Termoterapia: en cualquiera de sus variantes que elegiremos en función de la región corporal a tratar, suele ser muy bien tolerada por el paciente.
- Crioterapia: suele tener tolerancia baja por los pacientes, pero no debe desecharse completamente, puede tener buenos resultados de forma local.
- Ultrasonidos: útil en puntos dolorosos.

- Láser: como técnica analgésica también suele ser bien tolerado.
- Corrientes de baja y media frecuencia: con precaución porque para algunos pacientes puede resultar desagradable.
- Hidroterapia/balneoterapia: se podrá usar el agua como medio para realizar ejercicios de cinesiterapia y de relajación con excelentes resultados.
- Relajación: tiene un importante efecto sobre la tensión emocional, el estrés y la ansiedad. Podremos utilizar la relajación progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz...
- Punción seca/acupuntura: pese a sus importantes efectos es una técnica con la que deberemos extremar precauciones puesto que no será bien tolerada por todos los pacientes.
- Vendaje neuromuscular: utilizaremos técnicas de reducción del tono muscular o apertura de espacio en puntos dolorosos.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos considerar según lo analizado que la fibromialgia es un síndrome de etiología desconocida que ya lleva años reconocido por la OMS pero sobre el que aún queda mucho por investigar.

Engloba multitud de síntomas y signos asociados donde el que más preocupa a los pacientes suele ser el dolor, el cual les disminuye notablemente su calidad de vida. Además suele ir asociada con trastornos emocionales en numerosas ocasiones mal entendidos por su entorno.

Debemos tener claro, que a día de hoy no existe un tratamiento curativo y nuestro tratamiento irá enfocado a aliviar la sintomatología que presenten dichos pacientes, siempre con el máximo respeto con su enfermedad y sentimientos hacia ella. Es muy importante no crearles falsas expectativas de curación y hacerles una explicación adecuada sobre la naturaleza de su proceso lo que les ayudará a comprender sus limitaciones y a realizar los cambios apropiados en su estilo de vida.

6 Bibliografía

1. Bidonde J, Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Kim SY, Góes SM, et al. Aerobic exercise training for adults with fibromyalgia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017 [citado 4 de enero de 2020];(6).

2. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, Schachter CL, Danyliw A, Overend TJ, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 [citado 4 de enero de 2020];(10).
3. Deare JC, Zheng Z, Xue CC, Liu JP, Shang J, Scott SW, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 4 de enero de 2020];(5).
4. Gelman SM, Lera S, Caballero F, López MJ. Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev Esp Reumatol*. 1 de marzo de 2005;32(3):99-105.
5. López Espino M, Mingote Adán JC. Fibromialgia. *Clínica y Salud*. diciembre de 2008;19(3):343-58.
6. Ma Isabel CM, Alejandra MF, Ma de la Fe RM, José OP, Marta Isabel DG, Miguel Ángel VP. Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo, de la Fibromialgia. *clinicaysalud*. 2010;21(2):107-21.
7. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
8. Rivera J, Alegre C, Nishishinya MB, Pereda CA. Evidencias terapéuticas en fibromialgia. *Reumatología Clínica*. marzo de 2006;2:S34-7.
9. Villanueva VL, Valía JC, Cerdá G, Monsalve V, Bayona MJ, Andrés J de. Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. noviembre de 2004;11(7):50-63.
10. Fibromialgia. <https://medlineplus.gov/spanish/fibromyalgia.html>

Capítulo 879

FRACTURA DEL CUELLO DEL PERONÉ COMO CAUSA DE NEUROPATÍA DEL NERVIPO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO (CPE). A PROPÓSITO DE UN CASO

LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO

PATRICIA FERVIENZA FUEYO

1 Introducción

Existen muy pocos estudios publicados acerca de la relación entre las fracturas del peroné y la compresión del nervio Ciático Poplíteo Externo (CPE), quizás por la baja incidencia de casos que presentan dicha asociación. La compresión del nervio ciático poplíteo externo en el cuello del peroné es la neuropatía más frecuente de la extremidad inferior. Su etiología distingue entre traumatismos directos (fracturas, heridas), una inmovilización inadecuada (yesos, vendas, medias), así como la presencia de tumores o ganglios, y de forma más infrecuente, la actitud viciosa y prolongada de determinadas posturas.

El atrapamiento de este nervio se produce a su paso por el cuello del peroné, cuando éste se introduce por debajo de la fascia del músculo peroneo lateral largo, formando un túnel osteofibroso.

Es habitual la alteración motora con pie en equino en las disfunciones del nervio peroneo común o ciático poplíteo externo, que se traducen en una paresia o

parálisis de los músculos peroneos, tibial anterior, dorsiflexores del pie y el extensor del primer dedo, produciendo una seria limitación de la marcha o “steppage”, en la que se produce un incremento compensatorio de la flexión de cadera y rodilla. Por otra parte, se observa una alteración en la sensibilidad del dorso del pie y la cara externa del tobillo.

En algunos pacientes, tal y como describe Stewart (2003), con neuropatía del nervio peroneo común, el músculo que más se ve afectado es el extensor largo del primer dedo del pie. En este caso en lugar de observar una caída del pie, se producirá una caída del primer dedo. La restauración de la función de dicho nervio no se puede predecir y aunque, según los estudios publicados, más de la mitad de los casos es irrecuperable, en otros como el que presentamos, los pacientes evolucionan satisfactoriamente mediante el uso de órtesis antiequinias, fisioterapia y electroestimulación.

2 Objetivos

- Valorar la eficacia clínica de los tratamientos de fisioterapia aplicados en las lesiones por atrapamiento del nervio Ciático Poplíteo Externo (CPE) por compresión a nivel del cuello del peroné.

3 Caso clínico

Varón de 38 años, sin antecedentes médicos de interés, acude al Servicio de Rehabilitación después de sufrir fractura del cuello del peroné izquierdo tras accidente automovilístico. Dada la naturaleza de la lesión ósea se optó por una reducción de la fractura mediante tratamiento ortopédico. Una vez retirada la inmovilización, el paciente refirió dificultad a la deambulación con marcha en “steppage”, así como hipoestesia en cara externa y dorso del pie, y en la parte interdigital del primer y segundo dedo, compatible con el territorio del nervio ciático poplíteo externo.

En la exploración se evidencia una limitación en la dorsiflexión y extensión de los dedos, así como de la eversión del pie izquierdo. A nivel muscular, paresia en los músculos peroneos (2/5), tibial anterior (2/5), extensor común de los dedos y del primer dedo (3/5). No presentó dolor en la palpación de las distintas estructuras musculares, ligamentosas u óseas del tobillo o pie. Test de Tinel y Valleix positivos.

En la radiología simple y RMN no se encontraron hallazgos patológicos y se observa una buena consolidación de la fractura reciente a nivel proximal del peroné. Se realizó estudio electromiográfico-electroneurográfico (EMG-ENG) que puso de manifiesto un ligero engrosamiento del nervio peroneo común sin alteraciones en su segmento perifibular ni distal.

El paciente recibió tratamiento conservador con medicación antineurítica y esteroidea vía intramuscular. Se prescribió una órtesis antiequina de fibra de carbono, así como cinesiterapia, balneoterapia y tratamiento de electroestimulación (exponenciales).

4 Resultados

El cuadro clínico se resolvió a los 5 meses de comenzar las sesiones en nuestro Servicio de Rehabilitación. Tras las pruebas diagnósticas de control, el paciente fue dado de alta sin presentar complicaciones, reincorporándose a su actividad laboral y deportiva habitual.

5 Discusión-Conclusión

La neuropatía del nervio ciático poplíteo externo por atrapamiento en el cuello del peroné es un problema complejo que a menudo es difícil de diagnosticar debido a su poca frecuencia. Por este motivo, es importante una correcta anamnesis y elección de las pruebas complementarias adecuadas para establecer el diagnóstico y pronóstico de la lesión.

El diagnóstico de parálisis del nervio ciático externo o nervio peroneo se basa en la exploración física del paciente, descartando aquellas patologías que presenten dolor neuropático como puedan ser las patologías degenerativas de la columna lumbar (estenosis de canal, hernia discal), polineuropatías o enfermedad metabólica.

6 Bibliografía

1. Dawson D.M., Hallett M. y Wilbourn A.J. (1999) Peroneal nerve entrapment. Entrapment neuropathies. 3a ed., Philadelphia: Lippincott Raven, 270-296.
2. Alcázar-Alcázar F. (2004) Rehabilitación de las polirradiculoneuritis y neuropatías periféricas. Recogido en: Mayordomo JLM. (2004) Rehabilitación médica.

Aula Médica, 2004, 319-332.

3. Pescador Hernández D., De Cabo Rodríguez A. y Borrego Ratero D. (2011) Lesión del nervio ciático poplíteo externo, asociado a lesiones del ligamento cruzado anterior y del ángulo posterolateral de la rodilla. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 55 (6), 457-459.
4. Villarruel Sahagún JA., Clifton Correa JF., López Almejo L., Navarro Becerra E., Zermeño Rivera JJ., Espinosa de los Monteros Kelley AF, Romo Rodríguez R., (2014) Rehabilitación en síndromes neuropáticos por compresión de la extremidad inferior. *Orthotips*, 10 (2).
5. De Bruijn I.L., Geertzen J.H. y Dijkstra P.U. (2007) Functional outcome after peroneal nerve injury. *Int J Rehab Res*, 30, 333-7.
6. Rodríguez López T, Plaza García S, Pérez Núñez MI y Castro Prieto SR. (2013) Parálisis del nervio ciático poplíteo externo como consecuencia de fractura de tobillo. Revisión de un caso. *Trauma Fundación MAPFRE*, 24 (4), 221-223.
7. Romo-Monje M., Ofchinikova SN., Collazo-Diequez M. Lesiones nerviosas periféricas. Recogido en: García FJJ. (2001) Tercer curso intensivo de revisión en medicina física y rehabilitación. Tomo II, 950-971.
8. Álvarez BA. Neuropatías periféricas por atrapamiento. Recogido en: Sánchez-Blanco I. et al. (2006) Manual SERMEF de rehabilitación y medicina física. Panamericana, 309-327.
9. Plaja J. Neuropatías por atrapamiento. Recogido en: Plaja J. (2003) Analgesia por medios físicos. Interamericana-McGraw Hill, 405-434.

Capítulo 880

REHABILITACIÓN FISIOTERÁPICA EN EL PACIENTE AMPUTADO DE MIEMBRO INFERIOR

SARA GONZÁLEZ HENARES

1 Introducción

Se entiende como amputación la sección total o parcial de una extremidad. La principal causa de amputación es la enfermedad vascular asociada a diabetes, seguido de los traumatismos, las neoplasias y malformaciones. Diversos estudios señalan una mayor incidencia en el sexo masculino y en las edades comprendidas entre los 60-80 años.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer la importancia de la rehabilitación fisioterápica en la fase preprotésica y protésica en los pacientes con amputación de miembro inferior para la posterior adaptación a las actividades de la vida diaria a partir de un caso clínico.

3 Caso clínico

Nos centramos en el proceso de rehabilitación de un hombre de 30 años con amputación transfemoral traumática de tercio medio. Por el buen estado físico del paciente, edad, longitud y forma del muñón, resulta un buen candidato para

una prótesis. La primera fase de la fisioterapia estará orientada principalmente a obtener un muñón con buena forma (cónica o semicónica), bien cicatrizado e indoloro que permita posteriormente la adaptación a la prótesis. Otro objetivo principal en esta fase es el fortalecimiento muscular y mantenimiento del rango articular del miembro residual y de los miembros superiores necesario para ganar en autonomía a la hora de realizar las transferencias y utilizar muletas u otro dispositivo de apoyo.

Plan de tratamiento preprotésico:

- Masoterapia: tratar la cicatriz y sus posibles adherencias, estimular la sensibilidad, estimular la circulación. Golpeteos suaves en el extremo distal del muñón para disminuir el síndrome del miembro fantasma.
- Vendaje elástico: debe reducir el edema, mejorar el retorno venoso y moldear el muñón para que se adapte lo mejor posible a la prótesis. Es muy importante instruir al paciente en la técnica de vendaje, ya que el muñón debe estar vendado siempre salvo en el aseo personal.
- Plan de ejercicios de fortalecimiento del miembro residual y miembros superiores.
- Insistir en el trabajo de extensión y aducción del muñón. Debido a la conservación del músculo psoas y musculatura glútea, el muñón tenderá a la flexión y abducción.

Fase protésica:

La prótesis sustituye al miembro ausente y su labor es restaurar la funcionalidad perdida. También es importante para la imagen corporal y para restablecer el centro de gravedad. En este caso se opta por una primera prótesis con apoyo isquiático y con rodilla libre articulada. El objetivo del tratamiento fisioterápico en esta fase es conseguir una buena utilización y adaptación a la prótesis.

Plan de tratamiento postprotésico:

- Continuar con el vendaje y evitar variaciones en la forma del muñón que afecten a la adaptación a la prótesis.
- Bipedestación y buena transferencia del peso a la prótesis.
- Enseñar al paciente a mover la prótesis mediante el movimiento del muñón.
- Reeducación de la marcha, transferencias, subir y bajar escaleras, planos inclinados.
- Instruir al paciente en la colocación de la prótesis.

Durante esta fase pueden ir surgiendo problemas de adaptación del muñón a la prótesis y para solucionarlos es necesaria la colaboración de todo el equipo inter-

disciplinar (técnicos prótesicos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas etc...).

4 Resultados

Gracias a la colaboración entre los profesionales de la salud, formando un equipo multidisciplinar, y la actitud del paciente, éste ha conseguido adaptarse a la prótesis, conseguir la funcionalidad de la misma y por consiguiente mejorar su calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

La figura del fisioterapeuta durante todas las fases de recuperación y adaptación a la vida diaria es imprescindible en pacientes amputados. La rápida actuación sobre el muñón conjunto con una buena praxis del cirujano determinan la posible colocación de la prótesis. Así mismo, una vez colocada la prótesis es muy importante que el fisioterapeuta corrija los malos hábitos de utilización de la misma y así prevenir una disminución de su funcionalidad.

No solamente es importante la labor del fisioterapeuta, para la buena rehabilitación del paciente es necesario una implicación multidisciplinar, sin olvidarnos del alto valor del profesional psicólogo, pues la depresión, ansiedad, frustración o la falta de motivación, son factores que influyen negativamente en el proceso de recuperación.

6 Bibliografía

- Farro Luis, Tapia Raquel, Bautista Luz, Montalvo Rosa, Iriarte Hermelinda. Características clínicas y demográficas del paciente amputado. Rev Med Hered [Internet]. 2012 Oct [citado 2020 Ene 04] ; 23(4): 240-243.
- Ospina Jackeline, Serrano Fernando. El paciente amputado: complicaciones en su proceso de rehabilitación. Rev. Cienc. Salud [Internet]. Agosto de 2009 [consultado el 4 de enero de 2020]; 7 (2): 36-46.
- Patiño Vida, Arriola Marta, Franco Verónica, Fuentes José. Funcionalidad posprotésica en amputados vasculares. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2007 Sep [citado 2020 Ene 04] ; 23(3): 173-178. .
- Raidel La O Ramos y Lic. Alfredo D. Baryolo Cardoso .Rehabilitación del Amputado de Miembro Inferior,2005. Medicina de Rehabilitación Cubana .

-Govantes BY, Julio AGC, Arias CA. Protocolo de actuación en la rehabilitación de pacientes amputados de miembro inferior. Rev Cub de MedFis y Rehab. 2016; 8 (1).

Capítulo 881

FISIOTERAPIA EN PARKINSON

CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA

LAURA VEGA MORÁN

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

MARTA FUERTES MARTÍNEZ

ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La Enfermedad de Parkinson se describió por primera vez en 1817 por el inglés James Parkinson. Originalmente se denominó “parálisis agitante”.

Se conoce que el Parkinson es una enfermedad crónica producida por un proceso neurodegenerativo multisistémico que está caracterizado por pérdida neuronal en la sustancia negra que causa deficiencia de dopamina, lo que genera afectación del sistema nervioso central provocando así la aparición de síntomas principalmente motores, aunque también existen síntomas no motores.

Estos síntomas comienzan generalmente afectando a una mitad del cuerpo, y posteriormente se extienden a la otra mitad. Pueden ser de origen y avance lento, pero también existen casos en los que la progresión de la enfermedad es más acelerada. Los síntomas motores más frecuentes son:

- Temblor en las manos, los brazos, las piernas, la mandíbula y la cara. Estos temblores suelen empeorar con el paso del tiempo. Se hacen más notorios cuando la persona esta en reposo, y mejoran con el movimiento voluntario.

- Rigidez e hipertonia muscular en los brazos, las piernas y el tronco, pudiendo incluso llegar a impedir a la persona para las actividades de la vida diaria.
- Bradicinesia, es decir, lentitud en los movimientos voluntarios y automáticos. Falta de expresión en la cara. Torpeza manipulativa.
- Inestabilidad postural, problemas de equilibrio y coordinación, lo que puede dar lugar a caídas. Reflejos alterados.

Además de la alteración motora, y como consecuencia de la implicación y alteración de otros neurotransmisores, surgen los ya mencionados como síntomas no motores. Éstos podrían aparecer precediendo en el tiempo a los síntomas motores por lo que se les conoce como “síntomas premotores” y pueden ser: depresión, reducción del olfato, estreñimiento, incontinencia urinaria, problemas sexuales, trastorno de conducta del sueño REM (ensoñaciones muy vívidas), exceso de salivación, pérdida o aumento de peso, problemas de la vista o dentales, fatiga o pérdida de energía.

Se cree popularmente que es una enfermedad que afecta solo a las personas mayores, y aunque predomina en la población anciana, esta afirmación es parcialmente incorrecta. El 30% de los diagnosticados es menor de 65 años. De esta última estimación, el 15% tiene entre 45 y 65 años, y el otro 15% restante tiene menos de 45 años. Además, uno de cada diez nuevos casos diagnosticados de párkinson en España tiene menos de 50 años. Existe incluso un “párkinson juvenil” que afecta a menores de 15 años, aunque es ciertamente raro. Pero sí es cierto que la probabilidad de padecer párkinson aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 60-65 años, afectando en torno al 2-3% de la población. Suele ser más común en hombres que en mujeres, y de igual modo en la población blanca que a la raza negra y asiáticos.

Se estima que en España la incidencia es de 15 personas por cada 1.000 habitantes. Es una enfermedad para la que no existe cura, si bien no entraña un riesgo inminente de fallecimiento. Existen diversos medicamentos que ayudan a mejorar los síntomas, y sólo en los casos más severos se plantearía la opción de una cirugía y estimulación cerebral profunda (electrodos implantados en el cerebro que envían pulsos para estimular las partes del cerebro que controlan el movimiento).

No existe una prueba diagnóstica específica para precisar esta enfermedad, sino que nos basamos en el historial del paciente y el examen neurológico. Una persona debe experimentar al menos dos de los cuatro principales síntomas motores para considerar que padece dicha enfermedad. Se establecen 5 niveles o “estadios” (según Hoehn y Yahr, 1967) de progresión de la enfermedad:

- Estadio I: Síntomas leves, afectan solo a una mitad del cuerpo.
- Estadio II: Síntomas ya bilaterales, sin trastorno del equilibrio.
- Estadio III: Inestabilidad postural, síntomas notables, pero el paciente es físicamente independiente.
- Estadio IV: Incapacidad grave, aunque el paciente aún puede llegar a andar o estar de pie sin ayuda.
- Estadio V: Necesita ayuda para todo. Pasa el tiempo sentado o en la cama.

Ramaswamy et al. (2009) reestructuraron los cinco estadios evolutivos descritos por Hoehn y Yahr, estableciendo los objetivos específicos de intervención fisioterapéutica en función de 3 fases evolutivas del paciente:

- Fase inicial (estadio I y II de Hoehn y Yahr): hay pocas manifestaciones clínicas. Puede llegar a afectación bilateral pero no se altera el equilibrio.
- Fase intermedia (estadio III y IV de Hoehn y Yahr): Sí se produce una alteración del equilibrio/ marcha y un aumento del grado de dependencia.
- Fase final /estadio V de Hoehn y Yahr): la incapacidad será significativa y la dependencia progresiva, por lo que aparecerán complicaciones propias de la tendencia a la inmovilización.

Sólo el 15% de los afectados de parkinson llega a padecer un grado de deterioro motor tan grave que necesite ayuda constante para hacer cualquier actividad, dependa de otras personas y se pase la mayor parte del tiempo en una silla o en la cama, sin poder moverse en absoluto por sí mismo.

2 Objetivos

- Analizar cuáles son los principales componentes de la enfermedad de Parkinson.
- Establecer en qué medida la Fisioterapia puede ayudar a disminuir o aliviar esta sintomatología tan diversa desde un abordaje multidisciplinar.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Clinical Key, Scielo, Dialnet, Medline, Cochrane, y Google académico. Se emplearon como descriptores: enfermedad Parkinson, fisioterapia, síntomas, causas. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre y de relevancia para nuestro estudio.

4 Resultados

Debemos tener en cuenta que el tratamiento fisioterapéutico en enfermos con Parkinson se debe realizar en sesiones cortas, repetidas, con descansos frecuentes, y preferiblemente matutinas, para aprovechar los períodos de desbloqueo. Es necesaria la participación motora, sensitiva y cognitiva del paciente, puesto que resulta fundamental el trabajo activo. También debemos tener presente el tratamiento del dolor y otras funciones importantes como la respiratoria, el trofismo, el peristaltismo,... Que se ven afectadas secundariamente por la enfermedad. La investigación hasta la fecha muestra que las intervenciones con ejercicios ayudan y no deben ser a corto plazo, sino que se deben convertir en parte del estilo de vida diario del paciente.

Los resultados obtenidos sugieren que no existe un tratamiento estándar para la enfermedad, sino que debemos ir tratando los síntomas que aparecen en cada paciente para mejorar la calidad de vida del mismo, y teniendo en cuenta que no todos los pacientes que padezcan dicha enfermedad van a presentar los mismos síntomas. Así pues, se emplean ejercicios físicos para disminuir la bradicinesia, la rigidez y el temblor, a la vez que ayudan al paciente a aumentar la coordinación en el movimiento.

Serán ejercicios repetitivos y estando el paciente en estado de concentración. De igual forma trabajaremos el equilibrio y la postura mediante transferencias y reacciones de enderezamiento. Para todo lo anterior puede ser útil la hidrocinesiterapia, ya que la temperatura del agua y la disminución de gravedad que nos proporciona el medio acuático pueden facilitar el movimiento.

No podemos olvidarnos de la reeducación de la marcha, que debe incluir un entrenamiento centrado en cada una de las fases de la misma. Además de lo anterior, existen ejercicios respiratorios y de relajación que serán empleados como tratamiento de los síntomas no motores de la enfermedad. Como coadyuvante de todo lo anterior y orientado a la relajación muscular y la inhibición del dolor, existen otros métodos terapéuticos como son la electroterapia y la termoterapia.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos concluir según lo analizado anteriormente, que la intervención del fisioterapeuta juega un papel muy importante dentro del equipo multidisciplinar a la hora de planificar el tratamiento para un paciente con enfer-

medad de Parkinson. Podemos ayudarles a minimizar o en algunos casos evitar que avances las alteraciones derivadas de la misma, así como el dolor que el proceso puede acarrear. Es muy importante establecer un programa de ejercicios regular para mantener, mejorar y prolongar la calidad de vida del individuo.

6 Bibliografía

1. Dra Ma José Catalán DrAR del Á. Definición de la enfermedad de Parkinson – Asociación Parkinson Madrid.
2. Rodríguez-Carrillo JC, Ibarra M, Rodríguez-Carrillo JC, Ibarra M. Depression and other affective disorders in Parkinson's disease. *Acta Neurológica Colombiana*. septiembre de 2019;35:53-62.
3. Domínguez R, Garnacho-Castaño MV, Maté-Muñoz JL. Efectos del entrenamiento contra resistencias o resistance training en diversas patologías. *Nutrición Hospitalaria*. junio de 2016;33(3):719-33.
4. Staff familydoctor org editorial. Enfermedad de Parkinson.
5. Enfermedad de Parkinson [Internet]. [citado 5 de enero de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html>
6. Vargas-Barahona LM. Enfermedad de Parkinson y la Dopamina. 2(2):5.
7. Vargas-Barahona - Enfermedad de Parkinson y la Dopamina.pdf.
8. Stanley RK, Protas EJ, Jankovic J. Exercise performance in those having Parkinson's disease and healthy normals. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. junio de 1999;31(6):761-766.
9. Fisioterapia para la enfermedad de Parkinson: [Internet]. [citado 5 de enero de 2020]. Disponible en: </es/CD002815/fisioterapia-para-la-enfermedad-de-parkinson>.
10. Poewe W, Seppi K, Tanner CM, Halliday GM, Brundin P, Volkman J, et al. Parkinson disease. *Nat Rev Dis Primers*. 23 de marzo de 2017;3(1):1-21.
11. Morris ME. Trastornos del movimiento en personas con enfermedad de Parkinson: un modelo para la fisioterapia. *Revista de la Asociación Estadounidense de Fisioterapia* 2000; 80: 579-97.
12. Deane K, Jones D, Ellis-Hill C. Fisioterapia para pacientes con enfermedad de Parkinson. *Revisiones sistemáticas de la base de datos Cochrane* 2001; 3: CD002815.

Capítulo 882

EL EJERCICIO FÍSICO DIRIGIDO Y SUS BENEFICIOS SOBRE LA FATIGA, CONDICIÓN FÍSICA Y MENTAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y SUPERVIVIENTES DURANTE Y POST-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

CRISTINA GARCÍA ALAS

1 Introducción

El cáncer de mama se trata de una enfermedad de tipo heterogénea que consta de subtipos, siendo entre el 75% y 80% de las neoplasias de mama dependientes del estímulo estrogénico así, tratamientos que regulan la actividad estrogénica son importantes en su manejo e incluyen cirugía, radioterapia, sistémicos, endocrinos, quimioterapia y anticuerpos monoclonales.

El cáncer de mama, es aquel más común en las mujeres a nivel mundial, siendo también, una de las principales causas de muerte entre las mujeres, representándose en el 23% del total de casos de cáncer y en el 14% de las muertes por cáncer. Gracias a las mejoras en los protocolos de detección del mismo, diagnóstico, así como, de tratamiento en las últimas décadas, la mortalidad por este ha ido disminuyendo de forma progresiva, pudiendo ser en la actualidad la tasa de supervivencia superior al 90%.

La inmensa mayoría de los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama, son ambientales y dependientes del estilo de vida. Solo entre el 5 y 10% de los casos es de etiología genética-hereditaria por ello, es importante el control en la exposición de agentes cancerígenos y la modificación de conductas que favorezcan la disminución del riesgo de cáncer y la carcinogénesis.

La fatiga relacionada con el cáncer, es definida como la sensación de cansancio persistente y subjetiva relacionada con el propio cáncer o con su tratamiento, interfiriendo con el funcionamiento habitual. Esta, es el síntoma más común y devastador en pacientes con este tipo de cáncer y se asocia a depresión, alteración de la calidad del sueño y el dolor así como, da lugar a importantes consecuencias físicas, psicosociales, cognitivas y socioeconómicas siendo su prevalencia alta y fluctuante tras la aplicación de la quimioterapia y radioterapia adyuvantes ya que, las pacientes continúan experimentando síntomas de fatiga durante meses o años tras dichos tratamientos, tal es así que, entre el 80% y 96% de las pacientes presentan fatiga durante la quimioterapia y alrededor de un tercio de las mismas reporta su persistencia meses, e incluso años tras la finalización del tratamiento sistémico.

La fatiga en estas pacientes, también genera una disminución de los niveles de actividad física durante el periodo de tratamiento incluso, una vez finalizado este ya que, ha sido demostrado que persisten niveles disminuidos e incluso menores a los que tenía de manera previa al diagnóstico por ello, con el objetivo de disminuir esta fatiga, han ido surgiendo importantes líneas de investigación en el área de la rehabilitación oncológica basadas en el uso de la actividad física dirigida.

Los factores comunes que explican la relación entre la actividad física y el cáncer de mama están basados de manera principal en la modulación de marcadores inflamatorios, esteroides sexuales, eje insulina/factor de crecimiento insulino-símil (IGF-I) y adipocinas así, la obesidad, donde más del 50% de las pacientes en tratamiento y también sobrevivientes padecen y el síndrome metabólico asociado, reflejan la alteración de todos estos factores, siendo esta la condición corregible en la interacción actividad física y cáncer de mama. También, la resistencia a la insulina puede ayudar en el desarrollo de dicho cáncer.

Por tanto, el ejercicio es definido como la actividad física llevada a cabo de forma dosificada y sistemática con una frecuencia, intensidad, duración y modo determinados y con propósito de mejorar las variables de salud relacionadas con la condición física, siendo varios los métodos de entrenamiento como el aeróbico, resistencia y la flexibilidad.

Nos planteamos las siguientes hipótesis:

- ¿Podría generar beneficios sobre la condición física y mental y en concreto mejorar la fatiga en pacientes con cáncer de mama que reciben o han recibido tratamiento oncológico la actividad física dirigida?
- ¿De qué modo la actividad física dirigida durante y tras el tratamiento oncológico genera beneficios en pacientes que padecen o han padecido cáncer de mama?

2 Objetivos

- Analizar la evidencia científica que, permita conocer la repercusión que la actividad física dirigida genera sobre la condición física y mental así como, sobre la fatiga que padecen las pacientes con cáncer de mama que reciben o han recibido tratamiento oncológico.

3 Metodología

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

PubMed:

- Términos: breast neoplasms AND exercise therapy.
- Artículos: 60.
- Totales: 60.

SciELO:

- Términos: breast neoplasms AND exercise therapy.
- Artículos: 6.
- Totales: 6.

PEDro:

- Términos: breast neoplasms AND exercise therapy.
- Artículos: 1.
- Totales: 1.

Criterios de inclusión y exclusión.

- Participantes: mujeres que padecen o han padecido cáncer de mama.
- Estudios en inglés o español.
- Tipos: ensayos clínicos y revisiones. Excluidos los que no cumplan criterios de calidad científica.
- Texto completo.
- Humanos.
- Año de publicación: desde el 2009 hasta la fecha.

4 Resultados

Las mujeres con cáncer de mama, disminuyen su actividad física desde el diagnóstico previo hasta el diagnóstico posterior. Es por ello que, la aplicación del tratamiento oncológico tóxico junto al nivel de actividad física disminuida en estas pacientes durante el tratamiento, da lugar a la disminución en la capacidad del rendimiento físico de las mismas y estas a su vez, deben realizar un mayor esfuerzo y gastar aún más energía para realizar sus actividades cotidianas, lo que conduce a la fatiga.

También es sabido que, las intervenciones terapéuticas farmacológicas pueden dar lugar a efectos secundarios agudos o a largo plazo que disminuyen la capacidad funcional de estas mujeres así como, reducen su calidad de vida.

El ejercicio físico dirigido, es considerado eficaz como tratamiento no farmacológico en las pacientes que padecen cáncer de mama ya que, el aumento de la actividad física en estas pacientes da lugar a beneficios importantes que promueven buenos resultados psicológicos así como bienestar en las mismas. De este modo, el ejercicio físico dirigido y supervisado muestra un efecto positivo sobre la fatiga relacionada con el cáncer de mama en comparación a la atención convencional, pudiendo ser considerado como un tipo de terapia segura para manejar dicha fatiga así como, otros como la calidad de vida en aquellas que han superado el cáncer. Dicho ejercicio dirigido y supervisado, produce mejoras en cuanto a la adherencia e intensidad del mismo quizás, esto sea debido a un mayor estímulo o confianza que el profesional ofrece. Por ello, tras un ejercicio dirigido y supervisado por un profesional, aquellos dominios de calidad de vida como son el bienestar físico y funcional se ven beneficiados en mujeres que han superado el cáncer de mama.

Por ello, el ejercicio dirigido y supervisado podría ser considerado como un tipo de intervención segura y también efectivo para la mejora de la fatiga relaciona

con el cáncer de mama entre aquellas que lo han superado. Así, se recomienda la prescripción de ejercicio físico supervisado y estructurado para las mujeres que han superado el cáncer de mama de manera independiente a la etapa de tratamiento, como medio para lograr la mejora de la fatiga relacionada con dicho cáncer y algunos dominios de la calidad de vida en general.

Se considera que, la actividad física dirigida junto con la mejora de la adherencia a tratamientos quimiopreventivos (como la terapia endocrina en cáncer de mama) de largo plazo y cambios en el estilo de vida de estas pacientes, se tratan de estrategias relevantes de prevención secundaria. Es sabido que, existe una relación positiva entre la actividad física dirigida tanto durante como después de la aplicación de los tratamientos antineoplásicos, traduciéndose en una mejora de la calidad de vida, la funcionalidad, sobre los síntomas psicológicos así como, los relacionados a la enfermedad y sus tratamientos. Por ello, son numerosos los beneficios que la actividad física dirigida produce sobre los pacientes oncológicos.

La actividad física dirigida en la actualidad, se encuentra integrada en programas de intervención basada en ejercicios estructurados para dichas pacientes tanto durante como posterior al recibimiento de los tratamientos antineoplásicos. Por ello, este es totalmente factible y seguro de llevar a cabo durante los tratamientos antineoplásicos de tipo sistémicos en pacientes con cáncer de mama. Cabe destacar que, el ejercicio físico dirigido no solamente se ha vinculado con las mejoras en cuanto a la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama sino también, con un aumento en la supervivencia de aquellas sobrevivientes a dicho cáncer.

También se sabe que, la ganancia de peso y obesidad tras el diagnóstico de cáncer de mama en las mujeres, es un efecto de tipo adverso y común de los tratamientos antineoplásicos, lo cual se ve acentuado en aquellas sobrevivientes al mismo y que presentan bajos niveles de actividad física en sus vidas. Por ello, aquellas mujeres que muestran sobrepeso u obesidad en el momento de su diagnóstico o ganancias de peso durante el tratamiento recibido, muestran menores tasas de supervivencia a dicho cáncer. El ejercicio físico por su parte, modula el nivel de estrógenos en estas mujeres, disminuye la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia, lo que explicaría la mejoría en cuanto a la sobrevida.

Por tanto, aquellas intervenciones basadas en una duración de más de 28 semanas, con 3 sesiones por semana y con duración de 40 minutos generan grandes efectos beneficiosos y mayores, frente aquellos ejercicios de bajo volumen. También se ha

mostrado que, durante el recibimiento del tratamiento antineoplásico, se deben de llevar a cabo de 5 a 12 semanas de ejercicio, de 3 a 5 veces por semana con la incorporación de ejercicios que impliquen resistencia y de tipo aeróbicos con una intensidad de moderada a vigorosa durante 30 a 60 minutos y de manera general utilizando la marcha como ejercicio elegido. Esta marcha, es recomendable para muchos pacientes independientemente de la edad o estado de enfermedad.

El entrenamiento de resistencia, mejora de manera significativa la fatiga relacionada con el cáncer de mama y, aquellos ejercicios que conllevan mayor volumen en tiempo, refieren ser seguras, factibles de realizar y con efectos positivos en varios de los síntomas deletéreos en pacientes con cáncer de mama. No se debe olvidar que, y teniendo en cuenta los efectos producidos por el cáncer y el tratamiento sobre la capacidad funcional, la prescripción del ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama ha de ser individualizada así como, deben ser considerados el modo o forma, intensidad, duración, frecuencia y progresión del ejercicio. No se debe olvidar, el especial cuidado en aquellas pacientes que estén recibiendo tratamiento de tipo quimioterápico ya que, este muestra efectos colaterales a nivel cardiopulmonar y también, aquellas pacientes que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Durante el tratamiento oncológico, la asociación entre este, el cual genera por sí mismo efectos secundarios agudos y a largo plazo y, el bajo nivel de actividad física, da lugar a la disminución del rendimiento físico, calidad de vida y en consecuencia a la fatiga en las mujeres con cáncer de mama. El ejercicio físico dirigido, el cual se ha vinculado al aumento de la supervivencia del cáncer de mama y para aquellas quienes muestran además sobrepeso y obesidad asociados, es eficaz ya que, promueve buenos resultados psicológicos, bienestar, reduce la fatiga y mejora la adherencia al mismo, siendo una terapia segura y efectiva para aquellas mujeres que han superado el cáncer de mama. Por ello, se trata de una estrategia de prevención secundaria y se recomienda que este sea supervisado y estructurado.

Dicho ejercicio dirigido, se encuentra integrado en programas de intervención y es factible y seguro para aquellas que padecen de cáncer de mama y para quienes lo han superado. Así mismo, durante el tratamiento se debe de llevar a cabo entre 5 a 12 semanas; 3 a 5 veces por semana y que implique resistencia y aeróbicos con intensidad de moderada a vigorosa, durante 30 minutos, siendo la marcha el ejer-

cicio recomendado aunque, la prescripción debe ser individualizada prestando especial atención para quienes estén recibiendo quimioterapia o se encuentren en etapas avanzadas de la enfermedad.

Por tanto, el ejercicio físico dirigido, estructurado e individualizado, llevado a cabo entre 5 y 12 semanas; de 3 a 5 veces por semana y basado en la resistencia y aeróbicos, con intensidad de moderada a vigorosa durante 30 minutos, es seguro y eficaz para quienes padecen cáncer de mama y para aquellas que lo han superado. También, se vincula al aumento de la supervivencia al cáncer de mama y promueve buenos resultados psicológicos, sobre el bienestar, la fatiga y adherencia al mismo aunque, es necesario determinar de forma objetiva qué parámetros de ejercicio específicos son adecuados de acuerdo a qué resultados muestra la terapia oncológica así como, determinar si existen o no beneficios específicos de dicho ejercicio para quienes reciben tratamiento quimioterápico o se encuentren en etapas avanzadas de la enfermedad y, si existen por tanto beneficios, cuáles serían los parámetros específicos de ejercicio teniendo en cuenta los efectos colaterales cardiopulmonares. Por todo ello, se requieren más estudios para dilucidar estos aspectos.

6 Bibliografía

- Ballard-Barbash R, Friedenreich CM, Courneya KS, Siddiqi SM, McTiernan A, Alfano CM. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104(11):815-40.
- Browall M, Mijwel S, Rundqvist H, Wengström Y. Physical Activity During and After Adjuvant Treatment for Breast Cancer: An Integrative Review of Women's Experiences. *Integr Cancer Ther.* 2018;17(1):16-30.
- Dos Santos WDN, Gentil P, de Moraes RF, Ferreira Júnior JB, Campos MH, de Lira CAB, Freitas Júnior R, Bottaro M, Vieira CA. Chronic Effects of Resistance Training in Breast Cancer Survivors. *Biomed Res Int.* 2017;2017:8367803.
- Furmaniak AC, Menig M, Markes MH. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9.
- Lahart IM, Metsios GS, Nevill AM, Carmichael AR. Physical activity for women with breast cancer after adjuvant therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1.
- Lemanne D, Cassileth B, Gubili J. The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship. *Oncology (Williston Park).* 2013;27(6):580-5.
- Neil-Sztramko SE, Kirkham AA, Hung SH, Niksirat N, Nishikawa K, Campbell

- KL. Aerobic capacity and upper limb strength are reduced in women diagnosed with breast cancer: a systematic review. *J Physiother.* 2014;60(4):189-200.
- Meneses-Echávez JF, Correa-Bautista JE, González-Jiménez E, Schmidt Río-Valle J, Elkins MR, Lobelo F, Ramírez-Vélez R. The Effect of Exercise Training on Mediators of Inflammation in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review with Meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;25(7):1009-17.
 - Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Correa-Bautista JE, Valle JS, Ramírez-Vélez R. [Effectiveness of physical exercise on fatigue in cancer patients during active treatment: a systematic review and meta-analysis]. *Cad Saude Publica.* 2015;31(4):667-81.
 - Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Ramírez-Vélez R. Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer.* 2015;15:77.
 - Paramanandam VS, Roberts D. Weight training is not harmful for women with breast cancer-related lymphoedema: a systematic review. *J Physiother.* 2014;60(3):136-43.
 - Ramírez K, Acevedo F, Herrera ME, Ibáñez C, Sánchez C. [Physical activity and breast cancer]. *Rev Med Chil.* 2017;145(1):75-84.

Capítulo 883

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida, sobre todo en los países industrializados, pone de manifiesto un aumento claro de ciertas patologías. Podemos decir que la artrosis es la enfermedad osteoarticular más frecuente actualmente, y se espera que esta prevalencia crezca en los años venideros.

El avance en la cirugía traumatológica y en los materiales biomecánicos está permitiendo grandes avances quirúrgicos. En la era actual se realizan operaciones mucho menos invasivas y con materiales más duraderos y que se adaptan mejor al cuerpo humano.

La artrosis es una enfermedad que se presenta con un dolor que puede llegar a ser invalidante mermando la calidad de vida de las personas. En las personas mayores de 65 años se estima que un 70 % sufren procesos artrósicos que dificultan en mayor o menor medida sus actividades diarias.

La rodilla al ser una articulación crucial en la marcha y no estar anatómicamente muy protegida se ve afectada altamente por la artrosis. Para resolver ésta situación se suelen proponer tratamientos conservadores pero no siempre funcionan o se realizan en el momento adecuado, es entonces cuando el paciente pasa a ser candidato a una artroplastia total de rodilla o prótesis total de rodilla.

A pesar de que cada vez las intervenciones quirúrgicas son menos invasivas es necesario siempre un tratamiento fisioterapéutico postquirúrgico. De esta manera pretendemos recuperar la funcionalidad de la manera más armónica y precoz para poder reincorporar al paciente lo mejor y antes posible a su vida.

Sujeto de otra revisión e investigación será la influencia positiva que podría tener en estas intervenciones también un tratamiento prequirúrgico para conseguir que el paciente llegue en las mejores condiciones a nivel físico, neurológico y mental a la intervención quirúrgica.

El tratamiento de fisioterapia después de una artroplastia total de rodilla es conocido desde hace mucho tiempo, pero existen diferentes protocolos o formas de intervención. Dichos protocolos tienen siempre como objetivos disminuir el dolor y la recuperación funcional pero debemos pensar cuales lo consiguen de la manera menos cruenta, eficaz y rápida.

En los protocolos de fisioterapia inicialmente se pretende disminuir el edema, la inflamación local, prevenir complicaciones sobrevenidas de una cirugía como son las respiratorias, ganar movilidad articular y disminuir el dolor. Posteriormente se aumentará la movilidad articular, se mejorará la fuerza muscular y se reprogramará de forma correcta el patrón de marcha, además de otras actividades como las transferencias. Finalmente se perfilarán todos los detalles para tener una biomecánica funcional y normal, dando la importancia que merecen aspectos como la propiocepción. Por supuesto en todo el tratamiento se dan pautas de higiene postural para que el paciente sepa cómo cuidar y manejar su articulación y su cuerpo en cada momento del proceso.

Se ha visto que el tratamiento es más eficaz cuanto más inmediata sea su aplicación. Actualmente se habla, incluso, del inicio de la intervención en el mismo instante en que el paciente sale del bloque quirúrgico.

2 Objetivos

- Analizar los diferentes tipos de intervención que se realizan en una artroplastia total de rodilla desde la fisioterapia.
- Evaluar la eficacia de todos ellos, para poder estandarizar cual sería el protocolo ideal para conseguir no sólo la recuperación funcional total del paciente sino también de la manera más rápida y con el menor dolor.

3 Metodología

Se realizará una revisión sistemática sobre las técnicas de fisioterapia en el tratamiento postquirúrgico de las prótesis totales de rodilla y su eficacia. A continuación se detallan los criterios de inclusión y exclusión y la estrategia de búsqueda.

Criterios de inclusión y exclusión: se fijarán como criterios de inclusión los siguientes:

- Ser estudios tipo ensayo clínico.
- Haber sido publicado entre enero del 2009 y enero 2020.
- Estar en inglés o español.

Se fijaran como criterios de exclusión:

- Ser revisiones o metaanálisis.
- No estar en inglés o español.
- Ser anteriores al 2009.

Se realizará una búsqueda sistemática de la cual se seleccionaran artículos publicados en inglés y español desde enero del 2009 hasta enero del 2020. Las bases de datos que se consultaran serán PubMed y Scielo.

La estrategia de búsqueda incluirá los siguientes términos clave: “prótesis total rodilla”, “artroplastia total rodilla”, “artroplastia” “prótesis”, “fisioterapia”; “knee”, “physiotherapy”, “physical therapy”, “therapy”, “knee protesís” “replacement” y “arthoplasty” combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

4 Bibliografía

1. Kapandji IA. Cuadernos de fisiología articular. Tomo II. Madrid. Masson. 1997.
2. Martin SD, Scott RD, Thornhill TS. Current concept of total knee arthroplasty. J Orthop Sports Phys Ther.1998.
3. Tennant A, Fear J, Pickering A, Hillman M, Cutts A, Chamberlain MA. Prevalence of knee problems in the population aged 55 years and over: identifying the need for knee arthroplasty. BMJ 1995.
4. Gómez J. Calidad de vida relacionada con la salud. La punta del iceberg del complejo abordaje de los ancianos muy mayores. Med Clí (Barc) 2010.
5. Estudio EPISER 2000. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: MSD y Sociedad Española de Reumatología; 2001.

6. Ribera JM. Epidemiología de la enfermedad osteoarticular en la persona mayor. JANO. 2005.
7. Pagés E, Iborra J, Rodríguez S, Jou N, Cuxart A. Prótesis total de rodilla. Estudio de los factores determinantes del alta hospitalaria en rehabilitación. Rehabilitación 2002.
8. Coffet H, Collect JP, Shapiro SH, Paradis G, Marquis F, Roy L. Effectiveness of intensive rehabilitation on functional ability and quality of life after first total knee arthroplasty: a single-blind randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil 2004.
9. Han F, Ng L, Gonzalez S, Hale T, Turner-Stokes L. Multidisciplinary rehabilitation programmes following joint replacement at the hip and knee in chronic arthropathy. Cochrane Database Syst Rev 2008.
10. Morgado I, Pérez AC, Mooguel M, Pérez-Bustamante FJ, Tores LM. Guía manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Rev Soc Esp Dolor. 2005.
11. Aguilera JM, Gutiérrez G, Pérez J. Actualidades en la cirugía de reconstrucción articular de rodilla. Reumatol Clin. 2007.
12. Castiella S, López MA, No J, García I, Suárez J, Bañales T. Artroplastia de rodilla Rehabilitación. 2007.

Capítulo 884

TÉCNICAS Y CUIDADOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CORAZÓN CON ENTRENAMIENTO FÍSICO DIRIGIDOS AL PERSONAL HOSPITALARIO

SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA

IOANA VALERIA ROMAN

ANDREA MONTES TORRES

JAIME ALVAREZ DIAZ

MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ

1 Introducción

El primer trasplante de corazón (TC) fue realizado en Sudáfrica en 1967. Aunque el paciente solo sobrevivió 18 días, este hecho estimuló el desarrollo y estudio de las técnicas que hoy en día se utilizan y en 1982, con la introducción de los inmunosupresores como tratamiento, se extendió la práctica del trasplante cardiaco. La importancia de la rehabilitación cardiaca (RHC) radica en la mejora de la condición del paciente mientras espera el TC y tras la realización del mismo, siendo el tratamiento con ejercicio el componente más importante incluido dentro de esta terapia (1).

El trasplante cardíaco es una alternativa terapéutica establecida para pacientes con insuficiencia cardíaca grave en la que se han agotado todos los recursos médicos, en ausencia de contraindicaciones. Es fundamental para la adecuada selección de los candidatos llevar a cabo una correcta valoración funcional que incluye aspectos del ámbito de la rehabilitación, como la valoración osteo-articular, neurológica, de la tolerancia al ejercicio y de la calidad de vida (2). Es recomendable realizar un programa de rehabilitación individualizado, tanto antes como después del trasplante y, al finalizarlo, integrar el ejercicio dentro de los hábitos de la vida cotidiana (2).

Actualmente más de 300 centros en el mundo realizan cerca de 3,400 trasplantes cardíacos anualmente, El estimador de supervivencia es de 79, 63 y 35% a 1, 5 y 12 años respectivamente. No obstante, hay que recordar las palabras del maestro Ignacio Chávez al decir: “El médico no es un mecánico que debe arreglar un organismo enfermo como se arregla una máquina descompuesta. Es un hombre que se asoma sobre otro hombre, en un afán de ayuda, ofreciéndole lo que tiene, un poco de ciencia, y un mucho de comprensión y simpatía” (5).

La supervivencia a corto plazo de los pacientes trasplantados ha mejorado ostensiblemente, en parte debido a la mejoría en las técnicas quirúrgicas, la preservación de órganos, los cuidados en la unidad de terapia intensiva, y los medicamentos inmunosupresores. Hoy en día, el 40% de los pacientes con trasplante cardíaco vive más de 12 años, siendo las complicaciones a mediano y largo plazo aquellas que influyen en su morbilidad (5).

Según la OMS, la RHC se define como: “Conjunto de actividades necesarias para asegurar a los cardiopatas una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como sea posible dentro del marco social” La terapia física, es uno de los componentes más importantes de la RHC, ya que favorece el pronóstico de los pacientes con enfermedades del corazón, de hecho, Ueno y Tomizawa , afirman que el ejercicio terapéutico constituye la base de la rehabilitación como tratamiento (3).

Entre los objetivos que se esperan conseguir con su actuación, se encuentran la prevención de enfermedades respiratorias, el mantenimiento y la mejora de la función miocárdica y la mejora de los síntomas en general, así como la función física y la capacidad de ejercicio, con el propósito de mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes. Trojeto afirma que más del 80 % de los programas aplicados en el TC incluyen un médico, un fisioterapeuta, un enfermero, un nutricionista, un asistente social, y un coordinador de trasplantes. Otros pro-

fesionales también participan en algunos centros, pero los principales son los nombrados.

Respecto a la educación sanitaria, existen investigadores que nombran su importancia, pero son Hermann et al (3), los que ofrecen información más detallada, estableciendo en su programa 4 sesiones de 1 hora de duración en las que el paciente adquiere conocimientos acerca de los beneficios del ejercicio y de una correcta alimentación. Todo el equipo multidisciplinar debe participar en la educación y concienciación insistiendo en la necesidad de adquirir buenos hábitos y en el control de los factores de riesgo, pero es el fisioterapeuta el que por su cercanía con el paciente tiene más implicación en esta tarea (3).

2 Objetivos

Objetivo general:

Realizar una revisión bibliográfica sobre las técnicas y cuidados en pacientes trasplantados de corazón con entrenamiento físico dirigidos al personal sanitario.

Objetivos específicos:

- Investigar sobre el temático trasplante de corazón.
- Identificar el rol del personal sanitario en la rehabilitación del paciente trasplantado.
- Reconocer la importancia de los cuidados en pacientes trasplantados.

3 Metodología

La metodología utilizada fue una revisión bibliográfica sobre las técnicas y cuidados en pacientes trasplantados de corazón con entrenamiento físico dirigidos al personal sanitario. Estas incluyen PUBMED, Google Académico, Science Direct y Scielo.

4 Resultados

Han transcurrido más de cuarenta años desde la primera publicación de la OMS que aconsejaba la inclusión de pacientes con enfermedades cardiovasculares en programas de rehabilitación cardíaca (PRC). Con la experiencia se han ampliado las indicaciones, y en la actualidad un gran porcentaje de los enfermos en rehabilitación está formado por ancianos, con cardiopatías muy evolucionadas, en in-

suficiencia cardíaca y siendo portadores de marcapasos (MP) o de desfibriladores automáticos implantables (DAI), en una alta proporción (4).

El objetivo fundamental de la rehabilitación cardíaca es el incremento en la calidad de vida de los enfermos y, si fuera posible, mejorar el pronóstico. Para ello, se precisa el trabajo coordinado de distintas especialidades médicas y de actuaciones multidisciplinares. Las de índole psicosocial incidirán de forma preferente en la calidad de vida del paciente, las pautas de control de los factores de riesgo y el entrenamiento físico también lo harán sobre el pronóstico (4).

Los pacientes en programas de rehabilitación deben ser informados sobre el hecho indispensable de que las pautas de comportamiento que van a aprender deben seguirse durante el resto de su vida. Tomando en cuenta los indudables problemas existentes para la inclusión de los pacientes en los PRC, deberíamos considerar la posibilidad de desarrollar programas no supervisados de entrenamiento físico (4).

La práctica habitual de ejercicio físico debe estar perfectamente planificada con el fin de evitar complicaciones indeseables. Las contraindicaciones para su realización se han ido reduciendo con el paso del tiempo y con la experiencia adquirida (4).

Varios estudios han mostrado que el entrenamiento físico disminuye o incluso revierte las anormalidades fisiológicas en pacientes trasplantados, acelera la recuperación y maximiza los beneficios de la cirugía. Dentro de los beneficios del entrenamiento físico se incluyen el incremento del VO₂ pico, de la carga máxima de trabajo, del umbral aeróbico-anaeróbico, la mejor eficiencia en la eliminación del lactato. Por otro lado la frecuencia cardíaca máxima aumenta y la percepción del esfuerzo disminuye. Una posible explicación para esta mejoría es la adaptación del músculo y la circulación periféricos, que recordamos como determinantes del consumo máximo de oxígeno (5).

Lampert et al. Observaron que pacientes post-trasplantados sometidos a entrenamiento físico, tuvieron cambios adaptativos a nivel celular, con un incremento en la densidad mitocondrial de un 26%. Estos cambios se traducen en una mejor función aeróbica, como el incremento en el VO₂máximo, en el umbral aeróbico-anaeróbico y en la carga de trabajo realizada. La densidad capilar (relación capilar/fibra) no cambió en los pacientes trasplantados en comparación con los controles sanos, debido probablemente a la terapia inmunosupresora (5).

Aunque se han intentado muchas maniobras para evitar o revertir la osteopenia asociada al trasplante cardíaco (suplementos de calcio en la dieta, agentes bifosfonato, hormonas androgénicas o calcitonina), éstas han fallado (5). Las pérdidas incluso con el tratamiento llegan al 10% del mineral óseo. Braith et al. Encontraron que el entrenamiento físico durante 6 meses incrementa la densidad mineral ósea en pacientes tras-plantados en un 9% (densidad total corporal) e incluso un 18% en la densidad en las vértebras de la columna lumbar ($p < 0.05$). El entrenamiento físico se ha utilizado en pacientes con trasplante cardíaco para incrementar la masa muscular y la densidad ósea. Esto incrementa la capacidad muscular periférica y minimiza los defectos de postura en los pacientes. Esto es particularmente importante para contrarrestar la atrofia muscular y la osteopenia condicionadas en parte por la falla cardíaca y la medicación (uso de esteroides) (5).

Si bien los pacientes post-trasplantados que son sometidos a un programa de entrenamiento no alcanzan los niveles de tolerancia máxima al esfuerzo que sus contrapartes sin cardiopatía. El entrenamiento físico mejora el consumo pico de oxígeno (VO_2 pico) hasta un 49%, e incrementa la máxima carga de trabajo en los pacientes trasplantados. No obstante este cambio, las dosis de inmunosupresores, antihipertensivos, el número de rechazos o de infecciones no varían en comparación con el grupo control. Aunque teóricamente las intervenciones para la mejoría del estilo de vida en programas de rehabilitación cardíaca y prevención secundaria son ideales para el seguimiento de los pacientes trasplantados, en un intento para disminuir o retrasar la progresión de la arteriopatía coronaria, esto no ha sido todavía comprobado (5).

Una de las pruebas que sirve de ayuda para establecer el tratamiento rehabilitador, es la prueba de esfuerzo, necesaria para la correcta prescripción del ejercicio, siempre teniendo en cuenta que el paciente haya sido considerado para participar en el mismo, Esta prueba se realiza en un ergómetro, siendo los más utilizados la bicicleta ergométrica y el tapiz rodante. Los protocolos más utilizados son los de Bruce, Scheffield, Naughton y Balke-Ware, que se pueden desarrollar de manera máxima o submáxima, dependiendo de las características del paciente, y de otras muchas variables, como pueden ser, la manera de calcular la FC o la presencia de fármacos (3).

En comparación con una persona sana de su misma edad, un paciente trasplantado no conseguirá alcanzar las mismas capacidades, pero con el ejercicio se intentarán mejorar, dentro de sus posibilidades, la resistencia y la tolerancia al

entrenamiento (3). Squires afirma que la respuesta fisiológica al ejercicio es anormal después del TC debido a la incompetencia cronotrópica provocada por la denervación, aunque para algunos autores la calidad de vida de estos pacientes aumenta, la supervivencia se reduce debido a la gran cantidad de complicaciones tardías de ahí la importancia del entrenamiento y como afirman Karapolat et al. De la combinación de éste con la terapia respiratoria (3).

Por otra parte la mayoría de los post-trasplantados tienen una pobre tolerancia al ejercicio, debida principalmente a fatiga muscular y aunque en un principio se atribuyó a la denervación cardíaca y a la disfunción diastólica, posteriormente también se atribuyen a estos fenómenos, factores periféricos musculares asociados a la pérdida de condición física (6). Durante el ejercicio las respuestas ventilatoria, la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el gasto cardíaco también están alteradas en el paciente post-trasplantado. (6)

El entrenamiento cardíaco en los pacientes trasplantados de corazón en los estudios revisados suelen tener una duración de ocho a doce semanas con una frecuencia de tres días a la semana, entre 45' y una hora con un programa de ejercicios muy similar incluyendo: calentamiento, entrenamiento y relajación (6).

La inactividad física y la reducción del gasto cardíaco son condiciones desfavorables que hacen del individuo que ha recibido un trasplante cardíaco un excelente candidato para participar en un programa de rehabilitación. La denervación miocárdica del corazón trasplantado lleva consigo una pérdida de modulación del sistema nervioso autónomo y una mayor dependencia de la concentración sanguínea de catecolaminas circulantes. Esta peculiaridad condiciona la respuesta del corazón trasplantado ante el ejercicio físico (6).

La prescripción de ejercicio físico después del trasplante debe ser regulada según las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo coronarios. Los protocolos de entrenamiento en cicloergometro más utilizados son los que trabajan con carga mantenida seguidos de los que trabajan con carga escalonada. Utilizan incrementos de carga variada, que tras un programa similar de calentamiento aumentan la carga entre 5 y 15 W /minuto. Se hace necesaria la inclusión de estos pacientes en un programa de entrenamiento físico progresivo, siempre controlado por un fisioterapeuta experto que formara parte del equipo multidisciplinar responsable del programa. (6).

En la investigación realizada por Raquel Merino en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander observo que después de la operación, los fisioter-

apeutas especializados de la unidad de cuidados intensivos (UCI), aplicaron al paciente medidas de fisioterapia respiratoria y movilizaciones pasivas con el objetivo de limitar las complicaciones en el postoperatorio inmediato. El paciente pasó por un largo periodo de hospitalización debido a las complicaciones propias del trasplante. Como consecuencia de esto, presenta escaras en talones con dificultad de curación y equinismo en ambos pies, lo que se interpone en el actual tratamiento, por el dolor y la dificultad que le genera caminar (3). El tratamiento postoperatorio llevado a cabo en estos momentos, es el mismo que comenzó después de ser dado de alta, pero con una gran evolución en el mismo (3).

Actualmente, realiza 15 minutos de bicicleta y otros 15 de cinta rodante, seguidos por ejercicios propioceptivos y de fortalecimiento de miembros inferiores. Toda la actividad estuvo supervisada por la actual fisioterapeuta, que es quién me informa de que al comienzo del programa el paciente no era capaz de caminar ni 5 minutos. Acude tres días por semana y cada sesión tiene una duración aproximada de 1 hora, aunque puede variar dependiendo del estado del paciente (3).

Las pruebas de esfuerzo realizadas siguen el protocolo Bruce (Fernández y Pardo, 2008; Muela, 2010). Se realizan al inicio y al final del programa y son la fisioterapeuta y la enfermera las encargadas de desarrollarlas, ya que cuentan con el equipo necesario para ello. La enfermera toma la PA al paciente al inicio y al final del tratamiento, y las constantes son monitorizadas durante toda la sesión. El paciente valora subjetivamente su esfuerzo en la escala de Borg al finalizar el ejercicio aeróbico. Esta escala también se utiliza para seguir la pauta de tratamiento (3).

La educación sanitaria también está presente en la unidad. Semanalmente realizan charlas de concienciación a todos los pacientes con patologías cardíacas que acuden al servicio de rehabilitación. Éstas, permiten la participación, pudiendo consultar cualquier tipo de duda. Cada semana es un miembro distinto del equipo multidisciplinar el encargado de realizar la exposición, lo que favorece la implicación de todos ellos en el proceso educativo (3).

5 Discusión-Conclusión

Se encontró evidencia de calidad moderada que indica que la rehabilitación cardíaca con ejercicios mejora la capacidad para realizar ejercicios, y el ejercicio no tiene ninguna repercusión sobre la calidad de vida relacionada con la

salud en el corto plazo (mediana 12 semanas de seguimiento) en los receptores de trasplante de corazón. La rehabilitación cardíaca parece ser segura en esta población, pero los datos de seguimiento a largo plazo están incompletos y se necesitan ensayos de buena calidad y con el poder estadístico suficiente para demostrar los beneficios a más largo plazo del ejercicio en la seguridad y la repercusión sobre los resultados clínicos y los relacionados con los pacientes, como la calidad de vida relacionada con la salud y los costos de asistencia sanitaria (7).

La realización de un trasplante cardíaco en nuestra población es una alternativa real (aunque muy costosa) para el paciente con cardiopatía terminal. No obstante, después de un trasplante cardíaco el paciente persiste con datos de falla cardíaca, principalmente debidos a la mala adaptación del músculo periférico y alteraciones centrales como: la denervación autonómica del injerto, la disfunción endotelial, la disfunción diastólica o inclusive ACA (5).

Los programas de rehabilitación cardíaca pueden aportar beneficios al paciente post-trasplantado, por un lado mediante el entrenamiento físico y por el otro, con el control de los factores de riesgo coronario. Es fundamental apoyar a este tipo de pacientes para que recuperen, en la medida de lo posible, su calidad de vida asociada a la salud. Esto incluye asesoría en cuanto a la actividad sexual, física, laboral, etc. Está ampliamente recomendado que el tratamiento del paciente post-trasplantado sea integral y multidisciplinario, la evidencia indica que el trasplante de corazón está cumpliendo con el objetivo de mejorar el estado clínico de la persona (5).

6 Bibliografía

1. Merino Fernández, R. (2014). La rehabilitación cardiaca en el paciente trasplantado de corazón. Papel de la fisioterapia. Revisión bibliográfica.
2. Ramos Solchaga, M., & Gil Fraguas, L. (2006). Trasplante cardíaco y rehabilitación. *Rehabilitación*, 40(6), 345-352.
3. Merino Fernández, R. (2014). La rehabilitación cardiaca en el paciente trasplantado de corazón. Papel de la fisioterapia. Revisión bibliográfica.
4. Maroto j. rehabilitación cardiaca. 2009, sociedad española de cardiología.
5. Ilarraz-Lomelí, Hermes. (2006). Rehabilitación en pacientes con trasplante cardíaco. *Archivos de cardiología de México*. 76. 251-6.
6. Bóveda, C. C. (2011). Eficacia de la fisioterapia en la mejora de la capacidad aeróbica en una población trasplantada de corazón. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3(2).

7. Anderson L, Nguyen TT, Dall CH, Burgess L, Bridges C, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation in heart transplant recipients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD012264.

Capítulo 885

REHABILITACION EN CIRUGÍA ABDOMINAL

MÓNICA FERNÁNDEZ BARRERA

XANA CUELLO POSADA

1 Introducción

En la actualidad se realizan multitud de cirugías en el área abdominal, por indicaciones muy variadas: cesáreas, resección de tumores, histerectomías, abdominoplastias, tratamiento de las complicaciones por colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, entre otras. La tendencia es que estas intervenciones sean cada vez menos invasivas, pero en ocasiones es inevitable el daño de estructuras profundas (vísceras) o superficiales (musculatura y fascias). Lo cual puede provocar, si no se toman las medidas adecuadas, problemas futuros, y por ello se debe prestar atención a los necesarios cuidados tras la cirugía abdominal desde el momento inicial.

La cavidad abdominal es un gran espacio corporal que contiene gran parte de nuestras vísceras, ocupa la región entre el diafragma y la abertura de la pelvis. Está dividida en dos partes: una recubierta por una membrana de tipo seroso, llamada peritoneo, que forma la cavidad peritoneal, que contiene los órganos digestivos, y el otro es la cavidad retroperitoneal, que alberga los riñones y glándulas suprarrenales. Para su estudio suele ser dividido en nueve cuadrantes o regiones (3 superiores, 3 medios y 3 inferiores), que se denominan: epigastrio, hipocondrio derecho, hipocondrio izquierdo, mesogastrio, flanco derecho e izquierdo, hipogastrio y fosa iliaca derecha e izquierda.

El fisioterapeuta y el resto de profesionales sanitarios que trabajan con estos pacientes deben estar familiarizados con el plan quirúrgico que se llevará a cabo. Pero también con todo lo que conlleva el postoperatorio, es decir, la cicatrización tanto externa como interna de los sistemas afectados, las complicaciones que puedan ocurrir y como afrontarlas, prevenirlas y paliarlas, evitar la formación de escaras debido al encamamiento prolongado que pueda ocurrir, así como debilidad muscular y respiratoria. Teniendo el profesional todo esto en cuenta atajará antes éstas complicaciones que pueden alargar el tiempo de hospitalización y que afectan a la calidad de vida del paciente.

2 Objetivos

Identificar la función del fisioterapeuta en la rehabilitación de la cirugía abdominal.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: fisioterapia, abdominal, cirugía, paciente, rehabilitación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En el plan quirúrgico el papel del fisioterapeuta es importante. Este profesional ya interviene en el preoperatorio, explicando al paciente cómo será el proceso y las complicaciones que pueden ocurrir y que pueden alargar la estancia hospitalaria y su calidad de recuperación. Para ello, adiestrará al paciente en la realización de una serie de ejercicios tanto respiratorios, para prevenir complicaciones y como afrontarlas, y una serie de pautas de actividad física para llegar en mejores condiciones al quirófano y para realizarlas posteriormente siguiendo las pautas del fisioterapeuta.

Se debe tener en cuenta que la cirugía abdominal trae por sí misma, unos factores de riesgo como la anestesia, duración de la cirugía y tipo, presencia de drenaje, etc. Pero no son los únicos factores de riesgo presentes ya que están los propios del paciente como son la edad, sobrepeso, sedentarismo, EPOC, fumador, etc., éstos

factores de riesgo últimos son los que le indicará el fisioterapeuta al paciente para que actúe sobre los que pueda en el tiempo disponible. El objetivo siempre es preservar la calidad de vida del paciente al máximo, evitar complicaciones y ayudar al enfermo para afrontar el proceso de su intervención.

En el tratamiento de rehabilitación de la cirugía abdominal se tiene que actuar con 5 cuidados, según describe Morales R. 2018 :

- Control adecuado del dolor

En ocasiones el dolor se convierte en un freno para la recuperación. Un correcto manejo del dolor permitirá una mejor y más rápida recuperación.

El dolor puede ser de tipo visceral o por las cicatrices. Por eso, los profesionales de la salud y en especial los fisioterapeutas, deben estar familiarizados con el proceso de cicatrización de los diversos tejidos, órganos y sistemas afectados, las características específicas de la lesión y las complicaciones frecuentes de la cirugía abdominal, para comprender los efectos causados(Pinzon I. 2015)

- Respiración

El objetivo final es restablecer la respiración abdomino- diafragmática. Este patrón es difícil de realizar en postoperatorio inmediato. Por ello se enseñará al paciente a realizar también una respiración torácica, evitando que esta sea superficial. Se deben buscar inspiraciones y espiraciones lo más prolongadas posibles en función de la tolerancia de cada paciente. Para disminuir el riesgo del acúmulo de secreciones y las posibles infecciones respiratorias. Así como una tos efectiva para eliminar la mucosidad y la espirometría incentivada (De ahí la importancia de enseñar al paciente prequirúrgico), y de forma progresiva, según tolerancia, se irá añadiendo el componente abdominal de la respiración.

Además, como parte de la reeducación respiratoria se deben realizar movimientos de los miembros superiores que ayudaran a aumentar la capacidad pulmonar y a recuperar la movilidad de la parte superior del cuerpo.

- Mover las piernas

El tiempo de inmovilización tras cada intervención es muy variable. Pero cuando se trata de cirugías “ agresivas” puede ser necesario permanece encamado o sentado durante largos periodos. La pérdida de masa muscular es muy rápida en procesos que requieren reposo. Por este motivo, es recomendable realizar, varias veces a lo largo del día, movimientos activos de los tobillos, las rodillas y caderas. Que además de evitar atrofia de la musculatura, mejorará la circulación facilitando el retorno venoso

- Corrección postural

Es habitual que para evitar el dolor cuando se inician la sedestación, bipedestación y la marcha, se adopten posturas antiálgicas. Es decir, posturas anómalas para evitar sentir dolor (hombros caídos, flexión de caderas...) Pero que suelen ser inadecuadas desde el punto de vista del control postural.

Para evitar actitudes viciosas que a largo plazo perpetúen el dolor, es necesaria una analgesia adecuada y la corrección postural por parte de un experto (médico rehabilitador, fisioterapeuta)

- Actividad física

En cuanto sea autorizado, se debe comenzar a dar paseos. El tiempo y la velocidad de los mismos variarán en función de la intervención realizada, del tiempo de evolución y de la tolerancia del esfuerzo.

De forma progresiva, y dependiendo de dichos factores, se podrá ir incorporando actividad física específica, respetuosa con la zona y que contribuya a normalizar el tono y fortalecer la musculatura profunda (CORE)

En la investigación, que ha sido realizada por científicos de la Universidad de Melbourne en colaboración con fisioterapeutas de tres hospitales en Australia y Nueva Zelanda, y se ha publicado en The British Medical Journal, han participado 441 pacientes adultos, a los que se instruyó en técnicas de respiración profunda y ejercicios de tos antes de someterse a una cirugía abdominal mayor. Todos los pacientes recibieron un folleto en el que se les informaba sobre las infecciones respiratorias que se producían durante el postoperatorio, y la mitad de ellos disfrutaron además de una sesión personal con el fisioterapeuta, de 30 minutos de duración, en la que se les enseñó a realizar ejercicios respiratorios, que deberían poner en práctica tan pronto como despertaran de la anestesia, y continuar haciéndolos 20 veces cada hora hasta que fueran capaces de levantarse de la cama y caminar con frecuencia. Tras evaluar otros factores de riesgo como la edad de los pacientes y otros problemas de salud que pudieran padecer, los resultados mostraron que aquellos que habían asistido a la sesión de fisioterapia antes de la cirugía tuvieron la mitad de infecciones respiratorias que los que únicamente recibieron el folleto informativo.

En concreto, por cada siete pacientes que recibieron el entrenamiento respiratorio del fisioterapeuta antes de operarse, se evitó una infección de este tipo. Los autores del trabajo también observaron que la intervención de fisioterapia resultó más eficaz en los pacientes varones, en aquellos con cirugía intestinal o colorrectal, y en los que tenían menos de 65 años de edad.

La Fast Track Surgery ha sido una iniciativa coordinada para combinar la edu-

cación del paciente antes de la cirugía, que consiste en la reeducación del estrés mediante nuevas técnicas anestésicas, analgesia y farmacología; la cirugía mínimamente invasiva y la revisión de los principios fundamentales de la asistencia postoperatoria (uso sonda, drenajes, catéteres, dispositivos de seguimiento, etc.) con objeto de definir un régimen activo de rehabilitación multimodal postoperatorio en el que se incluyen la motivación oral y la movilización temprana. El objetivo de la Fast Track ha sido de conseguir “ intervenciones sin dolor y sin riesgo”, este concepto está fundamentado en la combinación de diferentes intervenciones unimodales basada en la evidencia con creación de “paquetes” asistenciales multimodales que permiten conseguir un efecto sinérgico aditivo para potenciar la recuperación del paciente (Henrik K.).

5 Discusión-Conclusión

Según la bibliografía revisada, tanto la fisioterapia respiratoria como la física generan efectos positivos sobre la recuperación inmediata de la cirugía abdominal. Destacándose la respiratoria ya que parecen ser más efectivas para la disminución de las complicaciones pulmonares postoperatorias, estancia hospitalaria y optimización del desempeño funcional.

Es positivo que el paciente conozca el proceso de su intervención, por qué se le hacen las pruebas, lo que conlleva la cirugía, lo que se puede hacer para prevenir, paliar y afrontar los contratiempos que pudieran ocurrir, etc. En este periodo preoperatorio es cuando se adiestra al paciente en la fisioterapia respiratoria y se le enseña ejercicios terapéuticos que debe ir realizando, según proceda e indique el fisioterapeuta en el postoperatorio. El conocimiento de la pauta del proceso de intervención ayuda al paciente a afrontar el proceso. Haciendo que el tiempo de hospitalización pueda reducirse así como el reingreso hospitalario. Por tanto, se necesita un equipo multidisciplinario motivado y con trabajo de equipo. El cual definirá el plan quirúrgico con los resultados con experiencia científica y los que se van obteniendo en la actualidad.

6 Bibliografía

- Beaussier M., Jaber S., Sebbane, M. Eledjanm, JJ (2010) –Rehabilitación postoperatoria EMCAnestesia – Reanimación 36 (2)
- Coll R. - Resultados de un protocolo de rehabilitación respiratoria para pacientes sometidos a cirugía abdominal alta. Vol. 2 N^a 4

- Dramoralesruiz.com
- Ferrada R, García A, Cantillo E, Aristizáal G, Abella H. (2000) Trauma de abdomen. Guías de práctica clínica basada en la evidencia. Bogota: Proyecto ISS-ASCOFAME
- Henrik K. Fast Track Surgery realidades y dificultades
- Morales R. 5 Cuidados tras la cirugía abdominal
- Pinzón I. Cirugía abdominal y movimiento corporal humano: Revisión clínica de la literatura desde fisioterapia. Rev Mov Cient 2015; 9(1)
- Webconsultas

Capítulo 886

BLINDAJE RADIOLÓGICO PARA PACIENTES EN ODONTOLOGÍA

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

1 Introducción

La radiología en odontología tiene importantes beneficios de diagnóstico cuando se indica y se usa adecuadamente, pero la exposición a la radiación ionizante no está exenta de riesgos. A través del estudio de poblaciones expuestas a altos niveles de radiación ionizante, como las comunidades de Nagasaki e Hiroshima, se ha demostrado que la radiación causa enfermedades como el cáncer. 1 En las imágenes dentales, las dosis de los pacientes son comparativamente bajas y, a menudo, se cree que representan poco riesgo para los pacientes, como se observa en un estudio de más de 1350 dentistas suecos en el que más del 85% considera que los riesgos de la radiología oral son insignificantes. 2 Sin embargo, dada la alta prevalencia de por vida y la frecuencia de exposición a la radiación de rayos X dentales, incluso un pequeño aumento en el riesgo de cáncer de tiroides sería de considerable importancia para la salud pública.

El tejido de mayor preocupación en la imagen dental es la glándula tiroides, debido a su radiosensibilidad y posición anatómica. La exposición a la radiación ionizante, especialmente durante la infancia, es el único factor de riesgo ambiental establecido para el cáncer de tiroides. (3 – 4). La glándula tiroides en pacientes jóvenes merece una consideración especial durante la radiografía dental, ya que es reconocida como uno de los órganos más radiosensibles. Además, en un niño de seis años, la glándula tiroides se encuentra entre 20 y 30 mm más cerca de la dentición que la de un niño de 16 años. (5 – 6).

2 Objetivos

Identificar mediante revisión bibliográfica para conocer y proporcionar pautas sobre el uso de protección radiológica para pacientes en el entorno dental.

3 Metodología

Buscamos en las bases de datos PUBMED y Google Académico y realizamos una búsqueda manual de artículos. Se seleccionaron los trabajos publicados en los idiomas español e inglés. En la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores: “Blindaje radiológico”, “radiología en odontología”, “exposición dental a los rayos X”, “cáncer de tiroides” y “leucemia”.

Con los criterios de búsqueda se obtienen 125 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 8.

4 Resultados

Hay datos publicados limitados sobre los efectos de las dosis bajas de radiación, como los utilizados en radiología dental. La mayor parte de la evidencia está sujeta a sesgos, con modelos de riesgo extrapolados de modelos de dosis más altas, como los estudios de los sobrevivientes de la bomba de Hiroshima. Sin embargo, la falta de evidencia no denota la ausencia de riesgo, ya que no se ha establecido un nivel “seguro” de exposición a la radiación. Todas las imágenes que utilizan radiación ionizante conllevan un riesgo para el paciente. Por lo tanto, los beneficios para el paciente de las imágenes deben superar el riesgo potencial.

Todas las imágenes de diagnóstico deben cumplir tres principios básicos, que son:

- la justificación.
- la optimización .
- la aplicación de los límites de dosis.

En la actualidad, existen datos prospectivos limitados sobre el riesgo de cáncer de tiroides asociado con bajas exposiciones a la radiación de las radiografías de diagnóstico comunes. (3) Además, actualmente no hay ningún estudio que establezca de manera inequívoca una conexión entre la incidencia de cáncer de tiroides y la exposición a la radiación ionizante de las imágenes dentales, pero esto no implica una ausencia de riesgo. (7) Aunque los grandes estudios epidemiológicos de radiografías de diagnóstico en el futuro pueden detectar un riesgo asociado de cáncer

de tiroides, dadas las muy bajas dosis de tiroides involucradas, es poco probable que un estudio pueda detectar un riesgo aislado de las radiografías dentales.

A partir de la evidencia publicada, es difícil dar un riesgo cuantitativo exacto de cáncer de tiroides a partir de radiografías dentales de dosis bajas, pero debido a que no hay un nivel de radiación 'seguro' establecido, es prudente mantener las dosis de tiroides 'tan bajas como sea razonablemente posible' (es decir, el principio ALARA).

5 Discusión-Conclusión

La exposición a la radiación ionizante a una edad temprana es un factor de riesgo establecido para el cáncer de tiroides. Sin embargo, los datos para respaldar esto se basan principalmente en estudios de sobrevivientes de bombas atómicas y dosis terapéuticas de radiación, lo que implica la exposición a niveles de radiación mucho más altos que las imágenes dentales.

Aunque se cree que las dosis bajas de radiografía dental presentan poco riesgo para los pacientes, hasta que haya evidencia clara de una dosis umbral por debajo de la cual los pacientes no están en riesgo, se debe suponer que la radiografía dental implica un riesgo pequeño pero real. Por lo tanto, se deben emplear técnicas reductoras como el uso de blindaje de tiroides cuando sea posible y cuando no interfiera con la calidad de la imagen.

6 Bibliografía

1. Ludlow JB , Davies - Ludlow LE , White SC . Riesgo del paciente relacionado con los exámenes radiográficos dentales comunes . J Am Dent Assoc 2008 ; 139 : 1237 - 1243 .
2. Svenson B , Söderfeldt B , Gröndahl HG . Análisis de las actitudes de los dentistas hacia los riesgos en radiología oral. Dentomaxillofac Radiol 1996 ; 25 : 151 - 156 .
3. Memon A , Godward S , Williams D , Siddique I , Al-Saleh K . Radiografías dentales y el riesgo de cáncer de tiroides: un estudio de casos y controles . Acta Oncol 2010 ; 49 : 447 - 453.
4. Schonfeld SJ , Lee C , Berrington de Gonzalez A. Exposición médica a radiación y cáncer de tiroides . Clin Oncol 2011 ; 23 : 244 - 250 .

5. Hujuel P , Hollender L , Bollen AM , JD Young , McGee M , Grosso A . Dosis de órganos de cabeza y cuello de un episodio de atención de ortodoncia . Am J Orthod Dentofacial Orthop 2008 ; 133 : 210 - 217 .
6. Schottenfeld D , Fraumeni JF . Epidemiología y prevención del cáncer . 3ª ed . Oxford : Oxford University Press, 2006 .
7. Asociación Americana de Tiroides . Declaración de política sobre el blindaje tiroideo durante el diagnóstico médico y radiológico dental . 2013 .
8. Comisión Internacional de Protección Radiológica . Las Recomendaciones de 2007 de la Comisión Internacional de Protección Radiológica . Publicación 103 de ICRP. Ann ICRP 2007 ; 37 .

Capítulo 887

IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

PABLO LOZA ROMERO

1 Introducción

Las enfermedades transmisibles en el entorno sanitario, se encuentran entre las principales causas de muerte y de un incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Se ha podido demostrar que las infecciones nosocomiales se propagan a través de las manos del personal sanitario.

2 Objetivos

Prevenir y controlar la infección nosocomial, presentando recomendaciones acerca de la higiene de manos.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica consultando bases de datos como Pubmed, Scielo y Google Académico. Se analizaron las infecciones nosocomiales producidas durante el año 2016 en una planta de hospitalización de un hospital madrileño.

4 Resultados

Durante el año 2016 se identificaron un total de 65 infecciones nosocomiales. Ante esta situación, durante el año 2017 y siguiendo las estrategias de la OMS y la Alianza Mundial para la seguridad del paciente se fomenta una correcta práctica de la Higiene de Manos. Se realizan durante este periodo, cursos de formación sobre higiene de manos al personal de la planta. Al final de este periodo se realiza un nuevo estudio sobre las infecciones registradas y se observó un descenso de las mismas de hasta el 80%.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es muy eficaz para la prevención y control de infecciones nosocomiales, y así evitar la transmisión de patógenos.

6 Bibliografía

- <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/238>.
- Miranda C Marcelo, Navarrete T Luz. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. Rev. chil. infectol.
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttex.

Capítulo 888

FUNCIONES DEL TCAE ANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN

1 Introducción

Para la realización de cualquier intervención quirúrgica es imprescindible que el quirófano o área quirúrgica se encuentren en unas condiciones óptimas de limpieza, desinfección, esterilización y reposición de todo el material necesario. El tcae trabajará en coordinación con enfermería y será el responsable de realizar dichas funciones de limpieza, esterilización y reposición de todo el material e instrumental.

2 Objetivos

Determinar las funciones y competencias del tcae para poder realizar el trabajo con los mejores resultados.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en distintas publicaciones.

4 Resultados

Ante cualquier intervención quirúrgica lo primero es la preparación... El tcae en colaboración y bajo la supervisión de la enfermera instrumentista (vestidas

y con lavado estéril) deberá colocar correctamente todo el material quirúrgico, aparatos e instrumental... Comprobando que todo está en perfecto estado para su utilización. También se comprobará el buen funcionamiento de lámparas, sistemas de ventilación.... Ayudará también en el lavado de manos y colocación de bata y guantes del resto del equipo.

Durante la intervención estará continuamente en colaboración con la enfermera instrumentista y o circulante, haciendo las tareas que en cada momento le sean requeridas:

- proveer del material necesario que se le solicita.
- colaborar en técnicas (sondajes, fijación de vías...) siempre que se le solicite.
- limpieza de materiales ya usado por si hubiera que volver a usarlo.

Todo ello se realizará estrictamente bajo los principios de las técnicas estériles.

Al final de la intervención el tcae deberá coordinarse con el servicio de limpieza :

- Limpiar el mobiliario y aparatos con detergente y desinfectante (las manchas de sangre se limpian con agua fría o agua oxigenada)
- Cambiar y cerrar los sistemas de aspiración
- Preparar todo el material e instrumental para la esterilización revisando que no falte nada.
- Revisar los contenedores de material punzante y cambiarlos si fuera necesario.
- Colocar una sabana en la mesa quirúrgica después de su limpieza.
- Limpieza y reposición del carro de material fungible, carro de anestesia, de la zona de lavado de instrumental, de la zona limpia....

5 Discusión-Conclusión

El quirofono deberá quedar en perfectas condiciones para una nueva intervención.

6 Bibliografía

- García García A., Hernández Hernández V., Montero Arroyo R., Ranz González R., Enfermería de quirofono. Serie cuidados avanzados. Madrid. Difusión avances de enfermería 2005.
- Villa G.C., Tecnicas del tcae en el quirofono.
- Fabrique Casero M. Enfermería en quirofono. 2015.

Capítulo 889

INFECCIÓN DE ORINA EN BEBÉS

LUCÍA MERA MARTÍNEZ

BELEN BLANCO GUTIERREZ

REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

1 Introducción

La infección de orina bacteriana en bebés es muy frecuente.

La infección urinaria consiste en la inflamación de cualquier parte del sistema urinario (riñones, uréteres, vejiga o uretra) debido a una infección por bacterias localizadas en la orina.

Si hay infección de los riñones se llama pielonefritis y si solo es de la vejiga urinaria, se llama cistitis.

2 Objetivos

Saber como identificar la infección de orina bebés que aún no saben comunicarse Detectarla y darle tratamiento rápido es clave para evitar complicaciones.

El mayor riesgo es que puede pasar desapercibida, sobre todo en niños menores de 2 años, porque los síntomas de alarma más usuales en los adultos (como escozor al orinar, dolor en zona lumbar...) no se manifiestan a tan cortas edades, lo que puede retrasar el diagnóstico y acabar provocando daños en el riñón, en forma de cicatrices que darán luego problemas en la vida adulta.

3 Caso clínico

Bebé de 3 meses acude por urgencias al hospital. Los padres refieren notar falta de apetito en el bebé, vómitos, dolor abdominal, irritabilidad, sueño excesivo o fiebre sin causa aparente en los últimos 3 días.

Se le hace una analítica de orina y de sangre; la de orina para confirmar la infección y la de sangre para ver si es una infección del riñón.

Se confirma la infección urinaria, pero el riñón no está dañado.

Se decide dejar ingresado al bebé mientras dure el tratamiento.

4 Resultados

Pautas generales de tratamiento:

Todos los menores de 1 mes, casi todos los menores de 3 meses y los mayores de 3 meses muy enfermos serán ingresados en el hospital para ser tratados con antibióticos: intravenosos los primeros 3 a 5 días, hasta ceder la fiebre y mejorar el estado general, y luego orales, generalmente en casa, hasta completar un total de 10 a 14 días.

Los mayores de 3 meses con poca afectación del estado general y que tomen bien los medicamentos por boca, serán tratados en su casa durante unos 10 días con antibióticos. Pero si no los toman, vomitan o empeoran, hay que volver a la consulta con rapidez. En la mayoría de los casos, antes de los 4 días ceden los síntomas, pero hay que seguir con el tratamiento el tiempo recomendado.

5 Discusión-Conclusión

Una simple, en principio, infección urinaria en bebés puede derivar en problemas más complejos y dejar secuelas.

Hay varias recomendaciones que pueden ayudar a evitar en lo posible la infección:

- Buena higiene genital: cambio frecuente de pañales y limpiar siempre a la niña o al niño de delante hacia atrás, para no arrastrar bacterias del ano hacia la zona de los genitales.
- Usar antitérmicos e hidratación.
- Tratamiento con antibiótico.

Finalmente añadir las posibles complicaciones en adultos: lesión del riñón con cicatrices, que en la edad adulta puede provocar insuficiencia renal o hipertensión

arterial. Las recaídas pueden ser frecuentes. Los bebés menores de 1 mes pueden acabar con una infección generalizada si no son tratados.

6 Bibliografía

- www.fesemi.org.
- www.avpap.org.
- www.kidshealth.org.

Capítulo 890

BIOPSIA LÍQUIDA. UNA BUENA HERRAMIENTA EN LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER.

MARIA DEL MAR GUTIÉRREZ PRADO

1 Introducción

El cáncer, aunque constituido por un conjunto de enfermedades muchas veces distintas etiopatogenicamente y con distintas terapias, de una forma genérica es una enfermedad que aumenta en incidencia a nivel mundial y se acompaña de una morbimortalidad importante lo que ha hecho a la ciencia y a la investigación médica volcarse en el desarrollo de técnicas para el diagnóstico precoz y en la indagación de nuevos tratamientos.

Así en la búsqueda de la precocidad en el diagnóstico en los últimos años se ha desarrollado y perfeccionado la biopsia líquida, que básicamente consiste en buscar células neoplásicas o trozos de ADN de dichas células en fluidos corporales como la sangre, líquido cefalorraquídeo, orina, líquido pleural, saliva etc.

Esta técnica que ahora está tan de moda es en realidad de toda la vida, siendo este el modo en que los patólogos han diagnosticado carcinomas en el estudio del líquido pleural. Y aunque las bases de esta técnica para el estudio de los tumores viene de hace tiempo (1869), los avances en la secuenciación del genoma y en la tecnología han permitido recientemente instaurarla, suponiendo un paso importante en el abordaje de las neoplasias.

El descubrimiento de hace 150 años, fue realizado por el médico australiano Dr. Tomás R. Aschworth en 1869, que al realizar una autopsia encontraba células

con características muy parecidas a las cancerosas en la sangre de un cadáver, cercana a tumores subcutáneos pero con una concentración hemática muy baja. El desarrollo del fenómeno de las nuevas técnicas permitió estudiarlas y convertir la biopsia líquida en una herramienta clave. Tres años antes Johannes Muller había descrito la formación de tumores por células. Y es en el año 2004 cuando se acuña el término biopsia líquida amparado en el desarrollo tecnológico necesario para separar, detectar y estudiar las células tumorales circulantes, ácidos nucleicos tumorales u otro biomarcador tumoral.

El fundamento de la biopsia líquida parte de que existen trozos de ADN liberados por las células neoplásicas al torrente sanguíneo que se denomina ADN tumoral circulante, y a partir de aquí y mediante una extracción sanguínea obtenemos el ADN libre circulante .incluyendo el ADN tumoral circulante y tras un proceso de purificación es sometido a un análisis genómico molecular.

PRINCIPALES TÉCNICAS EN LA BIOPSIA LÍQUIDA:

Secuencia masiva, que nos da un buen rendimiento en una reacción de no gran número de moléculas. Puede detectar las mutaciones específicas en todo el genoma o un grupo de genes de muestras de tejidos donde dichas mutaciones se encuentran como mínimo en el 5 % de las células analizadas. Debido a que dichas mutaciones son difíciles de detectar en el ADN tumoral circulante, y pueden ocurrir en menos del 1 % de las moléculas de ADN tumoral circulante, se han desarrollado nuevas técnicas con una secuenciación más profunda que detectan anomalías en incidencias tan bajas como un cero con 0,05%.

PCR digital, se basa en la presencia o ausencia de la señal mutante o salvaje, y la proporcionalidad de diferentes señales nos muestra la prevalencia de los alelos mutantes y salvajes. Esta técnica cuantifica las alteraciones del ADN tumoral circulante separando en múltiples reacciones una reacción de PCR. Cada una de dichas reacciones puede tener una sola unidad o un pequeño número de moléculas de ADN. En dicho proceso se amplifica los fragmentos de ADN tumoral circulante mediante pruebas fluorescentes diferenciales ligadas a secuencias mutantes y salvajes.

Las alteraciones genéticas que se observan en el ADN plasmático están en línea con las del tumor primario.

Se ha observado ADN tumoral en plasma de pacientes con cáncer de colon, esófago, mama, cuello uterino, hígado, riñón, piel, páncreas, estómago, cuello, cabeza, ovario, nasofaringe, próstata, tiroides, pulmón y obviamente en los hematológicos.

La biopsia líquida sirve para el diagnóstico temprano, para planificar el tratamiento o ver la eficacia del mismo, para detectar recidivas y en cierto modo monitorizar el tumor observando la evolución molecular del mismo, ya que periódicamente podemos tomar muestras en sangre u otros fluidos como orina, líquido cefalorraquídeo , saliva etc. que son de fácil acceso y no invasivos.

Biopsia líquida versus Biopsia de tejido complementa y mejora la del tejido, es menos invasiva, solo es un análisis de sangre. Se puede realizar en tumores inaccesibles y no es necesario tomar muestras de tejido, lo que supondría un riesgo para el paciente por su ubicación como es el caso de algunos carcinomas pulmonares.

Las biopsias de tejido pueden ser invasivas, costosas y dolorosas, además de con difícil accesibilidad y también difíciles de emplear de forma repetitiva, siendo poco prácticas para el rastreo tumoral a medida que se va desarrollando la enfermedad.

La biopsia líquida permite el descubrimiento de mutaciones de resistencia, ver el resultado del tratamiento e incluso detectar recidivas antes de verlas por radioimagen. Es una herramienta muy eficaz en ensayos clínicos o en la prueba de fármacos experimentales, también sirve en el diagnóstico precoz de recurrencia cuando aun no da la cara como metástasis y en estos casos la concentración de células neoplásicas están bajas que el tratamiento suele ser muy eficaz.

Existen estudios donde se han detectado en biopsia líquida ADN tumoral circulante en sangre con varios meses de antelación al diagnóstico con métodos tradicionales. En contraposición están los falsos positivos, que es cuando se detecta ADN tumoral y posteriormente no se desarrolla la enfermedad. También hay que tener en cuenta que las neoplasias detectadas en fase temprana puede que no se desarrollen demasiado o que nunca lleguen a lesionar lo suficiente al paciente, de modo que el tratamiento precoz de esta enfermedad podría ser perjudicial. Por ello un diagnóstico empleando solo la biopsia líquida aún no se ha validado. También hay estudios que demuestran la posibilidad de usar biopsia líquida basada en el análisis de ADN tumoral circulante a gran escala para detectar las mutaciones del ADN en pacientes con neoplasias.

El cáncer es heterogéneo y tiene una enorme capacidad de multar, se observado en un buen número de pacientes que las mutaciones genéticas detectadas en la biopsia líquida resultaron ser idénticas a las dictadas mediante biopsia de tejido. La FDA (Food And Drug administration) ya ha aprobado realizar análisis de ADN

tumoral circulante para utilizar en pacientes con carcinoma pulmonar cuando la cantidad de masa tumoral es insuficiente para realizar una biopsia de tejido. En opinión de expertos investigadores contra el cáncer como el Dr. Baselga consideran que la biopsia líquida es una de las herramientas más prometedoras en el mundo del cáncer y asegura que su aplicación permitirá aumentar la curación del cáncer en un 25%.

Los biomarcadores son marcadores biológicos que se pueden medir de forma objetiva y valorarlos como un indicador de un proceso biológico normal, patológico o a una respuesta terapéutica de terapia farmacológica. Hoy en día se usan marcadores tumorales proteicos presentes en el torrente sanguíneo como el PSA, el CA-19-9, el antígeno carcinoembrionario, el CA-125 y un largo etc., pero a pesar de todo la mayoría de los tumores no poseen marcadores o son poco específicos.

PRINCIPALES MARCADORES EN LA BIOPSIA LÍQUIDA.

Células tumorales circulantes (CTC5), que son las células del tumor primario que se pueden disgregar y pasar a la sangre.

DNA circulante tumoral (CTNDNA), el ADN libre se describió en 1948 en el torrente sanguíneo de individuos sanos y es debido a las injurias celulares durante los procesos de apoptosis o situaciones de necrosis celular. La cantidad de CTDNA proveniente de células neoplásicas depende de las características del tumor origen, como pueden ser su tamaño, estadio en el que se encuentra o su permeabilidad al sistema vascular.

Exoras, que son minúsculas vesículas esféricas formadas por la exocitosis de la fusión de cuerpos multivesiculares y de un endosoma tardío que se forma a través de la membrana plasmática. Son un fiel reflejo de las células que provienen, pudiendo aportar valiosa información.

Micro RNAs circunscrite, que son RNAs pequeños aunque importantes en la regulación de la expresión génica.

Células tumorales diseminadas (DTCs), son células disgregadas del tumor principal al igual que las circulantes y que pueden colonizar en otro tejido, siendo frecuente la médula ósea.

Si bien de todos los puestos se pueden deducir las importantes aplicaciones clínicas ya citadas y siendo muy prometedoras, hay puntos que mejorar y superar para aprovechar todo su potencial.

LIMITACIONES Y RETOS:

El ADN del torrente sanguíneo procede de células muertas pero no de las vivas que pueden tener mutaciones o alteraciones que no están representadas en las muertas, pueden existir falsos positivos por la sensibilidad de la tecnología.

Hay muchos tipos de cáncer sin biomarcadores establecidos para detectar y rastrear la enfermedad por medio de la ADN tumoral circulante. La tecnología para detectar este material genético en fluidos corporales ha mejorado mucho, pero no ha sido así para identificar biomarcadores en muchos de los tipos de cáncer. El ADN tumoral circulante en sangre puede no representar el ADN del tumor total por lo que puede que no represente la mejor información para tomar decisiones clínicas.

La generalidad de los tumores hace que las mutaciones de ADN varían entre las células neoplásicas del mismo tumor, no sabiendo si el ADN tumoral circulante es liberado por todas o una de las partes de las células del tumor.

Todavía no se sabe si las mutaciones del ADN tumoral circulante son las que determinan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad o simplemente acompañan al desarrollo del cáncer sin ejercer un control en el mismo.

En conclusión, la biopsia líquida puede ser una herramienta importante en el cáncer, lo cual se debe a que el análisis del ADN tumoral circulante abre un camino para la detección precoz, tipificación de respuesta al tratamiento, monitorizar la recaída de la enfermedad y resistencia a las terapias mediante una técnica no invasiva ni agresiva.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar y estudiar sobre uno de los avances médicos mas importantes actualmente en la lucha contra el cáncer, como es la utilización de técnicas de biopsia líquida y su utilidad en todas las etapas de la enfermedad.

Objetivos específicos:

- Conocer las técnicas más utilizadas en la biopsia líquida y los biomarcadores que se utilizan para ello.
- Analizar las limitaciones de la técnica y subrayar la necesidad de seguir investigando
- Conocer las técnicas más actuales realizadas en los hospitales por los técnicos de laboratorio.

3 Metodología

La elaboración de este trabajo se realizará una revisión y análisis de la información científica sobre biopsia líquida, sus aplicaciones, sus limitaciones y su futuro prometedor en el mundo de la oncología. Para ello se han consultado bases bibliográficas de datos cómo son Pubmed, Google académico. También revistas médicas especializadas, libros y tratados de medicina. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda son: Biopsia, Cáncer, Líquida, PCR, Secuenciación.

4 Bibliografía

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

Capítulo 891

RESONANACIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE COLUMNA

OLAYA NAVES MUÑIZ

MARTA PEDREGAL QUINTANAL

1 Introducción

La resonancia magnética nuclear (RMN) es uno de los dispositivos más utilizados en radiodiagnóstico. Según la ubicación de los síntomas se podría estudiar solo una parte de la columna: la porción cervical, el cuello, torácica, el pecho o lumbar, la parte baja de la espalda. La resonancia magnética nuclear de columna se utiliza sobretodo para la detección de una hernia de disco intervertebral. Recordamos una parte de la anatomía del disco intervertebral, que consta de tres partes: el platillo cartilaginoso, el anillo fibroso y el núcleo pulposo.

2 Objetivos

Identificar los principales objetivos de una RMN de columna como prueba de imagen.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: RMN, columna, objetivos, funciones; combinándolos con los operadores booleanos

AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2004.

4 Resultados

Los principales objetivos de la RMN de columna son:

- Detectar un disco vertebral protuberante o patológico o una hernia de disco.
- Visualizar los nervios comprimidos e inflamados. En algunos casos se puede demostrar la causa de la compresión del nervio, sea una hernia de disco, artritis u otra alteración.
- Ayudar a planificar la cirugía de la columna como la descompresión de un nervio o la fusión vertebral.
- Ayudar a diagnosticar o descartar infección o tumores que aparecen en la columna o que sean diseminado a ella, algunos cánceres comunes son los de próstata, pulmón y mama.

Un examen de resonancia magnética nuclear típico consiste en dos a seis secuencias de imágenes que producen vistas transversales de la columna en distintos planos: de izquierda a derecha, de adelante hacia atrás, de arriba hacia abajo. Las vistas a menudo se hacen a intervalos de 0,6 cm, lo que da una imagen detallada de todos los tejidos que conforman la columna vertebral. Las imágenes se pueden almacenar en el ordenador y verse en la pantalla posteriormente, o se pueden almacenar en una película como la de las radiografías.

5 Discusión-Conclusión

Es relevante conocer lo que se puede identificar mediante la RMN, puesto que es de la única manera en la que se realizará una buena prescripción de la prueba de imagen.

6 Bibliografía

- PubMed
- Medline
- Google Académico

Capítulo 892

LA IMPORTANCIA DEL PRONÓSTICO DE LA INVASIÓN PERINEURAL EN LAS BIOPSIAS DE CÁNCER DE PRÓSTATA

ANA MARÍA BOQUETE NIETO

1 Introducción

Los hombres con cáncer de próstata clínicamente localizado se enfrentan a una amplia gama de opciones de tratamiento, y solo la clasificación de Gleason se usa universalmente como factor de pronóstico histopatológico para esta enfermedad. La importancia de la invasión perineural en las biopsias de diagnóstico es controvertida. La opinión sobre si debería o no influir en las decisiones de tratamiento está actualmente dividida casi por igual.

Con la creciente captación de las pruebas de antígeno prostático específico (PSA) en suero, un número creciente de hombres asintomáticos son diagnosticados con cáncer de próstata clínicamente localizado después de biopsias prostáticas guiadas por ultrasonido transrectal (1). Debido a la historia natural variable del cáncer de próstata, las opciones de tratamiento van desde la vigilancia activa hasta diferentes formas de tratamiento radical, todo lo cual está asociado con efectos secundarios significativos (2). Una mayor comprensión del potencial biológico de los tumores individuales permitiría una mejor toma de decisiones, pero a pesar de las intensas investigaciones (3), el único factor pronóstico derivado de la biopsia en el uso rutinario en todo el mundo, debido a los resultados consistentes de los resultados del estudio, es la clasificación de Gleason. Sin embargo, el rango de probabilidades de supervivencia para cada grado es bastante amplio (4).

2 Objetivos

Evaluar el valor pronóstico de la invasión perineural en lugar de su valor predictivo en relación con una forma específica de tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de estudios que examinan la asociación entre la invasión perineural y la recurrencia del cáncer de próstata. Se realizaron búsquedas en PubMed y Google Académico en los últimos 10 años.

Los títulos y resúmenes de los 125 artículos identificados fueron calificados 7 artículos como estudios relevantes para la histopatología y el cáncer de próstata. Se excluyeron las revisiones, los artículos que relacionan la invasión perineural con otros marcadores en lugar de directamente con los resultados, y los artículos sobre la invasión perineural en la prostatectomía radical en lugar de las muestras de biopsia.

4 Resultados

Las publicaciones sobre invasión perineural abarcan 3 décadas, sin embargo, la importancia de la invasión perineural sigue siendo incierta. Mediante una evaluación sistemática, esta revisión ha identificado, por primera vez, fuentes de variaciones en los estudios, cualquiera de los cuales podría explicar los resultados discrepantes para la invasión perineural como factor pronóstico. Se deben diseñar más estudios para cumplir con los criterios de calidad destacados en esta revisión. Los pacientes y los médicos que los tratan requieren información clara no solo sobre si existe un riesgo asociado con un factor dado, sino también sobre cuál puede ser la magnitud de ese riesgo en diferentes contextos de tratamiento y si existen estrategias para reducirlo. Esto solo se logrará si se aplican las mismas reglas estrictas a la investigación de factores pronósticos histopatológicos.

5 Discusión-Conclusión

El hallazgo más sorprendente sobre el diseño del estudio fue que ninguno de los investigadores consideró que la presencia de nervios en las biopsias era un requisito previo para la inclusión del paciente. Los nervios no se muestrean sistemáticamente; no se proporcionaron datos sobre la técnica de biopsia o preparación

de portaobjetos para el estudio histológico. Solo un tercio de los artículos proporcionaron información sobre el número de núcleos tomados, que variaron notablemente dentro y entre los estudios. Por lo tanto, es probable que haya una gran variación en la proporción de biopsias con nervios, y esto podría ser un factor importante para ocultar la verdadera importancia de la invasión perineural. Los casos sin nervios en la muestra de biopsia son esencialmente poco informativos, y su inclusión en el grupo de "no invasión perineural" para el análisis podría distorsionar erróneamente los datos y subestimar el valor de la "prueba de invasión perineural".

La mayor frecuencia de invasión perineural se observó en pacientes con enfermedad localmente avanzada. Esto está en consonancia con el papel reconocido de la invasión perineural en la propagación del cáncer de próstata (5), y puede ser que una vez que se haya extendido más allá de la glándula, la invasión perineural no tenga más papel pronóstico. Sin embargo, es difícil evaluar si otras diferencias en la gravedad de la enfermedad entre las poblaciones investigadas podrían ser responsables de las diferencias reportadas en la importancia de la invasión perineural debido a la falta de datos consistentes sobre las características de la población.

Una cuestión importante para los pacientes que optan por la prostatectomía radical es si sacrificar el haz neurovascular cuando existe invasión perineural reduce el riesgo de recurrencia bioquímica posterior, pero ningún estudio consideró la preservación nerviosa como un factor de confusión en el análisis de resultados.

6 Bibliografía

- 1.- Stephenson RA . Tendencias del cáncer de próstata en la era del antígeno prostático específico. Una actualización de incidencia, mortalidad y factores clínicos de la base de datos SEER . Urol Clin North Am. 2002 ; 29 : 173 - 181 .
- 2.- Bhatnagar V , Stewart ST , Huynh V , Jorgensen G , Kaplan RM . Estimación del riesgo de síntomas eréctiles, urinarios e intestinales a largo plazo como resultado del tratamiento del cáncer de próstata . Cáncer de próstata Prostatic Dis. 2006 ; 9 : 136 - 146 .
- 3.- Bostwick DG . Aplicación clínica práctica de factores predictivos en cáncer de próstata. Una revisión con énfasis en métodos cuantitativos en muestras de tejido . Anal Quant Cytol Histol. 1998 ; 20 : 323 - 342 .
- 4.- Blute ML , Bergstralh EJ , Partin AW , et al. Validación de tablas de Partin para predecir el estadio patológico del cáncer de próstata clínicamente localizado . J

Urol. 2000 ; 164 : 1591 - 1595 .

5.- Villers A , McNeal JE , Redwine EA , Freiha FS , Stamey TA . El papel de la invasión del espacio perineural en la propagación local del adenocarcinoma prostático . J Urol. 1989 ; 142 : 763 - 768 .

6.- Kestin LL , Goldstein NS , Vicini FA , Martinez AA . Porcentaje de núcleos de biopsia positivos como predictores del resultado clínico en el cáncer de próstata tratado con radioterapia . J Urol. 2002 ; 168 : 1994 - 1999 .

7.- Merrick GS , Butler, WM , Galbreath RW , Lief JH , Adamovich E . La invasión perineural no es predictiva del resultado bioquímico después de la braquiterapia de próstata . Cancer J. 2001 ; 7 : 404 - 412 .

Capítulo 893

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA VEJIGA URINARIA, HISTOLOGÍA Y MANIPULACIÓN

ANA MARÍA BOQUETE NIETO

1 Introducción

El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna más común del tracto urinario. Aunque los TCC (carcinomas uroteliales) representan la mayoría (~90-95%) de los tumores de vejiga. El cáncer de vejiga abarca un amplio espectro de tumores malignos, incluido el carcinoma de células escamosas (SCC; 2-5%), adenocarcinoma (0.5- 2%), carcinoma de células pequeñas (<1%) y otras histologías menos comunes [1]. Debido a su mayor incidencia, el TCC ha recibido históricamente la mayor atención de la investigación, mientras que otros tipos histopatológicos, incluido el SCC (carcinoma de células escamosas), han sido poco estudiados.

El SCC se divide en dos subtipos, SCC asociado con infección por bilharzia (esquistosomiasis), es decir, SCC asociado con bilharzial (B-SCC) y SCC no asociado con bilharziasis, es decir, SCC no asociado con bilharzial (NB-SCC). B-SCC y NB-SCC difieren en su epidemiología, historia natural y características clinicopatológicas [2]. B-SCC se encuentra predominantemente en regiones donde la esquistosomiasis es endémica, como en Medio Oriente, Sudeste de Asia y América del Sur [3]. Se ha informado de NB-SCC en pacientes con lesión de la médula espinal (LME), particularmente después del uso a largo plazo de un catéter permanente. Los pacientes con NB-SCC generalmente se diagnostican en una etapa

tardía y se presentan con mal pronóstico [4]. Tanto B-SCC como NB-SCC se tratan con cistectomía radical (RC); El uso de otros tratamientos, incluidas las terapias neoadyuvantes y adyuvantes junto con RC, no está bien establecido.

2 Objetivos

Analizar la comprensión actual de la epidemiología, las características clínico-patológicas y el manejo del carcinoma de células escamosas (SCC) de la vejiga.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed y Embase utilizando los términos de búsqueda 'carcinoma de células escamosas' Y 'vejiga urinaria' Y 'tratamiento' Y ('cistectomía' O 'radioterapia' O 'quimioterapia' O 'inmunoterapia'). La búsqueda, incluyó todas las publicaciones en español e inglés los últimos 10 años. Se generaron un total de 126 entradas, solamente 7 se consideraron para este estudio.

4 Resultados

Destacar la comprensión actual de la epidemiología, las características clínico-patológicas y el manejo del carcinoma de células escamosas (SCC) de la vejiga, ya que representa del 2 al 5% de los tumores de vejiga, con un enfoque en el SCC no asociado a bilharzial (NB-SCC). El tratamiento estándar para el SCC vesical sigue siendo la cistectomía radical (RC). Presentamos un perfil clínico actualizado del SCC de la vejiga y una revisión de los enfoques terapéuticos de NB-SCC, que incluyen RC, tratamientos neoadyuvantes y adyuvantes, radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

Los factores pronósticos SCC y la mortalidad específica por cáncer con respecto a otros cánceres de vejiga se han aclarado gradualmente. Los pronósticos patológicos de SCC incluyen estadio tumoral, grado, LVI y presencia de afectación de LN [5]. Un análisis reciente de todos los casos de cáncer de vejiga en estadio III y estadio IV en Ontario, Canadá, señaló que si bien el curso de la enfermedad de SCC fue más rápido en comparación con TCC, la supervivencia general (SG) de 5 años de SCC fue equivalente a TCC después de ajustar para covariables. Estos hallazgos contrastaban con un análisis previo que utilizaba la base de datos SEER, que mostró que SCC tenía una mortalidad general y específica por cáncer

más alta que TCC [6]. No está claro cómo conciliar las diferencias entre estos estudios; Las discrepancias pueden representar diferencias en la trayectoria de la enfermedad, donde los pacientes con SCC tienen una tasa de supervivencia más pobre a los 2 años, pero una mortalidad equivalente en comparación con los pacientes con TCC a los 5 años.

Alrededor del 90% de la mortalidad en SCC se debe a la recurrencia pélvica local, comúnmente en la anastomosis entre la vejiga y la uretra o los uréteres. Las metástasis a distancia son poco frecuentes, con una incidencia de 8-10% en NB-SCC. La muerte se produce por progresión locorregional como resultado de la obstrucción del cuello uretral o vesical y la insuficiencia renal. Estas complicaciones resaltan la importancia del control local y de explorar otras opciones terapéuticas para reducir la incidencia de recurrencia pélvica [7].

5 Discusión-Conclusión

Según la literatura actual, no hay pruebas suficientes para proporcionar una recomendación de tratamiento para NB-SCC. Si bien la RC es el estándar de atención, el papel de la radioterapia preoperatoria debe revisarse y compararse con la RC sola. Se justifican estudios adicionales que incorporen enfoques multimodales, técnicas de radiación contemporáneas y terapias sistémicas. La inmunoterapia como tratamiento para el SCC vesical aún no se ha investigado.

La incidencia mundial de SCC está disminuyendo. La inflamación crónica es el principal factor predisponente en NB-SCC. Debido a la rareza de la enfermedad, hay una falta de evidencia de Nivel I que guíe el manejo del SCC. RC sigue siendo el tratamiento estándar para SCC, aunque las recurrencias locales son comunes. Dados los avances recientes en radioterapia y estudios previos que sugieren mejores resultados con la radioterapia, el papel de la radiación neoadyuvante / adyuvante debe ser reevaluado. La inmunoterapia con nuevos agentes dirigidos a PD-1 y PD-L1 también puede mejorar los resultados clínicos. Dada la rareza de las histologías no uroteliales, el SCC debe incluirse en ensayos clínicos con inmunoterapia, ya que la respuesta tumoral es independiente de la ubicación del tumor primario y la histología. Uso de biomarcadores en conjunción con pronosticadores patológicos clásicos como etapa y grado.

6 Bibliografía

- 1- RL Siegel K.D. Miller A. Jemal Estadísticas de cáncer, 2016 CA Cancer J Clin66 2016 7 30
- 2- H. Abol-Enein B.R. Kava A.J. Carmack cáncer de la vejiga Nonurothelial Urology69 2007 93 104
- 3- AA Shokeir Carcinoma de células escamosas de la vejiga: patología, diagnóstico y tratamiento BJU Int93 2004 216 220
- 4- JF Kalisvaart H.K. Katsumi L.D. Ronningen R.M. Cáncer de vejiga Hovey en pacientes con lesión de la médula espinal Médula espinal48 2010 257 261
- 5- JD Navon H. Soliman F. Khonsari T. Ahlering Cistoscopia de detección y supervivencia de pacientes con lesiones de la médula espinal con cáncer de células escamosas de la vejiga J Urol157 1997 2109 2111
- 6- P. Westenend J. Stoop J. Hendriks Los virus del papiloma humano 6/11, 16/18 y 31/33/51 no están asociados con el carcinoma de células escamosas de la vejiga urinaria BJU Int88 2001 198 201
- 7- JP Stein E.C. Skinner S.D. Boyd D.G. Skinner Carcinoma de células escamosas de vejiga asociado con la terapia con ciclofosfamida para la granulomatosis de Wegener: un informe de 2 casos J Urol149 1993 588 589

Capítulo 894

RIESGOS QUÍMICOS DE LOS HIGIENISTAS DENTALES

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

1 Introducción

Los higienistas dentales (DH) son los profesionales de la salud oral responsables para prevenir y tratar algunas enfermedades orales (1).

Dependiendo de la ley del país en el que practican, estos profesionales puede tener responsabilidades variables y deberes que no permiten definir unívocamente el Tarea DH. La higiene oral profesional es el núcleo de la actividad laboral de DH, aunque otras tareas pueden ser generalmente realizadas. Estos pueden incluir proporcionar pacientes higiene oral educación, instrucciones y aconsejarlos sobre buenas estrategias dietéticas; detección de pacientes, incluida la evaluación de su salud bucal, recopilación de antecedentes de salud bucal, detección de cáncer oral, inspección de la cabeza y cuello; aplicando materiales preventivos a la dientes; realizar actividades organizacionales tales como documentación y gestión de oficinas. Sin embargo, algunos requisitos estatales pueden permitir DH para llevar a cabo tareas, incluida la profilaxis tópica y manejo preventivo de caries periodontal enfermedad y desgaste dental, radiografías, anestesia tópica, fluoruro y selladores de fosas y fisuras bajo ya sea supervisión directa o general de un licenciado dentista (2,3).

Tanta variedad de trabajos potencialmente peligrosos actividades y el consiguiente cambio ocupacional los escenarios de exposición hacen que sea difícil Evaluar exhaustivamente los riesgos de DH. Particularmente, aparece la evaluación

del riesgo químico DH un problema aún más desafiante considerando el multitud de sustancias a las que pueden estar expuestos.

Estos pueden ser desinfectantes y acrílicos, resinas, hasta metales presentes en amalgamas y sustancias naturales y el látex de caucho natural (NRL) en guantes.

2 Objetivos

Incrementar el conocimiento de situaciones de exposición peligrosa para Higienistas dentales (DH) tanto en condiciones normales de trabajo, como así como en caso de eventos accidentales, en orden también definir brechas de conocimiento e investigaciones futuras.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de las bases de datos PubMed, para recuperar todos los artículos que evalúan las exposiciones químicas ocupacionales de DH.

La búsqueda se realizó primero a través de las palabras clave "higienista dental" para definir la población encuestada, "ocupada" para identificar el contexto y "químico" o "químico exposición" o "riesgo químico" para definir los factores peligrosos de interés.

Los criterios de inclusión fueron: completo artículos, literatura inglesa publicada en revisión por pares revistas, estudios observacionales evaluando el riesgo químico y centrado en DH.

Exclusión los criterios fueron: estudios no observacionales, informes de casos, revisiones sistemáticas y narrativas, estudios con respecto a los riesgos laborales diversos de los productos químicos.

4 Resultados

Actualmente hay datos fragmentados disponibles sobre el riesgo químico de DH, debido al número limitado de estudios sobre el tema y pocos DH inscritos, así como su asimilación frecuente a otros profesionales de la salud bucal. La mayoría de las investigaciones recuperadas se centraron en las posibles reacciones de hipersensibilidad causadas por la exposición al látex de caucho natural, pero no

en los riesgos potenciales derivados de otras sustancias actualmente empleadas o compuestos innovadores de amplia difusión.

En general, solo los datos limitados y fragmentados son actualmente disponibles, incluyendo NRL, acrilato y mercurio exposición. La razón que apoya el gran interés en NRL los efectos adversos pueden estar justificados por el hecho de que es el componente más grande de los guantes, ampliamente utilizado como equipo de protección personal por personal de cuidado bucal. En cuanto a NRL adverso reacciones, estas pueden clasificarse como inmunológicas, es decir, hipersensibilidad mediada por IgE y reacción retardada mediada por células, así como reacciones irritantes no inmunológicas (7-8).

Los Higienistas Dentales deben estar profundamente informados de posibles fuentes de alérgenos NRL en su práctica y para evitar la exposición como la única medida efectiva para prevenir reacciones de hipersensibilidad (5). Además, para identificar trabajadores potencialmente alérgicos, como así como educarlos sobre la gestión de sustancias peligrosas con las que están en contacto diariamente, puede ser importante para prevenir el desarrollo de reacciones adversas graves, así como el empeoramiento de condiciones clínicas aún comprometidas. Como una medida preventiva primaria, usar guantes hecho de materiales sintéticos no NRL pueden ser considerado una posible solución para evitar el NRL exposición. Sin embargo, puede ser importante tomar también en consideración los posibles riesgos derivados de proteínas NRL en aerosol de polvo Guantes NRL usados por compañeros de trabajo circundantes (9).

Además, la exposición a varios irritantes de la piel. tales como lavado frecuente de manos abrasivas, manos desinfectantes y agentes antimicrobianos, farmacéuticos preparaciones, conservantes para el cuidado de la piel productos y otros productos químicos utilizados en el cuidado de la salud situaciones deben ser evaluadas profundamente como sea posible condiciones de coexposición que funcionan como cofactores en la inducción de reacciones alérgicas / irritantes (4,10,11).

El personal dental puede estar expuesto a muchos otros materiales durante sus tareas laborales, incluyendo metales, compuestos acrílicos, antimicrobianos y soluciones farmacológicas, así como diferentes Materiales empleados para la restauración dental (6,12,13).

5 Discusión-Conclusión

La investigación futura debería centrarse en evaluar los riesgos químicos de DH de acuerdo con un enfoque más completo y estandarizado toxicológicamente para lograr una conciencia adecuada entre la fuerza laboral de DH con respecto a la posibilidad de exposición peligrosa y efectos adversos para la salud. En general, esto puede llevar a la adopción e implementación de medidas preventivas adecuadas para proteger la salud y la seguridad de estos profesionales de la salud bucal.

En general, esta información debería estar dirigida a lograr una evaluación adecuada de riesgos químicos en el campo ocupacional del cuidado bucal para definir medidas preventivas y protectoras adecuadas, incluyendo dispositivos colectivos e individuales para controlar la exposición ocupacional, la fuerza laboral información y formación, así como especificar planes de vigilancia de la salud para proteger adecuadamente la salud y seguridad de los DH.

Esta revisión puede proporcionar un soporte válido para definir y mejorar estrategias adecuadas para la evaluación de riesgos y gestión dirigida a proteger el salud y seguridad de los DH.

6 Bibliografía

- 1) ADHA, Asociación Americana de Higienistas Dentales. ¿Qué es un higienista dental? Accedido el 11 de enero de 2019.
- 2) DM italiano n. 137/1999. Decreto Ministerial 15 marzo 1999, n. 137. Sostituisce il Decreto Ministeriale 14 de septiembre de 1999. Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'Igienista dentale.
- 3) ADA, Asociación Dental Americana. Higienista dental. Descripción del trabajo. Accedido el 11 de enero de 2019.
- 4) Lindberg M, Silverdahl I M. El uso de protectores guantes y la prevalencia de eccema de manos, piel quejas y alergia al caucho natural NRL entre el personal dental en el condado de Uppsala, Suecia. *Dermatitis de contacto* 2000; 43: 4-8.
- 5) Jacobsen N, Hensten-Pettersen A. Ocupacional problemas de salud entre higienistas dentales. *Comunidad Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 177-181.
- 6) Duncan A, O'Reilly DS, McDonald EB, Watkins TR, Taylor M. Revisión de treinta y cinco años de un mercurio Servicio de seguimiento de las prácticas dentales escocesas. *Br Dent J* 2011; 210: E2.

- 7) Kah n SL, Podja sek JO, Dimitropoulos VA, Brown CW Jr. Caucho natural NRL alergia. *Dis lun* 2016; 62: 5-17.
- 8) Brehler R, Voss W, Müller S. El polvo del guante afecta rugosidad de la piel, un parámetro de irritación de la piel. *Dermatitis de contacto* 1998; 39: 227-230.
- 9) Cha rous BL, Schu enemann PJ, Swanson MC. Pasivo dispersión de aeroalergenos NRL en una asistencia sanitaria instalaciones. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 85: 285-290.
- 10) Lammintau sta K, Kalimo K, Havu VK. Ocurrencia de alergia de contacto y eccemas de manos en el hospital mojado trabajo. *Dermatitis de contacto* 1982; 8: 84-90.
- 11) Cusano F, Luciano S. Alergia de contacto al benzalconio cloruro y glutaraldehído en una enfermera dental. *Dermatitis de contacto* 1993; 28: 127.
- 12) Hensten-Pettersen A, Jacobsen N. El papel de los biomateriales como riesgos laborales en odontología. *Dent J* 1990; 40: 159-166.
- 13) Leggat PA, Kedja rune U. Toxicidad del metacrilato de metilo en odontologia. *Int Dent J* 2003; 53: 126-131.

Capítulo 895

PROCESO PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN MARCAPASOS

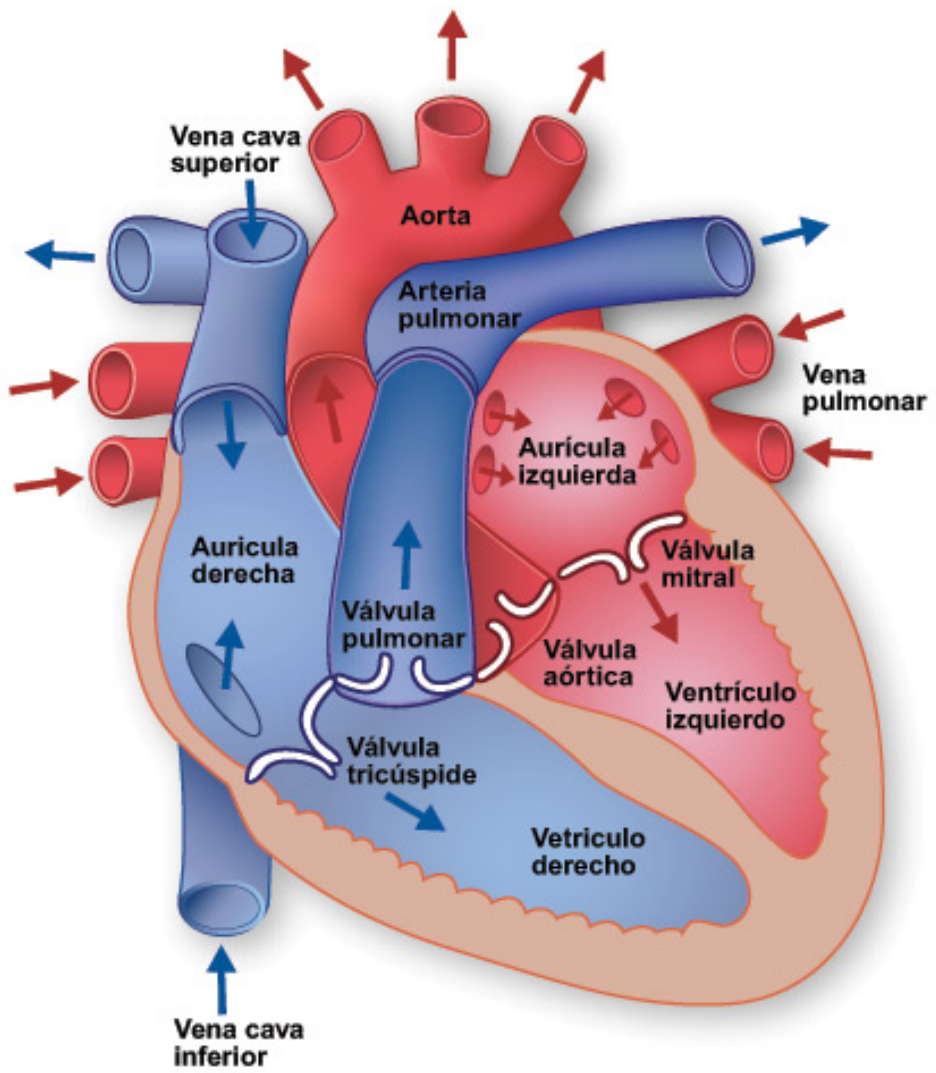
ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

El corazón es el órgano principal del aparato circulatorio , es un órgano hueco que funciona como una bomba impulsando la sangre a las arterias para distribuirla por todo nuestro cuerpo. El corazón tiene el tamaño más o menos de una mano cerrada. Su peso oscila entre los doscientos y los cuatrocientos gramos siendo un poco mayor en el caso de los hombres frente a las mujeres . Esta situado en el centro de la cavidad torácica en el mediastino , entre los dos pulmones . Esta recubierto por una membrana gruesa y fibrosa el pericardio. El corazón late unas 100.000 veces al día bombeando unos 7.571 litros de sangre aproximadamente. Al final de una larga vida puede producir mas de 3500 millones de veces. El corazón consta de cuatro cavidades , las cavidades superiores y las cavidades inferiores . La cavidades superiores albergan la aurícula derecha y aurícula izquierda y las cavidades inferiores el ventrículo derecho y el ventrículo izquierdo .

¿QUÉ ES UNA MARCAPASOS ARTIFICIAL ?

Es un dispositivo electrónico diseñado para producir impulsos eléctricos y estimular el corazón cuando el corazón no puede latir de forma natural . El tiempo para la colocación de un marcapasos es de una o dos horas mas o menos dependiendo del paciente . Estos dispositivos llevan unas pilas que suelen durar entre los 6 y 15 años y su duración se revisara con distintas revisiones que servirán para determinar la batería de la pila o si hay algún problema .



2 Objetivos

Identificar las funciones del marcapasos artificial.

Conocer cómo es el procedimiento de implantación del marcapasos artificial.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en varias paginas web, libros de la editorial MAD, la Fundación del Corazón, y bases de datos: Dialnet, MedlinePlus, Google Académico y UptoDate. Los términos empleados han sido: marcapasos artificial, implantación, procedimiento, funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2008.

4 Resultados

La finalidad del marcapasos artificial es estimular el corazón cuando falla la estimulación fisiológica normal. Los marcapasos están indicados y prescritos para personas con trastornos del ritmo cardíaco con una disminución anormal de la frecuencia cardíaca normal. Los casos más comunes en los que se realiza esta colocación son:

1. cuando aparece una incapacidad del nódulo sinusal de producir el suficiente número de impulsos por minuto, conocido como síndrome del seno enfermo o enfermedad del nódulo sinusal.
2. el fallo de la conducción de los impulsos producidos por el nódulo sinusal al músculo del corazón.

La colocación del marcapasos se puede realizar de forma permanente y es cuando el generador es implantado de forma subcutánea en el paciente o de forma temporal cuando el dispositivo no está implantado en el paciente y se realiza de dos formas:

- Transcutánea, en ella dos electrodos se colocan sobre la piel, uno el negativo en la parte anterior del tórax y otro el positivo en la espalda.
- Intravenoso, los electrodos son colocados a través de una vena hasta conectar con el endocardio.

Para la implantación de un marcapasos es necesario utilizar anestesia local ya que la intervención consiste en realizar una pequeña incisión en el pecho debajo de la clavícula izquierda. Según el motivo por el que se realiza la colocación del

marcapasos se introduce el cable conductor a través de una vena cercana hasta la aurícula derecha o el ventrículo derecho. cuando el paciente solo necesita un electrodo, este será colocado en el ventrículo derecho en el caso que necesite dos electrodos, el segundo será colocado en la aurícula derecha.

Cuando el cable esta situado en el lugar dónde va a realizar su función , se conecta al marcapasos y éste queda albergado debajo de la piel . Este procedimiento finalizara cuando se realiza el cosido de la incisión .

Cuando están colocando el marcapasos tienen que realizar una estimulación para saber que el marcapasos ya esta en contacto con el corazón y empieza a bombear . Una vez implantado los electrodos trasmiten las señales del corazón . El generador de impulsos es el que lee las señales y la batería envía impulsos eléctricos al corazón para estimularlo de forma rítmica.

Para la colocación de un marcapasos es necesario utilizar rayos x. El tubo de rayos x se colocara en la posición anteroposterior (AP). El centraje lo colocaremos en la parte izquierda superior del tórax. Tanto el técnico como el cardiólogo , enfermero o celador si fuese necesario deberán portar el delantal plomado como el babero plomado durante la intervención. El técnico de rayos proporcionara la escopia al cardiólogo cuando este lo solicite a medida que va introduciendo la guía y avanzando a través de la vena subclavia hasta llegar al corazón. A parte de la escopia el cardiólogo puede solicitar una radiografía de control para comprobar que la cabeza de la guía esta en contacto con el corazón. Al igual que puede solicitar otra radiografía de control tras finalizar la colocación del marcapasos en este caso la radiografía será de tórax .

5 Discusión-Conclusión

Tras someterse al implante el paciente deberá realizar una serie de recomendaciones tales como : usar mochilas , manipular equipos pesados, coger excesivo peso , instrumentos vibratorios , maquinas que no tengan toman de tierra , uso de maquinas de resonancia magnética o maquinas de radioterapia para el tratamiento de cáncer.

6 Bibliografía

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

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 896

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES LABORALES CON MATERIAL BIOLÓGICO

JULIA MARIA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los accidentes de trabajo con exposición a agentes biológicos son los más frecuentes en el medio sanitario. Rara vez causan baja, pero existe riesgo de transmisión de enfermedades como el SIDA o las hepatitis. Por ello es fundamental la notificación, control y seguimiento de este tipo de accidentes. La actualización de la documentación científica sobre la profilaxis antirretroviral tras exposición accidental, hace necesaria la revisión de este protocolo.

Un accidente biológico se define como el contacto con sangre u otros fluidos biológicos (semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico), a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas, durante el desarrollo de actividades laborales. La fuente de dicho accidente se considera al sujeto con cuya sangre o fluido corporal se ha accidentado el personal sanitario. Puede ser conocida o desconocida.

La orina, heces, saliva, lágrimas, secreciones nasales, sudor ó vómitos no suponen riesgo de transmisión del VIH siempre y cuando no estén contaminadas con sangre u otros fluidos mencionados en el párrafo anterior.

2 Objetivos

Identificar la importancia de la prevención y el protocolo de actuación ante los accidentes biológicos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es relevante prevenir los accidentes biológicos por distintas razones:

- Evitar la infección por cualquiera de los virus citados iniciando inmediatamente la profilaxis frente a los virus de hepatitis B y el VIH.
- Analizar el accidente con el fin de establecer medidas preventivas que eviten su repetición.
- Documentar el accidente desde el punto de vista legal.
- Diagnosticar precozmente la enfermedad, caso de producirse, instaurando un tratamiento precoz de la misma.
- Evitar la propagación a terceros.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y PRECAUCIONES

Precauciones: Durante el periodo de seguimiento, especialmente en las primeras 6-12 semanas se deben evitar las donaciones de sangre, semen o donación de órganos, y abstenerse de relaciones sexuales sin el uso correcto de un preservativo de látex. Además las mujeres lactantes no deberán alimentar a sus hijos con leche materna al menos durante este periodo.

Efectos secundarios: Aproximadamente el 50% de los trabajadores sanitarios que siguen una PPE refieren efectos secundarios y, aproximadamente, un tercio abandonan la profilaxis por este motivo. La mayoría son leves, aunque se han referido también efectos secundarios graves. Es más probable que estos efectos se produzcan con mayor frecuencia y, por tanto, que se abandone el tratamiento en la PPE de 3 fármacos que en la de dos. La mayor parte de la información conocida sobre

la seguridad y los efectos adversos por estos medicamentos se basa en estudios de su uso en individuos infectados por el VIH, por lo que los efectos en personal sano, con un sistema inmune normal no tendrían por qué ser iguales. Para muchos de estos medicamentos no se conoce la toxicidad a largo plazo.

RIESGOS MAS COMUNES Y ACTUACION

V.H.B.

Estudios en trabajadores sanitarios han determinado que el riesgo de desarrollo clínico de una hepatitis B tras una exposición con HBsAg y HBeAg positivos se estima entre un 22%-31%, y el de seroconversión entre el 37%-62%. Comparativamente, el riesgo a desarrollar una hepatitis por contacto con una fuente HBsAg positivo y HBeAg negativo es estimado entre un 1%-6% y el de una seroconversión entre el 23%-37%.

V.H.C.

El promedio de incidencia de seroconversión (anti VHC positivo) tras una exposición accidental percutánea con una fuente VHC positiva es del 1,8% (rango 0% - 7%), siendo rara la transmisión a través de mucosas expuestas a sangre y no existiendo documentado caso alguno de transmisión a través de piel intacta y no intacta con sangre. De un reciente estudio se desprende que el tratamiento durante la fase aguda de la Hepatitis C mediante Interferón puede prevenir el desarrollo de una infección crónica, dando como resultados analíticos niveles normales de transaminasas y niveles indetectables de RNA-VHC en el 98% de los que finalizaron el tratamiento.

V.I.H.

El riesgo de ser infectado por el VIH tras un accidente percutáneo, pinchazo por aguja u otros objetos afilados es muy pequeño (0'3%), 3 por cada 1000 accidentes. Si la exposición es por contaminación de mucosas o piel NO intacta, el riesgo en ambos casos es aproximadamente del 0'1% (1 por 1000 accidentes) o < 0.1% respectivamente. El riesgo individual de infección sólo se puede valorar desde el conocimiento del estado serológico en el momento del accidente tanto de la fuente del mismo, como del trabajador.

Las circunstancias que “incrementan el riesgo” de transmisión del VIH son:

- Profundidad del pinchazo.
- Existencia de sangre visible en el instrumental.
- Que el instrumental proceda directamente de vena o arteria.
- Estadio terminal del paciente (o elevada carga viral).

ACTUACIÓN ANTE UNA EXPOSICIÓN:

El procedimiento se inicia con la comunicación al servicio de prevención de un accidente biológico por parte del trabajador accidentado o su mando intermedio. Las fases a realizar desde el servicio para la atención del accidente son:

EVALUACIÓN DE LA FUENTE DEL ACCIDENTE

- Recogida de datos de la fuente: nombre, apellidos, dirección, teléfono de contacto, número de historia...
- Solicitud de consentimiento informado para la realización de serologías.
- Serología de la fuente: anti VHC, anti VIH, GOT, GPT, ÛGT, HBsAg y anti HBc
- En caso de fuente desconocida valorar la posibilidad de tratar el accidente como de alto riesgo y/o valorar individualmente las circunstancias del mismo para su tratamiento.

ATENCIÓN INMEDIATA DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

- Recogida de información sobre el tipo de accidente y el estado de inmunización frente a la hepatitis B.
- Solicitud de serología del trabajador accidentado en función del estado de inmunización frente al VHB.
- Trabajadores correctamente inmunizados, analítica simple: anti VHC, anti VIH, GOT, GPT, ÛGT.
- Trabajadores no correctamente inmunizados, analítica ampliada: analítica simple más HbsAg y anti HBc.

Desde el punto de vista legal se considera necesario disponer de datos serológicos del trabajador accidentado en el momento del accidente o en los días próximos al mismo.

PROFILAXIS Y SEGUIMIENTO POSTEXPOSICION

- Virus Hepatitis B(VHB:) Una vez conocido el estado serológico del trabajador frente al VHB, se valorará en función de las características serológicas de la fuente y en caso de fuentes desconocidas en función del riesgo asociado al accidente. Se completará o iniciará la vacunación frente al virus de la hepatitis B en aquellos trabajadores que lo precisen.
- Virus Hepatitis C (VHC): El uso de Inmunoglobulina como profilaxis postexposición frente al virus de la Hepatitis C no está justificado.
- Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH): La eficacia de la profilaxis con Zidovudina (ZDV) tras exposiciones accidentales al VIH, según los resultados de un estudio de casos-control realizado retrospectivamente por los C.D.C. sobre un

número limitado de profesionales sanitarios expuestos (31 casos y 679 controles), se asoció a una reducción del riesgo de transmisión del VIH del 81%.

DURACION

La duración del tratamiento de cuatro semanas está clara, así como el beneficio de completar la duración del tratamiento con un régimen básico (2 fármacos), que excede al beneficio de añadir un tercer fármaco sin cumplimentar la duración total del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que actualmente existen varias formas de evitar los accidentes en laboratorios, pero, por más que quisiéramos evitarlos, siempre habrá factores que los tendrá presentes a pesar de la máxima seguridad en el laboratorio. Es por esto que las buenas prácticas de laboratorio encaminan al cuidado para la salud y seguridad del personal de laboratorio.

Hay que tener en cuenta que la prevención de accidentes es responsabilidad de todos los que trabajan en el laboratorio y por lo tanto es necesaria la cooperación activa de cada uno. Todos son responsables por la prevención de accidentes, que casi siempre ocurren debido a:

- Actitudes de indiferencia
- No utilizar el sentido común
- No seguir las instrucciones y como consecuencia cometer errores

Cualquiera puede llegar a ser víctima de sus propios errores o de errores cometidos por otros. Por esto, la guía o recomendaciones para evitar accidentes en los laboratorios, comienza con el uso apropiado del equipo de protección personal (EPP), de acuerdo al enfoque de laboratorio (laboratorio de microbiología, laboratorio clínico, laboratorio químico, etc.

6 Bibliografía

- Update U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 2005;54(RR-9):1-17.
- European recommendations for the management of healthcare workers occupationally exposed to hepatitis B virus and hepatitis C virus. Euro Surveill 2005; 10(10) Published online October 2005.

- Iribarren JA et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(10):564-642.

Capítulo 897

TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN ADQUIRIDOS EN EL ENTORNO PERIOPERATORIO

LORENA SALGADO LÓPEZ

1 Introducción

La terapia hemostática dirigida tiene como objetivo corregir las coagulopatías en entornos clínicos específicos y reducir la necesidad de transfusiones alogénicas, evitando así la transfusión masiva y sus resultados nocivos. Aunque existen pautas específicas para revertir la anticoagulación en pacientes tratados con agentes antiplaquetarios o warfarina, actualmente hay poca evidencia para recomendar recomendaciones integrales para tratar la coagulopatía inducida por fármacos asociada con nuevos anticoagulantes orales.

Durante la hemostasia, los factores de coagulación participan en una cascada compleja culminante en la generación de trombina, que cataliza la conversión de fibrinógeno en fibrina [1]. El fibrinógeno juega un papel crítico en el logro y mantenimiento de la hemostasia. Sirve como precursor de la fibrina, un componente esencial de los coágulos sanguíneos. La polimerización posterior forma hebras de fibrina, que se reticulan covalentemente por el factor de coagulación activado XIII [2]. El fibrinógeno también promueve la agregación plaquetaria al unirse a los receptores de glucoproteína IIb / IIIa. Estas plaquetas refuerzan el coágulo por enredarse dentro de las hebras de fibrina.

2 Objetivos

Proporcionar una visión general de las coagulopatías adquiridas que pueden ocurrir en varios entornos clínicos perioperatorios.

Describir los trastornos de la coagulación relacionados con medicamentos antitrombóticos y estrategias disponibles actualmente para revertir sus efectos antitrombóticos en situaciones de hemorragia severa.

3 Metodología

La búsqueda organizada y sistemática que ha servido de referencia para la redacción de este informe se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed y Google.

En las dos bases se han buscado como descriptores: anticoagulantes, coagulopatía, hemorragia, terapia hemostática y reversión.

Se obtienen 144 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 11.

4 Resultados

En los entornos clínicos de cirugía cardiovascular, traumatología y obstetricia, las causas principales de sangrado suelen ser anatómicas en lugar de fisiopatológicas y el primer paso para el tratamiento a menudo implica medidas quirúrgicas. La siguiente prioridad suele ser la reanimación de volumen, ya que el mantenimiento del volumen de sangre es necesario para una adecuada perfusión y oxigenación de los tejidos. La coagulopatía adquirida puede desarrollarse como consecuencia de la pérdida de sangre, la pérdida y el consumo de factores de coagulación y la hemodilución debido al reemplazo excesivo de líquidos. La evidencia sugiere que las estrategias restrictivas de reanimación con líquidos se asocian con períodos más cortos de UCI y hospitalización y una disminución de la mortalidad [4]. Sin embargo, la hipovolemia produce acidosis, que es un jugador clave para exacerbar la coagulopatía. En presencia de coagulopatía, puede producirse una mayor pérdida de sangre no solo por la cirugía en curso, sino también por la pérdida o el consumo o la disfunción de los factores de coagulación, las plaquetas y otras células sanguíneas involucradas en la hemostasia. Por lo tanto, la intervención temprana con terapia hemostática puede ser crítica para prevenir

el desarrollo de coagulopatías complejas y la progresión a una hemorragia grave y potencialmente mortal. [3].

- Cirugía cardíaca:

Durante la cirugía cardíaca, la causa principal del sangrado está relacionada con la cirugía. Los factores de riesgo asociados con el aumento del sangrado incluyen edad avanzada (> 70 años), anticoagulante preoperatorio y / o tratamiento antiplaquetario, coagulopatía preoperatoria e insuficiencia renal [5]. El tipo de operación también afecta el sangrado, por ejemplo, la cirugía cardíaca con bypass cardiopulmonar (BCP) provoca una activación generalizada del sistema hemostático, incluidos defectos de hemostasia primaria y enfermedad de von Willebrand adquirida, dependiendo del tiempo de bypass. Aunque la heparina se usa para prevenir la coagulación de la sangre, la activación de la coagulación todavía ocurre y aumenta a medida que aumenta la duración de la BCP. Además, antes de la cirugía, el uso de soluciones de cebado como cristaloides puede conducir a la dilución de factores de coagulación y plaquetas [6].

- Traumatología:

La coagulopatía es común en los traumatismos y puede ocurrir muy temprano después de la lesión [7]. Al llegar al hospital, antes de la administración de grandes cantidades de líquido y antes del inicio de la hipotermia y la acidosis, el 28-60% de los pacientes tienen una coagulopatía identificable [8]. Esta coagulopatía aguda de trauma , que se desarrolla rápidamente después de una lesión en respuesta a una combinación de lesión tisular y shock, es un indicador de mal pronóstico [9].

- Hemorragia post parto:

Durante el embarazo, los cambios fisiológicos normales conducen a cambios marcados en la coagulación y los sistemas fibrinolíticos. La mayoría de los factores de coagulación aumentan y los anticoagulantes naturales disminuyen aumentando la coagulación y reduciendo la actividad fibrinolítica, creando así un estado de hipercoagulabilidad [10]. Estos cambios, que generalmente vuelven a los niveles previos al embarazo 3 semanas después del parto [11], pueden ser importantes para minimizar la pérdida de sangre durante el parto.

5 Discusión-Conclusión

En el contexto perioperatorio, la coagulopatía generalmente ocurre como resultado de una lesión, un procedimiento quirúrgico o una terapia médica anticoag-

ulante.

Las coagulopatías adquiridas son un factor de riesgo importante para la progresión a un sangrado severo y pueden conducir a una pérdida de sangre masiva y complicaciones secundarias asociadas con la transfusión masiva de productos sanguíneos alogénicos, que incluyen aumento de la mortalidad, morbilidad, cuidados intensivos y hospitalización y costos. Por lo tanto, la intervención dirigida temprana con terapia hemostática puede ser crítica para prevenir el desarrollo de coagulopatías complejas y la progresión a hemorragias graves y potencialmente mortales.

En la actualidad, hay poca evidencia de ensayos clínicos para formular recomendaciones integrales para tratar el sangrado asociado o inducido por los nuevos anticoagulantes orales. En particular, en casos de hemorragia severa o cuando un procedimiento de emergencia requiere la corrección inmediata de la coagulación, hay una ausencia de antídotos específicos para revertir su efecto anticoagulante. Se están desarrollando antídotos específicos; sin embargo, se requieren más estudios para evaluar estos agentes específicos para la reversión de la anticoagulación en situaciones clínicas de sangrado.

6 Bibliografía

1. Ragni MV. Lo antiguo y lo nuevo: PCC, VIIa y factores de coagulación dudosos para la hemofilia y otros trastornos hemorrágicos . Hematología Am Soc Hematol Educ Program 2013; 2013 : 44–51.
2. Muszbek L, Yee VC, Hevessy Z. Factor de coagulación sanguínea XIII: estructura y función . Thromb Res 1999; 94 : 271–305.
3. Rahe-Meyer N, Hanke A, Schmidt DS, y col. El concentrado de fibrinógeno reduce el sangrado intraoperatorio cuando se usa como terapia hemostática de primera línea durante una cirugía mayor de reemplazo aórtico: resultados de un ensayo aleatorizado, controlado con placebo . J Thorac Cardiovasc Surg 2013; 145 : S178 – S185
4. Silva JM, de Oliveira AM, Nogueira FA, et al. El efecto del exceso de equilibrio de líquidos en la tasa de mortalidad de pacientes quirúrgicos: un estudio prospectivo multicéntrico . Crit Care 2013; 17 : R288.
5. Ferraris VA, Ferraris SP, et al. Sociedad de cirujanos torácicos Grupo de trabajo para la guía de conservación de la sangre. Transfusión de sangre perioperatoria y conservación de la sangre en cirugía cardíaca: la guía de práctica clínica de la

Sociedad de Cirujanos Torácicos y la Sociedad de Anestesiólogos Cardiovasculares . *Ann Thorac Surg* 2007; 83 : S27-86.

6. Besser MW, Klein AA. La coagulopatía del bypass cardiopulmonar . *Crit Rev Clin Lab Sci* 2010; 47 : 197-212.

7. Floccard B, Rugeri L, Faure A, et al. Coagulopatía precoz en pacientes con traumatismos: un estudio en el lugar y hospitalización . *Lesiones* 2012; 43 : 26–32.

8. Maegele M, Lefering R, Yucel N, et al. Coagulopatía precoz en lesiones múltiples: un análisis del Registro Alemán de Trauma en 8724 pacientes . *Lesión* 2007; 38 : 298–304.

9. Frith D, Goslings JC, Gaarder C, y col. Definición e impulsores de la coagulopatía traumática aguda: investigaciones clínicas y experimentales . *J Thromb Haemost* 2010; 8 : 1919-1925.

10. Prisco D, Ciuti G, Falciani M. Cambios hemostáticos durante el embarazo normal . *Haematologica Reports* 2005; 1 : 1–5.

11. Saha P, Stott D, Atalla R. Cambios hemostáticos en el puerperio '6 semanas posparto' (Estudio HIP) - implicación para el tromboembolismo materno . *BJOG* 2009; 116 : 1602-1612.

Capítulo 898

ESTUDIO DE ESPUTO

ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los esputos son acúmulos de mucosidad del aparato respiratorio que ascienden por la tráquea y se expulsan por la boca mediante una tos profunda. En ese recorrido pueden teñirse de sangre, infectarse o contener células anormales que pueden llevar al diagnóstico de distintas patologías.

2 Objetivos

Conocer la forma de obtención, transporte y conservación de la muestra de esputo, así como el posterior análisis del mismo.

3 Metodología

Se hace una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, tales como: Scielo, Medline y Google académico; utilizando los descriptores DeCS esputo y MESH sputum, restringiendo la búsqueda a publicaciones en español e inglés de las últimas décadas.

4 Resultados

El esputo debe obtenerse del tracto respiratorio inferior tras expectoración profunda. Preferiblemente se recogerá en la mañana, en ayunas y previo enjuague

con agua de la boca, procurando que sea lo más aséptico posible. Para ello se utilizará un bote estéril de boca ancha.

Una vez obtenida la muestra, debe ser llevada al laboratorio de inmediato, pero si no fuese posible, se conservará refrigerada a 4°C no más de 24 horas. Una vez en el laboratorio, el estudio se centrará básicamente en dos aspectos:

- Examen macroscópico y microscópico: Se transfiere un poco de muestra a una placa de petri estéril sobre fondo oscuro y se observa la consistencia y el aspecto. En las muestras normales el aspecto es acuoso y claro y no da olor. Cogemos las partículas sospechosas y las pondremos en un portaobjetos con el fin de examinarlo al microscopio.
- Cultivo del esputo: Mediante esta técnica identificamos al agente causante de la infección y descubriremos cuál es el antibiótico adecuado para el tratamiento. Se realiza una tinción Gram y una tinción Zhiel Nielsen (para micobacterias) y sembraremos el resto de la muestra en diferentes medios de cultivo según la sospecha clínica. Los medios se conservarán a la temperatura y tiempo necesarios, que puede oscilar desde las 24-48horas hasta los 7-15 días.

5 Discusión-Conclusión

El análisis del esputo es una herramienta básica que permite el estudio, diagnóstico y seguimiento de múltiples enfermedades de tipo inflamatorio, infeccioso y tumoral que cursan con afectación pulmonar, de ahí su importancia.

6 Bibliografía

1. Castillo De La Rosa, E.: "Obtención de muestra de esputo". Técnicas y procedimientos. Revista metas. Marzo 2000.
2. Pagana, K.D. & Pagana, T.J. (2007). Mosby's Diagnostic and laboratory Test Reference. 8th Edition: Mosby, Inc., Saint Louis, MO.
3. Chernecky CC, Berger BJ (2013). Laboratory Tests and Diagnostic Procedures, 6th ed. St. Louis: Saunders.
4. Prieto Menchenos, S. Amich Oliveras, S. Sacue Martinez, M.L.: "Laboratorio Clínico. Principios Generales". Editorial Interamericana. McGrawhill. 1993.

Capítulo 899

ANGIO-TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (ANGIOTC) DE TÓRAX EN PEDIATRÍA

PABLO LOZA ROMERO

1 Introducción

El ANGIOTC de tórax en pediatría es una técnica alternativa a la angiografía coronaria invasiva convencional para realizar en menores con patologías cardiovasculares.

Esta técnica ofrece una imagen estática de la distribución del contraste en el árbol vascular. Con esta técnica se reduce la dosis de radiación y de volumen de contraste, sin artefactos por respiración y se obtienen imágenes de buena calidad.

2 Objetivos

Explicar el procedimiento en el diagnóstico de la patología cardiovascular Pediátrica mediante AngioTC

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Scielo. Los términos empleados han sido: angioTC,

tórax, pediatría, diagnóstico, procedimiento. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1994.

4 Resultados

El estudio se basa en la realización de la prueba con un escáner multicorte de 64 coronas. Para ello se colocará al menor en decúbito supino y se le administrará el contraste por vía intravenosa. En casos en los que el niño esté muy agitado se valorará la posibilidad de sedación. Se realizará protección gonadal de plomo desde abdomen hasta área pélvica. Se seguirá el protocolo de angioTC de tórax :

-Kv 70-80

-mAs 150

-FOV 18

-espesor de corte 1mm, con un incremento de 0,5, longitud 200.

-Topograma: caja torácica

-locutor: debajo del botón aórtico

-ROI: en aorta descendente

-body helical: desde ápex hasta bases pulmonares

El estudio quedará realizado cuando el contraste alcance el umbral donde se puso el ROI y se lancen las secuencias de imágenes programadas.

Con la utilización del angioTAC de tórax en niños se ha conseguido un mejor diagnóstico de enfermedades cardiovasculares en niños, con una menor dosis de radiación y una mejor calidad de imágenes lo que permite un diagnóstico más certero.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda esta técnica resulta ser un método de gran rendimiento y utilidad diagnóstica en pediatría, por sus cortos tiempos de adquisición, su alta resolución espacial y una menor dosis de radiación, en comparación con otras intervenciones y procedimientos diagnósticos.

6 Bibliografía

- Cohen R, Frush D, Donnelly L. Data acquisition for pediatric CT angiography: problems and solutions. *Pediatr Radiol* 2000; 30: 813-822.
2. Frush D. Technique of Pediatric Thoracic CT Angiography. *Radiol Clin N Am* 2005; 43: 419-433.
3. Rubin GD. Three dimensional helical CT Angiography. *Radiographics* 1994; 14: 905-912.

Capítulo 900

INTERACCIÓN DE LA RADIACIÓN CON LA MATERIA

MARTA MARIA CASTRILLON FERNANDEZ

EVA MARIA GARZON CANDELA

1 Introducción

Cuando una radiación cualquiera interacciona con la materia, con sus átomos, su energía se transfiere a dicho medio, pudiendo esta energía ser absorbida o no.

Existen dos tipos de colisiones:

- Colisiones elásticas: son aquellos choques ocasionados por una radiación sobre la materia en los que dicha radiación conserva su energía cinética.
- Colisiones inelásticas: son choques ocasionados por una radiación sobre un medio material en los que ésta pierde parte o toda su energía. Las conexiones inelásticas son las más importantes en radiología

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo de libro es describir los tipos de interacción de radiación con la materia, sus interacciones y sus efectos más importantes.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros de radiología que tratan sobre la radiación y sus componentes, y en bases de datos: Sicielo, Di-

alnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: radiología, interacción, energía, radiación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En la interacción inelástica se producen los siguientes fenómenos:

- Absorción: es la transferencia de energía de la radiación primaria o incidente sobre la materia.
- Dispersión: es la salida de la emergente en todas las direcciones del espacio.
- Atenuación: es la disminución de la intensidad de la radiación primaria o incidente a su paso por un medio material.

Cuando haz de radiación incide en un medio material parte de la radiación interacciona con este, de manera que solo el resto lo atraviesa, esto constituye la atenuación de la radiación con la materia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos decir que toda la radiación interacciona; ahora bien, conocer si queda toda la radiación en el medio, o no toda la radiación queda en el medio atravesado, lo cierto es que solo una parte de la misma, pues el resto sale al exterior en forma de radiación dispersa.

6 Bibliografía

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

Capítulo 901

TIPOS DE CONTRASTES EN RADIOLOGÍA

LAURA CABREJAS LOPEZ

1 Introducción

Un contraste es aquel que se utiliza para diferenciar un elemento de otro a través de la creación de diferentes densidades entre ellos. Los contrastes se usan en la resonancia, tomografía computarizada (TC) y la radiografía. A continuación vamos a explicar qué dos tipos de contrastes podemos usar.

2 Objetivos

Conocer las principales funciones del técnico en diagnóstico por imagen (TSID) y tipos de contrastes que se usan en el ámbito radiológico y sus utilidades.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Sículo, preevid, Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: TSID, imagen, diagnóstico, contraste, tipos. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1999.

4 Resultados

Diferenciamos dos tipos de contrastes:

- NEGATIVOS: en dónde se usan gases, se aplica en cavidades, como pueden ser la cavidad articular, la abdominal y la ventricular. En la actualidad este tipo de contrastes está en desuso. La imagen que proporcionan es radiolúcida, negra.
- POSITIVOS: este tipo de contrastes pueden ser administrados por vía oral, rectal (baritados, para ver el tubo digestivo, por ejemplo) o parenteral (yodados, usados para ver el tracto urinario, entre otros). La imagen que proporcionan este tipo de contrastes es radiopaca, de color blanco.

Los rayos X atraviesan fácilmente un medio que contenga un contraste negativo, mientras que si contiene un contraste positivo su paso será más difícil por su alto peso molecular.

Los productos yodados pueden dividirse en hidrosolubles y liposolubles, los hidrosolubles se eliminan por el riñón y el hígado; los liposolubles lo hacen por la vía biliar y se les aplica directamente por vía endoscópica.

5 Discusión-Conclusión

Hemos averiguado cuales son los dos tipos de contrastes que se pueden usar, negativo y positivo y cómo se emplean en el organismo, y también en la posterior imagen radiológica (la densidad y el color que provocarán en la misma), además de conocer sus vías de eliminación. Todo ello es muy importante, y de ahí la relevancia de una buena formación en todos los técnicos de diagnóstico por imagen.

6 Bibliografía

- (1) Tipos de medio de contraste radiológicos- Jordan Oliverio Rodríguez Mata
- (2) Medios de contraste radiológicos - Modelo de la OMS 2004- Portal de información Medicamentos esenciales y productos de salud.

Capítulo 902

PROGRAMA DE SCREENING DE MAMA EN EL SERVICIO DE RX

BEATRIZ SUÁREZ VELASCO

1 Introducción

Los Programas Clave de Atención Interdisciplinar son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un problema determinado de salud. El desarrollo e implementación de los mismos es uno de los objetivos prioritarios de nuestra Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Dentro del proceso global de atención al Cáncer de Mama, existe una actuación determinante que es favorecer la detección precoz del cáncer de mama en mujeres entre 50 y 69 años, disminuyendo la mortalidad e incrementando la calidad de vida de las mujeres afectadas (aumentando la cirugía conservadora, reduciendo los tratamientos innecesarios y asegurando la rehabilitación integral).

El Consejo de Europa recomienda realizar mamografías de cribado para el cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, de acuerdo con las directrices europeas de garantía de calidad del cribado mediante mamografía. Esta recomendación está basada en la existencia de pruebas de la eficacia del cribado del cáncer de mama derivadas de ensayos clínicos aleatorios.

La misma recomendación hace hincapié en que junto a los efectos beneficiosos con respecto a la reducción de la mortalidad específica por cáncer de mama, el cribado puede tener también efectos secundarios adversos para la población sometida a las pruebas. Así mismo, afirma que las pruebas de cribado recomendadas sólo pueden ofrecerse si están enmarcadas en programas:

- Con carácter poblacional
- Que cuenten con un aseguramiento de la calidad en todos los niveles asistenciales de diagnóstico, tratamiento y seguimiento
- En que se informe adecuadamente de los beneficios y los riesgos
- En que se disponga de recursos adecuados para el cribado

La estrategia contra el cáncer, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en el pleno mantenido el 29 de marzo de 2006, recomienda establecer programas de cribado mediante pruebas mamográficas bi-anales para esta misma población diana.

2 Objetivos

Identificar los riesgos y beneficios del cribado.

Conocer la epidemiología del cáncer de mama y cómo realizar el cribado.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en las bases de datos PubMed, Google Académico y Medline; empleando los descriptores para la búsqueda de: cáncer de mama, cribado, epidemiología. Se excluyeron textos sin acceso gratuito y se incluyeron sólo aquellos que fueran publicados en castellano y cuya fecha de publicación fuese en los últimos 20 años.

4 Resultados

El cribado es un servicio de salud pública en el cual a los miembros de una población definida, que no se perciben necesariamente como expuestos o afectados por una enfermedad o sus complicaciones, se les ofrecen pruebas que permitan identificar aquellos con más probabilidad de estar afectados con el fin de reducir, mediante otras pruebas o tratamientos, el riesgo de la enfermedad o de sus complicaciones. Los programas de cribado incluyen un número importante de personas que se sienten sanas con la finalidad de seleccionar solamente a las que están enfermas.

RIESGOS Y BENEFICIOS:

Los cribados, como cualquier intervención sanitaria, tienen riesgos y beneficios que deben ser considerados. Los beneficios parecen claros: la precocidad en el diagnóstico y la intervención mejorará el pronóstico en algunas personas enfermas. Los inconvenientes son más complejos: se alargará la duración de la enfermedad en las personas diagnosticadas cuando no haya modificaciones del pronóstico; puede haber un sobret ratamiento para las formas más leves de la enfermedad; las personas enfermas con resultados negativos en la prueba serán identificadas falsamente como sanas; las pruebas realizadas tienen riesgos asociados; otro inconveniente destacado es que las personas sanas con resultados positivos en la prueba de cribado pueden experimentar preocupación y ansiedad hasta el diagnóstico definitivo, además de ser sometidas a pruebas que no precisan. El consejo danés de ética establece tres cuestiones clave en relación con los riesgos y beneficios de los cribados.

La PRIMERA de ellas es si las pruebas de cribado suponen la patologización de numerosas personas sanas o si por el contrario supone un buen servicio ofrecido para identificar a pocas personas enfermas.

La SEGUNDA es que es importante conocer que las pruebas de cribado pueden tener falsos resultados, esto es, clasificar como enfermas a las personas sanas y clasificar como sanas a las personas enfermas. Esta circunstancia, que es común a cualquier prueba de diagnóstico, tiene mayor importancia en las pruebas de cribado, cuya finalidad es clasificar a las personas que la realizan en dos grupos con diferentes probabilidades de tener la enfermedad buscada.

La TERCERA hace referencia a que el uso de los programas de detección precoz indica el modo en que el sistema sanitario distribuye y prioriza sus recursos. Tiene interés entonces determinar si los programas de detección precoz suponen distribuir y priorizar equitativamente los recursos, así como saber cuál es el impacto esperado de estos programas.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE MAMA

SITUACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA:

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales. En los países de la Unión Europea, la probabilidad de las mujeres de desarrollar un cáncer de mama antes de los 75 años es del 8%.

Anualmente, en España se diagnostican unos 16.000 casos al año y se produce la muerte de casi 6.000 mujeres. La tasa de incidencia ajustada por edad en 1998 fue de 67 por 100.000, la menor de la UE, pero igual que en otros países occidentales,

ha sufrido un considerable aumento, más marcado entre las décadas del 70 al 90.

SITUACIÓN EN ESPAÑA:

La mortalidad por cáncer de mama en España comienza a descender en 1992, a un ritmo del 2% anual. Este patrón de disminución afecta a todas las Comunidades Autónomas, aunque el inicio del descenso se produce en diferente momento. El descenso de la mortalidad más acusado es en Navarra, siendo de un 8% anual a partir de 1995, seguido de la Rioja y Castilla-León. Navarra fue la primera Comunidad Autónoma que implantó un programa de detección precoz, en 1990. En el ámbito de la UE, las grandes diferencias observadas hace medio siglo en la mortalidad por este tumor tienden a desaparecer, proporcionando un patrón mucho más homogéneo. En España no existe un patrón geográfico claro.

NORMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD:

Con el fin de garantizar la calidad de la actividad se establecen unas normas técnicas, basadas en el conocimiento disponible y en el consenso profesional.

1. La población diana del programa es el conjunto de mujeres entre 50 y 69 años de edad residentes en la Comunidad Autónoma.
2. Las fuentes de información demográfica para crear la base de datos que permita el desarrollo del programa son el padrón municipal de habitantes y el registro SIPRES.
3. La citación se realiza vía postal, con cita asignada.
4. La frecuencia de la prueba de cribado es 24 meses.
5. La prueba de cribado es la mamografía bilateral, con dos proyecciones en la primera serie, craneocaudal (CC) y oblicua media lateral (OML). En las series sucesivas se realiza una sola proyección (OML).
6. Se recomienda que las mamografías sean interpretadas por dos radiólogos independientes.
7. En el plazo máximo de 15 días después de la mamografía de cribado se debe emitir una carta individualizada con información del resultado y recomendaciones a seguir.
8. Para clasificar los resultados del cribado desde el punto de vista radiológico se utiliza la clasificación BI-RADS.
9. Cuando de la lectura de un estudio mamográfico resulta una clasificación BI-RADS distinta de 1 ó 2, deben continuarse los estudios, que se clasifican como de evaluación.
10. Los equipos utilizados en el programa de detección precoz deben recibir controles semestrales de calidad de equipos mamográficos, controles semanales de calidad de imagen y controles diarios de calidad de revelado.

5 Discusión-Conclusión

La realización de pruebas de cribado no puede excluir la necesidad de diagnosticar la patología no detectada en cribado, la que se presenta fuera de los intervalos de cribado y la que aparece en población que no es susceptible participar en el programa.

En el caso del cáncer de mama, la sospecha de patología mamaria fuera de la población diana de cribado y en periodos intercribado debe ser valorada por Atención Primaria y derivada a Atención Especializada si se considera necesario.

6 Bibliografía

- The Danish Council of Ethics. Screening a report, 2002
- IARC Working Group on the Evaluation of Cancer Preventive Strategies. Breast cancer screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention, volume 7. Lyon: IARC Press, 2002, ISBN 92 832 300 8.
- www.princast.es

Capítulo 903

ATUENDO Y DISPOSITIVOS DE PERSONAL SANITARIO COMO FÓMITES (TRANSMISORES DE CONTAMINACIÓN PATÓGENA)

DOMINGA BETTY HUATUCO RAMÍREZ

1 Introducción

La transmisión de patógenos dentro del entorno hospitalario sigue siendo un peligro para los pacientes hospitalizados. Organismos como *Staphylococcus aureus*, incluido *S. aureus* resistente a la meticilina (MRSA) y los enterococos resistentes a la vancomicina están asociados con una considerable morbilidad, mortalidad y costos de atención médica y pueden transmitirse a través de superficies ambientales y objetos inanimados.

El personal de atención médica (HCP) puede representar una superficie móvil para la transmisión a través de su indumentaria contaminada. Los esfuerzos para mejorar la higiene de las manos y las reformas, como la política del código de vestimenta del Reino Unido de "desnudo debajo del codo", han intentado reducir este riesgo, pero el vestuario profesional y los numerosos dispositivos que llevan los proveedores de atención aún representan riesgos potenciales. Sin embargo, la magnitud del riesgo no está clara. Realizamos una revisión sistemática de la literatura para evaluar la contaminación bacteriana del atuendo de HCP y los dispositivos de uso común.

2 Objetivos

Analizar la contaminación bacteriana del atuendo del personal sanitario y los dispositivos de uso común y su actuación como fómite (cualquier objeto carente de vida que, si se contamina con bacterias, virus, hongos o parásitos, es capaz de transferir es contaminación de un individuo a otro).

3 Metodología

Realizamos una búsqueda sistemática de estudios que evaluaran la prevalencia de la contaminación bacteriana patógena de prendas de vestir y dispositivos transportados por HCP. Se realizaron búsquedas en MEDLINE, el índice acumulativo de literatura de enfermería y salud aliada y las bases de datos Cochrane. Los siguientes términos de búsqueda se desarrollaron en MEDLINE y se adaptaron para su uso en otras bases de datos: “Fómites”, “Infección cruzada”, “Bacterias”, “Infecciones bacterianas”, “Contaminación del equipo”, “teléfono móvil” O “teléfonos móviles” “buscapersonas”, “Bolígrafos”, “monederos”, “bolso”, “bata blanca”, “uniformes”, “personal de salud”.

Se incluyeron estudios sobre la prevalencia de bacterias patógenas, particularmente *S. aureus* o bacilos gramnegativos (GNR), se excluyeron los estudios de contaminación fúngica o viral. Solo se usaron datos de contaminación del pretratamiento o controles de estudios que probaron estrategias de saneamiento. La prevalencia de contaminación de manos no se incluyó.

4 Resultados

Pocos estudios evaluaron explícitamente la presencia de *Clostridium difficile*. Un estudio dirigido a la contaminación por *C. difficile* de estetoscopios identificó una tasa de contaminación del 5%, mientras que un segundo 4 no identificó dicha contaminación. Los estudios utilizaron una amplia variedad de esquemas de clasificación para informar varillas gramnegativas, dependiendo de los métodos microbiológicos utilizados para el aislamiento. Algunos proporcionaron datos a nivel de especie, mientras que otros informaron solo “GNR”, “GNR no fermentable” o “coliformes”.

La contaminación por enterococos se informó de manera inconsistente y, cuando se incluyó, la resistencia a la vancomicina fue rara. La excepción es un estudio

de uniformes de enfermeras con un 39% de contaminación con enterococos resistentes a la vancomicina. Debido a la alta variación en la técnica y el equipo de muestreo, los métodos microbiológicos y los informes, no se hizo ningún intento de agrupar los datos de todos los estudios o realizar un metanálisis.

Tres estudios 5 - 7 fueron prospectivos. Los estudios restantes fueron de corte transversal. Cuatro estudios intentaron correlacionar la contaminación del dispositivo o la ropa con aislamientos clínicos.

En 2014, la Society for Healthcare Epidemiology of America publicó recomendaciones para que las instalaciones de atención médica aborden la vestimenta de los profesionales de la salud, incluida la consideración de políticas “desnudas por debajo de los codos”, la provisión de servicios de lavado de batas blancas y la provisión de ganchos para quitar las batas blancas antes de contacto con el paciente. Sin embargo, sigue habiendo una escasez de datos que relacionen la vestimenta o la contaminación del dispositivo con la infección del paciente, y los hallazgos de esta revisión requieren investigación en el área de vestimenta y dispositivos móviles y otros dispositivos utilizados por HCP.

Una vez que se han optimizado las prácticas de higiene de manos, el siguiente paso razonable en el control de infecciones es prestar atención a reducir los reservorios de organismos que pueden existir en la ropa y los dispositivos. Las posibilidades incluyen la incorporación de políticas de vestimenta consistentes en la inclusión de la limpieza con estetoscopio como parte de las prácticas de higiene de manos, y la implementación y aplicación de políticas para limpiar artículos compartidos del paciente en un horario acordado por el personal de la unidad.

5 Discusión-Conclusión

Los próximos pasos para la investigación en esta área incluyen el desarrollo de métodos y protocolos estandarizados que permitan una comparación más significativa entre estudios e instituciones. Una estrategia de muestreo en serie que utiliza un diseño de estudio longitudinal puede proporcionar información importante sobre la persistencia de la contaminación bacteriana. Dada la escasez de datos sobre la contaminación *C. difficile* en relación con la importancia de este patógeno en la infección asociada a la asistencia sanitaria en esta era, es esencial un estudio adicional específico para este patógeno. Finalmente, si bien el uso de nuevas tecnologías como los tejidos o accesorios impregnados con antimicrobianos ha ganado terreno recientemente, se necesitan diseños de estudio

metodológicamente rigurosos para evaluar el impacto de esta nueva tecnología en los resultados clínicos en lugar de centrarse únicamente en reducir la contaminación.

6 Bibliografía

1. Hirsch , EB , Raux , BR , Lancaster , JW , Mann , RL , Leonard , SN . Microbiología de superficie de la tableta iPad y el potencial para servir como fómite tanto en entornos de práctica hospitalaria como fuera del entorno hospitalario. PLOS ONE 2014; 9: e111250 .
2. Carga , M , Cervantes , L , Weed , D , Keniston , A , Price , CS , Albert , RK . Los uniformes médicos recién limpiados y las batas blancas lavadas con poca frecuencia tienen tasas similares de contaminación bacteriana después de un día laboral de 8 horas: un ensayo controlado aleatorio. J Hosp Med 2011; 6: 177 - 182 .
3. Wright, SN , Gerry , JS , Busowski , MT , y col . Infección de la herida esternal de *Gordonia bronchialis* en 3 pacientes después de una cirugía a corazón abierto: transmisión intraoperatoria de un profesional sanitario. Infect Control Hosp Epidemiol 2012; 33: 1.238 - 1,241.
4. Bearman , G , Bryant , K , Leekha , S , et al . Vestimenta del personal sanitario en entornos que no son quirófanos. Infect Control Hosp Epidemiol 2014; 35 : 107 - 121 .
5. Campos-Murguía , A , León-Lara , X , Muñoz , JM , Macías , AE , Álvarez , JA . Los estetoscopios como posibles portadores intrahospitalarios de microorganismos patógenos. Am J Infect Control 2014; 42: 82 - 83.
6. Fafliora , E , Bampalas , VG , Lazarou , N , et al . Contaminación bacteriana de dispositivos médicos en un departamento de emergencias griego: impacto de los hábitos de limpieza de los médicos. Am J Infect Control 2014; 42: 807 - 809.
7. Russell , A , Secrest , J , Schreeder , C . Los estetoscopios como fuente de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina adquirida en el hospital. J Perianesthesia Nurs 2012; 27: 82 – 87.
8. Shiferaw , T , Beyene , G , Kassa , T , Sewunet , T . Contaminación bacteriana, perfil bacteriano y patrón de susceptibilidad antimicrobiana de aislamientos de estetoscopios en el Hospital Especializado de la Universidad de Jimma. Ann Clin Microbiol Antimicrob 2013 ; 12 : 39 .

Capítulo 904

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR INSTRUMENTAL REUTILIZABLE: LA ESTERILIZACIÓN.

DOMINGA BETTY HUATUCO RAMÍREZ

1 Introducción

Los equipos reutilizados y mal esterilizados causan infección en los países en desarrollo. Por ejemplo, las inyecciones no estériles resultan en 8 a 16 millones de nuevas infecciones de hepatitis B cada año, según una estimación reciente.

La prevención de enfermedades transmitidas por equipos médicos en los países en desarrollo es una prioridad para los proveedores de atención médica, y las agencias de políticas globales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) buscan las estrategias más apropiadas para lograr inyecciones estériles y procedimientos quirúrgicos.

Se requieren políticas para la descontaminación de equipos médicos y es importante que estos se basen en buena evidencia de que son efectivos. Como regla general, siempre se deben seguir las instrucciones del fabricante para la descontaminación del equipo, pero puede haber muchos casos en los que esta información no esté disponible. La Organización Mundial de la Salud revisó sus pautas actuales de descontaminación e informó sus hallazgos en un documento, que aún no se ha publicado (N Sang, O Kasiolo: Presentación de inconsistencias encontradas en los documentos de la OMS. Organización Mundial de la Salud (inédito)1997). De ocho conjuntos de recomendaciones diferentes, identificaron inconsistencias. Por ejemplo, las pautas dieron un rango de temperaturas y tiempos diferentes

para la esterilización por vapor y calor seco; y "blanqueador" fue recomendado en algunas pautas, y no en otras (N Sang, O Kasiolo: Presentación de inconsistencias encontradas en documentos de la OMS. Organización Mundial de la Salud (inédito) 1997). Además, algunas publicaciones de la OMS recomendaron alcohol y povidona yodada para el equipo, pero estos agentes no están incluidos en otras guías hospitalarias publicadas; y la ebullición (generalmente se considera que no mata las esporas bacterianas) se recomienda para la esterilización del equipo. La base de evidencia para las guías de la OMS no es explícita, pero esto no es inusual en este campo. Existen muchas pautas y recomendaciones para una práctica efectiva de descontaminación, incluidos informes, documentos gubernamentales y manuales de campo, sin referencia a los datos en los que se basan las recomendaciones.

2 Objetivos

Determinar las estrategias más apropiadas para lograr prevenir la infección por instrumental reutilizable, inyecciones estériles y procedimientos quirúrgicos.

3 Metodología

Desarrollamos una estrategia de búsqueda en Medline y aplicamos criterios de inclusión que especifican los procedimientos de descontaminación de interés y un resultado de destrucción microbiana para un conjunto de organismos marcadores. Desarrollamos protocolos para evaluar la calidad de los estudios y los categorizamos de acuerdo con la confiabilidad de los métodos utilizados. Mediante un proceso iterativo identificamos las mejores prácticas para los métodos de descontaminación y los factores adicionales clave necesarios para garantizar su efectividad.

4 Resultados

Alcoholes

El procedimiento estándar derivado de los estudios incluidos fue la exposición al 70–80% de etanol o isopropanol durante 5 minutos. Los alcoholes fueron particularmente efectivos para los virus de lípidos (como el VIH) y las bacterias [5], pero los virus sin lípidos (como la hepatitis A) y las micobacterias pueden

ser más resistentes, especialmente cuando se secan en el equipo. No hubo pruebas suficientes para dar una evaluación más definitiva. La presencia de carga orgánica no perjudicó la descontaminación efectiva con alcohol, excepto en los casos en que el material contaminante (como el suero seco) limitó su acceso a los microorganismos [4].

Blanqueador

Para equipos críticos, un procedimiento estándar de blanqueador de hipoclorito de sodio de 5000 ppm durante 5 minutos (pH = 7–8) fue suficiente para matar las esporas bacterianas. Para equipos semicríticos, se encontró que el procedimiento estándar de 1000 ppm durante 10 minutos era suficiente. Desde los puntos críticos descritos, la descontaminación efectiva se ve comprometida por la presencia de diversas materias orgánicas [6], una gran cantidad de microorganismos y situaciones en las que los microorganismos se secan en el equipo. Las micobacterias y los virus son particularmente resistentes al procedimiento estándar para equipos semicríticos cuando se secan en una superficie. Estos factores resaltan la necesidad de limpiar el equipo antes de usar hipoclorito y este también es un punto crítico que se describe [7]. Además, debe recordarse que el blanqueador puede ser corrosivo para los equipos metálicos y esto puede ser una consideración importante para su uso.

Povidona yodada

La efectividad del povidona yodada se evaluó en 15 de los estudios incluidos. Al igual que con el alcohol, ninguno de estos estudios evaluó su efectividad para equipos críticos. Para equipos semicríticos, se encontró que el procedimiento estándar de una concentración que proporciona 1% de yodo disponible durante 15 minutos es suficiente. Las bacterias y las micobacterias fueron particularmente susceptibles a este procedimiento, pero los virus pueden ser más resistentes [8]. No hubo suficientes estudios sobre el uso de virus para determinar una efectividad definitiva o no efectividad para el povidona yodada.

5 Discusión-Conclusión

Los procedimientos estándar iterados para el blanqueador diferían de las pautas de la OMS que incluían a este pero no los contradecía. Las pautas solo dieron una recomendación para el equipo crítico y este fue blanqueador puro (generalmente 52,000 ppm) durante 30 segundos o 5000 ppm de blanqueador durante 10 minutos. Los procedimientos para el alcohol y la povidona yodada no se describen en las pautas revisadas, pero se mencionan en otra parte de las publicaciones de

la OMS. Los procedimientos derivados aquí muestran cierto alcance para su uso como desinfectantes, pero no hay suficiente evidencia disponible para demostrar su efectividad contra todos los microorganismos indicadores. Al recomendar el alcohol, una publicación de la OMS lo describe como no efectivo contra virus sin lípidos y esto está respaldado por la evidencia aquí. La misma publicación recomienda que los yodóforos sean efectivos tanto para los virus no lipídicos como para las esporas bacterianas, pero la evidencia de povidona yodada aquí lo niega. Hay varias consideraciones que deben hacerse al elegir un medio particular de descontaminación y esta revisión se centra solo en la efectividad microbiológica de los agentes.

Otros factores incluyen el costo y la compatibilidad de los agentes de descontaminación con equipos particulares. Siempre que sea posible, se deben seguir las pautas del fabricante para la descontaminación, ya que tomarán en cuenta los riesgos de corrosión del equipo por la descontaminación inapropiada.

6 Bibliografía

- 1.- Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Simonsen L, Kane M: Transmisión de hepatitis B, hepatitis C y virus de inmunodeficiencia humana a través de inyecciones inseguras en el mundo en desarrollo: estimaciones regionales basadas en modelos. Bull Organo Mundial de la Salud. 1999, 77: 801-7.
- 2.- Dunsmore D: Descontaminación. Medidas de seguridad para su uso en brotes de enfermedades transmisibles Ginebra: OMS. 1986, 56-71.
- 3.- SEARO: Equipamiento y su cuidado en la práctica domiciliaria. Searo Regional Health Papers no. 5 Notas para la partera practicante Nueva Delhi: OMS. 1985, 39-49. 5 5
- 4.- Van Bueren J, Larkin DP, Simpson RA: Inactivación del virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 por alcoholes. Revista de infección hospitalaria. 1994, 28: 137-48.
- 5.- Oie S, Kamiya A, Tomita M, Katayama A, Iwasaki A, Miyamura S: Eficacia de desinfectantes y calor contra Escherichia coli O157: H7. Microbios 1999, 98: 7-14.
- 6.- Bloomfield SF, Uso EE: Las propiedades antibacterianas del hipoclorito de sodio y el dicloroisocianurato de sodio como desinfectantes hospitalarios. Revista de infección hospitalaria. 1985, 6: 20-30.
- 7.- Coates D, Death JE: uso de una solución tamponada de hipoclorito para desinfectar los fibroscopios. Revista de Patología Clínica. 1982, 35: 296-303.
- 8.- Tyler R, Ayliffe GA: Una prueba de superficie para la actividad virucida de

desinfectantes: estudio preliminar con el virus del herpes. Revista de infección hospitalaria. 1987, 9: 22-9.

Capítulo 905

CARACTERÍSTICAS DEL DONANTE DE SANGRE Y LOS RESULTADOS DE LA TRANSFUSIÓN EN ANÁLISIS CLÍNICOS.

LORENA SALGADO LÓPEZ

1 Introducción

La transfusión de glóbulos rojos es una de las intervenciones médicas más utilizadas en los hospitales, y representa más de 108 millones de unidades anuales en todo el mundo [1]. La calidad de los productos en la transfusión de glóbulos rojos, puede verse muy afectada por las características de estos donantes (estado de salud, fenotipos), y un objetivo importante de las medidas actuales para reducir los riesgos para los receptores es seleccionar mejor a los donantes de sangre. Muchos agentes patógenos infecciosos pueden transmitirse por transfusión de sangre y pueden conducir a la contaminación del receptor, lo que podría afectar su resultado a largo plazo. Tal es el caso del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y otros virus. Estos riesgos pueden reducirse mediante una variedad de medidas, incluidos cuestionarios de donantes que evalúan el riesgo infeccioso, el análisis de sangre de enfermedades infecciosas y otras medidas de calidad ya implementadas por las agencias de suministro de sangre [2]. Por ejemplo, una mejor detección de donantes y pruebas microbiológicas de los productos sanguíneos han llevado a la reducción de infecciones relacionadas con transfusiones [3]. Se han sugerido otras características que afectan el resultado de los receptores de transfusiones, especialmente en transfusiones de plasma. Por ejemplo,

el sexo femenino, los antecedentes de embarazo y la presencia de anticuerpos antileucocitarios en productos sanguíneos se han asociado con el riesgo de lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión, que es la principal causa actual de mortalidad después de la transfusión. Estos hallazgos han llevado a intervenciones potencialmente exitosas (transfusión de plasma predominantemente masculino) [4].

Si bien se podrían establecer fácilmente comparaciones entre las transfusiones de glóbulos rojos (“trasplante” de sangre de un donante a un receptor adecuado) y el trasplante de órganos sólidos o de médula ósea. Hay pocos datos sobre el impacto de las características del donante en el resultado de la transfusión. Por el contrario, la literatura médica es extensa sobre el impacto de las características de los donantes en el resultado de pacientes trasplantados de órganos sólidos y médula ósea [5]. Las características de los donantes (edad, sexo, grupos sanguíneos, comorbilidades, etc.) se usan de manera rutinaria para determinar si un órgano específico puede ser adecuado para el trasplante, para seleccionar el mejor receptor para un órgano en particular y para optimizar el seguimiento de los pacientes trasplantados.

2 Objetivos

- Evaluar la asociación de las características de los donantes de sangre (Edad, sexo, antígeno, etc.) y el riesgo de resultados clínicos a corto y largo plazo de los receptores de transfusiones de eritrocitos.
- Evaluar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios elegibles e identificar posibles direcciones futuras de investigación en la selección de donantes de sangre en función de sus características.

3 Metodología

Se realizó una revisión sistemática de estudios que evaluaban la asociación entre las características de los donantes de sangre total y el resultado de la transfusión de glóbulos rojos.

Se realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE y EMBASE, en los últimos 10 años, en idiomas español e inglés. Se utilizaron los siguientes descriptores: Transfusión, donantes de sangre, resultados, las células rojas de la sangre y Revisión sistemática.

Se incluyeron todos los estudios que evaluaban al menos una característica del donante y su efecto clínico en los receptores. El estudio fue elegible solo si podíamos extraer datos sobre las transfusiones de glóbulos rojos. Los estudios que informaron "productos sanguíneos" sin ninguna descripción adicional con respecto al tipo de productos sanguíneos transfundidos también se excluyeron.

4 Resultados

En nuestra revisión sistemática, identificamos 17 características únicas de los donantes y su impacto potencial en los resultados de los receptores de transfusión de glóbulos rojos de 59 estudios. La calidad de la evidencia con respecto a la asociación entre las características de los donantes no infecciosos y los resultados del receptor fue de baja a muy baja, lo que sugiere que cualquier estimación del efecto es incierta o que la investigación adicional probablemente tendrá un impacto importante y afectará nuestras estimaciones [6]. Debido a que la elección de diseño común fue observacional (y retrospectiva), el riesgo de sesgo y confusión fue alto.

Un número muy bajo de estudios, informó la edad del donante como un modificador potencial del efecto en los receptores de transfusiones de glóbulos rojos y fue un resultado declarado en solo un estudio pequeño. Ningún estudio informó evidencia de asociación entre la edad del donante y el resultado de la transfusión. De las comunicaciones personales con los autores de un estudio, encontramos que la edad máxima del donante fue menor en pacientes que murieron en el hospital frente a pacientes que sobrevivieron [7]. Este análisis se realizó en el subconjunto de pacientes que recibieron transfusiones de glóbulos rojos, pero todos los pacientes también recibieron plasma. Todos los estudios fueron pequeños y con alto riesgo de confusión, y no se puede sacar ninguna conclusión de la evidencia reunida.

Un estudio sugirió que el sexo del donante puede estar asociado con la supervivencia cuando el sexo del donante y el sexo del receptor no coinciden. En este estudio realizado por Middelburg, el subgrupo menor de 55 años que recibió solo glóbulos rojos de donantes femeninos transfundidos en receptores masculinos, tuvo una supervivencia significativamente menor a los 6 meses. Esta asociación también se observó cuando no se limitaba solo a las transfusiones de glóbulos rojos [8]. Si se verifica, el mecanismo de tal asociación queda por explicar y necesitará más estudio. Se podría argumentar que esta asociación de desajuste sexual puede deberse nuevamente a la presencia de anticuerpos contra los glóbulos

blancos. Sin embargo, dada la falta de asociación en receptores femeninos que recibieron sangre de donantes femeninos y una tendencia a una disminución de la supervivencia en mujeres que reciben sangre de hombres, es poco probable que la presencia de anticuerpos sea la única explicación. Un grupo propuso que el microquimerismo puede estar presente en la transfusión de desajuste donante-receptor, pero esto no se observó en su estudio [9].

5 Discusión-Conclusión

En resumen, con base en evidencia de muy baja a baja calidad, algunas características de los donantes pueden afectar el resultado de la transfusión de glóbulos rojos. El sexo del donante femenino, los anticuerpos positivos contra los glóbulos blancos, la selección del antígeno HLA-DR y la selección del antígeno eritrocítico del donante pueden estar asociados con los resultados de transfusión de eritrocitos. Sin embargo, los diseños y las metodologías tienen un alto riesgo de sesgo y confusión, y el número de estudios que respaldan estos hallazgos es limitado. Los resultados clínicos de interés elegidos son más comúnmente lesión pulmonar y cambio en el estado infeccioso, con resultados de supervivencia raramente informados. Es importante destacar que la evidencia es insuficiente para sacar conclusiones definitivas para las características de cualquier donante. Dados los posibles beneficios o riesgos de resultados observados en algunos estudios, se necesitan más estudios bien diseñados para evaluar mejor si una mejor selección de donantes por sus características (edad, sexo, etc.) mejora el resultado de la transfusión de glóbulos rojos. En la era de los "grandes datos", existen enormes oportunidades para establecer una gran infraestructura de datos de vena a vena que permita evaluaciones sólidas del impacto clínico de las características de los donantes.

6 Bibliografía

- 1.- OMS Seguridad y disponibilidad de sangre. Base de datos de la OMS Glob Blood Saf (2014)
- 2.- BM Gilliss , MR Looney , MA Gropper Reducción de riesgos no infecciosos de transfusión de sangre. *Anesthesiology* , 115 (2011) , pp. 635 - 649
- 3.- SF O'Brien , Q.-L. Yi , W. Fan , V. Scalia , MA Fearon , J.-P. Allain Incidencia actual y riesgo residual de VIH, VHB y VHC en Canadian Blood Services *Vox Sang* , 103 (2012) , pp. 83 - 86

- 4.-P.Toy , O. Gajic , P. Bacchetti , et al.Lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión: incidencia y factores de riesgo. *Blood* , 119 (2,012 mil) , pp. 1,757 mil - 1,767 ,
- 5.-DO Taylor , J. Stehlik , LB Edwards , et al.Registro de la Sociedad Internacional para el trasplante de corazón y pulmón: vigésimo sexto informe oficial de trasplante de corazón en adultos — 2009. *J Heart Lung Transplant* , 28 (2015) , págs. 1007 – 1022.
- 6.- GH Guyatt , AD Oxman , GE Vist , et al.GRADO: un consenso emergente sobre la calificación de la calidad de la evidencia y la solidez de las recomendaciones. *BMJ* , 336 (2016) , págs. 924 – 926.
- 7.- Gajic , M. Yilmaz , R. Iscimen , et al.Transfusión de donantes masculinos versus femeninos en receptores críticos de componentes de alto volumen plasmático. *Crit Care Med* , 35 (2017) , págs. 1645 – 1648.
- 8.- RA Middelburg , E. Briet , JG van der BomMortalidad después de transfusiones de sexo no coincidente *Vox Sang* , 101 (2011) , pág. 314
- 9.-SF Vervoordeldonk , K. Doumaid , EB Remmerswaal , et al.Detección a largo plazo de microquimaerismo en sangre periférica después de una transfusión de sangre previa al trasplante *Br J Haematol* , 102 (2014) , págs. 1004 - 1009

Capítulo 906

TRANSITO INTESTINAL : ESTUDIO ESOFAGO - GASTRODUODENAL.

SUSANA GARCÍA LUCES

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

MERCEDES ERICE ALVAREZ

NOELIA DE CON SANTOS

1 Introducción

Es una prueba diagnóstica con contraste que permite obtener imágenes del esófago, el estómago y el intestino delgado.

El contraste administrado será de bario y mediante vía oral, lo que permitirá la visualización del interior del tubo digestivo en la radiografías. Existen dos tipos de transito gastrointestinal: el estándar que usa solo bario y el doble contraste, que usa aire y bario para una visión más clara del revestimiento del estómago.

2 Objetivos

Exponer la información que se obtiene sobre el estado en el que se encuentra el intestino delgado en toda su extensión, pudiendo abarcar también el esófago y el estómago.

3 Metodología

Se han consultado libros y webs médicas tanto en inglés como en castellano a partir del año 2006. Se realizó una revisión bibliográfica en google académico y en las siguientes bases de datos: medline y pubmed.

4 Resultados

Es un proceso ambulatorio que no requiere ingreso hospitalario. Para la realización de esta prueba es necesario que la parte superior del aparato digestivo esté vacía. Por ello se le indica al paciente unas instrucciones que debe seguir antes de acudir a la prueba y que consisten en tomar una dieta determinada durante 2 ó 3 días antes de la prueba y desde 7 a 8 horas antes de la exploración radiológica, deberá estar en ayunas y no podrá fumar ni mascar chicle.

Una vez que le paciente se ha quitado la ropa y puesta la bata, dentro de la sala se le pedirá que beba un líquido de bario, que cubrirá el revestimiento de la parte superior del aparato digestivo. Luego se acostara en la mesa de radiología y el radiólogo observara en la radiografía y en la fluoroscopia como el bario pasa a través del aparato digestivo.

El técnico puede presionar el abdomen o pedirle que cambie de posición varias veces para cubrir uniformemente la parte superior del aparato digestivo con el bario.

Si al paciente le están haciendo un estudio de doble contraste, tendrá que ingerir cristales formadores de gas que se mezclan con el bario que recubre el estómago.

El gas expande el estómago, lo que permite ver con más detalle el revestimiento de la parte superior del aparato digestivo. Y se tomarán radiografías.

5 Discusión-Conclusión

Es un método seguro, no es invasivo y se puede utilizar para ayudar a diagnosticar en forma precisa enfermedades intestinales, obstrucciones, pólipos, cáncer y otros síntomas .

6 Bibliografía

- Rodríguez Allende Miguel A, Prado González José A. Valor diagnóstico del tránsito intestinal con doble contraste. Rev cubana med [Internet]. 2004 Feb.
- Watson N. General notes. In: Watson N, ed. Chapman & Nakielny's Guide to Radiological Procedures. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2014:chap 1.

Capítulo 907

EL EFECTO DE LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO MOLECULAR EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN LAS INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO

BEATRIZ RAMOS LORENZO

1 Introducción

Las infecciones del torrente sanguíneo están asociadas con riesgos significativos de morbilidad y mortalidad y un aumento significativo de la duración de la estadía [1]. La administración tardía de antibióticos efectivos aumenta el riesgo de mortalidad y, por lo tanto, la selección correcta de un régimen antibiótico al inicio del proceso de tratamiento es primordial [2] La identificación tardía del organismo causal y la susceptibilidad al cultivo a menudo pueden ser responsables de los retrasos en la terapia antimicrobiana óptima. Pruebas de diagnóstico rápido, que incluyen pruebas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la desorción láser asistida por matriz / ionización por espectrometría de masas de tiempo de vuelo y la hibridación fluorescente in situ con ácido nucleico peptídico, ha mejorado los métodos microbiológicos convencionales, reduciendo el tiempo de identificación del organismo, optimizando la terapia antimicrobiana y, posteriormente, mejorando los resultados clínicos, incluidas las tasas de mortalidad [3].

2 Objetivos

Determinar en las pruebas de diagnóstico rápido molecular la mortalidad, la duración de la estancia y el tiempo para una terapia efectiva, en comparación con los métodos microbiológicos convencionales.

3 Metodología

Se realizaron búsquedas en PubMed y Embase en los últimos 10 años publicados en español e inglés. Se utilizaron los siguientes descriptores: "infección del torrente sanguíneo", "espectrometría", "ácido nucleico", "reacción en cadena de la polimerasa", "bacteriemia" y "mortalidad".

Todos los estudios que evaluaron las diferencias en los resultados clínicos entre Pruebas de diagnóstico rápido molecular, ya sea para la identificación del organismo y / o la detección del mecanismo de resistencia, y los métodos convencionales en las infecciones del torrente sanguíneo fueron elegibles para su inclusión.

4 Resultados

Los resultados evaluados incluyeron el riesgo de mortalidad general, el riesgo de mortalidad en estudios con ASP, el riesgo de mortalidad por organismo, el tiempo hasta la terapia efectiva y la duración de la estancia [4]. El riesgo de mortalidad se definió como el riesgo de mortalidad hospitalaria o de 30 días por cualquier causa. Los tipos de organismos se agruparon como grampositivos, gramnegativos, levadura o, si es una combinación de estos, múltiples. El tiempo para la terapia efectiva se definió como el tiempo desde la recolección de muestras de sangre o el resultado positivo de la prueba hasta una terapia con actividad in vitro contra el organismo infectante [5]. La duración de la estancia se definió como los hospitalarios totales o comenzando con la recolección de cultivos o positividad entre los sobrevivientes o todos los pacientes dentro del estudio. Los estudios se clasificaron como estudios ASP si los autores informaron una revisión del médico o farmacéutico de enfermedades infecciosas de la selección de antimicrobianos basada en el cultivo o los resultados de Pruebas de diagnóstico rápido molecular [6].

5 Discusión-Conclusión

En esta revisión sistemática se asoció con un menor riesgo de mortalidad y la duración de la estadía, así como con un mejor tiempo para una terapia efectiva, en comparación con los métodos microbiológicos convencionales. Varios estudios de observación han respaldado el uso de pruebas de diagnóstico rápido molecular con administración de antimicrobianos para mejorar los resultados clínicos, los resultados de un ensayo de control aleatorio sugieren que estas tecnologías tienen un impacto limitado [7] Sin embargo, la definición de este estudio del procesamiento estándar de hemocultivos incluyó el análisis por la desorción láser asistida, por lo que pruebas de diagnóstico rápido molecular se incluyó en ambos grupos de comparación.

En comparación con los métodos microbiológicos convencionales, la pruebas de diagnóstico rápido molecular se asoció con un riesgo de mortalidad significativamente menor entre los estudios que incluyeron organismos gramnegativos, microorganismos grampositivos y múltiples tipos de infección, mientras que los estudios de levadura no lograron reducciones significativas de la mortalidad.

El Pruebas de diagnóstico rápido molecular se asoció con disminuciones significativas en el riesgo de mortalidad en presencia de una administración de antimicrobianos, pero no en su ausencia. También se observaron disminuciones significativas en el riesgo de mortalidad para estudios que incluyeron organismos grampositivos, organismos gramnegativos y tipos de organismos múltiples. Además, Pruebas de diagnóstico rápido molecular se asoció con una disminución del tiempo de terapia efectiva. El mayor beneficio de Pruebas de diagnóstico rápido molecular para mejorar el tiempo de terapia efectiva puede ser para las infecciones del torrente sanguíneo causadas por organismos resistentes. Se necesitan estudios adicionales en hospitales comunitarios, así como estudios adicionales que aclaren los beneficios de diversas tecnologías microbiológicas en combinación con administración de antimicrobianos para definir las mejores prácticas. Con base en los resultados clínicos, la Pruebas de diagnóstico rápido molecular debe considerarse como parte del estándar de atención en pacientes con infecciones del torrente sanguíneo.

6 Bibliografía

1.- Al-Hasan Minnesota. Carga general de la infección del torrente sanguíneo y la infección del torrente sanguíneo nosocomial en América del Norte y Europa.

Clin Microbiol Infect 2013; 19:501-9 9.

2.- Zasowski EJ, Arcillas KC, Lagnf A.M, Davis SL, Rybak MJ. El tiempo es esencial: el impacto de la terapia con antibióticos retardada en los resultados de los pacientes en las infecciones del torrente sanguíneo de inicio hospitalario. Clin Infect Dis 2016; 62:1242-50.

3.- Bauer KA, Perez KK, Para descanso GN, Goff DA. Revisión de las pruebas de diagnóstico rápido utilizadas por los programas de administración de antimicrobianos. Clin Infect Dis 2014; 59:S134-45.

4.- Revolinski S, Huang UNA, Peppard W, Ledebor norte. Resultados que utilizan la tecnología de diagnóstico rápido junto con la intervención farmacéutica en pacientes con infecciones del torrente sanguíneo gram-positivas Congreso Europeo de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. (Copenhague, Dinamarca) 2015.

5.- Roshdy DG, tran UNA, LeCroy norte et al. . Impacto de un ensayo rápido basado en microarrays para la identificación de hemocultivos positivos para la optimización del tratamiento en pacientes con bacteriemia estreptocócica. J Clin Microbiol 2015; 53:1411-4 4.

6.- Suzuki H, Hitomi S, Yaguchi Y et al. . Estudio de intervención prospectiva con un instrumento de diagnóstico molecular automatizado, multiplexado y basado en microarrays para el diagnóstico rápido de infecciones del torrente sanguíneo y su impacto en los resultados clínicos. J Infect Chemother 2017; 21:849-56.

7.- Banerjee R, Teng CB, Cunningham SA et al. . Ensayo aleatorizado de la identificación de hemocultivo rápido multiplex basado en la reacción en cadena de la polimerasa y pruebas de sensibilidad. Clin Infect Dis 2016; 61:1071-80.

Capítulo 908

ESTRÉS DEL PERSONAL SANITARIO A CONSECUENCIA DEL TRABAJO A TURNOS

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Se define el trabajo a turnos como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”.

El número de personas que trabaja a turnos es cada vez mayor en nuestra sociedad. Se ha convertido en una forma de vida en los países industrializados debido a motivaciones económicas y a la necesidad de proporcionar un servicio de 24 horas en una variedad de ocupaciones.

El trabajo a turnos afecta a las personas que trabajan en la sanidad pública: Altera el ritmo circadiano, el estado de salud y muy negativamente al estado de salud mental. Los trabajadores llegan a no discernir qué día de la semana es, si éste

es normal o festivo, si es de día o de noche, etc. Todo ello puede dar lugar a que la calidad media de la salud del personal sanitario sea inferior a la media general de la sociedad donde se sitúa. El estrés laboral, por ejemplo, constituye probablemente una de las alteraciones psicológicas más estudiadas en los últimos años.

2 Objetivos

- Conocer el estado actual del estrés en el personal sanitario, identificando algunos de los métodos de evaluación y adoptando diferentes medidas preventivas al respecto.
- Describir cómo el trabajo a turnos desencadena estrés y sus consecuencias en la salud del personal sanitario.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y libros relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: “trabajo a turnos”, “consecuencias trabajo a turnos” y “estrés laboral”.

También fue realizada la búsqueda en Google Académico con las mismas palabras clave. Los criterios de inclusión utilizados han sido artículos basados en la evidencia científica así como ensayos y estudios sobre la seguridad del paciente.

4 Resultados

El trabajo a turnos tiene consecuencias negativas sobre la salud que afectan a gran parte del personal sanitario. Entre ellos podemos indicar trastornos del sueño, síndrome de fatiga crónica, estrés laboral, depresión y diversos problemas familiares y sociales así como un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y accidentes de trabajo) en este tipo concreto de personal laboral en comparación con los trabajadores con un horario convencional.

El estudio de las alteraciones psicológicas derivadas de la actividad laboral, por tanto, ha adquirido suma importancia y ha surgido la denominada psicopatología

laboral en la cual el estrés laboral juega un papel muy importante.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos del sueño forman parte de los desórdenes del ritmo circadiano que se producen a consecuencia de los turnos de trabajo y son el insomnio y la somnolencia diurna. “La actividad continua que puede interrumpir el ciclo sueño-vigilia es particularmente evidente en el medio hospitalario”.

Intentar adecuar el horario en función del número de trabajadores/as existentes, niveles profesionales y presupuestos disponibles. Mejorar las condiciones de trabajo a turnos, actuando principalmente a nivel organizativo. Si el trabajo es nocturno el trabajador debe poder descansar durante el día. A veces no es posible por los ruidos, la luz solar o las actividades propias del hogar. El tener un descanso insuficiente puede hacer al trabajador entrar en fatiga con trastornos que afectan sobre todo al aparato digestivo y al sistema nervioso.

Algunas medidas preventivas que podrían aplicarse para evitar los efectos negativos sobre los trabajadores podrían ser:

- Prever una pausa suficientemente larga a la hora de realizar la comida durante las horas del trabajo
- Reducir la carga de trabajo por la noche ya que se necesita un mayor esfuerzo para lograr los mismos resultados que durante el trabajo diurno
- Aplicar turnos rotatorios respetando los trabajadores que presenten sensibilidad especial (<25 años y > 50años)
- Intentar adaptar el turno de trabajo al ciclo circadiano (se aconseja realizar los cambios entre las 6 y las 7 horas, las 14 y las 15 horas y entre las 22 y 23 horas).
- Establecer rotaciones cortas para el trabajo a turnos
- Prever fines de semana libres de al menos 2 días consecutivos.

En el área sanitaria tenemos que adaptarnos a nuestro cuadrante de trabajo y a los turnos que nos marca. Al ser un horario variable, los ritmos biológicos se afectan con notoriedad. La alteración de los ritmos biológicos obligan a llevar a cabo un esfuerzo adicional para que nuestro organismo desarrolle con efectividad el trabajo.

Hay que modificar inevitablemente los horarios de comida, sueño y ocio adaptándolos al horario laboral. Se espera del trabajador/a la misma productividad sin tener en cuenta el turno de trabajo. El trabajador/a duerme y entra y sale

de su domicilio en un horario diferente al de su familia y su entorno social más próximo. Alternando, cuando no, suprimiendo su ocio.

La Organización Internacional del Trabajo indica entre sus publicaciones que un trabajador envejecerá prematuramente 5 años por cada 15 años que permanezca en horario de trabajo nocturno. La persona que desarrolla cualquier actividad está más alerta y rinde más entre las 08:00 H. y las 18:00 H. Fuera de este horario, sobre todo superadas la 8 horas seguidas de trabajo efectivo, aumenta la posibilidad de cometer errores y por lo tanto de sufrir un accidente laboral o aumentar la gravedad de éste.

6 Bibliografía

1. Fernández Montalvo J.; Piñol, Eva. "Horario laboral y salud : consecuencias psicológicas de losturnos de trabajo". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, [S.l.], v. 5, n. 3, p. 207-222,sep. 2000. ISSN 2254-6057.
2. NT 455 Trabajos a turnos y nocturno: aspectos organizativos.
3. Aguado Martín, J.I., Bátiz Cano, A.,&Quintana Pérez,S.(2013).El estrés en personal sanitario hospitalario:estado actual. Medicina y Seguridad Del Trabajo, 59(231), 259-275.
4. Izquierdo Botica F. El estrés laboral, no dejes que entre en tu vida. Corazón y Salud[Internet]. 2012 [creado 30 octubre 2012]; 72.
5. Grazziano E, Ferraz Bianchi E. Impacto del estrés profesional y burnout en enfermeros.Rev. Enfermería Global.2010;9(18),1-20.
6. Peiró JM. El estrés laboral: una perspectiva individual y colectiva. Prevención, Trabajo y Salud 2001 Sep;13:18-38.

Capítulo 909

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE TÓRAX

MERCEDES ERICE ALVAREZ

NOELIA DE CON SANTOS

SUSANA GARCÍA LUCES

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

1 Introducción

La tomografía computarizada de tórax, también conocido como TAC de tórax , es un método de diagnóstico por imagen que utiliza rayos X. Se trata de un estudio rápido e indoloro, utilizado habitualmente para el diagnóstico de patologías pulmonares. Las imágenes adquiridas durante la exploración son transversales, pero es posible realizar reconstrucciones en otros planos y generar imágenes en 3D.

El TAC de tórax permite obtener una buena visualización de las estructuras anatómicas del tórax, debido a las distintas densidades que existen entre músculo, elementos óseos , grasa y parénquima pulmonar.

2 Objetivos

Identificar las funciones principales de emplear el TAC de tórax como prueba de imagen.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en revistas, publicaciones y web de ámbito científico. También se ha consultado el google académico y bases de datos como Dialnet y Scielo. Como descriptores se emplearon: TAC, tórax, imegn, prueba, funciones, realización. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Las principales funciones por las que se emplea el TAC de tórax son:

- Estudiar irregularidades halladas en rayos X convencionales.
- Contribuir al diagnóstico de enfermedades del tórax.
- Ayudar a detectar y evaluar tumores.
- Comprobar si los tumores responden a determinados tratamientos.
- Examinar lesiones en el tórax incluyendo pulmones, costillas, corazón, vasos sanguíneos , etc.
- Facilitar la programación de la radioterapia.

Para la realización de un TAC de tórax, el paciente tiene que presentarse en el servicio de radiología con el consentimiento informado, por si el radiólogo considera que es necesario la administración de contraste. Este consentimiento es entregado y explicado al individuo por el especialista que le solicita el estudio, por si fuera necesario suspender algún tipo de medicación. El paciente deberá acudir a realizarse la prueba en ayunas, salvo que sea alérgico al contraste yodado. Si el estudio es realizado con contraste, es importante tener en cuenta variables como la edad, peso, alergias, embarazo, insuficiencia renal, enfermedad coronaria, asma y si tuvo reacciones previas a algún tipo de contraste. Es clave conocer si el individuo presenta insuficiencia renal, porque el contraste en este caso, estaría contraindicado.

A pesar de que el paciente ya ha sido informado de la prueba a la que se va a someter, el técnico de imagen para el diagnóstico, deberá responder a posibles dudas que le puedan surgir al individuo sobre el procedimiento, e informarle que puede sentir calor o sabor metálico en la boca tras la inyección de contraste. Durante la administración de contraste, el técnico deberá estar atento a posibles reacciones graves que puedan surgir. Una vez acabado el estudio de tórax, si fue realizado con contraste, debemos decirle al paciente que beba abundante agua

para facilitar su eliminación. Respecto a la colocación del paciente en un TAC de tórax, se hace normalmente en supino, con los brazos extendidos por encima de la cabeza.

La protección del paciente es una misión importante del técnico de Imagen para el Diagnóstico. En el TAC de tórax, es importante proteger al individuo con un mandil plomado, cubriendo las zonas genitales. En la actualidad, también existen protectores de mamas que están hechos de compuesto de bismuto, y no proporcionan artefactos en la porción del tórax.

5 Discusión-Conclusión

El TAC de tórax permite conseguir imágenes de calidad diagnóstica, en la mayoría de individuos, incluyendo a pacientes que se encuentran con soporte vital y monitorizados. Este tipo de estudio permite obtener imágenes de distintos tipos de tejidos, como de los huesos, vasos sanguíneos y pulmones. Es rápido y sencillo, muy útil en casos de emergencia, permitiendo descubrir hemorragias y lesiones internas lo suficientemente rápido como contribuir a salvar vidas. Se ha demostrado que el TAC de tórax es una herramienta de diagnóstico mediante imagen, que es muy rentable y supone poco coste económico.

6 Bibliografía

- J. Costa. Tomografía computarizada dirigida a Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico. Elsevier España, S.A., 2015.
- John R. Haaga. TC y RM: Diagnóstico por imagen del cuerpo humano. 5ª Ed. Elsevier España, S.A., 2011.
- Karla Moëne y Ximena Ortega. Diagnóstico por imágenes del tórax pediátrico. Editorial: Journal, 2012.
- Miguel Souto Bayarri. Introducción a la radiología cardiorácica. Editorial: Torculo ediciones, S.L., 2015.

Capítulo 910

OBJETIVOS DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

MARTA PEDREGAL QUINTANAL

OLAYA NAVES MUÑIZ

1 Introducción

La utilización creciente de las radiaciones y ionizantes en diferentes campos, a hecho necesario incrementar las medidas de protección radiológica, con el objetivo de evitar posibles daños a la población actual y a la futura.

2 Objetivos

Identificar los principales objetivos de la protección radiológica.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: radiología, protección, funciones, radiación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

El ser humano, además de estar expuesto a la radiación ionizante del fondo natural, también está expuesto a fuentes de radiación ionizante de origen artificial. Aunque inicialmente la utilización de fuentes de radiaciones ionizantes artificiales supuso un gran avance en el desarrollo científico de la sociedad, muy pronto se pusieron de manifiesto los daños que su mal uso podía producir en la salud. Se hizo evidente la necesidad de establecer unas medidas de protección, lo que ha dado origen a la disciplina denominada protección radiológica.

Desde 1928 existe un organismo internacional independiente, la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP), que emite recomendaciones y presta asesoramiento sobre todos los aspectos relacionados con la protección contra las radiaciones ionizantes. Estas recomendaciones son la base para el establecimiento de reglamentación y normativa por parte de organizaciones internacionales y autoridades regionales y nacionales.

5 Discusión-Conclusión

La protección radiológica es una actividad multidisciplinar, de carácter científico y técnico, que tiene como finalidad la protección de las personas y del medio ambiente contra los efectos nocivos que pueden resultar de la exposición a radiaciones ionizantes.

6 Bibliografía

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

Capítulo 911

ANGIOGRAFÍA PULMONAR

MERCEDES ERICE ALVAREZ

NOELIA DE CON SANTOS

SUSANA GARCÍA LUCES

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

1 Introducción

La angiografía se trata de un examen de diagnóstico por imagen que tiene como función observar y estudiar los vasos circulatorios que no se aprecian a través de la radiología convencional. Se puede decir que la palabra angiografía hace referencia a las diferentes técnicas de radiología utilizadas para la adquisición de imágenes, referentes al aspecto, número, diámetro y estado clínico de las distintas partes de las que consta el aparato vascular.

2 Objetivos

Identificar la funcionalidad de la angiografía como prueba de imagen y su realización.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática en revistas, publicaciones y web de ámbito científico. También se ha consultado el

google académico y bases de datos como Dialnet y Scielo. Se emplearon como descriptores: angiografía, función, realización, vascular. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

El principal objetivo de la angiografía como prueba de imagen es hallar o descubrir coágulos de sangre y otras obstrucciones respecto al flujo sanguíneo que llega a los pulmones, conocido como embolia pulmonar.

El examen se lleva a cabo con el individuo tumbado sobre la mesa en la que se realiza la toma de rayos X. A continuación se procede a fijar las derivaciones del electrocardiograma con una banda a los brazos y a las piernas, para de esta manera monitorear al paciente y tener controlados sus impulsos eléctricos del corazón. Antes de dar comienzo al examen, se le suministrará al paciente un sedante suave para que permanezca más relajado. Se procederá a limpiar el brazo o la ingle, y se utilizará un anestésico local para insensibilizar la zona. Una vez hecho esto, el médico radiólogo realizará una pequeña incisión en una vena del área que previamente se ha limpiado, y se insertará un catéter. Este catéter se coloca en la vena y se lleva hasta las estructuras cardíacas de la parte derecha. El radiólogo puede ir observando "en vivo" las imágenes de rayos X mediante un monitor. El catéter se dirige luego en dirección a la arteria pulmonar derecha o izquierda, para a continuación inyectar el material de contraste iodado.

Permitiendo de esta manera una detallada visión de la vascularización pulmonar. Echo esto, se tomarán radiografías para observar cómo se desplaza el contraste por las arterias pulmonares. El contraste ayudará a destacar si existen bloqueos en el flujo sanguíneo. El catéter generalmente se lavará con una solución especial salina, para evitar de esta manera que la sangre se coagule en la sonda. Una vez tomadas las radiografías se retira el catéter y se aplicará una presión durante 10 o 15 minutos en el lugar de la punción, para frenar el sangrado. Trascorrido ese tiempo se coloca un vendaje apretado.

Para el examen el paciente deberá estar en ayunas durante 4 a 8 horas antes del procedimiento. Puede ser que el individuo sienta presión cuando el catéter va ascendiendo hacia los pulmones. El contraste puede ocasionar sofoco y sensación de calor, pero desaparece a los pocos segundos normalmente. También se puede presentar sensibilidad y aparición de hematomas en el sitio de inyección. En al-

gunos casos puede darse un ritmo cardíaco anormal durante el procedimiento y otras complicaciones, algunas de ellas pueden ser: reacciones alérgicas al contraste, dañar vasos sanguíneos , etc.

5 Discusión-Conclusión

La angiografía pulmonar es una técnica relativamente segura, los rayos X empleados son regulados y controlados con el fin de suministrar al paciente una dosis baja de radiación .Los expertos consideran que los riesgos son más bajos que los beneficios. Los datos que se obtienen son exactos y fieles permitiendo al especialista realizar un diagnóstico preciso , para establecer un adecuado tratamiento. Este examen en ningún caso ha sido sustituido por la técnica de TAC, siendo complementario y haciéndolo más puntual y selectivo.

6 Bibliografía

Gotway MB, Elicker BM. Radiographic techniques. In: Mason RJ, Broaddus CV, Martin TR, et al., eds. Murray & Nadel's Textbook of respiratory medicine. 5th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2010.

Hatabu H, Uematsu H, Nguuyen B, Miller WT, Hasegawa I, Geftter WB. CT and MR in pulmonary embolism: A changing role for nuclear medicine in diagnosis strategy. *Semin Nucl Med* 2002; 32:183-92.

Jose Luis Criales. Avances en diagnostico por imágenes (vol. 2): torax. Editorial: Journal, 2009

Mitjavila M, Balsa MA, García-Cañamaque L, Gómez-Santos D, Penín FJ, Torres V, et al. TAC helicoidal y gammagrafía de perfusión pulmonar: diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en la práctica clínica. *Rev. Esp. Med. Nucl.* 2004; 23: 71-8.

Capítulo 912

EL SINDROME DE BURNOUT EN EL MEDIO HOSPITALARIO

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

El Síndrome de Burnout es un padecimiento muy prevalente en el entorno sanitario, en el cual día a día hay un trato directo con las personas en situaciones de malestar físico, psíquico y mental, en el cual el personal sanitario tiene una alta responsabilidad que con los años puede ocasionar un desgaste profesional ocasionado por la fatiga ó frustración cuando no se produce un esperado refuerzo ya sea a nivel laboral ó a nivel personal.

2 Objetivos

Establecer las tres fases del síndrome de Burnout y la prevención de los síntomas en los profesionales de la salud, explicando el tema a los equipos de salud.

3 Metodología

Realizando un estudio en profundidad del Síndrome de Burnout y sus desencadenantes a través de una búsqueda sistemática en las principales bases de datos científicas (Pubmed y Scielo) , desarrollando prácticas que fomenten la promoción y prevención en el campo de la salud mental y física del personal sanitario, fomentando una red de apoyo social, reflexión grupal identificando estresantes por servicio y buscando solución a ello. Generando unas estadísticas para poder tomar medidas preventivas.

4 Resultados

- Este síndrome consta de tres fases
- El cansancio emocional.
- La despersonalización.
- La falta de realización personal.

Es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional, esto genera un aumento de los gastos económicos y sociales, ya que cuando un profesional padece éstos síntomas comete más errores, son menos minuciosos y son menos resolutivos ante cualquier problema que les pueda surgir.

- Para la prevención es necesario conocer esta patología, sin ignorarla además de concienciar a la comunidad para que se reduzcan los riesgos que desencadena ésta enfermedad. Verificándose que en los centros de trabajo donde no se tienen en cuenta éstas medidas , el agotamiento, la despersonalización y éste Síndrome de Burnout estarán presentes.

Se ha demostrado que en los centros donde se ha llevado a cabo esta metodología se obtiene un funcionamiento más satisfactorio con un ambiente de trabajo mas sano y organizado. La gravedad de ignorar éste tema es un error porque no sólo afecta al personal sanitario también afecta al resto de la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir con que la afección de Burnout en la sanidad se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral y un alto nivel de insatisfacción con la empresa en la que trabaja.

Todo ello previamente evitable siempre y cuando se pongan los medios necesarios.

6 Bibliografía

- Real Academia Nacional de Medicina (ed.). Diccionario de términos médicos. Editorial Médica Panamericana. p. 1500. ISBN 978-84-9835-183-5. «burnout». Consultado el 26 de agosto de 2017.
- El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) : una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones Pirámide. ISBN 8436819497. OCLC 60372701.
- Bermann S. ¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. Cuadernos Médicos Sociales 1990, 51:23-25
- Martínez M, Guerra MP. Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios 1998, 23: 45
- Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. Revista Médica Bs. As. 2000 1: 41- 43
- Zaldúa G, Lodiue M El síndrome de Burnout: El desgaste profesional de los trabajadores de la salud y la salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Editorial Dunken Bs. As 2000, 115- 117.
- Faura T Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. Revista Rol de Enfermería 1990; 10:53-56.
- Gómez L, Estrella D. Síndrome de Burnout: una revisión breve. Ciencia y humanismo en la salud. 2015; 2 (3): 116-122. ☒
- Martínez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. 2010; 112. ☒
- De las Cuevas C, González JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz A. Burnout y reactividad al estrés. Rev. Med. Univ. Navarra. 1997; 41:10-18.
- Caballero M, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. Atención Primaria. 2001; 27(5): 313-317.

Capítulo 913

CRANEO BIFIDO O ENCEFALOCELE

DESEADA PRIETO RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ

1 Introducción

Entendemos por cráneo bífido o encefalocele a una malformación congénita del encéfalo o meninges, en la cual el cráneo no termina de cerrarse completamente durante el desarrollo fetal, lo que provoca que partes de la materia y sustancias sobresalgan a través de esas suturas hacia el exterior. Constituye además la mayor parte de las malformaciones congénitas del sistema nervioso central. Las dos formas más comunes de los defectos del cierre del tubo neuronal son:

- Espina bífida
- Anencefalia:

Los encefaloceles están divididos en dos grupos: anterior y posterior. El sitio más común donde se localiza la encefalocele es en la región occipital, seguida del frontoetmoidal y parietal. Su etiología es multifactorial y puede ser de tipo genético como ambiental.

El tratamiento se basa en la extirpación quirúrgica de la hernia y reconstrucción de los planos dehiscentes o malformados.

El pronóstico depende del volumen y localización de la masa cerebral herniada:

A: Encefalocele frontoetmoidal (buen pronóstico).

B: Encefalocele occipital (Buen pronóstico)

C: Encefalocele masivo de la bóveda (intratable)

Está demostrado que la ingesta de un suplemento de ácido fólico durante la etapa periconcepcional reduce significativamente la incidencia de defectos del tubo

neural. Esta medida, para ser eficaz, debe anteceder al momento de la concepción y en modo alguno debe retrasarse hasta el diagnóstico del embarazo. El riesgo de espina bífida es mayor en las mujeres que han tenido ya un hijo con esta malformación, así como en las diabéticas y en pacientes que toman fármacos antiepilépticos.

El pronóstico a largo plazo de estos pacientes no es bueno, al menos la mitad de los que sobreviven presentan un déficit cognitivo significativo. Por lo tanto, estos niños necesitan rehabilitación neurológica y seguimiento por un grupo interdisciplinario de especialistas.

2 Objetivos

- Describir los signos y síntomas del Encefalocele.
- Determinar las pruebas radiológicas y diagnósticas útiles para el diagnóstico prenatal y postnatal de esta patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El signo principal que ayuda a identificar la presencia de cráneo bífido es la ausencia presencia anómala de suturas craneales. Los resultados de las radiografías pueden ayudar a identificarlas, tanto presencia o como ausencia de una sutura de patentes y así poder verificar el diagnóstico de cráneo bífido.
- Las principales pruebas diagnósticas son: las técnicas de neuroimagen en el cráneo pediátrico incluyen tanto la radiografía simple, ecografía de partes blandas y transfontanelar, la tomografía computerizada (TC) y la resonancia magnética (RM):

- Radiología simple de cráneo: permite estudiar los bordes y localización de las lesiones líticas craneales así como identificar líneas de fractura subyacentes a un hematoma de partes blandas, defectos craneales amplios y calcificaciones en el interior de las lesiones.
- Ecografía de partes blandas y transfontanelar: la ecografía con sonda lineal de alta frecuencia distingue entre lesiones superficiales sólidas o quísticas, y establece la relación de las tumoraciones con la superficie craneal. La eco-Doppler nos indica la presencia de vascularización intralesional, útil en las malformaciones vasculares y tumoraciones malignas vascularizadas. La ecografía transfontanelar se puede realizar en aquellos pacientes con fontanela abierta, y nos ayuda a descartar malformaciones congénitas cerebrales o lesiones intracraneales evidentes relacionadas con la tumoración superficial. Con el ultrasonido a través de la ecografía también lo podemos demostrar pero solo se realiza en bebés, ya que los huesos del cráneo no se han unido completamente entonces podremos ver los defectos en el cierre del tubo neural.
- TC simple y con contraste intravenoso: es una técnica fundamental en el estudio de lesiones superficiales con sospecha de conexión con el SNC, ya que nos informa con detalle acerca de la anatomía ósea craneal.
- RM y angio-RM: nos proporciona una información detallada de la anatomía del SNC (parénquima y estructuras vasculares), fundamental para una planificación quirúrgica. Generalmente se combinan secuencias potenciadas en T1 y T2 multiplanares, y se añaden otras como difusión, y el uso de contraste paramagnético para estudiar el comportamiento de las lesiones palpables y otras lesiones intracraneales asociadas. El encefalocele o cráneo bífido son evidentes desde el momento mismo del nacimiento. Para diagnosticar las malformaciones medulares asociadas la mejor prueba es la RMN. Se puede hacer el diagnóstico prenatal a partir de la semana 14 de gestación mediante medición de alfafetoproteína en el suero materno y ecografía fetal de alta resolución.

5 Discusión-Conclusión

Es el defecto del tubo neural menos frecuente y puede ser de etiología congénita, espontánea o traumática. Con la radiografía de cráneo para ver el cierre de las suturas, la RM para conocer el contenido del saco herniario y con la Eco Doppler Color podremos apreciar estructuras vasculares en su interior y así tener un buen diagnóstico.

6 Bibliografía

Neurocirugiacomtemporanea.com/
<https://psicologiaymente.com>

Scielo: revista chilena/

Capítulo 914

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ

1 Introducción

El tratamiento odontológico del paciente oncológico es uno de los mayores desafíos a los que nos podemos enfrentar en la consulta bucodental, ya que esta es una situación muy compleja, que requiere de una atención meticulosa, integral, ordenada y coordinada con la participación de un equipo multidisciplinario, cuya meta es la curación completa del paciente y con la menor cantidad posible de secuelas que causa la terapia oncológica. Para llegar a esta meta se debe seguir un protocolo de atención odontológica que se dividirá en tres etapas: pre, intra y post terapia oncológica que abarcan diversos tratamientos.

El cáncer es curable siempre que se haga un diagnóstico precoz. La boca después de la piel es el órgano más accesible a la inspección y al examen, ambos órganos están implicados en el proceso de malignización de cabeza y cuello. El papel del médico y de los profesionales en salud bucodental es fundamental ya que son los profesionales que deben hacer el diagnóstico inicial del cáncer tomando en cuenta todas las otras lesiones que se convierten en diagnósticos diferenciales de otras enfermedades sistémicas, por tanto, es importante el realizar exámenes rutinarios, incluso en aquellos pacientes sin lesiones orales y con presencia de factores de riesgo. En este capítulo se describirán la patologías generadas por la terapia oncológica, como prevenirlas y tratarlas.

2 Objetivos

- Establecer las pautas a seguir antes, durante y después de la terapia oncológica.
- Determinar los efectos secundarios del tratamiento oncológico.

3 Metodología

Se ha utilizado Scielo/Medline/Pubmed/Google Académico/Dialnet/ como motor de búsqueda para la pesquisa bibliográfica. También se ha hecho una búsqueda manual basada en referencias bibliográficas del artículo de revisión recientes . Además se han consultado algunos libros de texto para documentación adicional. Palabras clave: Tratamiento multidisciplinario odontología-oncología, quimioterapia, radioterapia, efectos secundarios, cavidad oral, tratamiento odontológico, xerostomía, osteorradionecrosis, mucositis.

4 Resultados

I. Las pautas a seguir antes, durante y después de la terapia oncológica son:

Ia. Antes de la terapia oncológica: lo ideal es realizar una exploración clínica y radiológica y tratar las máximas patología bucales antes de someterse al tratamiento oncológico para evitar así complicaciones derivadas.

Las caries e infecciones pulpares deben eliminarse entre 15 y 20 días antes del comienzo de la terapia oncológica para asegurar su curación. Es importante realizar una buena profilaxis y realizar todas las extracciones pertinentes dejando, como mínimo, 21 días de curación, para asegurar una correcta cicatrización. Debemos concienciar al paciente sobre su higiene cual para minimizar los problemas durante el tratamiento oncológico, se debe realizar tres veces al día y se deben de usar pastas con concentración de 1450 ppm de flúor. Se debe completar la higiene con el uso de sedas y cintas dentales y enjuagues de clorhexidina al 0,12% libre de alcohol durante 30 segundos.

Ib. Durante la terapia oncológica: el tratamiento irá encaminado a solucionar los efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia.

Mantener una buena higiene oral para reducir el riesgo de complicaciones, no fumar, aplicación de flúor y colutorios antisépticos, llevar una dieta no cariogénica y poco irritante, evitar uso de dentadura postiza para no dañar la mucosa, tratamiento de las mucositis evitando productos con alcohol, glicerina o limón,

así como dentífricos de acción abrasiva. Se recomienda dieta blanda, incrementar el aporte de líquidos y no fumar ni beber alcohol, ya que pueden resultar irritantes.

Tratar la xerostomía, mediante soluciones mineralizantes, antisépticos sin alcohol y alimento que estimulen la saliva. Tratar las infecciones micóticas, virales o bacterianas que aparezcan, realizar el tratamiento de la disgeusia, evitando exodoncias y endodoncias.

Ic. Después de la terapia oncológica:

Son las mismas complicaciones que durante el tratamiento oncológico, por lo que irá encaminado a una higiene exhaustiva y flúor a cargo del paciente, realización de tartrectomía cuando sea necesario, evitar prótesis mal adaptadas, uso de aines y/o corticoides en caso de inflamación o dolor, seguir tratando la xerostomía, tratamiento de caries, sellado de fisuras en niños y adolescentes, evitar las endodoncias y no realizar extracciones en un año, si fuese necesario se debe realizar una profilaxis antibiótica 48h antes y durante 7 ó 15 días posteriores a la extracción.

II. Los efectos secundarios del tratamiento oncológico son:

IIa. Mucositis: es una reacción inflamatoria que afecta a la mucosa de todo el tracto gastrointestinal, aunque suele adquirir un mayor protagonismo en el área orofaríngea. Es una de las causas más importantes de morbilidad tras la administración de quimioterapia y radioterapia. Se han descrito una serie de factores de riesgo asociados a su aparición, relacionados principalmente con el tipo de tratamiento oncológico y con factores individuales del paciente. Un buen estado bucodental y una buena higiene oral durante el tratamiento oncológico, pueden conllevar a una menor incidencia y gravedad de mucositis. El dolor que acompaña a la mucositis puede ser tan intenso, que altera la calidad de vida del paciente limitando funciones bucales básicas como hablar, deglutir saliva o alimentarse.

IIb. Xerostomía: la sequedad bucal es asimismo un efecto secundario frecuente tras la administración de quimioterapia y radioterapia. Su aparición agravaría la mucositis convirtiendo a la mucosa oral en más susceptible tanto al factor traumático como a las posibles infecciones. A medio plazo, sería responsable de una mayor incidencia de caries dental sobre todo cervical y radicular. La xerostomía es más acusada tras la radioterapia del área cérvico-facial, ya que la radiación incide de forma directa sobre las glándulas salivales. cuando la xerostomía secundaria a quimioterapia suele ser transitoria y reversible y viene pre-

cedida de una sensación de gusto metálico. Precediendo a la sequedad bucal y a la mucositis, puede aparecer disgeusia y glosodinia debida a la afectación de las papilas linguales por la quimioterapia y por la desmielinización de las fibras nerviosas.

Iic. Infecciones: la presencia constante de microorganismo en la cavidad bucal es un factor de riesgo para la aparición de infecciones durante la quimioterapia y radioterapia, agravado por una higiene oral deficiente y un estado inmunitario disminuido por la mielosupresión. La quimioterapia produce una neutropenia aproximadamente a los siete días de su inicio, por lo que las infecciones durante este período (bacterianas, fúngicas y reactivaciones del virus del herpes simple entre otras), constituyen una de las complicaciones más graves, pudiendo llevar incluso a la muerte del paciente.

Iid. Hemorragia: la alteración de la hemostasia es un fenómeno relativamente común en algunas enfermedades neoplásicas. La posibilidad de que un paciente con cáncer sufra una hemorragia en la cavidad bucal estaría en función de la plaquetopenia ocasionada tanto por la enfermedad de base como por la mielosupresión debida a la quimioterapia.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento oncológico produce un gran número de complicaciones y/o secuelas orales, muchas de ellas muy graves y letales. Para evitar o disminuir la incidencia de estas complicaciones los profesionales en salud bucodental deben ser una pieza clave en el equipo multidisciplinario oncológico y una primera línea en la prevención y defensa. Su participación debe restablecerse antes, durante y después del tratamiento oncológico propiamente dicho. Debe de existir una correcta interrelación y comunicación fluida entre todos los integrantes del equipo oncológico multidisciplinario para de esta manera asegurar el mejor resultado posible del tratamiento oncológico, lo que repercutirá favorablemente en la cantidad y calidad de la sobrevida del paciente.

6 Bibliografía

- Sabater Reolons M.M., Rodríguez de Rivera Campillo M.E., López López J., Chimenos Küstner E.. Manifestaciones orales secundarias al tratamiento oncológico: Pautas de actuación odontológica. Av Odontoestomatol [Internet]. 2006

Dic [citado 2019 Dic 16] ; 22(6): 335-342.

- Lanza Echeveste Damián Guillermo. Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico: Parte I. Odontoestomatología [Internet]. 2011 Mayo [citado 2019 Dic 16] ; 13(17): 14-25.
- Rocha-Buelvas Anderson, Jojoa Pumalpa Alexander. Manejo odontológico de las complicaciones orales secundarias al tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia. CES odontol. [Internet]. 2011 July [cited 2019 Dec 16] ; 24(2): 71-78.
- Rocha Buelvas Anderson. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2009 July [cited 2019 Dec 16] ; 21(1): 112-121.

Capítulo 915

RIESGO DE CAÍDAS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

1 Introducción

Todo ingreso hospitalario siempre conlleva algunos riesgos, uno de ellos es la probabilidad de sufrir una caída que pueda originar lesiones. Éstas constituyen un indicador de calidad asistencial y sus consecuencias se pueden clasificar de leves a graves, e incluso causar la muerte. La OMS en el año 2020, establece la definición de calidad asistencial como: “La medida en la cual los servicios de salud q se ofrecen a individuos y poblaciones de pacientes mejoran los resultados de salud deseados”.

Las caídas generan un daño adicional para el paciente, alteran su proceso de recuperación e incrementan su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica también para la familia y el propio centro sanitario, ya que como resultado de la caída habrá repercusiones de diferente índole, como son las físicas, psicológicas, sociales y económicas. Para evitar esto, las instituciones deberán de llevar a cabo un sistema de prevención de éstas así como un protocolo de actuación.

La mayoría de las caídas de los enfermos son debidas a la confluencia de diversos factores como son: el estado de salud, la conducta y la actividad de paciente.

2 Objetivos

- Determinar los patrones de caídas.
- Estudiar la incidencia de las caídas en el medio hospitalario.

3 Metodología

Búsqueda de distintos estudios realizados empírica y teóricamente sobre las caídas en los centros hospitalarios, protocolos de prevención y de actuación de distintos hospitales... sacados de bases de datos como son :Google ,medicine, scielo, pubmed... y entre los que analicen el perfil del paciente con riesgo de caídas, factores de riesgo y sus consecuencias entre otros aspectos.

4 Resultados

Las caídas pueden responder a patrones :

- Accidentales (factor intrínseco), que son las relacionadas con la infraestructura hospitalaria. Como por ejemplo: dispositivos de seguridad en mal estado de conservación, suelos deslizantes, iluminación insuficiente.
- No accidentales (factor extrínseco), son los inherentes al propio paciente, como son : el estado clínico, alteraciones neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas, mentales... ;el estado emocional alterado como sucede con la ansiedad, la excitación, las tendencias suicidas, la depresión, somnolencia, la incapacidad para comprender o cumplir las indicaciones, la movilidad y deambulación ;patrones de marcha característicos de determinados procesos patológicos como en la enfermedad de Parkinson, patologías vasculocerebrales y los fármacos ingeridos.
- En varios estudios acerca de la incidencia de caídas en los hospitales se observó que la edad en la que más caídas se producen en el centro hospitalario es a partir de los 60 años , el lugar donde más suceden es en la habitación (52,8%) seguido del pasillo (19,4%) y del aseo (16,7%) En cuanto a las caídas accidentales cabe resenar que tiene más incidencia la falta de acompañamiento (38,0%), seguido de la presencia de suelo húmedo y deslizante (35,0%). Y en las no accidentales destacan los pacientes con alteraciones neurológicas, cardíacas, respiratorias, metabólicas y mentales en un 25,9% seguidas de la edad en un 24,1%.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez es mayor la preocupación y concienciación de los profesionales sanitarios por conseguir unos cuidados de calidad que ofrezcan una atención segura. La Seguridad del Paciente es un componente clave de la calidad asistencial. Las caídas en la atención sanitaria, representan una causa de preocupación tanto para el propio paciente, su familia e incluso el hospital. Llegando a causar tanto repercusiones físicas (que van de leves, a más graves pudiendo llegar hasta la muerte del paciente), psíquicas, sociales (tanto para el paciente como para su familia) y económicas (en cuanto a la institución sanitaria).

Debemos de entender las caídas como un factor que se puede evitar en la mayoría de los casos, ya que así nos ayudaría a comprender la importancia de llevar a cabo un buen plan de prevención y cuidados centrado en la disminución del riesgo de caer. En este plan debería estar incluido la educación en el riesgo de caídas no solo para el sanitario, sino también para el propio paciente y su familia. Mejorar la calidad asistencial hospitalaria abordando el problema de las caídas, identificando las principales causas, los factores de riesgo y la gravedad de las consecuencias de las mismas. Así como conocer el perfil del paciente de mayor riesgo y las circunstancias más habituales en las que se producen.

Establecer criterios de actuación que respondan a la prevención y cuidados del paciente con riesgo de caídas, fomentando la cultura de seguridad entre profesionales, pacientes y familiares.

6 Bibliografía

- Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caída en la atención hospitalaria. Osakidetza. 2009.
- Caídas en hospitales. Best Practice 1998, 2:1-6. (Actualizada: 15-3-2007). The Joanna Briggs Institute.
- <http://www.geriaticos.org>
- Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Asturias, España: Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010 [citado 24 enero 2012]. Disponible en: <http://astursalud.es>
- <http://www.scielo.br/PDF/Road/v20n3/es.a23v20n3.pdf>
- López V. María Elena "Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira". Cultura del cuidado de enfermería, 2011, n°1

- pg.71. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servirte/articulo?codigo=3757917>
- Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caída en la atención hospitalaria. Osakidetza. 2009.
 - Caídas en hospitales. Best Practice 1998, 2:1-6. (Actualizada: 15-3-2007). The Joanna Briggs Institute.
 - Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Asturias, España: Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2010 [citado 24 enero 2012]. Disponible en: <http://astursalud.es>
 - <http://www.scielo.br/PDF/Road/v20n3/es.a23v20n3.pdf>
 - López V. María Elena “Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira”. Cultura del cuidado de enfermería, 2011,nº1 pg.71. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servirte/articulo?codigo=3757917>

Capítulo 916

COLOCACIÓN DE ARPÓN MEDIANTE MAMOGRAFÍA EN LA LOCALIZACIÓN DE LESIONES NO PALPABLES

PABLO LOZA ROMERO

1 Introducción

El cáncer de mama es una enfermedad que presenta una alta morbimortalidad. La mamografía es uno de los exámenes más utilizados para la detección de esta patología en los estadios iniciales, lo que permitirá un tratamiento quirúrgico capaz de interrumpir el curso de esta enfermedad.

Las lesiones no palpables de mama (LNP) ,presentan dificultad para su localización, exégesis y posterior diagnóstico, porque microscópicamente no se diferencian del tejido sano.

Por ser lesiones no palpables, se utilizó como procedimiento localizador la mamografía y el método de colocación de un arpón con campos fenestrados, que lo que busca es optimizar el abordaje y la adecuada extirpación de las lesiones, lo que conlleva a un diagnóstico y a un tratamiento de inmediato.

2 Objetivos

Conocer la histopatología de las biopsias quirúrgicas en lesiones no palpables de mama y las localizadas por mamografía , luego de la colocación de arpón en la zona con microcalcificaciones.

3 Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de carácter transversal, sobre una población diana ,mujeres mayores de 40años, registradas como nuevos casos con indicación de mamografía, para descartar cáncer de mama. El estudio se realizó durante 2 años en un hospital Peruano. El número total de paciente sometidas a este estudio fue de 130 mujeres.

Las pacientes que presentaron microcalcificaciones en sus mamografías, fueron sometidas a biopsia quirúrgica con colocación de arpón bajo guía mamográfica. La información recogida para el presente capítulo se obtuvo mediante una revisión de artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos como Scielo y Google Académico.

4 Resultados

Se encontró la misma proporción de lesiones malignas en ambas mamas, sin embargo fue más frecuente encontrar lesiones benignas en la mama derecha(60%) y en el cuadrante superior externo(45%) . La frecuencia de microcalcificación pleomórfica fue del 38% en lesión benigna y del 43% en los casos de lesión maligna.

El 80% de los pacientes con microcalcificaciones menores a 20 por centímetro cuadrado presentó lesión benigna mientras que el 62% con microcalcificaciones mayores de 20 por centímetro cuadrado fueron lesión maligna.

5 Discusión-Conclusión

La técnica del arpón precisa la localización de las microcalcificaciones detectadas en la mamografía y disminuye los falsos negativos. La ubicación, más frecuente de LNP positiva a cáncer de mama, fué el cuadrante superior externo.

La forma pleomórfica fue el tipo de microcalcificación más frecuente en las lesiones no palpables positiva a cáncer de mama.

El carcinoma intraductal fue la lesión no palpable positiva para cáncer de mama más frecuente.

6 Bibliografía

1. Ciatto S, Rosselli Del Turco M, Giorgi D, Morrone D, Catarzi S, Ambrogetti D et al. Non-palpable lesions of the breast detected by mammography. *Eur J Cancer* 1994; 30: 40-44. [Links]
2. Azavedo E. Non-palpable breast cancers: detection, diagnostic and prognostic aspects. *Acta Radiol Suppl* 1992; 378: 137-146. [Links]
3. Feig HP. The importance of supplementary mammographic views to diagnostic accuracy. *AJR* 1998; 151: 40-41. [Links]
4. Kaplan SS. Clinical utility of bilateral whole-breast US in the evaluation of women with dense breast tissue. *Radiology* 2001; 221: 641-649. [Links]

Capítulo 917

EL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

ANA ISABEL ARÉVALO MURCIEGO

NATALIA GARCIA ANTUÑA

1 Introducción

El quirófano es una sala que se halla en el entorno hospitalario y está acondicionada para realizar intervenciones quirúrgicas (traumatología, CPRE, vascular, neuro...). Está controlado geográfica, ambiental y bacteriológicamente. El equipo consta de: cirujano, anestesista, enfermería instrumental y circulante y miembros de apoyo: TSID, auxiliares, etc. En él existe un área:

. Estéril: paciente, campo quirúrgico, cirujano, equipo quirúrgico, mesa e instrumental.

- No estéril: donde está el técnico (y no se debe romper). Antes de acceder al quirófano es necesario cambiar el atuendo: pijama, gorro, calzas y mascarilla.

2 Objetivos

- Describir el papel del TSID en el ámbito quirúrgico.
- Mostrar el manejo del aparato de rayos en el quirófano.
- Establecer medidas de protección radiológica .

3 Metodología

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

La metodología explicada en el presente capítulo está referida a la práctica diaria en el HUCA.

4 Resultados

- El papel del TSID en la unidad es relevante a la hora de minimizar las radiaciones nocivas, debe hacer las proyecciones buscando el menor impacto al paciente. Además de adecuar los cuidados del paciente, de utilizar el aparataje radiológico en aras de minimizar la radiación del paciente y en el mantenimiento de todo el material utilizado en cada una de las pruebas realizadas.

- Mostrar el manejo del aparato de rayos en el quirófano: el aparato de RX que se utiliza en quirófano está diseñado para ser manejable y obtener imágenes en AP, lateral, oblicuas y angulaciones craneales y caudales; para ello está formado por:

- Brazo en C: que consta de intensificador y tubo de Rx.

- Pie con 3 ruedas.

- Monitores.

- Pedal .

Medidas de protección radiológica:

- . El arco en quirófano debe estar envuelto con bolsas y fundas estériles o bien se tapa al paciente con una sábana estéril adicional para preservar la esterilidad . . Es imprescindible el uso de mandil plomado y proector de tiroides para todo el personal de la instalación mientras se está realizando la escopia.

- . Se recomienda el uso de la escopia pulsada o la media escopia para reducir la dosis de exposición, así como mantener la máxima distancia posible del tubo de Rx.

- . Debe colocarse siempre el intensificador en la parte superior y el tubo debajo de la mesa, con ello conseguimos reducir la radiación sobre el área objeto de estudio (favoreciendo así la protección radiológica) y obtenemos una imagen más nítida.

En ocasiones también se hace necesaria la realización de controles de colocación de prótesis de cadera o rodilla mediante la realización de una radiografía convencional, para lo cual se emplea un equipo portátil de radiología convencional.

5 Discusión-Conclusión

Existe una clara especialización de los servicios médicos y esto exige igualmente una especialización de las pruebas a realizar, en función del servicio que requiera la escopia se obtendrán diferentes imágenes, cuyo objetivo es guiar la colocación de diferentes elementos:

- Traumatología: colocación de prótesis de rodilla y cadera, de placas y tornillos en tobillo, pierna...
- Digestivo: colocación de prótesis de colon, realización de CPRE...
- Neurocirugía: limpieza de hernias, colocación de artrodesis cervical, lumbar, patología trigeminal...

Actualmente cada vez se demanda más escopia en el quirófano, lo cual requiere que los TSID conozcan el aparato y tengan destreza en su manejo ya que es fundamental para obtener imágenes de calidad para el cirujano.

6 Bibliografía

Imágenes cedidas por el HUCA.

Manual para Técnicos Superiores en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Editorial Panamericana <https://es.wikipedia.org/wiki/Quir%C3%B3fano>

Capítulo 918

LÍQUIDO SINOVIAL

MARTA VELASCO ARRANZ

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ELENA GONZALEZ LOPEZ

EVA GARCÍA ALONSO

1 Introducción

El líquido sinovial o sinovia es un fluido viscoso y transparente que se encuentra en las articulaciones. Tiene la consistencia de la clara de huevo. Su composición es la de un ultrafiltrado del plasma, con la misma composición iónica. Contiene pocas proteínas y células pero es rico en ácido hialurónico sintetizado por los sinoviocitos de tipo b.

El líquido sinovial reduce la fricción entre los cartílagos y otros tejidos en las articulaciones para lubricarlas y amortiguarlas durante el movimiento.

La artrocentesis es un procedimiento que consiste en extraer fluido del interior de una cavidad articular. Se hace por medio de una aguja y una jeringa; de este modo se obtiene el líquido sinovial.

En condiciones normales la cantidad de líquido sinovial es muy pequeña (1-2 ml), la que se verá aumentada en casos de derrames, trastornos de la membrana articu-

lar y presencia de cuerpos extraños, los cuales pueden producir una acumulación excesiva de líquido sinovial en las articulaciones (derrames articulares).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir las utilidades del estudio del líquido sinovial.

Objetivos secundarios:

- Detallar los tipos de análisis que existen para el estudio del líquido sinovial.
- Enumerar los tipos de cristales.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el estudio del líquido sinovial.

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

4 Resultados

- Las utilidades del diagnóstico del líquido sinovial son:
 - Diagnosticar y tratar problemas relacionados con las articulaciones.
 - Evaluar articulaciones con dolor agudo, calientes e inflamadas.
 - Recolectar líquido sinovial, para luego proceder a su estudio y determinar cuál es la patología de una articulación.
 - El análisis del líquido sinovial obtenido mediante la artrocentesis permite establecer si la causa de la artritis es una enfermedad reumatoide, la gota o una infección.
 - La artrocentesis se realiza con fines diagnósticos, pero también con fines terapéuticos, como pueden ser:
 - Artrocentesis diagnóstica: se realiza cuando se sospecha que la inflamación de la articulación se debe a una infección bacteriana. A esta condición se le llama “artritis séptica”, afección grave que requiere atención rápida.

- Artrocentesis terapéutica: ayuda a disminuir la presión ocasionada por la acumulación de líquido sinovial. Esto alivia el dolor y las molestias. También es usual que a través de la artrocentesis se administren fármacos para tratar la enfermedad.

- El estudio completo del líquido sinovial incluye los siguientes análisis:

- 1) Macroscópico
- 2) Microscópico
- 3) Uso de tinciones específicas

1) Análisis macroscópico.

El líquido sinovial normal es de color amarillo paja. Si se coloca en un tubo de ensayo se puede leer un texto a través de él. Tiene una viscosidad similar a la de la clara de huevo.

2) Análisis microscópico:

La cuenta celular debe realizarse dentro de las 2 primeras horas posteriores a la toma de la muestra. Lecturas posteriores influyen en los resultados debido a la fragilidad de las células fuera de la articulación.

La cuenta de células debe realizarse de manera manual en cámara de Neubauer, diluyendo la muestra en solución hipotónica (0,3%) de cloruro de sodio debido a que los equipos automatizados pueden dar valores erróneos a causa de la viscosidad del líquido o a la presencia de artefactos.

Se cuentan en el microscopio los 4 cuadrantes para leucocitos. La cuenta de leucocitos del líquido sinovial normal debe ser menor de 200 células/ μ L.

El análisis microscópico incluye también la búsqueda de cristales, su identificación y la caracterización de su refringencia, lo cual se hace en un microscopio de luz polarizada.

3) Uso de tinciones específicas:

- Tinción con rojo alizarina (cristales de hidroxapatita de calcio y otros cristales de fosfato de calcio).
- Tinción diferencial con colorante de Wright (células).
- Tinción con negro Sudán (estructuras lipídicas o intracelular).
- Tinción de Gram (búsqueda de bacterias).
- Tinción con rojo Congo (Amiloidosis).

Para el análisis del líquido sinovial se necesitan:

- Recipientes sin aditivos para bioquímica y microbiología.
- Recipiente con EDTA-K para el recuento celular.

La evaluación de cristales debe hacerse en tubo sin anticoagulante.

Durante el análisis, en el laboratorio, se hace un recuento de glóbulos blancos y de glucosa, así como de nivel de proteína. También se examina si hay presencia de gérmenes o de alguna célula anormal. Todo ello permite establecer o ajustar el diagnóstico.

Cuando hay sospechas de infección bacteriana se realiza un cultivo, que arroja resultados en 48 horas. En estos casos es usual que se inicie un tratamiento precoz con antibióticos.

Un número elevado de cristales pueden producir un líquido opaco, lechoso, opalescente sin leucocitos

- Tipos de cristales:

Urato monosódico :

- Aparecen como varillas en forma de aguja.
- Son fuertemente birrefringentes; amarillo cuando se orientan paralelos al condensador o azules con orientación perpendicular.
- Se encuentran 90% de los casos agudos de gota y en un 75% entre ataques.

- Pirofosfato cálcico dihidratado :
- Aparecen como rombos, varillas o rectángulos.
- Débilmente birrefringentes.
- Artritis degenerativas y artritis asociadas con hipomagnesemia, hemocromatosis, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo.
- Pseudogota.

- Oxalato cálcico dihidratado :
- Forma bipiramidal.
- Birrefringencia variable.
- Pacientes con artropatía asociada a diálisis renal crónica.

- Cristales lipídicos :
- Son esferas con apariencia de cruces de malta.
- Birrefringencia positiva.
- Colesterol.
- Artritis reumatoide y derrames articulares asociados a lupus y gota.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad, el estudio del líquido sinovial (LS) es una herramienta que se utiliza con frecuencia en los laboratorios especializados y que permite establecer el diagnóstico de artropatías por cristales. Apoya el diagnóstico de las artritis sépticas y ayuda a establecer otros diagnósticos reumatológicos como la monoartritis o los derrames articulares.

La artrocentesis es un proceso que no entraña mayores riesgos. Solo en muy contadas ocasiones surgen problemas como hemorragias o infecciones.

El análisis del líquido sinovial es un método fácil, seguro, barato y rápido de recopilar información acerca de cualquier patología articular. Sin embargo, esta información nunca debe ser interpretada aisladamente, sino dentro de un contexto que incluye historia, cuadro clínico y hallazgos radiográficos, serológicos y microbiológicos.

6 Bibliografía

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- <https://ddd.uab.cat>

Capítulo 919

ESTUDIO DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR).

ELENA GONZALEZ LOPEZ

EVA GARCÍA ALONSO

MARTA VELASCO ARRANZ

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

1 Introducción

El cerebro y la médula espinal están recubiertos por tres membranas meníngicas: duramadre, aracnoides y piamadre. La duramadre es la más externa y la piamadre la más interna. El líquido cefalorraquídeo (LCR) está contenido en el espacio sub-aracnoideo entre la membrana aracnoides y la piamadre, en los ventrículos del cerebro y en las cisternas que lo rodean.

Las principales funciones del LCR son: actuar como soporte y protección del sistema nervioso central, controlar las características químicas del entorno del sistema nervioso central, transporte de algunas hormonas y neurotransmisores y actuar como vehículo para la excreción de producto de la actividad del metabolismo cerebral.

Cuando se producen traumatismos del SCN, inflamación de las meninges u obstrucciones producidas por neoplasias o hemorragias intracraneales, la circu-

lación del LCR puede alterarse, reflejándose en su composición. En el adulto el volumen medio de LCR es de 150 ml.

2 Objetivos

Proporcionar una serie de recomendaciones sobre las distintas magnitudes del LCR que se miden en el laboratorio para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades neurológicas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El procedimiento más habitual para la obtención de LCR es la punción lumbar. La punción se realiza entre las vértebras L4-L5 o más abajo, evitando lesionar la médula espinal.

La muestra de LCR debe recogerse en tres tubos estériles de forma secuencial. El primero para el estudio bioquímico e inmunológico, el segundo para el estudio microbiológico y el tercero para el estudio citológico.

Una vez obtenido el espécimen, debido a sus características se debe llevar al laboratorio para su procesamiento inmediato.

Examen del LCR:

Estudio macroscópico:

- El LCR es incoloro, inodoro y con una viscosidad similar a la del agua. Como consecuencia de diversas patologías puede presentar otros aspectos como: turbio, xantocrómico, hemorrágico, hemático, etc. para ello puede realizarse la prueba de los tres tubos.

- Una punción traumática provoca que el LCR se vaya aclarando de forma gradual en los tubos que se hayan recogido.
- La xantocromía hace referencia a la coloración rosada o anaranjada del sobrenadante del LCR después de haberlo centrifugado.
- La coagulación del LCR sanguinolento se observará cuando se haya producido una punción traumática. Si la sangre presente en el líquido es debida a una hemorragia subaracnoidea no se coagulará.

Examen bioquímico:

- Concentración de Glucosa: la concentración de glucosa en el LCR depende de su concentración en el plasma. Esta dependencia hace necesaria la medición de la concentración de glucosa en el plasma y en el LCR de forma simultánea. La concentración de glucosa en el LCR de un adulto sano es aproximadamente un 50-80% de la concentración de la glucosa del suero, 50-80 mg/dl.
- Concentración de proteínas: las proteínas difunden desde el plasma al LCR a través de la barrera hematoencefálica. Los factores que dan lugar a la diferente concentración de proteínas en el LCR son:
 - La carga eléctrica de la molécula.
 - El tamaño de la molécula de proteínas.
 - La concentración de proteínas en el plasma.
 - El estado de la barrera hematoencefálica.
 - La proteína que se encuentra en mayor concentración en el LCR es la albúmina.
 - En el adulto la concentración de proteínas en el LCR es de 15-45 mg/dl y va aumentando con la edad. El incremento de la concentración de proteínas en el LCR es la alteración más frecuente que observamos en el LCR y también una de las más difíciles a la hora de su interpretación diagnóstica.
 - En el LCR se encuentran otras proteínas como la prealbúmina, las inmunoglobulinas, la transferrina desializada y la proteína básica de la mielina entre otras, pero su concentración no se mide de manera urgente.
- Concentración de enzimas: las enzimas que se miden en el LCR y que tienen valor semiológico son las lactato-deshidrogenasa y la adenosina desaminasa.
- La concentración catalítica del lactato-deshidrogenasa que se encuentra en el LCR es 1/10 parte de la que se encuentra en el plasma.

Estudio microscópico:

- En el estudio microscópico del LCR se debe realizar el conteo en cámara para conocer la concentración de células y la citocentrifugación para la diferenciación de leucocitos.

- El estudio de las células debe realizarse tan pronto se recibe la muestra, siempre antes de dos horas para evitar que se produzca la lisis de las mismas.
- Una concentración de células entre 5 y 10 /ul se considera límite de la normalidad y superior a 10 células ul es elevado. El incremento de células del LCR se denomina pleocitosis.

Estudio microbiológico:

- El estudio microbiológico del LCR se realizará mediante tinción de Gram, Zielh Nielsen o Auramina para Mycobacterium tuberculosis o Tinta China para Cryptococcus y cultivo en medios adecuados. En el caso de las meningitis agudas bacterianas, la tinción de Gram de una muestra de LCR sigue siendo la técnica de elección.
- El cultivo permite la identificación del microorganismo y determinar su patrón de sensibilidad y así llevar a cabo un uso adecuado de antibióticos.

Un resultado anormal de un análisis del LCR puede deberse a varios motivos: cáncer, encefalitis, encefalopatía hepática, infección, inflamación, meningitis debido a bacterias, hongo, tuberculosis o un virus, esclerosis, alzheimer, ELA...

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda realizar el estudio inmediatamente tras su obtención. Debemos siempre contemplar la posibilidad de una punción lumbar traumática. Para un estudio adecuado se debe realizar el examen macroscópico, bioquímico, microscópico y microbiológico.

La concentración de proteínas para el establecimiento del diagnóstico diferencial de enfermedades neurológicas de origen inflamatorio es útil. En el caso de meningitis bacterianas y no bacterianas, la concentración de proteínas tiene sus limitaciones. La medición de la concentración de células debe realizarse siempre en cámara de conteo. La citocentrifugación es el método recomendado para concentrar las células del LCR, ya que preserva su morfología, facilitando su posterior identificación mediante tinción. La obtención de la muestra para el estudio microbiológico debe realizarse siempre que sea posible, antes de iniciar el tratamiento antibiótico.

6 Bibliografía

- Mark A, Watson and Mitchell Scott. Clinical utility biochemical analysis of cerebrospinal fluid. Clin Chem 1995.
- Martínez C, Llompart I. Recomendaciones para el estudio de las proteínas del líquido cefalorraquídeo. Química clínica 2002.

Capítulo 920

RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

LUCIA GÓMEZ GONZALEZ

1 Introducción

Todas las profesiones llevan implícito un riesgo inherente a la naturaleza de sus tareas, al lugar donde se desarrollan, así como a los equipos de trabajo usados. Entre los riesgos propios del personal sanitario se encuentra el “Riesgo biológico” que es el asociado a agentes biológicos en el lugar de trabajo. Es decir, la posibilidad de que trabajadores y trabajadoras puedan ver afectada su salud al sufrir infecciones, intoxicaciones o procesos alérgicos, como consecuencia de la exposición a microorganismos, incluidos los modificados genéticamente, cultivos celulares y/o endoparásitos humanos (que son los llamados agentes biológicos).

Siendo trabajos que implican alto uso de elementos corto-punzantes, así como exposición a líquidos orgánicos posiblemente infecciosos, y potencialmente expuestos a una concentración más elevada de patógenos humanos.

Los agentes biológicos se clasifican en cuatro grupos en función del riesgo de infección, que está determinado por su virulencia, su facilidad de propagación, la gravedad de sus efectos sobre la salud y la existencia o no de tratamientos profilácticos y curativos (de acuerdo con el artículo 3 del R.D. 664/1997)

Agentes biológicos

- Grupo 1: incluye a los microorganismos que es poco probable que afecten al personal que los manipula.
- Grupo 2: aquellos que pueden afectar a los trabajadores que los manipulan, pero hay poca probabilidad de propagación a la comunidad, existiendo profilaxis y/o tratamiento eficaz.
- Grupo 3: se incluyen los microorganismos que pueden afectar al personal manipulador causándole una enfermedad grave y también hay riesgo de propagación a la colectividad, existiendo de forma general tratamiento o profilaxis eficaz.
- Grupo 4: son aquellos que presentan serio peligro de afectación al personal, con muchas probabilidades de propagación a la comunidad. No existe profilaxis ni tratamiento eficaz.

Se puede prevenir los riesgos mediante actuaciones encaminadas a romper la cadena de infección

Esta cadena de infección consta de varias etapas:

Reservorio: el foco de contaminación.

Exposición del trabajador al agente biológico

Mecanismo de transmisión: es el mecanismo por el que el agente resulta infeccioso.

Vías de entrada al organismo: Las distintas vías de exposición son:

- Vía respiratoria: inhalación de aerosoles, aspiración secreciones, estornudos, ...
- Vía digestiva: comer, beber, fumar en lugares contaminados durante el trabajo, etc.
- Vía dérmica: a través de la piel o mucosas.
- Vía parenteral: a través de las heridas.

.

Trabajador/a: último eslabón de la cadena de infección.

Si bien es cierto que la prevención de los riesgos será tanto más eficaz cuanto más arriba de la cadena se integre, es decir, será más eficaz la actuación sobre el foco origen de la contaminación que sobre el medio de propagación y ésta mejor que la actuación sobre el trabajador

Las situaciones de riesgo más comunes en hospitales son aquellas en las que durante la manipulación y cura de enfermos, etc. se está en contacto a través de vendajes, instrumental, ropa, etc. con líquidos corporales, excreciones, sangre y sus derivados.

Las causas de exposición a contaminantes biológicos pueden ser, entre otras, la falta de orden y limpieza (agujas y material abandonado), no respetar los pro-

cedimientos de trabajo en tareas de inyección, encapsulado de agujas, sutura, recogida de basuras y material usado, salpicaduras o derrames de agitación de líquidos o de cultivos, la centrifugación, apertura de contenedores a diferente presión de la atmosférica, etc. El sistema de ventilación de los centros sanitarios puede ser a la vez un foco de origen y un canal de transmisión del riesgo de contaminación biológica. Un caso característico es el de la legionella pneumophila y algunos hongos patógenos (aspergillus, etc.).

2 Objetivos

Describir las principales medidas preventivas que podemos implantar.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda de la normativa reguladora así como otros documentos técnicos, como Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, Notas Técnicas de Prevención (NTP), guías básica de riesgos laborales en el sector sanitario, así como artículos y estudios localizados en bases de datos como Scielo, Medline

Para su lectura, revisión, contraste de información y datos obtenidos para introducir este tema así como para plantear las medidas preventivas de actuación y extraer conclusiones.

4 Resultados

Se plantean las siguientes actuaciones para minimizar los riesgos. a) Establecimiento de procedimientos de trabajo adecuados y utilización de medidas técnicas apropiadas para evitar o minimizar la liberación de agentes biológicos en el lugar de trabajo. b) Reducción, al mínimo posible, del número de trabajadores que estén o puedan estar expuestos. c) Adopción de medidas seguras para la recepción, manipulación y transporte de los agentes biológicos dentro del lugar de trabajo. d) Adopción de medidas de protección colectiva o, en su defecto, de protección individual, cuando la exposición no pueda evitarse por otros medios.

e) Utilización de medios seguros para la recogida, almacenamiento y evacuación de residuos por los trabajadores, incluido el uso de recipientes seguros e identificables, previo tratamiento adecuado si fuese necesario. f) Utilización de medidas de higiene que eviten o dificulten la dispersión del agente biológico fuera del lugar de trabajo. g) Utilización de una señal de peligro biológico como la indicada en el anexo III del Real Decreto 664/97, así como de otras señales de advertencia pertinentes. h) Establecimiento de planes para hacer frente a accidentes de los que puedan derivarse exposiciones a agentes biológicos i) Verificación, cuando sea necesaria y técnicamente posible, de la presencia de los agentes biológicos utilizados en el trabajo fuera del confinamiento físico primario.

Lo cual se puede resumir en una actuación en 4 puntos

1. En todas las actividades en las que exista riesgo para la salud o seguridad de los trabajadores como consecuencia del trabajo con agentes biológicos, el empresario deberá adoptar las medidas necesarias para: a) Prohibir que los trabajadores coman, beban o fumen en las zonas de trabajo en las que exista dicho riesgo. b) Proveer a los trabajadores de prendas de protección apropiadas o de otro tipo de prendas especiales adecuadas. c) Disponer de retretes y cuartos de aseo apropiados y adecuados para uso de los trabajadores, que incluyan productos para la limpieza ocular y antisépticos para la piel. d) Disponer de un lugar determinado para el almacenamiento adecuado de los equipos de protección y verificar que se limpian y se comprueba su buen funcionamiento, si fuera posible con anterioridad y, en todo caso, después de cada utilización, reparando o sustituyendo los equipos defectuosos antes de un nuevo uso. e) Especificar los procedimientos de obtención, manipulación y procesamiento de muestras de origen humano o animal.

2. Los trabajadores dispondrán, dentro de la jornada laboral, de diez minutos para su aseo personal antes de la comida y otros diez minutos antes de abandonar el trabajo.

3. Al salir de la zona de trabajo, el trabajador deberá quitarse las ropas de trabajo y los equipos de protección personal que puedan estar contaminados por agentes biológicos y deberá guardarlos en lugares que no contengan otras prendas.

4. El empresario se responsabilizará del lavado, descontaminación y, en caso necesario, destrucción de la ropa de trabajo y los equipos de protección a que se refiere el apartado anterior, quedando rigurosamente prohibido que los trabajadores se lleven los mismos a su domicilio para tal fin. Cuando contratase tales

operaciones con empresas idóneas al efecto, estará obligado a asegurar que la ropa y los equipos se envíen en recipientes cerrados y etiquetados con las advertencias precisas.

5 Discusión-Conclusión

Aunque se plantea que se ha producido una mejoría evidente a lo largo de los años y mayor control de riesgo, sustentada en regulación normativa, y la paulatina implantación de las medidas establecidas en la misma con diversas actuaciones (campañas de vacunación, profilaxis, identificación y protocolización de diversas tareas de riesgo – aunque no de todas), utilización adecuada de equipos de protección individual, mayor información de los riesgos, incremento de medidas higiénicas, gestión de residuos sanitarios, etc, no obstante sigue siendo proceso muy ralentizado, siendo conveniente mayor hincapié en la implantación de medidas así como en la vigilancia del cumplimiento de las mismas, unido a un estudio y análisis de las condiciones de trabajo, y de las consecuencias de las inconformidades.

Es indudable que el personal sanitario es conocedor de las posibles consecuencias de la exposición a agentes biológicos, y que es un tema que en general preocupa. Pero aun así se obvia con frecuencia situaciones de riesgo existentes, centrandó quizás su atención a la exposición por vía parental, y no teniendo tan presente otros tipos y momentos de exposición a contaminantes biológicos. Cabe plantearse por tanto que quizás no dispongan de suficiente información y formación de los riesgos ajustada a las tareas que desempeñan, siendo conveniente insistir en campañas informativas y formativas, que faciliten además del conocimiento la concienciación de los trabajadores, pues ha de tenerse en cuenta que es un sector donde existe una importante rotación de trabajadores (eventuales, cambios de sección, ...)

Llama la atención que existan estudios, en los que se reseñe que en centros hospitalarios donde se han implantado equipos con dispositivos de seguridad, se detecten aumento de los accidentes con dichos dispositivos, aunque debe tenerse en cuenta que los resultados pueden estar sesgados por la gran dificultad de obtener información contrastada ya que no siempre se traslada las incidencias o accidentes ocurridos, falta de toda la información necesaria para realizar un análisis detallado por ser necesaria la implicación y participación dependiendo por tanto de la voluntariedad de participación, y sobre todo no poder en la gran mayoría de casos conocer si el equipo ha sido usado correctamente, real-

mente al menos hace replantearse que no es suficiente implantar medidas que en principio se creen correctas o suficientes, siendo siempre imprescindible realizar seguimiento que permita determinar los puntos de mejora.

Como conclusión con las medidas preventivas lo que queremos conseguir es limitar los daños producidos por agentes biológicos, pero hemos de tener en cuenta que muchas de las medidas necesitan una interacción por parte del trabajador basada en una toma de conciencia preventiva.

Con las actuaciones anteriormente descritas se reducirán en gran medida las infecciones contraídas tanto por el trabajador como por su círculo social por exposiciones en el ámbito laboral, siendo de gran importancia el análisis continuo de los accidentes y su causalidad de forma que ello facilite la implantación de nuevas medidas si fuese necesario y/ o realizar seguimiento del cumplimiento de las medidas existentes que logren una mejora de las condiciones de trabajo del personal sanitario.

6 Bibliografía

- <https://www.insst.es/>
- Ley 31/97 del 8 de noviembre Prevención de riesgos laborales <http://www.boe.es>
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos <https://www.insst.es>
- <http://scielo.isciii.es>
- <http://dialnet.unirioja.es>
- <http://servicio.bc.uc.edu.ve>
- Junta de Castilla y León, Acción en salud laboral, Comisiones obreras de Castilla y León. Guía sobre exposición laboral a Riesgos Biológicos. Secretaria de Salud Laboral CC.OO. Castilla y León; 2010. Disponible en: <http://www.castillayleon.ccoo.es>
- <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/view/371>

Capítulo 921

SÍNDROME BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS

RAFAEL LENDINES NAVAJAS

BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ

CARMEN MAQUEDA VILLAREJO

DIEGO PEÑARANDA PALOMINO

ALMUDENA LUQUE HERNÁNDEZ

1 Introducción

El término Burnout (agotamiento o síndrome del quemado) se popularizó en la década de 1960 después de la novela "El caso quemado" de Graeme Greene. En las décadas de 1970 y 1980, los psicólogos Herbert Freudenberger y Christine Maslach adoptaron este término para describir un síndrome de burnout de amplio alcance que abarca tres dominios clave: agotamiento emocional, despersonalización y pérdida de autoestima.

Los profesionales de la salud están expuestos a altos niveles de angustia en el trabajo. La tensión persistente puede provocar agotamiento, angustia psicológica y / o física. El Burnout puede tener un impacto negativo en la calidad de vida del profesional, ya que posiblemente cause ansiedad, depresión, insomnio, drogadicción e incluso un mayor riesgo de ideación suicida. También hay ramificaciones profesionales del agotamiento con enlaces al absentismo, la retirada del trabajo,

la mala calidad de la atención e incluso los errores médicos. Son muchos los profesionales sanitarios afectados como médicos, enfermeros, trabajadores sociales, técnicos especialistas, etc.

2 Objetivos

Conocer el síndrome burnout en profesionales sanitarios, como detectarlo, causas y síntomas que lo provocan, contribuyentes y tratamiento y prevención.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para explicar el síndrome burnout en profesionales sanitarios mediante una búsqueda de artículos científicos en la base de datos medica Pubmed.

4 Resultados

A continuación, se explica brevemente como se puede detectar el Síndrome Burnout, las causas y los síntomas, contribuyentes al burnout (factores del trabajo e individuales) y las diferentes formas de tratamiento y prevención.

- ¿Cómo detectar el Síndrome del Burnout?.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es la prueba de detección más utilizada. Contiene 22 preguntas que abordan tres dominios de agotamiento: agotamiento emocional (sentirse incapaz de continuar), despersonalización (tratar a las personas como objetos) y realización personal (obtener satisfacción del trabajo). Cada pregunta tenía un puntaje de Likert de 7 puntos (donde un valor de 1 se calificó como nunca y 6 como todos los días). Se utiliza un sistema de evaluación secundaria para evaluar el nivel de agotamiento basado en estos tres aspectos. El alto agotamiento general está determinado por una puntuación alta en la subescala de agotamiento emocional o despersonalización, puntuación baja en la subescala de logro personal del inventario de agotamiento de Maslach.

- Causas y síntomas.

Según Maslach et al., El agotamiento tiene tres dimensiones interrelacionadas: agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal.

- Agotamiento emocional: La exposición prolongada al estrés suele ser la causa principal del agotamiento emocional y se manifiesta a través de la pérdida de

entusiasmo por el trabajo, sentirse impotente, atrapado y derrotado.

- Despersonalización: ocurre cuando profesionales sanitarios tratan a los pacientes con indiferencia, los objetivan y desarrollan una actitud negativa hacia sus compañeros y su profesión.
- Bajo logro personal: se caracteriza por la retirada del individuo de las responsabilidades y el desapego del trabajo.

Como síntomas se encuentran: depresión, estrés, agotamiento, ansiedad, desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas, etc.

- Contribuyentes al burnout.

- Factores del trabajo.

Los procesos y entornos de trabajo ineficientes contribuyen a los síntomas de agotamiento, las cargas de trabajo excesivas (por ejemplo, largas horas de trabajo, tareas frecuentes de llamadas nocturnas y alta intensidad de trabajo), conflictos entre el trabajo y el hogar, la pérdida de apoyo de colegas y el deterioro del control, la autonomía y el significado en el trabajo se han asociado con el agotamiento entre los profesionales sanitarios y los conflictos entre el trabajo y el hogar.

- Factores individuales.

Los estudios transversales de los sanitarios han encontrado relaciones independientes entre el agotamiento y el sexo del profesional, la edad, el estado de la relación, la edad de los hijos y la ocupación del cónyuge/pareja.

- Tratamiento y prevención.

- Cursos de manejo de estrés.

El manejo del estrés abarca desde la relajación hasta la terapia cognitivo-conductual y centrada en el paciente. La última intervención se dirige a diseños organizacionales y relacionados con el trabajo. La evidencia ha demostrado que los proveedores de atención médica que buscan ayuda o recurren a estrategias productivas y de afrontamiento tienden a experimentar niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que no lo hacen.

- Sesiones Balint.

Las sesiones de Balint son sesiones grupales que capacitan a los profesionales sanitarios sobre cómo aplicar un enfoque centrado en el paciente con un enfoque especial en las relaciones sanitario-paciente. Son conocidos como una estrategia terapéutica común que reduce el estrés y los síntomas de agotamiento.

- Ejercicio.

Se ha comprobado que un ejercicio de estiramiento de 10 minutos en el lugar de trabajo reduce los niveles de ansiedad y los síntomas de agotamiento al tiempo que mejora el bienestar mental y físico de los trabajadores de la salud. El ejercicio aeróbico ayuda a reducir el estrés abrumador y mejora los marcadores biológicos que pueden intervenir entre el agotamiento y la enfermedad cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud. Es conocida la capacidad que posee de afectar la calidad de vida de los individuos que lo sufren (inclusive puede provocar suicidio en los casos más graves), por lo que es vital entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo. Debido a sus consecuencias en el ambiente y en el rendimiento de las organizaciones, la prevención y tratamiento del burnout trascienden lo individual y permiten obtener beneficios significativos (mayores ingresos económicos, mejor trato al cliente, menor ausentismo, entre otros) para el centro de trabajo de los individuos afectados o en riesgo.

6 Bibliografía

- Saravanabavan L, Sivakumar MN, Hisham M. et al. Stress and Burnout among Intensive Care Unit Healthcare Professionals in an Indian Tertiary Care Hospital. *Indian J Crit Care Med.* 2019;23(10):462–466. doi:10.5005/jp-journals-10071-23265
- Romani M, Ashkar K. et al. Burnout among physicians. *Libyan J Med.* 2014;9:23556. Published 2014 Feb 17. doi:10.3402/ljm.v9.23556
- Leung J, Rioseco P. et al. Burnout, stress and satisfaction among Australian and New Zealand radiation oncology trainees. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2017;61(1):146–155. doi:10.1111/1754-9485.12541
- Brindley PG, Olusanya S, Wong A, Crowe L, Hawryluck L. et al. Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse. *J Intensive Care Soc.* 2019;20(4):358–362. doi:10.1177/1751143719842794
- C.P.West, L.N. Dyrbye, T.D. Shanafelt et al. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. 2018, 283; 516–529 doi: 10.1111/joim.12752.
- Saborío Morales, L. Hidalgo Murillo, L. et al. (2015). Síndrome de Burnout. [online] Scielo.sa.cr. Available at: <https://www.scielo.sa.cr>

Capítulo 922

ABLACIÓN DE TUMORES HEPÁTICOS MEDIANTE RADIOFRECUENCIA PERCUTÁNEA GUIADA POR ECOGRAFÍA

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

1 Introducción

El hígado es el órgano interno de mayor tamaño dentro del cuerpo, con forma triangular y color rojo pardo situado en la parte superior derecha del abdomen, debajo del diafragma y con un peso en el adulto de 1400 g. a 1600 g. Se encuentra rodeado por el peritoneo visceral y presenta dos caras, anterosuperior y posteroinferior. (Fernando Sierra et al1). Sus funciones son: segregar bilis para la eliminación de las grasas, ayudar al organismo a digerir los alimentos, almacenar energía y eliminar toxinas.

Está compuesto por células llamadas hepatocitos y también por otros tipos que cubren sus vasos sanguíneos y los conductos pequeños llamados estos conductos

biliares. Dichas células son las que pueden formar los diferentes tipos de tumores, dentro de los cuales hablamos de tumores malignos y tumores benignos. (Al-Awad, Adel et al2).

Dentro de los tipos de tumores malignos se encuentran, el carcinoma hepatocelular (primario), colangiocarcinoma intrahepático (primario), angiosarcoma y hemangiosarcoma (primario), hepatoblastoma (primario) e hígado metastásico (secundario). Por otro lado, están los tumores benignos tales como, hemangioma, hiperplasia nodular focal y adenoma hepático.

Existen varias formas de tratar estos tumores, pero nos vamos a centrar, en este caso, en la ablación mediante radiofrecuencia percutánea guiada por ecografía, ya que en los últimos diez años ha sustituido a otros métodos ablativos debido a su mortalidad reducida y a la aceptación del paciente, convirtiéndose así, en una de las técnicas más apropiadas para la eliminación de este tipo de tumores. Los tipos de cáncer más comunes que a continuación desarrollaremos y en los que se utiliza esta técnica son: carcinoma hepatocelular (cáncer primario) y cáncer de colon metastatizado en el hígado. (Forner3).

Comenzando por el carcinoma hepatocelular o hepatocarcinoma, éste, constituye el 80-90 % de los tumores hepáticos malignos primarios, más frecuente en los hombres que en las mujeres y con una media de edad comprendida entre los 50 y 60 años. (Bilbao Aguirre et al4). En el caso del cáncer de colon metastatizado en el hígado, sucede porque este órgano filtra la mayor parte de la sangre del resto del organismo, con lo cual las células tumorales se separan del cáncer primario (colon) y llegan a él. (Vilana et al5). En muchos casos, el hallazgo del cáncer primario se descubre por el hígado metastatizado. (Sergio del Valle et al6).

La ecografía es un método sencillo para llevar a cabo la ablación mediante radiofrecuencia percutánea. Es un tratamiento muy utilizado en pacientes en estadio 0 en los que no está recomendada la cirugía y el trasplante está contraindicado. Para esto hay que cumplir una serie de requisitos que citaremos a continuación: tumor único menor de 5 cm o hasta tres nódulos menores de 3 cm; ausencia de invasión vascular; ausencia de extensión extrahepática; nivel bajo de cirrosis.

En los pacientes que se encuentren en lista de espera para trasplante hepático con tiempo superior a 6 meses también está indicada la ablación ya que disminuye el riesgo de invasión vascular. (MC Garre et al7). Para la realización de la radiofrecuencia percutánea guiada por ecografía es necesario que el/la paciente

siga una serie de instrucciones: (Kozima et al8).

El/la paciente deberá suspender cualquier tratamiento anticoagulante unos días antes para que no haya posibilidad de hemorragia, tendrá también que realizarse un análisis de sangre para determinar si los riñones están funcionando bien y si la coagulación sanguínea es normal.

Es necesario que el/la paciente tenga firmado el consentimiento informado para la realización de ésta. Será preciso que en la prueba esté el médico anestesista ya que el paciente estará sedado.

Con el/la paciente ya preparado/a para comenzar, el radiólogo/a guiado con la sonda ecográfica colocará el electrodo-aguja en el tumor o nódulo hepático, las corrientes eléctricas pasan por dicho electrodo hacia un cojinete de tierra colocado en el cuerpo, creando calor concentrado y destruyendo las células cancerosas sin lesionar el tejido hepático sano que lo rodea.

Una vez terminado, se quitará el electrodo-aguja y se aplicará presión para evitar cualquier sangradura, posteriormente se colocará un vendaje. La duración de la prueba será entre 60-90 min. y el paciente permanecerá en la sala de recuperación hasta que se despierte y podrá irse a su domicilio en 24-48 horas.

2 Objetivos

Explicar las técnicas y resultados de la ablación de tumores hepáticos mediante radiofrecuencia percutánea guiada por ecografía.

3 Metodología

Para este estudio, se han realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas digitales tales como Revista de Intervencionismo. También se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, en publicaciones de otros hospitales y extranjeros y en otras fuentes como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico utilizando palabras clave como “Ablación”, “Radiofrecuencia”, “Percutánea”, “Hepáticos”, excluyendo artículos en inglés.

Se analizan también textos de estudios donde se valora la calidad de vida, supervivencia, situación actual de los pacientes que han sido sometidos a esto y donde aparecen datos del objetivo.

Se han usado como criterios de inclusión los estudios publicados dentro del periodo de tiempo 2015-2019 y tomando datos de la experiencia laboral sobre este tema en nuestro centro de trabajo, así como las consultas a médicos radiólogos intervencionistas.

Tras el análisis bibliográfico, podemos decir que con la terapia de ablación por radiofrecuencia percutánea los resultados han sido más exitosos que los obtenidos con otro tipo de tratamientos, gracias a que el paciente recibe un número menor de sesiones. (Molina Romero9).

4 Resultados

El objetivo de la radiofrecuencia percutánea es utilizar las imágenes guiadas por ecografía que es, la técnica de imagen en tiempo real más utilizada para destruir las células cancerosas a través de un electrodo-aguja sin necesidad de cirugía.

A pesar de que la mayoría de los resultados son favorables existen una serie de riesgos y complicaciones que pueden ocurrir:

Riesgos leves: Dolor local tras la prueba; Náuseas; Fiebre y malestar general; Infección en el lugar de punción en la piel; Aumento transitorio de las transaminasas; Posible derrame pleural si el tumor tratado está cercano a la pleura; Quemaduras en la zona de la piel donde han estado los “parches-electrodos”.

Riesgos graves: Hemorragia interna; Perforación intestinal en el caso de que la lesión se encuentre cerca de un asa de intestino; Inflamación de la vesícula biliar; Infección o absceso intraabdominal; Trombosis en la vena porta (vena que irriga el hígado); Diseminación del tumor a través del tracto de la aguja de punción; Muerte entre 0,1 y 0,3 % de los casos. Las complicaciones graves son muy raras. Ocurren aproximadamente 1 vez cada 100 ablaciones y requieren seguir ingresado, e incluso en ocasiones la intervención quirúrgica. El riesgo de muerte es mínimo. (Burdio10).

5 Discusión-Conclusión

Basándonos en la revisión bibliográfica, podemos decir que este sistema de ablación por radiofrecuencia es más económico y sencillo de emplear que otros. Es una técnica mínimamente invasiva, con un alto nivel de eficacia en el tratamiento de tumores que tiene un diámetro menor a 3cm. Puede practicarse

conjuntamente con la quimioterapia o como alternativa al tratamiento quirúrgico.

6 Bibliografía

1. Otero, William, and Fernando Sierra. "El hígado en cirugía." *Rev Col Gastroenterol* 18 (2003): 230-9.
2. Al-Awad, Adel, et al. "Evaluación de las resecciones hepáticas en pacientes con lesiones benignas y malignas." *Cirugía y Cirujanos* 72.2 (2004): 105-112.
3. Forner, Alejandro, et al. "Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Actualización del documento de consenso de la AEEH, SEOM, SERAM, SERVEI y SETH." *Medicina Clínica* 146.11 (2016): 511-e1.
4. Bilbao Aguirre; Charco Torras; Castells Fuste; Lázaro Fernández. "Estado actual del hepatocarcinoma y perspectivas futuras".
5. Vilana, R., et al. "Carcinoma hepatocelular: diagnóstico, estadificación y estrategia terapéutica." *Radiología* 52.5 (2010): 385-398.
6. Diaz, Sergio Del Valle, et al. "Hígado metastásico. Algunas consideraciones clínicas y etiológicas." *Revista Información Científica* 63.3 (2009).
7. Sánchez, MC Garre, A. Muro de La Fuente, and ML Prieto Martín. "Tratamiento percutáneo del hepatocarcinoma: alcoholización y radiofrecuencia." *Tratado de ultrasonografía abdominal* (2010): 469.
8. Kozima, Shigeru, et al. "Ablación tumoral por radiofrecuencia." *Revista Argentina de Radiología* 70.3 (2006): 213-218.
9. Molina Romero, Francesc Xavier. "Resección hepática con intención curativa de pacientes con carcinoma hepatocelular. Valoración de los factores pronósticos de recidiva y supervivencia." (2019).
10. Burdio, Fernando. "Ablación de tumores hepáticos por radiofrecuencia. Estado del arte."

Capítulo 923

LA HISTEROSALPINGOGRAFÍA, QUE ES Y PARA QUE SIRVE

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

1 Introducción

La histerosalpingografía (HSG) es una exploración radiológica que consiste en la administración de un medio de contraste hidrosoluble (Plenigraf) mediante una campana adaptada al cuello del útero para examinar los órganos internos en la mujer (Útero y Trompas de Falopio). El útero es un órgano hueco y musculoso donde se desarrolla el feto. La pared interior del útero es el endometrio, éste se comunica con las trompas de falopio por un orificio llamado ostium tubárico. Las trompas de falopio son unos conductos de entre 10 a 13 cm que comunican los ovarios con el útero, cuando el óvulo es producido por el ovario, éste pasa a través de dichas trompas hasta el útero, si el óvulo ha sido fecundado, se implantará en el útero donde se desarrollará el feto en el caso de que no exista ninguna anomalía por la que esto no se produzca. Raras veces el embrión se desarrolla en las trompas de falopio, lo que se denomina embarazo ectópico. (2).

La histerosalpingografía es una técnica que, en la mayoría de los casos se realiza para evaluar el estado del útero y las trompas de falopio en mujeres con dificultad para quedarse embarazadas. (3).

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la histerosalpingografía.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica para la realización del presente capítulo. Para ello se ha realizado diversas búsquedas en revistas digitales tales como Revista Radiológica Seram indexadas en bases de datos, en publicaciones de nuestro hospital de trabajo revisando las histerosalpingografías realizadas durante el año 2018 y de otros hospitales incluidos extranjeros. Se han utilizado como palabras clave “histerosalpingografía”, “útero” y “trompas de falopio”.

4 Bibliografía

1. Roma, A., B. Úbeda, and P. Nin Garaizabal. "Histerosalpingografía:¿cómo, cuándo, para qué?" Radiología 49.1 (2007): 5-18.
2. Parrondo, P., and J. Heros. "Anatomía del aparato genital femenino." Fundamentos de ginecología (SEGO). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: SEGO (2009): 15-27.
3. Stoisia, Daniela, M. Eugenia Lucena, and Roberto L. Villavicencio. "Utilidad de la histerosalpingografía como método diagnóstico en la infertilidad." Revista argentina de radiología 72.2 (2008): 169-176.
4. Venegas, Carla Ávila, Karina Ávila, and Edgar Gurreonero. "Comparación de los hallazgos de la histerosalpingografía y la laparoscopia en la evaluación de la permeabilidad tubárica en mujeres infértiles." Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 55.3 (2009): 193-198.
5. Gaona, Leticia Velázquez, et al. "Sensibilidad de la Sonohisterografía vs. Histerosalpingografía en la detección de patología endometrial en pacientes con infertilidad. Experiencia del HRGIZ, ISSSTE." Anales de Radiología, México. Vol. 7. No. 3. 2008.
6. Quintero, Alirio Gómez. "Experiencias con la sonda de Foley pediátrica en la práctica de la prueba de Rubín y en la histerosalpingografía." Revista Colombiana

de Obstetricia y Ginecología 16.1 (1965): 47-57.

Capítulo 924

APLICACIONES DEL CB/CT (TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE HAZ CONICO) EN ENDODONCIA

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

EL CB/CT (del inglés Cone Beam Computed Tomography), tomografía digital volumétrica o tomografía computarizada de haz cónico, es un estudio tridimensional (3D) que se utiliza principalmente en el área odontológica y maxilofacial para obtener imágenes 3D de la anatomía de la cabeza y el cuello. Este estudio 3D, fue desarrollado a finales de la década de los 90 con el fin de sustituir el TC convencional en este área y solventar las limitaciones de las imágenes 2D utilizadas hasta el momento. Las diferencias más significativas entre el CBCT y el TC son que el primero consigue imágenes en un corto espacio de tiempo (10-40s) y con una dosis de radiación mucho más baja para el paciente que el TC convencional (menor dosis de radiación, menor tiempo de exposición del CBCT frente al TC). (Lenguas et al 1)

Tanto el CBCT o Tomografía computarizada de haz cónico como el TC convencional, utiliza rayos X la diferencia radica en la forma del haz, el CBCT utiliza un haz con forma cónica que toma una o dos imágenes en una sola rotación de 180° o 360° alrededor de la cabeza del paciente obteniendo así todos los datos necesarios para su posterior reconstrucción y tratamiento de la imagen y el TC utiliza un haz en forma de espiral. (Martínez et al 2). Al igual que en los TC convencionales, los software de CBCT permiten reconstruir multiplanarmente las imágenes DICOM obtenidas del volumen escaneado, visualizando así imágenes axiales, coronales, sagitales y oblicuas así como una imagen 3D, panorámica y teleradiografía (lateral y frontal) que aportan gran información en el área maxilofacial y de la odontología. Además gracias a los software que ofrecen este tipo de scanner, permite manipular la imagen ajustando el grosor de corte, el espacio entre cortes, planear la imagen, hacer mediciones de altura, densidad ósea, etc en cualquier ordenador. (Santos et al 3)

Además de las ventajas citadas anteriormente el CBCT presenta otras grandes ventajas frente al TC y las imágenes 2D, el coste cada vez menor de estas máquinas y su pequeño tamaño requiriendo así un pequeño espacio para su instalación en clínicas dentales y maxilofaciales, así como un bajo coste también de esta prueba diagnóstica para el paciente. Las imágenes tridimensionales obtenidas a escala real 1:1 dan más información que las panorámicas o periapicales 2D, ya que esta prueba permite visualizar en los tres planos del espacio imágenes de alta calidad eliminando por completo la superposición de imágenes, con una gran nitidez y resolución. Cabe destacar también la comodidad del paciente que permanece de pie o sentado siendo posible realizarla a pacientes en silla de ruedas en la misma silla y a pacientes con claustrofobia (Muñoz et al 4).

Como desventajas frente al TC podemos destacar un incremento de la radiación dispersa, la aparición de artefactos que se acentúan considerablemente en pacientes portadores de amalgamas, implantes dentales u otros materiales dentales y que distorsionan la imagen debido al endurecimiento del haz de RX, además de la gran sensibilidad del CBCT en los movimientos del paciente durante la adquisición de la prueba.

En el área de la odontología su uso se centra principalmente en la planificación implantológica, exodoncia de cordales, estudio de caninos incluidos, localización de dientes supernumerarios, mesiodens, paramolares, disfunciones y patologías maxilofaciales, periodoncia, endodoncia, cirugía ortognática y ortodoncia entre otras. Menos utilizado para el estudio de otras patologías, pero también de gran

interés para la localización de cálculos en glándulas salivales, dientes supernumerarios, estudio de ATM , periodoncia, valoración de patología quística, valoración de senos paranasales y cavum.(Montaño 5).

Centrándonos en el campo de la endodoncia, el estudio 3D tiene una gran relevancia, usándose como pruebas complementarias al diagnóstico, pues este está cada vez más indicado para:

- Localizar los conductos radiculares que presentan las piezas dentales (número y forma de los mismos) y que son muy difíciles de localizar en boca cuando está abierta la cavidad pulpar en el momento de la realización de la técnica de endodoncia o en imágenes periapicales 2D y que la no obturación de ese conducto pueda conllevar al fracaso de la endodóntico y la posible pérdida de la pieza dental.
- Localización de posibles fracturas/fisuras radiculares, pre y post-endodoncia o como consecuencia de traumatismos o de la propia oclusión.
- Diagnóstico de patologías periapicales con clínica inespecífica, bien en piezas que ya hayan sido tratadas anteriormente o no.
- Confirmar complicaciones del tratamientos como perforaciones a la hora del limar el conducto, sobreobturaciones, conductos con calcificaciones o algún instrumento que se haya podido fracturar durante la técnica de endodoncia.
- Traumatismos.
- Localizar e identificar reabsorciones radiculares internas o externas. (Samaniego 6)

2 Objetivos

- Analizar la validez de los estudios CBCT para su utilización en la especialidad odontológica de la endodoncia y los beneficios que este tipo de estudios cada vez más implantados en la odontología moderna aportan para la realización de esta técnica en comparación con los estudios 2D y de TC convencional.

3 Metodología

Se ha realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas dentales tales como Scielo, gaceta dental, maxillaris, odontologos de hoy, odontología actual, consejo de dentistas, medigraphic. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros. Utilizando como pal-

abras clave: “CBCT”, “radiología dental”, “imagen dental 2D”, “endodoncia”, “patología quística”, “tomografía computarizada en odontología”, “tomografía computarizada de haz cónico” filtrando fechas entre 2010 y 2019. Analizamos textos de bibliografías, sobre este tipo de estudios y tratamientos, como datos que describen el objetivo del estudio. Se revisan además textos de estudios donde valoran la validez de este tipo de estudios en las diferentes especialidades de la odontología, incluyendo únicamente estudios en español y realizados entre los años 2010 y 2019 y utilizando para la redacción de los resultados un total de cuatro estudios.

4 Resultados

- Tras la revisión bibliográfica realizada podemos observar que tradicionalmente y hasta hace pocos años, en el área odontológica las pruebas radiológicas más utilizadas eran la ortopantomografía, teleradiografía, radiografía periapical y aleta de mordida (imágenes radiológicas 2D), con el paso de los años y el avance de la tecnología se han ido incorporando otras pruebas radiológicas como el CBCT que cada vez son mas habituales para el diagnostico de múltiples patologías y planificación de tratamientos, pero sobre todo para el campo de la implantología y la endodoncia en los cuales han supuesto un gran avance. (Aranegui et al 7).
- Los estudios de CBCT son una herramienta muy valiosa e indispensable para la correcta planificación implantológica, ortodoncia evaluación pre-quirúrgica de terceros molares, etc. , pues estos estudios 3D eliminan la superposición de imágenes que se da en los estudios 2D y que limita la visualización de estructuras circundantes, además de ofrecer una imagen a escala 1:1, escala que, por ejemplo la ortopantomografía únicamente nos puede ofrecer en la línea media. Además podemos destacar que este tipo de máquinas radiológicas (CBCT) permiten realizar estudios de una sola pieza dental, muy útil para la valoración pre y post-endodoncia de una única pieza, de varias piezas o arcadas completas, al permitir seleccionar diferentes volúmenes de escaneo, lo cual es muy útil para el estudio de piezas en endodoncia. (Koushyar et al 8).
- La tecnología 3D también gana a la 2D, pues los estudios han demostrado una gran exactitud en la planificación y evaluación pre y post-endodoncia para:
 - Detección de conductos radiculares adicionales sin tratar, siendo los más comunes los de los premolares superiores e inferiores y el conducto medial de los molares superiores. (Monardes Cortés et al 9).
 - Localización de canales estrechos y calcificaciones en las cámaras pulpares.

- Localización de lesiones periapicales en piezas antrales que involucran a los senos maxilares.
- Traumatismos dentoalveolares y control de los mismos.
- Identificación de malformaciones dentarias.
- Estudio de la morfología de los conductos radiculares, permitiendo identificar con gran precisión el numero, forma, curvaturas y perforaciones que puedan presentar los conductos radiculares planificando así previamente la técnica a realizar.
- Localización de posibles fisuras/fracturas radiculares verticales u horizontales.
- En casos de patología periapical inespecífica los estudios 3D proporcionan información clara que permiten tomar una decisión terapéutica mas exacta tanto en dientes ya tratados endodónticamente como en dientes sin tratar.
- En la evaluación de patologías periapicales y lesiones periodontales, permite localizar estas lesiones con gran exactitud (vestibular, palatino o lingual, así como defectos en la furca), reabsorciones radiculares, tamaño del quiste y de los defectos óseos que en las radiografías periapicales y panorámicas son difíciles de localizar, así como trayectos fistulosos. (Ronda Natalia 10)

5 Discusión-Conclusión

Después del análisis bibliográfico realizado podemos concluir que la mayoría de los estudios y especialistas consideran que el CBCT es un método diagnóstico eficaz que provee una visión clara de la anatomía de la cabeza y el cuello, diagnóstico clínico y creación de modelos 3D, revolucionando así la practica dental moderna que permiten realizar procedimientos óptimos que conducirán a tratamientos exitosos, aportando grandes beneficios tanto para el paciente como para el profesional en la evaluación y planificación pre y post de cualquier cirugía o tratamiento.

Es de gran precisión en la detección anatómica, evaluación morfológica, cantidad, calidad ósea y realización de mediciones exactas del reborde alveolar en ancho, largo y profundidad y sustituye cada vez más a los estudios 2D en todas las especialidades de la odontología.

6 Bibliografía

- 1. Lenguas, A. L., et al. "Tomografía computarizada de haz cónico. Aplicaciones clínicas en odontología; comparación con otras técnicas." *Cient dent* 7.2 (2010): 147-159.

- 2. Martínez, NATALIA ZAMORA, et al. "Funcionamiento de la TC médica y de la TC de haz cónico en odontología; Qué debemos saber." *Revista Española de Ortodoncia* 41.1 (2011): 31-37.
- 3. Santos, Thiago de Santana, et al. "El uso de la tomografía computarizada de haz volumétrico en odontología." *Odontología Clínico-Científica (Online)* 9.4 (2010): 303-306.
- 4. Muñoz, Pàmela Oviedo, and Juan Felipe Hernández Añaños. "Tomografía computarizada Cone Beam en endodoncia." *Revista Estomatológica Herediana* 22.1 (2012): 59-64.
- 5. Montaña, Mary. "Tomografía cone beam 3d su aplicación en odontología." *Revista de Actualización Clínica Investiga* 38 (2013): 1897.
- 6. Samaniego, Leire Boccio. "Aplicaciones de la CBCT en el diagnóstico en endodoncia." *REDUCA* 6.4 (2014).
- 7. Aranegui, Ricardo Ortega, and Ángela Ortega Manrique. "Diagnóstico por imagen en implantología; desde el concepto 2D al 3D." *GACETA DENTAL* 212 (2010): 3.
- 8. Koushyar, Kia Juan, and Lanka Mahesh. "Comparación entre radiografías tradicionales y tridimensionales en odontología." *Odontología actual* 8.103 (2011): 6-14.
- 9. Monardes Cortés, Héctor, et al. "Hallazgos radiográficos de connotación endodóntica utilizando tomografía computarizada de haz cónico." *Avances en odontostomatología* 31.2 (2015): 59-65.
- 10. Ronda, Natalia. "Aplicaciones de la TAC en endodoncia." (2012).

Capítulo 925

LA ORTOPANTOMOGRAFÍA DIGITAL Y LOS DIAGNÓSTICOS MÁS HABITUALES REALIZADOS A PARTIR DE ESTE TIPO DE PRUEBA RADIOLÓGICA

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La ortopantomografía digital o radiografía panorámica es una radiografía bucal extraoral que permite al odontólogo tener una visión general de ambos maxilares en 2D dando al especialista una información adicional sobre el estado de los dientes y de las estructuras de soporte de los mismos con una dosis mínima de radiación, es junto con la radiografía periapical (radiografía intraoral) el método estándar más utilizado en el radiodiagnóstico dental (Seng Montes de Oca 1). Prácticamente se utiliza de manera sistemática en odontología en la primera consulta

con el odontólogo y se recomienda la realización de una al año, estando claramente demostrado su valor diagnóstico en cirugía bucal, implantología, ortodoncia, periodoncia, patología oral y dental aunque actualmente en muchos casos es sustituida por los estudios 3D. Laudénback la describió como: “uno de los inventos radiológicos más originales de los últimos decenios” (Rivadeneira Jordán 2).

Las imágenes panorámicas son obtenidas a través del ortopantomógrafo, mediante una técnica extraoral como ya dijimos anteriormente. Existen dos tipos de ortopantomógrafos: el convencional y el digital, la técnica para la obtención de la radiografía es la misma en ambos casos.(Mejía et al 3). El aparato consta de dos partes, un tubo de RX a un lado y la placa (en el caso del ortopantomógrafo convencional) o detector de RX (en el caso del digital) al otro lado, el paciente se coloca en bipedestación o sentado cogiéndose en unas agarraderas con las manos , y apoyando el mentón y la frente en los soportes destinados para ello, el técnico debe asegurarse de que la cabeza quede bien sujeta. Durante el examen de RX panorámico, ambos componentes, tubo de RX y detector rotan en semicírculo (240°) alrededor de la cabeza del paciente, comenzando a un lado de la mandíbula y finalizando al otro (Canales 4) . Este movimiento sincrónico del tubo y el detector o película en dirección opuesta alrededor del paciente forman el pasillo o corte focal que es una capa o plano vertical curvo tridimensional, con un ancho o dimensión horizontal para interpretar en 2D las estructuras anatómicas de la cara, proyectando en una imagen plana el plano focal, una estructura curva. Este método fue desarrollado por Paatero en 1949 llamándola “pantomografía” (combinación de panorama y tomografía),(Martínez 5).

Las estructuras anatómicas contenidas en la imagen panorámica obtenida son: ambas arcadas dentarias, con todas las piezas dentales presentes en boca, así como las que aún están sin erupcionar o incluidas y las estructuras de soporte de las mismas, cóndilos y ángulos mandibulares, escotadura sigmoidea, apófisis coronoides, reborde basal mandibular, paladar blando y duro, hueso hioides en la parte inferior superpuesto parcialmente en el reborde mandibular, senos maxilares, septum nasal y otras que aunque no son de tanto interés en el área odontológica también están presentes como son: conducto auditivo , fosa pterigoidea, fosa pterigomaxilar, apófisis estiloides, eminencia articular y cavidad glemoidea, arco cigomático y cornetes inferiores, malar, reborde infraorbitario y vértebras cervicales (Aranegui 6).

En la radiografía panorámica podemos distinguir cuatro tipos de imágenes:

-Imágen primaria: resulta de una estructura anatómica que esta situada en el centro de rotación por donde pasa el rayo y el detector (o película) una única vez. Estas imágenes primarias son por ejemplo la pared lateral de las fosas nasales, septum o tabique nasal, cornete inferior, tejidos blandos de la nariz, orbitas, celdas etmoidales...

-Imagen secundaria: Es aquella imagen donde una sola estructura se proyecta como si fuera doble y se debe a que esta está situada en la línea media, donde el RX la atraviesa dos veces. Por ejemplo el hueso hioides o la lengua.

-Imagen fantasma: Son las formadas por objetos densos que están situados entre el rayo y el centro de rotación. Por ejemplo, pendientes, columna cervical...

-Falsas imágenes: Son las que no tienen base anatómica. Elementos que lleva el paciente en la cabeza o cuello y las creadas por componentes del equipo como el mordedor, olivas, posicionadores...(Cerdeja Vasquez 7).

El procesamiento y almacenamiento de la imagen obtenida en el estudio es diferente dependiendo del tipo de equipo utilizado (digital o convencional). En el caso de la O.P.G convencional la radiografía se revela por la técnica tradicional de revelado químico y es almacenada, normalmente, junto con la historia del paciente (Schultze 8). Las O.P.G digitales son mucho más versátiles, estas se visualizan y analizan directamente en la pantalla del ordenador al que está vinculada la máquina y permite el ajuste de brillo, contraste, visualización de zonas específicas con lupa y diferentes opciones que nos facilitan los software de estas. Además la imagen digital puede ser almacenada en el mismo programa, exportado en diferentes formatos (jpeg, tiff, gif, etc) a otros soportes (USB, CD, envío por correo electrónico), se puede imprimir en papel en cualquier tipo de impresora o en placa si fuese necesario en impresoras especiales, aunque cada vez se tiende más a los archivos digitales y otros soportes que los archivos físicos (Bravo 9).

El principal uso de la ortopantomografía es para la detección de problemas a primera vista, de hecho es una gran fuente de información en la primera visita al dentista, se utiliza mucho para el diagnóstico de caries (presencia y extensión de las mismas), procesos infecciosos (gingivitis, periodontitis), patologías pulpares o periapicales, alteración de piezas dentales (forma, estructura, número) localizar dientes sin erupcionar o incluidos, reabsorciones radiculares, detectar lesiones óseas patológicas, calidad de la estructura ósea para implantes (aunque es más preciso para ello la realización de un TC de haz cónico), alteraciones congénitas o adquiridas en las estructuras maxilares, cambios en los senos paranasales, además posibilita la anticipación a la aparición de enfermedades orales de gravedad, estudios de ortodoncia junto con una teleradiografía lateral

de cráneo, evaluar patrones de erupción, crecimiento y desarrollo, evaluar paralelismo entre las raíces de las piezas dentarias... (Tirado-Amador 10).

Las principales ventajas de este tipo de radiografía son: Visualización de una mayor cantidad de estructuras en una sola radiografía (con respecto a otro tipo de radiografías como la radiografía periapical o aleta de mordida), posibilidad de comparación de una hemiarcada con otra o cualquier estructura con la del lado contrario, dosis de radiación baja, es un tratamiento cómodo en la realización y económico, permite reconocer relaciones funcionales y patológicas y los efectos sobre la masticación. Como inconvenientes podemos destacar: Pérdida de detalle y nitidez, no se define el detalle anatómico fino, que en la radiografías periapicales intraorales si, deformación y magnificación de la imagen, no permite localizar la posición lingual/palatina o vestibular de los cuerpos extraños, en casos de maloclusiones (Clase II o III) las zonas frontales (maxilares y mandibulares) no se pueden ver correctamente en una única proyección, superposición de las estructuras que están fuera de la capa de examen, visualización defectuosa de los senos, órbitas, arcos cigomáticos...(tercio medio de la cara)(Mourelle 11).

2 Objetivos

- Analizar y determinar los principales diagnósticos que podemos realizar con una ortopantomografía.

3 Metodología

Se ha realizado diversas búsquedas en bases de datos, páginas y revistas dentales tales como Scielo, gaceta dental, maxillaris, odontólogos de hoy, odontología actual, consejo de dentistas, medigraphic, arribasalud, pubmed, y dialnet. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros. Utilizando como palabras clave: "Ortopantomografía difital", "radiografía panorámica", "OPG", "cordales incluidos", "diagnóstico por ortopantomografía", filtrando fechas entre 2000 y 2019. Analizamos textos de bibliografías, sobre este tipo de estudios y tratamientos, como datos que describen el objetivo del estudio. Se revisan además textos de estudios donde se describe la correcta colocación del paciente para la realización de este tipo de pruebas para que sean totalmente validas a la hora del diagnóstico, excluyendo aquellos estudios que no están en español y utilizando un total de tres estudios para la redacción de los resultados.

4 Resultados

- Tras la revisión bibliográfica realizada podemos observar que la radiografía panorámica es una prueba radiológica 2D muy utilizada por los especialistas de la odontología y maxilofaciales para un primer diagnóstico y elección de tratamiento, incluso para la planificación de cirugías. Pero para que una imagen de ortopantomografía sea válida para la valoración de las estructuras presentes en ella, el posicionamiento del paciente y la realización de la prueba deben seguir unos pasos muy exhaustivos para que no haya error en la lectura de la misma, dado que es una proyección muy sensible a la posición del paciente durante su realización. Si la colocación del paciente no es la adecuada se producen distorsiones que pueden llevar a que el clínico no haga una buena interpretación (Aranegui 12).
- El examen por radiografía panorámica no requiere ninguna preparación especial del paciente (no necesita ayuno, no utiliza contraste ni necesita la administración de ninguna medicación previa), es una prueba muy rápida se realiza en apenas 3-4 minutos contabilizando la colocación del paciente y la adquisición de la imagen, además utiliza una dosis de radiación muy baja para la obtención de una visión general del estado de todas las piezas dentarias presentes y de las estructuras anatómicas de la región media de la cara. (Gimelli 13).
- Las principales complicaciones orales/maxilofaciales detectables con la ortopantomografía son:
 - . Alteraciones de piezas dentales, estructura, número, forma, dientes incluidos o sin erupcionar.
 - . Presencia y extensión de caries, así como el nivel de afectación de este tipo de patología.
 - . Enfermedad periodontal y nivel de afectación de tejidos circundantes.
 - . Reabsorciones radiculares.
 - . Cantidad y calidad de estructura ósea para poder llevar a cabo cirugías implantológicas.
 - . Alteraciones congénitas o adquiridas en los maxilares.
 - . Valoración de senos maxilares.
 - . Problemas de la ATM, aunque para un diagnóstico de las patologías de esta articulación hay otras pruebas más indicadas. (Maza Sánchez 14).

5 Discusión-Conclusión

La ortopantomografía o radiografía panorámica, es una imagen radiológica 2D . Es muy utilizada por los especialistas del campo de la odontología para una primera valoración del estado bucal y la planificación de muchos tratamientos. Aunque para profundizar en el estudio de algunas patologías bucales y maxilofaciales están más indicadas otro tipo de pruebas radiológicas como la RM o el CBCT, la ortopantomografía permite un estudio y diagnóstico primario de muchas de estas patologías, siendo un estudio básico a aportar en la visita al dentista y estando indicada la realización de una anualmente para el control y seguimiento del estado bucal.

6 Bibliografía

- 1. Seng Montes de Oca, Leili, and Yaysel Miñoso Arabí. "Avances de las ciencias estomatológicas con el desarrollo de la Radiología." *Investigaciones Médico-quirúrgicas* 7.2 (2015): 281-291.
- 2. Rivadeneira Jordán, Verónica Alexandra. *Radiografía Panorámica como medio de interpretación del proceso de evolución de las denticiones caduca y permanente*. BS thesis. Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología, 2012.
- 3, Mejía, José Serafín Domínguez, et al. "Validación de la panorámica tomográfica como herramienta diagnóstica para patología del seno maxilar." *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 24.2 (2013).
- 4. Canales, Jorge, Manuel Gamero, and Daniel Alvarenga. "Investigación sobre Equipo Radiológico de Ortopantomografía."
- 5. Martínez, María Elisa, Beatriz Ana María Martínez, and Irene Gabriela Bruno. "Anatomía normal en la radiografía panorámica." *Rev Ateneo Argent Odontológica* 47.3 (2008): 18.
- 6. Aranegui, R. Ortega, A. Ortega Manrique, and J. M. Martínez-González. "Diagnóstico por imagen radiológico." *Donado. Cirugía Bucal: Patología Y Técnica* (2019): 21.
- 7. Cerda Vasquez, Daniel Martín. "Frecuencia de dientes impactados evaluados en radiografías panorámicas de pacientes que acudieron a la clínica odontológica Uladech-Chimbote en el año 2016." (2019).
- 8. Schultze, Marisa. "Imágenes panorámicas convencionales digitales." *Salud Militar*, v. 23, n. 1, pp. 83-87 (2001).

- 9. Bravo, S. López. "Introducción a la Radiografía Digital." *Revista de Física Médica* 2.2 (2001): 99-110.
- 10. Tirado-Amador, Lesbia Rosa, Farith Damián González-Martínez, and Francisco Javier Sir-Mendoza. "Uso controlado de los rayos X en la práctica odontológica." *Revista Ciencias de la Salud* 13.1 (2015): 99-112.
- 11. Mourelle, Pedro Molinero. "Importancia de la ortopantomografía en el diagnóstico del paciente infantil." *Reduca* 6.1 (2014).
- 12. Aranegui, Ricardo Ortega, and Ángela Ortega Manrique. "Diagnóstico por imagen en implantología; desde el concepto 2D al 3D." *GACETA DENTAL* 212 (2010): 3.
- 13. Gimelli, M. E. (2018). Panorámica como punto de partida en ortodoncia. In III Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas SEPOI-PPS (La Plata, 2018).
- 14. Maza Sánchez, Jorge Richard. "Enseñanza con la radiografía panorámica digital y su influencia en el aprendizaje del estado de la salud oral en alumnos del primer semestre del instituto de educación Superior Tecnológico Privado Esdit Arequipa, 2016." (2017).

Capítulo 926

ENEMA OPACO Y COLONO TAC: PROCEDIMIENTO, DIFERENCIAS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

RAQUEL PEREZ PEREZ

RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS

CRISTINA BALMASEDA MENENDEZ

ANGELA LÓPEZ SUÁREZ

1 Introducción

El intestino grueso es una parte del aparato digestivo. Se encarga de absorber la mayor parte del agua de los residuos alimenticios que no se digieren. Comienza tras la válvula ileocecal del íleon, y está formado por cinco porciones (ascendente, transversa, descendente, sigmoide y recto) 1. Es posible que existan patologías en esta porción del aparato digestivo y sea necesario recurrir a técnicas de imagen o medicina nuclear para poder verlas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el procedimiento del enema opaco y la colono tac.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar el enema opaco de la colono tac.
- Conocer los cuidados de enfermería que precisan el enema opaco y la colono tac.

3 Metodología

Realizaremos una búsqueda de la bibliografía existente sobre el enema opaco y la colono tac en diferentes buscadores científicos (medline, pubmed, dialnet,...) utilizando las palabras clave “enema opaco”, “colono tac”, “radiología”, “medicina nuclear”, “patología intestino grueso”, “técnicas de estudio”.

De los resultados obtenidos, nos centraremos aquellos que:

- Contengan las palabras clave en el título o resumen
- Sean más recientes de 2009
- Estén relacionados con el tema de nuestra revisión

El resto de resultados que no cumplan con los criterios de selección citados anteriormente serán descartados

4 Resultados

Enema opaco

Un enema opaco es una radiografía especial del intestino grueso, e incluye colon y recto. Los principales motivos para realizar la prueba son buscar o diagnosticar un cáncer de colon, una colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn, o la causa de sangre en heces, diarreas o heces muy oscuras 2.

Actualmente es una técnica que se utiliza menos frecuente y en su lugar la técnica empleada es la colonoscopia. Para poder llevar a cabo esta prueba de imagen es necesario que el colon esté completamente limpio y vacío, con el fin de ver completamente el intestino u no pasar por alto alguna anomalía. Será necesario emplear sulfato de bario que actúa como contraste radiopaco para destacar zonas del cuerpo, en ese caso el colon, visualizando una imagen semejante al metal. Se elige el bario como método de contraste porque rellena la luz del tubo digestivo y se adhiere a su mucosa, dejándola teñida cuando pasa el contraste, y la luz del tubo digestivo vacía 3.

Para que el colon esté limpio y vacío será necesario el uso de laxantes o enemas. Además, 1 o 3 días antes del examen será necesario llevar una dieta líquida con café o té claro, caldo o consomé sin grasa, gelatina, bebidas isotónicas sin colorantes, jugos de frutas colados o agua, por ejemplo.

El procedimiento será el siguiente 4:

- Comenzamos colocando al paciente tumbado en decúbito lateral izquierdo y las rodillas flexionadas.
- Introduciremos la sonda del enema lubricada en el interior del recto y tomaremos una radiografía para comprobar que está localizada en la ampolla rectal. El enema viene preparado en suspensión, dentro de un recipiente de unos 2 litros, y debemos disolverlo con agua y agitar. Debemos introducir el enema a través de la sonda rectal e iremos tomando radiografías.
- Podemos inflar un pequeño globo en la punta de la sonda para evitar que el bario salga del colon. También podremos insuflar aire en el interior del colon para expandirlo y con ello obtener imágenes más claras. En este caso se llamaría enema opaco de doble contraste.
- El paciente deberá moverse en diferentes posiciones e inclinaremos la mesa para obtener diferentes ángulos para ir haciendo radiografías de las diferentes partes del intestino. Pediremos al paciente que contenga la respiración y no se mueva, durante unos segundos, para que las imágenes no salgan borrosas.
- Una vez terminamos de tomar las radiografías, retiramos la sonda del enema y acompañaremos al paciente al baño para que elimine la mayor cantidad de bario posible.
- Al salir del baño se pueden tomar 1 o 2 radiografías más.

Debemos tener en cuenta que durante el examen el paciente tendrá tenesmo, sensación de saciedad, cólicos que van de moderados a intensos y malestar general, que puede llegar a ser muy incómodo para el paciente. Le recomendaremos respirar profundo, con respiraciones prolongadas, y trataremos de que esté relajado. Después del examen las heces serán blancas durante varios días, por lo que recomendaremos aumentar la ingesta hídrica al menos durante los 4 días posteriores. Si las heces fueran duras o tuviera dificultad para su eliminación, se puede recomendar algún tipo de laxante 5.

Entre los resultados fuera de lo normal del enema opaco podemos ver una obstrucción del intestino grueso, estrechamiento del colon por encima de recto, introducción de una parte del intestino dentro de otra, pólipos, diverticulitis, vólvulos, cáncer de colon o recto, o enfermedad de Crohn.

Los riesgos de este procedimiento escasos. Hay una exposición muy baja a la radiación. Serían las mujeres embarazadas y los niños los pacientes más sensibles a los riesgos que puedan producir los rayos X. El riesgo más importante, aunque muy infrecuente, sería una perforación del colon al introducir la sonda del enema 6,7.

Colono-TAC

Principalmente se utiliza para identificar cáncer y pólipos. Debemos preparar el intestino el día previo con una dieta líquida para que el tubo digestivo se encuentre vacío y limpio antes del estudio. Puede ser necesario también el uso de laxantes o enemas de limpieza para asegurar la correcta preparación. Además, es necesario estar en ayunas desde al menos 6 horas antes. Se recomienda llevar ropa suelta y cómoda, aunque durante el procedimiento se le proporcionará una bata, y dejar joyas u objetos metálicos en casa 8.

En la colono TAC, o colonoscopia virtual, se utiliza la exploración por TAC para obtener una imagen del interior del colon, gracias al uso del contraste de bario, de forma no invasiva. El contraste debe administrarse por vía rectal.

Esta técnica nos permite visualizar órganos internos, huesos, tejidos blandos y vasos sanguíneos con mayor calidad que los rayos X, sobre todo en el caso de los tejidos blandos y vasos sanguíneos. La tomografía computerizada realiza imágenes en los diferentes planos y posteriormente se reconstruyen, para poder visualizar el interior del colon en 3D. El paciente deberá colocarse en decúbito supino, y le pediremos que no se mueva a lo largo del procedimiento. Posteriormente le pediremos que se coloca en decúbito prono o lateral para continuar con el estudio.

El procedimiento será el siguiente 9:

- Introducimos un pequeño tubo flexible por el recto para poder bombear aire en el colon, con el objetivo de distender el colon para eliminar pliegues que puedan cubrir los pólipos.
- Colocamos al paciente en decúbito supino. Podemos utilizar cojines o cinturones para que el paciente esté en la posición adecuada sin moverse.
- La tomografía computerizada comenzará a tomar imágenes. Es posible que le pidamos al paciente que contenga la respiración durante unos segundos antes de que cambie de posición a decúbito lateral para continuar sacando imágenes
- Una vez finalizada la exploración, retiramos el tubo

La duración aproximada de la prueba es de unos 15 minutos. Durante la prueba el paciente presenta sensación de saciedad. Debemos avisar al paciente de que es posible que escuche zumbidos, cliques o chasquidos, procedentes del TAC. Una vez finalizada la prueba puede volver a su vida normal.

Existe el riesgo, aunque es pequeño, de lesionar o perforar el intestino. La dosis de radiación utilizada es mínima, por lo que el riesgo de sufrir algún efecto adverso derivado de la misma es prácticamente nulo. No está indicado realizar una colonografía virtual a los pacientes con enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, diverticulitis.

5 Discusión-Conclusión

Ambas pruebas sirven para diagnosticar patologías del intestino grueso mediante técnicas de imagen, en el caso del enema opaco mediante los rayos X, y en la colonografía virtual la tomografía computerizada. Sin embargo, son varias las diferencias entre ellas que hacen que el enema opaco este quedando en desuso.

Las dos pruebas necesitan una preparación previa similar, mediante una dieta líquida y laxantes o enemas de limpieza, para poder ver claramente el intestino grueso. Ambas precisan contraste de bario. Su duración es escasa, entre 15 minutos y media hora.

La principal diferencia entre ambas es que con el enema opaco la imagen está en 2D, y con la colono TAC podemos ver el intestino grueso por dentro en 3D. Después de las pruebas el paciente puede hacer vida normal.

Las principales limitaciones de la colono TAC son las personas de talla muy grande que no pueda ingresar por la abertura del TAC convencional y que solo es un método diagnóstico, por lo que en caso de localizar algún pequeño pólipo no se pueden extirpar a la vez. En este caso, necesitaríamos realizar una colonoscopia, que nos permite ver el interior del intestino grueso y eliminar pólipos simultáneamente.

6 Bibliografía

1. Richard LoCicero, MD, private practice specializing in hematology and medical oncology, Longstreet Cancer Center, Gainesville, GA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical

- Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.
2. Taylor SA, Plumb A. The large bowel. In: Adam A, Dixon AK, Gillard JH, Schaefer-Prokop CM, eds. *Grainger & Allison's Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Churchill Livingstone; 2015:chap 29.
 3. Chernecky CC, Berger BJ. Barium enema. In: Chernecky CC, Berger BJ, eds. *Laboratory Tests and Diagnostic Procedures*. 6th ed. St Louis, MO: Elsevier Saunders; 2013:183-185.
 4. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, et al. Screening for colorectal cancer: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(23):2576-2594. PMID: 27305422 www.ncbi.nlm.nih.gov
 5. Boland GWL. Colon and appendix. In: Boland GWL, ed. *Gastrointestinal Imaging: The Requisites*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014:chap 5.
 6. Michael M. Phillips, MD, Clinical Professor of Medicine, The George Washington University School of Medicine, Washington, DC. Internal review and update on 11/06/2018 by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team
 7. Subodh K. Lal, MD, Gastroenterologist with Gastrointestinal Specialists of Georgia, Austell, GA. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Internal review and update 11/06/2018 by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, Brenda Conaway, Editorial Director, and the A.D.A.M. Editorial team.
 8. Cash BD, Rockey DC, Brill JV. AGA standards for gastroenterologists for performing and interpreting diagnostic computed tomography colonography: PMID: 22098711 www.ncbi.nlm.nih.gov
 9. Itzkowitz SH, Potack J. Colonic polyps and polyposis syndromes. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management*. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 126.
 10. Kim DH, Pickhardt PJ. Computed tomography colonography. In: Gore RM, Levine MS, eds. *Textbook of Gastrointestinal Radiology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 53.

Capítulo 927

LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN NIÑOS

VICENTE SUSTAETA CALZADO

VIRGINIA CAMPELO PANTIGA

NAZARET GARCÍA INSUNZA

LAURA ALVAREZ

1 Introducción

La tomografía axial computarizada es un sistema de rayos X que sustituye la placa radiográfica por detectores. Los rayos X emitidos por el tubo, atraviesan al paciente e inciden en el detector. La información obtenida en los detectores es analizada por un ordenador que reconstruye la imagen y la muestra en un monitor.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio se basa en crear una regla de decisión clínica para el empleo de la tomografía computarizada en el traumatismo craneoencefálico menor en el servicio de pediatría.

3 Metodología

El método empleado fue por medio de un estudio observacional y con consentimiento informado.

A los niños participantes en el estudio se les realizó una TC craneal. Se evaluaron algunas variables como: mareos, amnesia, intoxicación, dolor de cabeza, hematoma del cuero cabelludo, defectos palpables en el cráneo y signos de fractura basilar del cráneo.

Para obtener los datos estadísticos se empleó un software disponible comercialmente (SPSS versión 20; SPSS Inc, Chicago, Illinois).

4 Resultados

En el estudio participaron 1000 pacientes en los que la edad media era de 8,9 años, el 18,8% eran menores de 2 años y el 64,1% eran varones.

El 65% de los pacientes presentan resultados positivos en la TC y el 9,2% se les realizó una intervención de neurocirugía.

De estos 65 pacientes con la TC positiva, 6 tuvieron que ser sometidos a una intervención de neurocirugía, 5 a una craneotomía y a un paciente se le colocó un monitor de presión intracraneal.

Las causas principales de traumatismo craneoencefálico fueron las caídas, seguido de los accidentes de tráfico.

Los niños con edades inferiores a 2 años fueron más partidarios a tener consecuencias positivas en la TC.

5 Discusión-Conclusión

El traumatismo craneoencefálico presenta en la actualidad un serio problema en la salud ya que hay un alto nivel de ingreso en las urgencias pediátricas debido a este problema.

Gracias al empleo de la TC se puede diagnosticar rápidamente este tipo de traumatismo tanto en niños como en personas adultas, solo que en pacientes pediátricos es menos aconsejable su uso ya que los niveles de radiación son más elevados que los de cualquier radiografía.

6 Bibliografía

- S. Hernández Muñoz, M. Mitjavila Casanovas. Radiología, Medicina nuclear, Área de Diagnóstico por Imagen. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. España.
- M. Atabaki, MD, MPH; Ian G. Stiell, MD, MSc, FRCPC; Jeffrey J. Bazarian, MD; Karin E. Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(5):439-445.

Capítulo 928

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS: SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

DAVINIA BRAVO ALVAREZ

NEREA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

OMAR GONZÁLEZ DÍAZ

MANUEL IBÁÑEZ SÁNCHEZ

DARIANA BATISTA BETANCOURT

1 Introducción

Los síndromes mielodisplásicos (SMD) son un grupo de tumores que se originan principalmente en la médula ósea y afectan a la serie granulomonocítica, serie roja y plaquetaria. Este tipo de patologías se suelen observar mayoritariamente hombres con edades comprendidas entre los 40-50 años. Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de anomalías clonales, afectando a la serie mieloide y hematopoyética. Esto se debe a una displasia medular y por tanto la médula ósea es incapaz de producir células normales.

Se observan alteraciones morfológicas en sangre periférica como pueden ser displasia nuclear y citoplasmática afectando de tal forma a los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Este tipo de alteraciones también suelen tener a su vez alteraciones en la funcionalidad de la serie hematopoyética, destacando las plaquetas que se suele detectar por un defecto al agregar adrenalina, ácido araquidónico, ADP, colágeno y ristocetina.

Son enfermedades que afectan a la médula ósea, donde su origen procede de la célula madre esto provoca que no sean capaces de formar células normales, tanto el aumento de células inmaduras y displásicas en médula ósea y sangre periférica, y reducción de células normales, esto produce una disfunción medular.

Los SMD Se caracterizan por:

- Hematopoyesis ineficaz: Anemia que responde favorablemente con suplementos que contengan hierro, vitaminas, etc.
- Displasia celular: Presencia de células morfológicamente alteradas en alguna de las tres series de la hematopoyesis.
- Suelen presentar un curso y supervivencia clínica variable, y riesgo de evolución a leucemia mieloblástica aguda, dependiendo del subtipo de SMD.

Los SMD se producen en personas mayores de 50 años y sobre todo en varones, aunque en ocasiones se presenta en jóvenes y niños.

La evolución es variable pero la muerte se produce por complicaciones producidas por las citopenias (infecciones, hemorragias, problemas de corazón por sobrecarga de hierro en transfusiones).

2 Objetivos

El objetivo principal, es conseguir un diagnóstico precoz para poder administrar el tratamiento específico para cada paciente utilizando la terapia más adecuada y eficaz, aunque esto no quiere decir que el paciente vaya a responder favorablemente por eso es importante realizar el seguimiento de la evolución de la enfermedad, puesto que tiene un índice alto de mortalidad, aunque si se controla se puede llevar una vida normal.

3 Metodología

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

4 Resultados

Sintomatología:

En la mayoría de los casos lo más común es la anemia, disnea, cansancio, palpitaciones, también suelen presentar síntomas generales como astenia, o malestar general. Algunos pacientes presentan hemorragias importantes.

Estudios previos:

Esta enfermedad se detecta mediante en un análisis de sangre rutinario en el que el hemograma expresa un número de células más bajo de lo normal (citopenia) y por tanto expresan:

- Recuento bajo de globulos rojos (anemia) que se acompaña de cansancio, fatiga, etc.
- Recuento bajo de globulos blancos (neutropenia) estos pacientes padecen infecciones bacterianas frecuentes, fiebres altas y aftas en la boca.
- Recuento bajo de plaquetas (trombocitopenia) suelen tener hemorragias nasales y hematomas sobre todo en las piernas.

Actualmente en los laboratorios de hematología se utiliza sistemas automatizados para representar el hemograma y con ello se ha logrado disminuir el margen de error al contar un gran número de células así como el tiempo empleado para ello. En los equipos actuales se hacen recuentos automáticos en los que se incluyen un recuento de de la serie blanca. Estos autoanalizadores usan tecnología sensible y de alta sofisticación que se incluyen a los laboratorios de rutina. Las muestras sanguíneas son procesadas en sistemas de muestreo cerrados, usan sistemas automáticos de lectura por código de barras para la identificación.

Esta técnica consiste en introducir muestras en el autoanalizador a través de un pequeño orificio, la sangre pasa por unos electrodos a su entrada y salida, esto indica el número de células sanguíneas presentes y la amplia señal es directamente proporcional al volumen de células se puede hacer el recuento de células. Como resultado final aparecen cuatro gráficas en las que se pueden identificar macrocitos, normocitos, microcitos en otra gráfica aparecen los reticulocitos y el número de hematíes que se van desplazando de izquierda a derecha según la cantidad que se detecte, en otra aparecen linfocitos, monocitos, segmentados, eosinofilos y basófilos y por último en otra gráfica aparecen blastos, linfocitos, monocitos, segmentados y eosinofilos. También hace un histograma en el que aparecen diferentes gráficas como volumen de hematíes, recuento de hematíes, recuento de reticulocitos, volumen plaquetario, flujo de hematíes y flujo de reticu-

locitos. A parte de todas estas gráficas te aporta información numérica de leucocitos, hematíes, hemoglobina, volumen corpuscular medio, plaquetas, y en otra gráfica aparece el porcentaje de neutrofilos, linfocitos, monocitos, eosinofilos, basófilos, células LUC. Cabe destacar que el propio sistema detecta anomalías de manera que aparezca un cuadro en el documento impreso que se identifica como alarmas morfológica.

Pruebas para citología. Se obtiene una muestra de sangre periférica y de médula ósea para realizar un estudio detallado de las células hematopoyéticas aplicando la tinción de May-Grunwald-Giemsa que consiste en:

- Sangre periférica: Cubrimos abundantemente la muestra con el colorante de May-Grunwald y lo dejamos actuar durante 3 minutos, pasado ese tiempo lavamos con abundante agua del grifo, recudimos y secamos con gasas el porta por la parte posterior. A continuación preparamos para cada frotis 2,5 mililitros de agua del grifo más uno de Giemsa, homogeneizar y cubrimos el frotis y esperamos 5 minutos, volvemos a lavar con abundante agua debajo del chorro del grifo, por último secamos bien la parte posterior hasta que en la gasa no se aprecie colorante y se deja secar al aire.
- Médula ósea: Cubrimos abundantemente la muestra con el colorante y dejamos durante 5 minutos, después lavamos con abundante agua bajo el chorro del grifo y limpiamos la parte posterior del porta con gasas, acto seguido añadimos Giemsa diluida al 20% de tal forma que nos queda 80 mililitros de agua destilada más 20 mililitros de Giemsa, 40 mililitros de agua destilada más 10 mililitros de Giemsa y 8 mililitros de agua destilada más 2 mililitros de Giemsa y esperamos 15 minutos, a continuación lavamos con abundante agua del grifo, secamos y limpiamos la parte posterior y la dejamos secar a temperatura ambiente por último cubrimos con entellán y ponemos un cubre.
- Estudio del metabolismo del hierro: Se realiza sobre la muestra obtenida de médula ósea y se aplica la tinción de PERLS que consiste en dejar en Formol durante 20 minutos, después se cubre con ferrocianuro potásico más HCL se deja durante 30 minutos, a continuación se aclara con abundante agua del grifo durante 10 minutos y se deja secar. Por último teñimos con hematoxilina de Harris durante 23 minutos y dejamos secar, al microscopio se pueden ver puntos verdes que son células que contienen hierro. El diagnóstico se realiza mediante aspirado de médula y biopsia con las técnicas ya mencionadas y en las que se realizan estudios de citogenética y citometría previos a trasplante y el aspirado en el esternón para observar la respuesta al tratamiento y como control evolutivo de la enfermedad (recaída).

- Aspirado de médula y biopsia: Consiste en una punción en la zona lumbar previamente anestesiada. Con una aguja (trocar) específica para este tipo de prueba se introduce hasta localizar la cresta iliaca y se extrae la parte central del trocar, se introduce una jeringa y se extrae una muestra de grumo, se tapa con una gasa se introduce un poco más y se extrae un pequeño trozo de médula (biopsia). Este tipo de prueba se emplea para el estudio del funcionamiento de la médula y para el diagnóstico definitivo.
- Aspirado: Esta prueba consiste en realizar una punción en el esternón previamente anestesiada, se introduce un trocar un poco más pequeño que la que se utiliza para la biopsia. Una vez obtenidas las muestras se meten en un bote la biopsia para anatomía patológica, y en tubos las muestras de aspirado, uno para citogenética y otro para citometría y por último se realizan varias extensiones con rapidez ya que las muestras se coagulan muy rápido, por último se le extrae una muestra de sangre periférica y se realizan varias extensiones, por último se tiñen con las tinciones ya mencionadas anteriormente y se deja alguna muestra sin teñir que será archivada para ser utilizada posteriormente si fuese necesario.
- Citogenética: En esta prueba se estudian las células en el microscopio para saber si los cromosomas tienen alguna anomalía. Esta técnica se asocia al estudio del cromosoma Philadelphia, que consiste en una modificación del cromosoma 22 en el que se ha sustituido su parte terminal por un fragmento de otro cromosoma diferente, en este caso el cromosoma 9. Este reordenamiento hace que se fusionen dos genes diferentes y formen un nuevo gen, esto tiene consecuencias graves en las células y con el tiempo las personas que portan esta alteración padecerán leucemia.
- Hibridación in situ con fluorescencia (FISH): En esta prueba se examina más profundamente el ADN de las células utilizando tintes fluorescentes que solo se pegan a cambios genéticos o cromosómicos específicos. Esta técnica se basa en la observación de secuencias de ADN marcadas con fluorescencia sobre cromosomas o núcleos celulares fijados sobre la muestra, por lo tanto para ello se necesita un microscopio de fluorescencia y un sistema de captura y procesamiento de imágenes.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Esta prueba de ADN es muy sensible que puede encontrar cambios en los cromosomas tan pequeños que se pueden ver con el microscopio.
- Citometría: En esta prueba las células se tratan con anticuerpos, los cuales son proteínas que se juntan solamente a otras proteínas específicas en las células. Para este tipo de prueba se emplea maquinaria especial. La citometría de flujo constituye una técnica de avanzada, objetiva y altamente sensible, que permite

detectar una célula tumoral entre 10000 células normales. Tiene la desventaja que es incapaz de diferenciar las células normales de los blastos leucémicos en muestras que no contienen un número suficiente de células. Las muestras más utilizadas en hematología son aspirados de médula, sangre periférica y sangre de cordón umbilical.

Esta técnica se basa en hacer pasar células alineadas y de una en una por delante de una luz. La dispersión de la luz produce la información y la emisión de luz por los fluorocromos presentes en la célula al ser excitados por el rayo luminoso. Las señales luminosas que se detectan se transforman en impulsos eléctricos que son amplificadas y se convierten en señales digitales que a su vez son procesadas por un ordenador. El objetivo del análisis por inmunofluorescencia en citometría de flujo es poder determinar cada célula a un grupo de células que compartan propiedades comunes, es por eso que para estudiar un campo concreto se debe seleccionar el área que se va a estudiar diferenciando las células que nos interesan estudiar de otras que no son necesarias, así una vez diferenciadas se puede utilizar la inmunofluorescencia para asignar el número de células que presentan un determinado marcador.

- Conservación y transporte de la muestra: Los métodos y períodos de conservación de las muestras pueden variar según el tipo de muestra, tipo y número de células y el estado del paciente en el momento en el que se obtuvo la muestra. Por tanto los resultados son correlativos al tiempo transcurrido, la manipulación de la muestra desde que se obtiene, por eso es aconsejable utilizar muestras frescas, y deben mantenerse a temperatura ambiente 22-25°C y ser procesada en las primeras 24 horas de la extracción. En los casos en las que la muestra no vaya a procesarse en el tiempo recomendado se debe conservar entre 4 a 6°C y añadir reactivo que conserve la muestra, para poder obtener resultados favorables hasta 5 días después de su obtención. En caso de hemólisis, microcoagulos, congelamiento, si el tubo no contiene la suficiente cantidad o esta mal rotulado la muestra será desechada.

- Inmunocitoquímica: En esta prueba, las células se examinan al microscopio para ver si los anticuerpos se unen a las células. Esta técnica consiste en identificar ciertos antígenos a partir de anticuerpos en una muestra de células, los cuales están unidos a una enzima, esta se activa cuando los anticuerpos se adhieren al antígeno en la muestra y se observa al microscopio. El tratamiento del paciente con SMD debe tener en cuenta el riesgo individual, edad, el estado en general y se debe conocer otras patologías.

- Transfusiones: La transfusión de globulos rojos ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente y las transfusiones de plaquetas evitan las hemorragias. Aunque

existe el problema que los pacientes que han recibido transfusiones seguidas, su sistema inmunitario es capaz de reconocer bacterias y virus así como células que proceden de otros individuos y de esta forma son rechazadas teniendo en consecuencia una producción de anticuerpos provocarán la temprana destrucción de las células sanguíneas transfundidas.

- Tratamientos dirigidos para el SMD: Los tratamientos tradicionales no son capaces distinguir entre células cancerosas y células sanas, es por eso que este tipo de tratamientos ataca tanto a las células sanas como a las células tumorales, por lo que presenta efectos secundarios. La quimioterapia ataca a las células que rápidamente se dividen, esto es favorable en lo que se refiere a la destrucción de células cancerosas pero también destruye a las células sanas, y esto puede complicar gravemente la calidad de vida del paciente.

El autotrasplante se realiza a partir de células madre que se adquieren del mismo paciente y se insertan de nuevo en el cuerpo para hacer células sanguíneas normales. En el caso del autotrasplante de médula ósea se emplean fármacos llamados citoquinas, que estimulan la liberación de los progenitores de la médula ósea donde pasan a la sangre, para que se produzca el proceso de movilización y movilización.

Mediante la técnica de Aféresis que consiste en que los siguientes días se extrae la sangre, se centrifuga y separa las células madre del resto de los componentes sanguíneos de esta manera es como se obtienen las células madre.

Una vez obtenido un número suficiente de células madre, el producto se congela protegido en contenedores de nitrógeno líquido hasta su utilización.

En el laboratorio de terapia celular se hacen controles de calidad y seguridad para garantizar que las células madre son adecuadas para su uso en el paciente. Una vez el paciente está preparado para recibir el trasplante este es hospitalizado en una habitación donde se encontrará aislado completamente, para evitar cualquier infección, debido a que se encuentra con las defensas muy bajas.

Los primeros días se procede a colocar un catéter que va directamente al corazón y que permite administrar células madre, medicamentos y en algunas ocasiones alimentos.

A continuación se administra un ciclo de quimioterapia “tratamiento de acondicionamiento” el cual libera sitio en la médula ósea y limpia el organismo de posibles células malignas que hayan podido quedar. Al día siguiente se implantan las células madre descongeladas que se van a dirigir hacia la médula ósea. El resul-

tado se aprecia entre los días 12-14 de haber infundido las células madre. Una vez recibido el alta los pacientes tienen que tener un seguimiento, porque el sistema inmunológico queda dañado y es necesario administrar tratamiento contra las infecciones y vacunas. En algunas ocasiones también será necesario que el paciente reciba transfusiones durante algunas semanas más. Entre los 3-6 meses el paciente transplantado recupera prácticamente su salud.

5 Discusión-Conclusión

Gracias al avance en medicina se puede realizar el autotrasplante que facilita la recuperación del paciente ya que al tratarse de células del mismo paciente no se produce rechazo.

6 Bibliografía

- Woessner S. Definición morfológica de la mielodisplasia. *Hematología* 2003;87(6):262-6.
- Juneja SK, Imbert M, Jouault H, Scoazec JY, Sigaux F, Sultan C. Haematological features of primary myelodysplastic syndromes at initial presentation: a study of 118 cases. *J Clin Pathol* 1983; 36: 1129-35.
- Higgs DR, Wood WG, Barton C, Weatherall DJ. Clinical features and molecular analysis of acquired hemoglobin H disease. *Am J Med* 1983; 75: 181-91.
- Steensma DP, Viprakasit V, Hendrick A et al. Deletion of the α -globin gene cluster as a cause of acquired α -thalassemia in myelodysplastic syndrome. *Blood* 2004; 103 (3): 1518-20.
- Bennet JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DAG, Gralnick HR, Sultan C. The French-American-British co-operative Group: proposals for the classification of the myelodysplastic syndromes. *Br J of Haematol* 1985; 51: 189-99.
- Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW (eds.). World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. IARC Press. Lyon, 2001.
- Vallespi T, Sanz GF, Blanco A, Álvarez O, Fernández A, Sanz MA. Reflexiones acerca de las diversas clasificaciones de los síndromes mielodisplásicos. *Haematologica* 2003; 87 (6): 266-9.
- Van Der Bergue H, Cassiman JJ, David G et al. Distinct haematological disorder with deletion of the long arm of N5 chromosome. *Nature* 1974;251:437-8.
- Sokal G, Michaux JL, Van Der Bergue H et al. A new haematological syndrome with a distinct karyotype: the 5q-chromosome. *Blood* 1975; 46: 519-28.

- Lewis S, Oscier D, Boulton J et al. Haematological features of patients with myelodysplastic syndromes associated with chromosome 5q deletions *Am J of Haematol* 1995; 49: 194-200.
- Zarco MA, Feliu E, Rozman C et al. Ultrastructural study of erythrocytes containing Pappenheimer bodies in case of congenital sideroblastic anemia (CSA). *Br J Haematol* 1991; 78: 577-8.

Capítulo 929

LA ANGIOGAMMAGRAFÍA CARDIACA DE PRIMER PASO

SONIA MARIA ORTEGA MORALES

1 Introducción

Entre las diferentes técnicas radiológicas que usamos, encontramos la angiogramografía cardiaca de primer paso, una prueba de gran importancia en la valoración cardiaca.

Angiogammagrafía cardiaca de primer paso:

Esta técnica permite el estudio de primer paso de un radiofármaco, habitualmente el pertecnetato Tc99m, por las cavidades cardíacas y pulmones tras su administración intravenosa. Su indicación más frecuente es el diagnóstico y cuantificación del shunt izquierda-derecha, contribuyendo a establecer la necesidad de corrección quirúrgica del mismo.

El estudio se basa en establecer la relación entre el flujo pulmonar y el sistémico tras una primera circulación cardiopulmonar.

2 Objetivos

Conocer por parte de los profesionales de la radiología, una serie de puntos en las diversas pruebas que se realizan en el hospital, es fundamental para la seguridad del paciente.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.msmanuals.com>
- <https://www.radiologyinfo.org>

Capítulo 930

LA VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA

SONIA MARIA ORTEGA MORALES

1 Introducción

La ventriculografía isotópica es una prueba en la que se usa un radioisótopo a través del cual observamos cómo la sangre se acumula en el corazón cuando éste se encuentra en reposo, durante el ejercicio o en los dos casos.

Ventriculografía isotópica (muga):

Su utilidad se encuentra en el pronóstico del infarto agudo de miocardio (IAM), diagnóstico de infarto de ventrículo derecho, decisión de recambio valvular en la insuficiencia aórtica, estratificación preoperatoria de riesgo quirúrgico, cardiotoxicidad de drogas quimioterápicas, miocardiopatías en general. Se utilizan glóbulos rojos marcados, las variaciones de volumen ventricular se traducen por variaciones en la cuenta de radiactividad, permitiendo calcular parámetros hemodinámicos

(fracción de eyección, velocidad de eyección, velocidad de llenado diastólico, etc.).

El análisis del estudio en modo cine permite observar alteraciones en la motilidad parietal segmentaria (hipoquinesias, aquinesias o disquinesias).

Radiofármaco: Tc^{99m} O₄ (pertechnetato) previa administración de PYP (pirofosfato).

2 Objetivos

- Determinar cómo bombea la sangre el corazón y si se esfuerza en exceso para compensar por causa de una o más arterias obstruidas.

- Conocer la técnica por parte del profesional de medicina nuclear y radiología.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <http://inf1913.gva.es/cas/ciud/docs/pdf/834ventriculografa.pdf>
- https://www.anmm.org.mx/GMM/2012/n1/GMM_148_2012_1_026-033.pdf
- <https://www.researchgate.net>
- <http://webs.ucm.es/BUCM/tesis//19911996/D/0/AD0067301.pdf>

Capítulo 931

TÉCNICAS RADIOACTIVAS EN NEUMOLOGÍA

SONIA MARIA ORTEGA MORALES

1 Introducción

La gammagrafía es un procedimiento de medicina nuclear que utiliza material radioactivo para diagnosticar y evaluar el estado de una gran variedad de enfermedades y afecciones como pueden ser las infecciones y el cáncer. Es una técnica fundamental en estudios neumológicos.

Gammagrafía de perfusión: diagnóstico del Trombo Embolismo Pulmonar (TEP), su control y recidiva, evaluación pre-neumonectomía de la función pulmonar regional, malformaciones pulmonares, control de cirugías reparadoras de patologías congénitas. Explora la circulación pulmonar. La captación del radio-trazador es proporcional al flujo sanguíneo regional pulmonar. Las partículas de albúmina marcadas presentan un diámetro capaz de ocluir la luz de las arteriolas terminales y capilares pulmonares causando una microembolización al azar.

La distribución es proporcional al flujo sanguíneo pulmonar y no ocasiona trastornos hemodinámicos significativos, salvo en pacientes con insuficiencia respiratoria severa.

Radiofármaco: Tc99m -MSA (microesferas de albúmina) ó Tc99m-MAA (macroagregados de albúmina).

Gammagrafía de ventilación: Estudio complementario para el diagnóstico del TEP. Se evalúa la función ventilatoria administrando por inhalación a través de

un micronebulizador partículas de radioaerosol las cuales alcanzan los bronquiolos terminales y alvéolos de forma tal que la captación pulmonar es proporcional a la ventilación regional del pulmón.

Radiofármaco: Tc99m -DTPA aerosol (ácido dietilen triamino pentacético).

2 Objetivos

Conocer la diferentes técnicas de medicina nuclear que se usan en neumología, es algo fundamental que todo profesional, tanto el profesional de radiodiagnóstico, como el de medicina nuclear han de conocer.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_diagn_y_therap_neumoped_aep.pdf
- https://www.alasbimn.net/biblioteca/texto/Manual_de_exploraciones_en_medicina_nuclear_para_enfermeria.pdf
- https://www.neumomadrid.org/wp-content/uploads/manual_neumo_nm.pdf
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003828.htm>

Capítulo 932

METABOLISMO DE LA GLUCOSA

SERGIO VELILLA CRESPO

1 Introducción

Conocemos como metabolismo de la glucosa a los procesos bioquímicos de formación, ruptura y conversión de los glúcidos en los seres vivos. Los glúcidos son las principales estructuras destinadas al aporte energético, gracias a su fácil metabolismo.

El glúcido más común es la glucosa: es un monosacárido que usan casi todos los organismos. La oxidación de un gramo de glúcidos genera aproximadamente 4 kcal de energía.

2 Objetivos

Dar a conocer al Técnico Especialista de Laboratorio, el ciclo que la glucosa tiene en el organismo y su principal uso en el organismo.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/historicos/dm/cap4.pdf>
- <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/2013/Bioquimica/11-O.pdf>
- <https://ocw.unican.es>
- <https://www.edu.xunta.gal>
- <https://www2.uned.es/ca-plasencia/DocumentosPDF/libros/Digestion.pdf>

Capítulo 933

PARASITOLOGÍA: ÁSCARIS LUMBRICOIDES

SERGIO VELILLA CRESPO

1 Introducción

La parasitología es la rama de la biología que estudia el parasitismo. Estudia tanto a los organismos vivos parásitos, como la relación de ellos con sus hospedadores y el medio ambiente. El *Áscaris Lumbricoides* es una de las lombrices intestinales más comunes.

El conocimiento por parte del Técnico de Laboratorio de diversos parásitos que se pueden esconder en el organismo, hace de él un profesional mejor preparado.

El *Áscaris Lumbricoides* es un parásito ocasiona un padecimiento que se llama ascariasis o ascaridiasis, a este parásito también se le llama lombriz intestinal mide de 12 a 15cm. y en ocasiones puede llegar a medir hasta 30cm.

Este parásito es de color rosa las hembras son más grandes que los machos se alojan en el intestino delgado en el yeyuno e íleon, es uno de los parásitos más frecuente en general una tercera parte de los mexicanos la padece o la padeció en alguna etapa de su vida. La hembra deposita aproximadamente 200000 huevecillos diario y en cada gramo de heces fecales del humano se encuentran alrededor de 50000. esta enfermedad es más común en zonas tropicales, secas y rurales siendo más frecuente en escolares y preescolares y rara vez en adultos.

Etiología: esta enfermedad se adquiere por vía oral a través de agua y alimentos contaminados con excremento de manera directa o indirecta.

Anatomía patológica: este parásito invade al aparato digestivo, intestino delgado, hígado, pulmones, corazón, capilares y brónqu coastos.

Cuando la enfermedad se encuentra avanzada o no a sido tratada en años se expulsa por las fosas nasales o la boca.

2 Objetivos

Conocer por parte del profesional técnico sanitario de la existencia de Áscaris.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis.pdf>
- <https://www.insst.es/documents/94886/354041/Ascaris+lumbricoides.pdf/9c0631c3-62c2-4701-a73a-a73f1db65123>
- <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n5/art14.pdf>
- http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/apua-cuba/parasitosis_intestinales.pdf
- http://www.vacunasyviajes.es/vacunasyviajes/Ascariasis_Atlas_files/Ascaris.pdf

Capítulo 934

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LOS HELMINTOS

SERGIO VELILLA CRESPO

1 Introducción

El término helminto en griego quiere decir "gusano", se usa principalmente en parasitología, para referirse a especies animales de cuerpo largo o blando que infestan el organismo de otras especies, entre las que se encuentra el ser humano.

2 Objetivos

Dar a conocer al Técnico Especialista de Laboratorio las principales características de los Helmintos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Conocemos como Helmintos a todos los parásitos o gusanos que parasitan al hombre directa o indirectamente y se dividen en tres clases.

Anélidos: son gusanos segmentados en forma de anillos y son los menos frecuentes en clínicas y pacientes.

Nematodos: (nematelmintos), son gusanos redondos que se encuentran en artrópodos, plantas, moluscos y vertebrados, miden desde 2mm. asta un metro la mayoría de los nematodos infectan al hombre en un 80% son de forma cilíndrica y se dividen en cuatro partes que son: El gancho, diente, placa y cerda. Tiene aparato digestivo, reproductor y escretor, no posee aparato circulatorio. Tiene glucosa, vitaminas, hemoglobina, sales y proteínas, tiene músculos longitudinales e irritabilidad se alimenta por aspiración y absorción.

Cestodos: (platelmintos) estos son gusanos planos de ellos se deriva la familia de los trematodos. Son segmentados, carecen de aparato digestivo y se alimentan por pinositosis.

Son hermafroditas tienen aparato escretor y sistema nervioso se desarrolla y reproduce en el interior del intestino grueso y delgado.

5 Discusión-Conclusión

Los helmintos son microorganismos patógenos que pueden producir cuadros clínicos graves y que requieren de sus sospecha para el diagnóstico. Un conocimiento de los mismos ayudará a un diagnóstico precoz.

6 Bibliografía

- <http://www.higiene.edu.uy/parasito/teo09/genhel.pdf>
- <http://scielo.sld.cu/pdf/rsa/v40n2/2224-4700-rsa-40-02-e10.pdf>
- <http://repositorio.una.edu.ni/2431/1/nl70p226pv.pdf>
- <http://revista.seaic.org/diciembre1998/299-313.pdf>

Capítulo 935

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

YESICA DIAZ ROCES

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

VIRGINIA CASTARROYO MERINO

COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales se definen como cualquier infección adquirida durante el tiempo en que el individuo está hospitalizado, pudiendo manifestarse mientras está internado o después de haber sido dado de alta. Estas infecciones deben estar relacionadas con la hospitalización o los procedimientos realizados en el hospital.

Adquirir una infección en el hospital es común, ya que este es un ambiente en el que están muchas personas enfermas y en tratamiento con antibióticos.

La vigilancia epidemiológica, constituye un instrumento de vital importancia para identificar, medir y analizar los problemas de salud que afectan a la población y tomar decisiones orientadas a promocionar la salud, prevenir la enfermedad o, en su defecto, controlar los problemas que ya se hayan presentado. La vigilancia epidemiológica es un proceso dinámico que comporta la recogida de datos, su análisis, la interpretación de los mismos y la diseminación de resultados que afectan a un problema de salud, con el objetivo de reducir la morbimortalidad que comporta y mejorar la salud

2 Objetivos

Conocer los aspectos para la prevención de las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las infecciones nosocomiales ocurren más frecuentemente en las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se da a conocer que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes vulnerables por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.

Generalmente, los microorganismos que causan la infección hospitalaria no causan infecciones en otras situaciones, ya que aprovechan el ambiente con pocas bacterias inofensivas y el debilitamiento del sistema inmune para instalarse. A pesar de esto, las bacterias hospitalarias suelen desarrollar infecciones graves y de difícil tratamiento, ya que son más resistentes a los antibióticos, por esto, generalmente es necesario utilizar antibióticos más potente para curar este tipo de infección.

Los componentes necesarios para la prevención de los 4 tipos principales de infección hospitalaria —la quirúrgica, la urinaria, la bacteriemia y la infección del tracto respiratorio», variaban significativamente de una infección a otra, y el único componente común que contribuye a reducir todos los tipos de infecciones es la vigilancia epidemiológica.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales están estrechamente vinculadas a la calidad de la atención en los hospitales; por otro lado, los gérmenes están relacionados con la epidemiología de las instituciones y el país. Las modalidades diagnósticas son difícilmente evaluables por la ausencia de un claro patrón con que compararlos, y el retraso en iniciar el tratamiento incrementa la mortalidad.

6 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.pe>
- <https://www.elsevier.es>
- <https://www.tuasaude.com>

Capítulo 936

LA RESISTENCIA MICROBIANA A LOS ANTIBIÓTICOS.

DIEGO PINTO CASTRILLÓN

1 Introducción

Los antibióticos son la principal herramienta terapéutica con que cuenta el personal de salud para enfrentar patologías infecciosas, su valor es indiscutible, no obstante, la resistencia creciente de los microorganismos a estos agentes, incluyendo los de amplio espectro, ha generado un problema de amplias dimensiones y representa en la actualidad un desafío terapéutico. La resistencia antimicrobiana ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las mayores amenazas para la salud humana debido a las mutaciones producidas en los microorganismos, así como el uso inadecuado de estos medicamentos dando lugar a una nueva generación de bacterias multiresistentes o que sencillamente no hay un antibiótico el cual sea efectivo contra ellas.

2 Objetivos

- Enumerar los factores que han propiciado que las bacterias cada vez tengan más resistencia.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos como Pubmed, Google Académico y Preevid. Como

criterios de inclusión han sido: estudios realizados en personas adultas, artículos publicados en inglés y castellano y el texto gratuito. Como criterios de exclusión aquellos trabajos publicados antes de 2002 así como aquellos en países con enfermedades infecciosas muy concretas. Se han empleado como descriptores: resistencia, antibióticos, microorganismos, factores.

4 Resultados

El deterioro de la situación ha sido cada vez mayor por el uso creciente de los antibióticos en todo el mundo, no solamente con propósitos terapéuticos humanos, sino que también se han utilizado excesivamente en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas de los animales. Esto ha provocado la mutación genética de bacterias con una mutación de transferencia horizontal, siendo el más relevante la conjugación bacteriana. Se comparten los plásmidos que son los encargados de algunas de las resistencias antimicrobianas.

Hoy en día se producen muchas muertes por infecciones bacterianas que resultan intratables, porque los agentes biológicos involucrados son resistentes a los antibióticos disponibles. La actuación del médico en relación con las infecciones bacterianas en general, obedece a lo que se ha denominado la “terapia empírica”, que consiste en que, sin haberse realizado previamente un examen de laboratorio, prescribe uno o más antibióticos para eliminar a la bacteria invasora. Entre las desventajas de este tipo de tratamiento se encuentran fundamentalmente dos:

- En algunos casos no se requiere el antibiótico porque la sintomatología del paciente no se debe a proceso infeccioso, o en caso de que sí lo sea, el proceso es bacteriano autolimitante o no es bacteriano sino viral.
- El antibiótico prescrito no resulta eficaz y el proceso infeccioso continúa con desenlace incierto.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión podemos observar que la culpa de que en el futuro tengamos problemas con las bacterias multiresistentes se debe a numerosos factores, de los cuales muchos podemos limitar y mejorar su uso con el fin de retrasar las mutaciones y las resistencias todo lo posible, pero debemos de invertir en el desarrollo de nuevos antibióticos para cuando llegue el momento de emplearlos, estén listos y estemos preparados para usarlos.

6 Bibliografía

- Rolain JM, Mallet MN, Fournier PE, Raoult D. Real-time PCR for universal antibiotic-susceptibility testing. *J Antimicrob Chemother.* 2004;54:538-41.☒
- Ponce de Leon S, Arredondo R, López-Vidal Y. *La Resistencia a los antibióticos: Un grave problema global.* 1st ed. Mexico: Gaceta de México; 2015.
- Oteo Iglesias J. *La resistencia a los antibióticos.* Madrid: Los Libros de la Catarata; 2016.

Capítulo 937

HISTORIA Y AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL VIH

DIEGO PINTO CASTRILLÓN

1 Introducción

En 1981 se empezaron a observar en Estados Unidos varones homosexuales con infecciones respiratorias causadas por un patógeno poco común, *Pneumocystis carinii*, y de un tumor poco frecuente, sarcoma de Kaposi. Parecían estar causados por un defecto en la inmunidad de causa desconocida que los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) denominaron síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Dos años después se descubrió su agente causal, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

El VIH-1 pertenece al género *lentivirus* dentro de la familia *Retroviridae*. Tras su descubrimiento como agente causal del SIDA en Estados Unidos, Europa y Asia, se observó que pacientes de África Occidental presentaban cuadros de SIDA, cuyos sueros reaccionaban con más intensidad frente al virus de la inmunodeficiencia de macacos rhesus cautivos, que frente al VIH-1. Tras su aislamiento, se observó que era otra clase, denominándose VIH-2. La homología de la secuencia de nucleótidos entre ambas clases de virus es de un 40-50%.

El origen de los retrovirus humanos es desconocido. Para saber cual es el origen de los virus VIH-1 y VIH-2 es esencial conocer la relación filogenética que el VIH tiene con otros *lentivirus* de primates no humanos, que también causan inmunodeficiencia en varias especies de simios. Tanto el VIH-1 como el VIH-2 parecen ser el resultado de transferencias múltiples de *lentivirus* que infectan de manera natural a otros primates en África.

2 Objetivos

Los objetivos de esta revisión será tener una recopilación de los últimos tratamientos de VIH de forma que nos podamos hacer una idea de cómo ha podido avanzar el tratamiento de esta enfermedad a la vez que podremos valorar si se va en un buen camino hacia tratamientos mas eficaces y que interfieran menos en la vida de los pacientes.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos como pubmed y google académico con las palabras clave “VIH” y “antiretroviral” para la realización del Trabajo Fin de Máster. Como criterios de inclusión he empleado: población adulta, idiomas inglés y castellano y texto gratuito; y de exclusión aquellos previos al 2002

4 Resultados

Ningún continente ni ningún país se encuentra libre del virus en menor o mayor medida siendo las zonas mas pobres del mundo las mas afectadas por la enfermedad aunque como podemos ver ni las zonas mas desarrolladas están libres debido a que la enfermedad se la población toxicómana produce la diseminación puesto que es la primera causa en localizaciones desarrolladas.

En la gráfica podemos ver como se producen las nuevas infecciones de VIH en España hasta el año 2014, donde podemos ver que hay mucha diferencia entre la primera causa que es la inyección de drogas, seguido de las relaciones sexuales sin protección tanto en parejas homosexuales como heterosexuales y donde podemos ver que otros métodos de infección quedan muy retrasados ya que se deben a incidentes o otros problemas en la manipulación o eliminación de muestras o restos de sangre infectada.

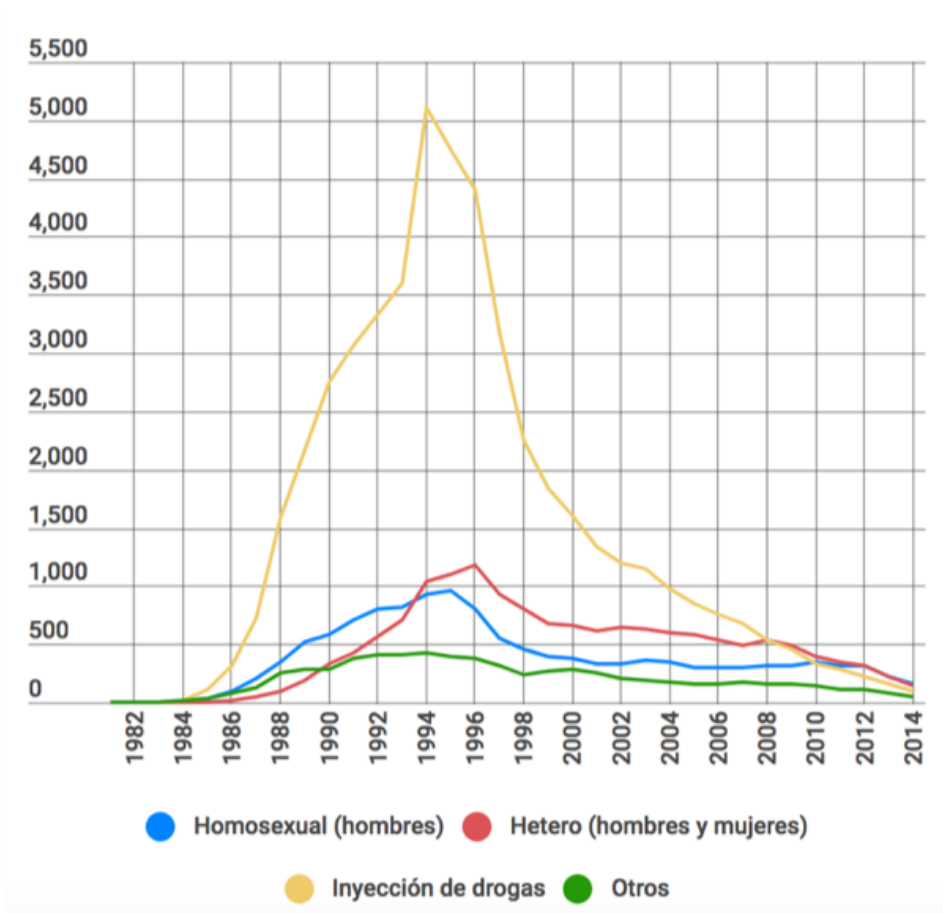
En la 2ª gráfica podemos ver como evolucionan los pacientes en función a los recursos disponibles en cada momento, observamos que durante los años de mayor apogeo de la enfermedad los recursos eran mayores por lo que se pudo conseguir una disminución de personas infectadas y de muertes durante un periodo de tiempo, sin embargo en los últimos años esta precaución ha sido menor y eso ha posibilitado el incremento de la enfermedad otra vez.

En la gráfica 3 podemos ver como evolucionan los pacientes en función a los recursos disponibles en cada momento, observamos que durante los años de mayor apogeo de la enfermedad los recursos eran mayores por lo que se pudo conseguir una disminución de personas infectadas y de muertes durante un periodo de tiempo, sin embargo en los últimos años esta precaución ha sido menor y eso ha posibilitado el incremento de la enfermedad otra vez.

5 Discusión-Conclusión

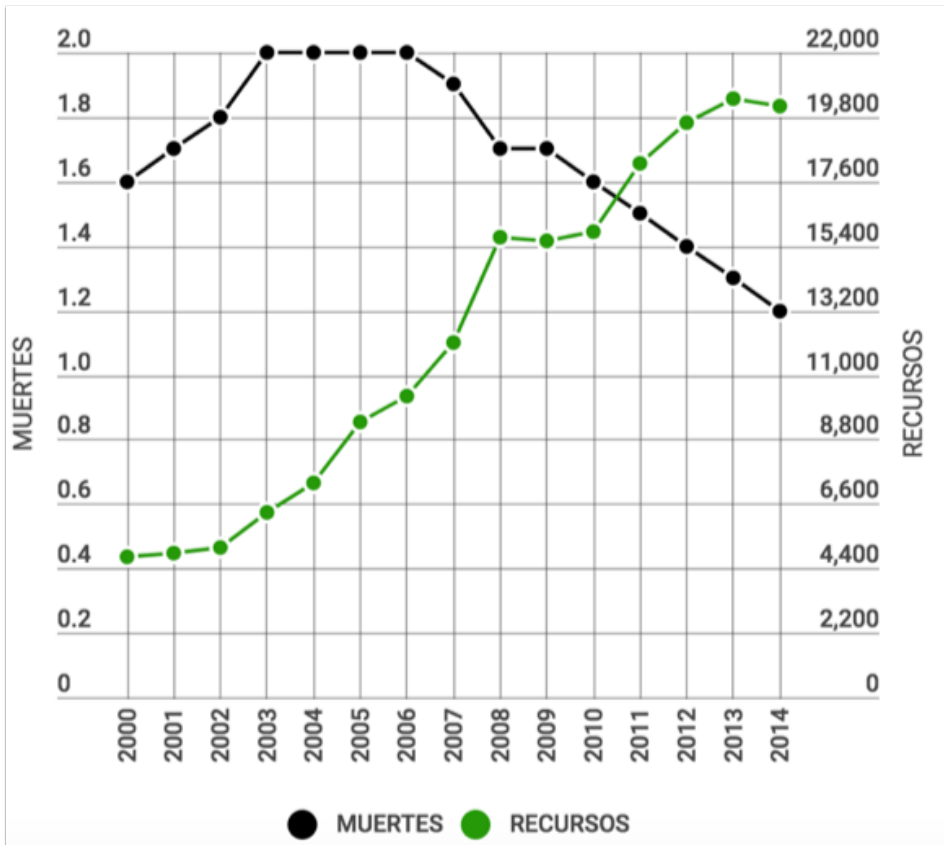
En mi opinión cada paso que se da en el tratamiento del VIH nos acerca un poco mas a la cura aunque según mi punto de vista todavía queda un tiempo para llegar a la cura total cuando todavía no se ha conseguido para la replicación del virus pero aunque encontrar una cura sea muy importante, es todavía mas importante el concienciación de la población sobre las precauciones de la infección y la educación sexual de forma de que se tengan relaciones seguras desde la adolescencia de forma que volvamos a conseguir una disminución de la enfermedad y poder concentrar todos los recursos para las personas ya infectadas de modo que podamos ayudarlas a llevar mejor su enfermedad y darles una atención de calidad.

Lo que podemos ver después de leer esta revisión es que hay muchos recursos que se emplean en el desarrollo de nuevos fármacos puesto que cada muy poco tiempo sale algún fármaco nuevo y se sigue investigando en ello.



6 Bibliografía

1. Avendaño Carvajal L, Ferrés M, Spencer Ossa E. *Virología clínica*. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2011
2. Carballal G, Oubiña J. *Virología médica*.
3. Cann A, Buesa Gómez J. *Principios de virología molecular*. Zaragoza: Acribia; 2010.
4. HOLGUÍN A, SORIANO V. Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)* 2005; 115: 775-778.
5. ALIAGA L. *Atlas básico de la infección por VIH/SIDA. Manifestaciones clínicas en adultos*. Merck Sharp & Dohme de España, S.A., 2005.



Capítulo 938

ASERTIVIDAD, ESCUCHA ACTIVA Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

1 Introducción

La comunicación es el fundamento de todas las relaciones sociales. En el proceso de comunicación todos los elementos se interrelacionan, de manera que todos los que participan son emisores y receptores. Los mensajes son elementos compartidos. Los elementos de la comunicación humana son: emisor o fuente (crea el mensaje), receptor (recibe el mensaje), mensaje (la idea que se quiere transmitir, repertorio), retroalimentación (comprobar que el mensaje se ha entendido) y canal (medio a través del cual se transmite el mensaje). Las etapas del proceso de comunicación son cinco: codificación, emisión, transmisión, recepción y decodificación. La comunicación tiene que ser bilateral. Es importante mantener una escucha activa. La comunicación es uno de los cimientos primordiales de la relación profesional-paciente y del que más quejas se reciben, por la inadecuada transmisión de información. En ello intervienen numerosos factores que nos auxilian en el día a día para promover la confianza del paciente y su familia. Es funda-

mental porque de ella van a depender las decisiones que el usuario tomará para las diferentes actuaciones que se realicen durante su proceso asistencial.

La asertividad es una cualidad con la que todo profesional sanitario debería contar la cual se basa en defender nuestros derechos y trabajo desde el respeto y sin herir a nadie. Es una cualidad que puede adquirirse con entrenamiento y no solo para el trato con los demás sino también para realzar la confianza en uno mismo que finalmente se verá reflejada en el trabajo que hacemos.

2 Objetivos

- Conocer las correctas pautas de actuación ante situaciones delicadas
- Analizar los mecanismos para un entorno propicio de comunicación con el usuario
- Determinar las habilidades comunicativas que debe tener el personal sanitario con los usuarios de una institución o centro sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliografía en diversas bases de datos, consulta en la página web del portal de salud del Principado de Asturias y el buscador de Google Académico, Pubmed, Cuiden y Dialnet. Los descriptores de búsqueda: elementos de comunicación, escucha activa, relación profesional-usuario, comunicación

4 Resultados

Es recomendable que la comunicación sea eficaz. Para ello, se consigue a través de la escucha activa (escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla). Para ello, necesitamos mostrar empatía, parafrasear, emitir palabras de refuerzo, resumir, expresar los sentimientos con claridad, escuchar los pensamientos del otro y siempre responder con respecto. Los usuarios de una institución o centro sanitario reciban un servicio de calidad con instrucciones claras. Que se le trate con educación, amabilidad, cortesía, ser atendido sin demora, ser acogido, sentirse cómodo, ser tranquilizado y ser aconsejado en caso de tener dudas. Los mecanismos principales para alcanzar un ambiente apropiado de comunicación serían: atender al usuario de forma cálida, varía en función de dónde nos encontremos, si el usuario se encuentra solicitando atención médica o información sobre familiares ingresados, escuchar atentamente su solicitud para

atenderlo adecuadamente y en la medida de lo posible, darle la información que le esté permitido al profesional con tono sosegado respetando la intimidad y confidencialidad. Es primordial conseguir la sensibilización del profesional de la salud para trabajar con humanidad y personalizar el trato al usuario.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario cuente con habilidades sociales y habilidades asertivas, ya que resultan muy útiles en situaciones conflictivas. Puede ser necesario entrenar estas habilidades para ejercer mayor control sobre algunos comportamientos que se puedan transmitir a los usuarios o pacientes, y que de la misma manera aprendamos a interpretar la conducta de los demás.

En ocasiones es imposible conseguir un ambiente apropiado, se debe hacer todo lo posible por establecer un escenario adecuado en la comunicación con el usuario. Las barreras semánticas, psicológicas, físicas, ambientales y socioculturales suelen ser los elementos que impiden que se interprete el mensaje de forma correcta. Se recomienda realizar seminarios y charlas sobre habilidades y estrategias para conseguir una correcta comunicación entre usuario y profesionales.

La asertividad suma en el ámbito sanitario, no solo hacia nuestros compañeros de sector, sino también hacia los pacientes y a nivel de crecimiento personal, mejorando nuestra autoestima y confianza lo cual son dos puntos que se reflejan día a día en nuestro trabajo

6 Bibliografía

- Google académico
- Buscadores sanitarios

Capítulo 939

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

ANA MENÉNDEZ JARDÓN

SAUL TUÑÓN MENENDEZ

REBECA FERNÁNDEZ SANCHO

ELENA GONZALEZ LOPEZ

1 Introducción

El TC (Tomografía Computarizada) es el proceso de creación de un plano tomográfico transversal de cualquier parte del cuerpo. El paciente es explorado por un tubo de rayos X que rota alrededor de la parte corporal a estudio. El TC tiene una fuente de rayos X que atraviesan al paciente y son convertidos en imagen digital. El paciente se introduce en él sobre una camilla. El estudio es realizado por un Técnico en Imagen para el Diagnóstico y las imágenes son informadas por un médico radiólogo. En ocasiones se administra un medio de contraste para valorar vasos, órganos y patologías, en cuyo caso se le explicarán las posibles reacciones adversas y se le hará firmar un consentimiento informado.

Es importante conseguir que el paciente tenga una actitud colaboradora en las exploraciones de TC, consiguiendo tranquilizarle y así lograr un examen eficiente.

2 Objetivos

Revisar la evidencia empírica de la bibliografía relacionada con la atención al paciente en TC para determinar los beneficios de ésta y analizar las diferentes resultados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos acerca de la atención al paciente en TC. Para ello, se han utilizado los descriptores: atención, paciente, tomografía, computarizada.

4 Resultados

La atención al paciente antes, durante y después de la exploración es imprescindible para la obtención de un resultado de calidad. Ésta comienza desde la citación del paciente para la prueba, hasta el final del examen.

-El día de la citación: se debe informar al paciente de forma concisa y clara sobre la prueba que se le va a realizar, así como la preparación (ayunas, laxantes, dieta, vejiga llena).

-Llegada del paciente al servicio de radiodiagnóstico: comprobaremos antes que nada el nombre del paciente y el tipo de estudio que se va a realizar. Si la paciente es una mujer en edad fértil le preguntaremos antes que nada si está embarazada o si está en estado de lactancia. En caso de utilizar contraste ofrecerle el consentimiento informado (comprobar: alergias, creatinina, tratamiento con metformina, insuficiencia renal, asma, peso...) y comprobar que no tenga objetos metálicos en la zona a explorar.

-Durante la prueba: le pediremos su colaboración, le explicaremos la importancia de permanecer inmóvil así como las posibles reacciones al contraste (calor, sensación de orinar, sabor metálico). También le diremos que es una prueba de corta duración y que tendremos una comunicación constante tanto visual (a través de la cristalera plomada) como verbal (micrófono que comunica directamente con la sala del TC). En estudios de tórax y abdomen es imprescindible la suspensión de la respiración, así que se proporcionarán instrucciones explícitas al respecto. Las variaciones mínimas de aire tomadas pueden ocasionar oscurecimiento del área de interés e imágenes borrosas. En caso necesario como pacientes pediátricos o demenciados se proporcionarán dispositivos de inmovilización como cinchas o cuñas y como último recurso avisaremos al médico para una posible sedación.

No nos olvidaremos tampoco del uso de protectores gonadales en pacientes en edad fértil.

-Tras la finalización de la prueba: controlaremos las posibles reacciones al contraste y le explicaremos que podrá continuar con sus hábitos de vida normales. En caso de haber empleado contraste le recomendaremos que ingiera abundante agua para hidratarse y acelerar su eliminación.

Las instrucciones que demos al paciente deben ser escuetas y sencillas. Debemos tener paciencia y hacer comprensible la información. La apropiada atención y preparación del paciente garantizará una imagen más humanizada, con menos repeticiones y con garantía de calidad, para así conseguir un diagnóstico fiable.

5 Discusión-Conclusión

La atención y preparación del paciente son imprescindibles para evitar reacciones alérgicas, repeticiones, daños radiológicos, y para mejorar tanto la comunicación técnico-paciente, como la calidad, obteniendo unos resultados óptimos que nos derivarán en un diagnóstico fiable.

6 Bibliografía

- Manual práctico de tomografía. Edición 2011. J. Gonzalex Vasquez.
- Merrill. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Volumen 3.

Capítulo 940

RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

ELENA GONZALEZ LOPEZ

ANA MENÉNDEZ JARDÓN

SAUL TUÑÓN MENENDEZ

REBECA FERNÁNDEZ SANCHO

1 Introducción

La radiografía permite identificar materiales de distintas densidades, como el calcio, el aire, o la grasa corporal, etc. Lo cual queda reflejado gráficamente en estructuras con distintas tonalidades dentro de una escala de grises; la relación entre la densidad de las estructuras observadas y la tonalidad es inversa, de manera que las partes más densas aparecerán más claras (huesos) y las menos densas más oscuras (tejidos blandos, aire, gases, etc.).

La radiografía simple de abdomen es la exploración más sencilla, rápida y económica. A pesar de no ser una técnica muy sofisticada, aporta información importante sobre diferentes aspectos de la EII, proporciona información sobre la distribución del gas en el intestino, su grado de dilatación, etc., y permite detectar posibles complicaciones (obstrucción intestinal, perforaciones o megacolon tóxico). Además de los aspectos relacionados con la EII, esta técnica permite evaluar otras causas de dolor abdominal como las originadas por cálculos, tanto biliares como en el aparato urinario.

2 Objetivos

Identificar y conocer las ventajas diagnósticas de la radiografía de abdomen.

3 Metodología

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

4 Resultados

La radiografía de abdomen no requiere ningún tipo de preparación previa por parte del paciente y suele realizarse en posición decúbito supino.

Para su realización será necesario desnudarse y desprenderse de cualquier objeto que se puede tener, especialmente joyas y objetos metálicos. La exposición a radiación ionizante por parte del paciente como consecuencia de esta prueba diagnóstica, es leve y no supone un riesgo importante para su salud.

La realización de la prueba solamente dura unos minutos.

La radiografía abdominal generalmente es la primer prueba por imágenes utilizada para evaluar y diagnosticar la fuente de un dolor agudo en la región abdominal y/o en la cintura, y también de náuseas y vómitos inexplicables.

La radiografía abdominal también se hace para ayudar a diagnosticar condiciones tales como: piedras en los riñones y en la vejiga urinaria, y cálculos biliares bloqueos intestinales perforación del estómago o del intestino ingestión de objetos foráneos.

La radiografía abdominal también puede ser utilizada para ayudar a colocar adecuadamente catéteres y tubos utilizados para alimentar o descomprimir órganos tales como la vesícula biliar y los riñones.

5 Discusión-Conclusión

La escasa rentabilidad diagnóstica de la radiografía de abdomen en patología urgente contrasta con el elevado número de exploraciones que se realizan. La mayoría arroja hallazgos normales o inespecíficos, lo que cuestiona la idoneidad de su indicación. Suele considerarse un procedimiento rutinario o incluso una herramienta “defensiva” de cribado, cuya utilidad real se desconoce. Desde hace más de 30 años, se recomienda en la literatura científica reducir tanto el número de exploraciones como el de proyecciones realizadas, en aras a disminuir dosis de radiación, molestias innecesarias para los pacientes y costes.

Radiólogos y clínicos deben conocer las importantes limitaciones de la radiografía de abdomen en el manejo diagnóstico de la patología abdominal aguda y restringir su empleo. Para ello, es imprescindible una adecuada selección clínica de los pacientes candidatos a estudio de imagen, que permite un empleo ágil de técnicas alternativas más rentables como la ecografía o la tomografía computarizada.

6 Bibliografía

- www.elsevier.es
- www.radiologyinfo.org
- www.educainflamatoria.com

Capítulo 941

OSTEOPOROSIS POR DENSITOMETRÍA ÓSEA

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La densitometría ósea es una prueba diagnóstica que consiste en la medición de la masa ósea (MO) en diferentes partes del cuerpo, y pueden utilizar radiación ionizante o no. Hay diferentes técnicas de medida de densidad de masa ósea. La primera técnica se basaba en la absorciometría fotónica simple (SPA) que generaba rayos gamma (generalmente procedente del yodo) utilizando un sólo fotón en zonas anatómicas como el calcáneo o el radio, donde casi todo el tejido es óseo, no pudiéndose medir bien la atenuación entre tejidos por el densitómetro. Las limitaciones en esta técnica dieron lugar a variaciones que consiguieron desarrollar densitómetros por absorciometría fotónica dual (DPA) la cual utilizaba dos fotones distintos, procedentes de una radioisótopo (generalmente gadolinio). Al haber dos haces fotónicos, se puede diferenciar la atenuación entre el tejido óseo y el tejido blando. Se utiliza, por tanto, en zonas anatómicas como el antebrazo o en la columna y cadera.

Como sucedió con la SPA, la DPA fue reemplazada por la SXA (absorciometría radiológica simple) y por la DXA (absorciometría de doble energía de rayos X). Los SXA generan un haz de fotones monoenergético permitiendo diferenciar los tejidos sólo en las zonas periféricas como en el antebrazo y la mano mientras que en los DXA o DEXA (habitualmente llamados también así) el haz es dual por lo que nos permite diferenciar la atenuación de los tejidos tanto en zonas periféricas (antebrazo, mano) como en columna, cadera o incluso cuerpo entero. (Estrada et al 1) (Ibañez 2). La tomografía cuantitativa computerizada (QCT) o tomodensitometría utiliza también rayos X pero esta vez en forma volumétrica (g/cm^3) mediante ROI (región de interés). Esto nos permite separar la densidad ósea del hueso trabecular o también llamado esponjoso y del cortical. Entre las regiones que pueden ser estudiadas están columna vertebral, caderas (cuello femoral), rodillas, maxilares (superior-inferior)... etc (Bossio et al 3)

La elección del densitómetro puede variar en función de la patología que queremos diagnosticar. En nuestro caso, nos centraremos en la osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad que afecta al tejido óseo de nuestro organismo. Consiste en la pérdida de masa ósea siendo su consecuencia la posibilidad de tener una fractura. Las mujeres después de la menopausia son las más afectadas por esta enfermedad. (Moncayo-Bravo et al 4)

Un hueso está compuesto por tejido óseo. El tejido óseo puede ser compacto o esponjoso. El compacto está siempre en la periferia de los huesos formado por láminas concéntricas que se agrupan en torno a vasos sanguíneos en cilindros llamados osteonas. Todo ello conforma el conducto de Havers. Esta estructura es la que conforma la parte de mayor densidad del hueso, dependiendo de la sollicitación mecánica. (Lippert 5). El tejido esponjoso está en la parte interna de los huesos, envuelto por el tejido cortical. Está formado por láminas óseas que limitan las cavidades donde se encuentra la médula ósea (en forma de panal de abeja). (Rouvière et al 6)

A toda esta distribución ósea la recubre el periostio que es una membrana fibrosa y blanquecina de tejido conjuntivo muy vascularizado. (Carrere et al 7)

La osteoporosis afecta histológicamente al tejido trabecular y al tejido cortical disminuyendo la matriz proteica y la mineralización, correlacionándose directamente con el riesgo de sufrir fracturas óseas. (Paradiñeiro et al 8)

Hay varios factores que pueden influir en su aparición como el estilo de vida y la nutrición, patologías que afectan al metabolismo óseo, tratamiento farmacológico crónico, déficit de hormonas sexuales y los factores genéticos o consti-

tucionales. Estos últimos afectan al sexo, edad y raza, siendo los más afectados las mujeres mayores y de raza caucásica o asiática. También la menopausia precoz (más riesgo si es quirúrgica) siendo ésta la condición de riesgo más importante para esta enfermedad. (Hermoso de Mendoza 9)

La osteoporosis causa en España unas 90.000 fracturas de cadera y 500.000 fracturas vertebrales al año, afecta a dos millones y medio de mujeres en nuestro país. (10)

Por este motivo, aunque en teoría, afecte a todo el esqueleto, no afecta a todas las partes de la misma manera. Las mediciones que se realizan para obtener la desmineralización ósea corresponde a la cadera y la columna lumbar, ya que son las fracturas más problemáticas. (Paradiñeiro et al 8)

2 Objetivos

- Analizar la técnica DEXA, su utilidad como prevención en la osteoporosis.

3 Metodología

Se han realizado diversas búsquedas en bases de datos, páginas y revistas científicas como Scielo. También consultado otros artículos buscados en google académico con las palabras clave “densitometría ósea” “osteoporosis” “masa ósea” excluyendo los artículos que no estuviesen en español. También se han consultado casos clínicos de hospitales tanto españoles como extranjeros.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica realizada podemos observar que la técnica DEXA es la más utilizada actualmente para la prevención de la osteoporosis (sobre todo en mujeres postmenopáusicas). Entre sus ventajas cabe destacar su baja radiación, sus resultados fiables y precisos y la capacidad de predecir fracturas en las zonas estudiadas, columna lumbar y cadera. Con el densitómetro DEXA la columna medida tiene aproximadamente un 66% de hueso trabecular y en la cadera un 75% de hueso cortical, por lo que se obtienen datos de ambos tipos de hueso. (Ibañez 2)

En las mujeres suele ser más precoz en la columna que en la cadera que, habitualmente, aparece más tarde, a una edad mayor. La medida en la columna dorsal

se ve afectada por la posición de la caja torácica, tanto de las costillas como de la superposición del esternón, por eso la densitometría se realiza de la columna lumbar, más particularmente de las vértebras L2, L3 y L4. La L1 se descarta por la proximidad a la caja torácica (costillas) y la L5 por la proximidad al sacro que puede afectar a los resultados si ésta está sacralizada. En cuanto a la cadera, la densitometría mide tres zonas: el cuello femoral, el trocánter mayor y el triángulo de Ward (zona de menor densidad de la cadera).

En 1994 la OMS definió la osteoporosis como “la disminución de la masa ósea por encima de 2,5 desviaciones estándar de la media de una población joven”. (Paradiñeiro et al 8). Los dos valores que se manejan en las medidas obtenidas por DEXA son el T-score y el Z-score. (Díaz-Rizo et al 11). La T-score es el número de desviaciones estándar (DE) por debajo de la media en un adulto joven.

Por eso la OMS propuso los siguientes criterios:

- Normal: Cuando el T-Score es superior a -1 DE.
- Osteopenia: Si el T-Score se sitúa entre -1 y -2,5 DE.
- Osteoporosis: Cuando el T-Score es inferior a -2,5 DE.
- Osteoporosis establecida: Cuando el T-Score es de osteoporosis y hay fracturas. (Couto et al 12)

La Z-score es el número de DE correspondiente a su edad y sexo, pronosticando en el futuro el riesgo que tiene ese paciente de sufrir una fractura. (Hermoso de Mendoza 9)

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas por osteoporosis se puede prevenir realizando un estudio de densitometría ósea por DEXA en huesos de alta sollicitación mecánica, como son la columna lumbar y la cadera, además de ser las fracturas más complicadas y de mayor importancia. Por eso es tan importante concienciar a la comunidad médica de la prescripción de dicha prueba para poder prevenir este tipo de fracturas.

6 Bibliografía

- 1 Estrada, M. D., Espallargues, M., Sampietro-Colom, L., del Río, L., Solà, M., & Granados, A. (1999). La densitometría ósea. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica.

- 2 Ibáñez, R. "Técnicas de medida de densidad de masa ósea." *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 26. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2003.
- 3 Bossio, Néstor, and Ricardo Capiglioni. "Densitometría mineral ósea por tomografía computada." *Rev Ateneo Argent Odontol* (2015): 19-22.
- 4 Moncayo-Bravo, Susan D., and José J. López-Gutiérrez. "Evaluación del manejo farmacológico de la osteoporosis y la osteopenia en una institución de régimen especial de Bogotá." *Revista de Salud Pública* 17 (2015): 565-577.
- 5 Lipper, Herbert, "Anatomía. Estructura y morfología del cuerpo humano" Ed. Marban (2003)
- 6 Rouvière, Henrie, and André Delmas. "Anatomía humana. Descriptiva, topográfica y funcional" (2005).
- 7 Carrere, M^a Teresa Angulo, and Carmen Dobao Álvarez. "Biomecánica clínica. Biomecánica del hueso." REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología) 2.3 (2010).
- 8 Paradiñeiro Somoza, A., and L. M. Valero Crespo. "Patología de la mineralización ósea (y II): osteoporosis." *Medicina general* 123.1 (2009).
- 9 Hermoso de Mendoza, M. T. "Clasificación de la osteoporosis: Factores de riesgo. Clínica y diagnóstico diferencial." *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 26. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2003.
- 10 de la Osteoporosis, Importancia. "Osteoporosis. Documento Consenso del Grupo de Osteoporosis de la Sociedad Gallega de Reumatología." *Galicía Clin* 75.Supl 1 (2014): S5-S23.
- 11 Díaz-Rizo, Valeria, et al. "Factores nutricionales relacionados con osteoporosis." *El Residente* 13.1 (2018): 23-30.
- 12 Couto Núñez, Dayana, Danilo Nápoles Méndez, and Isabel Deulofeu Betancourt. "Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea." *Medisan* 15.12 (2011): 1765-1774.

Capítulo 942

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA INFANTIL

NAZARET GARCÍA INSUNZA

LAURA ALVAREZ

VIRGINIA CAMPELO PANTIGA

VICENTE SUSTAETA CALZADO

1 Introducción

A principios del siglo XX, las radiaciones fueron conocidas como un gran instrumento para diagnosticar patologías (rayos x) , y para tratar enfermedades (radioterapia) . En aquellos años, no había conocimiento a penas de los efectos secundarios de las radiaciones ionizantes sobre el organismo.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos a largo plazo de la radiación ionizante en la población infantil.
- Conocer los métodos de protección ante dichas radiaciones.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Scielo, Dialnet, Google Académico y otras páginas web, utilizando palabras clave como ” pro-

tección radiológica ”, ” radiación infantil ”, ”radiaciones ionizantes ”, ”rayos X ”. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Las radiaciones ionizantes tienen un efecto sumatorio en los tejidos del organismo, es decir, se acumulan con el paso del tiempo y nunca se eliminan. Dichas radiaciones tienen poder para modificar la estructura genética de nuestras células (ADN), pudiendo ocasionar efectos estocásticos. Si, además, esa carga radiactiva actúa sobre un individuo en crecimiento, como lo son los niños, los efectos a largo plazo van a ser determinantes en su salud.

La comisión internacional de protección radiológica, creada en 1928, establece periódicamente, los límites de dosis para la población. Las sucesivas propuestas recomiendan una disminución de las dosis máximas permisibles. En 1965 se creó el concepto ALARA, del inglés ” as low as reasonably achievable” ó ” utilizar una dosis tan baja como, razonablemente, posible”. Siguiendo este concepto y sin olvidar los aportes radiológicos al diagnóstico, debe primar el sentido común a la hora de solicitar para un niño una prueba radiológica, evitando todo aquello que no va a aportar información decisiva para el caso clínico del paciente. Hay que reducir la exposición innecesaria.

Las dosis de una exploración pediátrica van desde 1mSv a 8mSv. La mitad aproximadamente de la población infantil ha tenido por lo menos tres exploraciones a lo largo de su infancia, lo que incrementa las dosis acumuladas. Una exploración innecesaria es un riesgo innecesario.

Entre los cánceres más probables, originados por las radiaciones ionizantes, se encuentran los de médula ósea, el cáncer de mamas, tiroides, hueso y pulmón.

Las recomendaciones para la protección pediátrica en cada hospital son:

- Racionalización de los estudios radiológicos, especialmente los que conlleven el uso de contrastes y tomografías computerizadas.
- Utilizar técnicas alternativas como la Ecografía o la resonancia magnética (RM).
- Reducción de la dosis en los estudios a realizar.
- Realizar el estudio sólo en la zona de interés.

- Protección de los órganos más superficiales durante el estudio (tiroides, mama, gónadas...).

5 Discusión-Conclusión

Como profesional de la sanidad y dedicación directa al diagnóstico por imagen, tenemos siempre presente que los niños son especialmente sensibles y vulnerables ante las radiaciones ionizantes porque sus órganos y tejidos están en crecimiento.

Órganos como el tiroides, las mamas, las gónadas y la médula ósea tienen una alta capacidad mitótica en la infancia y esto los hace especialmente sensibles a las radiaciones ionizantes.

Siempre que vayamos a realizar una prueba radiológica a un niño que conlleve el uso de radiación debemos prestar especial atención a proteger con protectores especiales (plomo, bismuto...), colimar para limitar al máximo el haz de radiación, inmovilizar correctamente al niño para evitar repetir la prueba, ajustar la técnica del estudio al máximo y que el tiempo de exposición sea mínimo.

6 Bibliografía

- <https://scielo.conicyt.cl>
- <http://www.irpabuenosaires2015.org>
- <http://scielo.isciii.es>
- <https://rpop.iaea.org>
- <http://csn.ciemat.es>

Capítulo 943

ARTROSCOPIA DE HOMBRO

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La intervención artroscópica ha producido una revolución en la cirugía llamada actualmente “cirugía mínimamente invasiva” (C.M.I), que es fundamentalmente una salida de las incisiones considerables que se utilizaban para identificar y tratar patologías. A principios del Siglo XX, más concretamente sobre el año 1918, el profesor Takagi de Tokio fue el primero en inspeccionar con un instrumento, el cual se denominó como cistoscopio, el interior de la rodilla de un cadáver. Para ello se utilizó un instrumento de 7,3 mm, el cual no fue muy adecuado para el uso diario. Con el tiempo, en años posteriores, estos instrumentos se fueron mejorando primero disminuyendo el tamaño, después intensificando el uso práctico y por último ampliando la curiosidad del cirujano ortopeda. Años más tarde, en 1931, Finkelstein, Mayer y Burman, trabajando de forma individualista, comunicaron las primeras experiencias de la visión del interior de la rodilla. El creciente enardecimiento resultó de gran interés para empresas proveedoras de estos instrumentos que se aprovecharon de dicha situación y fueron mejorando los artroscopios y los instrumentos relacionados durante las siguientes décadas.

Considerables trabajos de los años 70 y 80 establecieron el valor de la artroscopia, tanto en el tema diagnóstico como en el tratamiento de enfermedades. (Arenas 1). En España se introduce a finales de los años 70, concretamente en 1976 con el Artroscopio “Watanabe 21”. Las primeras intervenciones quirúrgicas mediante artroscopia fueron de rodilla, pero médicos como Dandy, Carson o Guillén, las ampliaron a otras articulaciones como son tobillo, codo, hombro... y su continuo crecimiento ha sido tan universal que existen en la actualidad Sociedades Nacionales de Artroscopia en todos los países del mundo.

2 Objetivos

Explicar la técnica de la artroscopia de hombro. Peculiaridades y cuidados.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado diferentes fuentes documentales en internet. Las bases de datos y revistas digitales han sido Scielo, Medline, Médicos traumatólogos. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico, utilizando las palabras clave: “artroscopia de hombro”, “cirugía artroscópica de hombro”, “cirugía artroscópica”, “patologías artroscopia de hombro”, “ventajas artroscopia”, “inconvenientes artroscopia”. Se analizan y revisan textos de bibliografías y textos de estudios exclusivamente en español.

4 Bibliografía

1. Arenas, Jaime Paulos, and Figueroa Poblete. “Cirugía artroscópica”. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas* 23.2 (2018).
2. Mejía-Terrazas, Gabriel E., and Guadalupe Zaragoza-Lemus. “Anestesia para cirugía de hombro”. *Revista Mexicana de Anestesiología* 34.2 (2011): 91-102.
3. Carpignano, R.O.D.O.L.F.O. “Patología del espacio subacromial”. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 61 (1996): 169-78.
4. Aparicio, J.L. “Lesiones del manguito rotador del hombro.” *Rev Asoc Arg Ortop Traumatol* 63.1 (1998): 35-40.
5. Lapera, Miguel F. “Inestabilidad de hombro Terapéutica artroscópica.” *Rev. Argent. Artrosc* 2.4 (1995): 228-237.

6. Almazán, Arturo, et al. "Tratamiento artroscópico de la osteoartritis: rodilla y hombro". *Reumatología Clínica* 3 (2007): S44-S49.
7. Coudane, H., F. Claudot, and P. Hardy. "Artroscopia de hombro. Colocación, vías de acceso y exploración normal." *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Ortopedia y Traumatología* 1.1 (2009): 1-13.
8. Traumatológicas, IMSS, et al. "Reconstrucción artroscópica de la luxación recurrente del hombro vs. Cirugía abierta".
9. Marco, F., et al. "Cirugía abierta frente a cirugía artroscópica en el tratamiento de la inestabilidad anterior de hombro." *Rev Esp Cir Osteoart* 30 (1995): 130-137.
10. Alepuz, E. Sánchez, et al. "El presente de la cirugía artroscópica. ¿Dónde está el límite?". *Revista Española de Cirugía Osteoarticular* 49.257 (2014)

Capítulo 944

CISTOGRAFÍA ISOTÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍAS RENALES

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

En las últimas décadas se ha incrementado considerablemente el número de exámenes de Medicina Nuclear. El crecimiento puede ser debido a los procedimientos, al amplio margen de seguridad, los bajos efectos adversos, la fácil ejecución y el elevado rendimiento diagnóstico, ya que a la vez se proporciona información anatómica y funcional y todo ello convierte a la medicina nuclear en un excelente método de estudio.

El diagnóstico precoz de distintas patologías es importantísimo para la trascendencia en el futuro del órgano afectado, de tal manera que la obtención diagnóstica precoz condiciona de manera decisiva el tratamiento a seguir por los pacientes.

Habitualmente las exploraciones de Medicina Nuclear suelen ser prolongadas por lo que se deben de utilizar distintas técnicas de inmovilización (almohadas, cinturones, sacos de vacío...) para así garantizar la realización correcta de la prueba. En el caso de pacientes pediátricos existe un protocolo de sedación por si fuese necesario. (Izquierdo, L. Díaz, and A. Manrique Legaz et al 1)

Una de las técnicas de imagen en medicina nuclear para patologías renales es la cistografía isotópica, en la que se estudian uréteres y vejiga. En niños con infecciones urinarias evalúa la presencia de reflujo vesicouretral. Los estudios isotópicos tienen menor resolución anatómica que la cistouretrografía radiológica, pero tiene mejor sensibilidad y menor dosis de radiación en gónadas. (Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta et al 2) . El reflujo vesicouretral se define como el paso retrógrado no fisiológico de la orina desde la vejiga al uréter. Se denomina secundario si está ocasionado por una clara causa patogénica, como ocurre en los procesos obstructivos uretrales de causa anatómica (válvulas de uretra posterior) o funcional (vejiga neurógena) y se denomina primario cuando no existe una causa evidente y se supone que es debido a un defecto, anatómico o funcional, de la propia unión ureterovesical.

La importancia clínica del reflujo vesicouretral en los niños ha venido determinada por su asociación con la presencia de infecciones urinarias de repetición y el posible establecimiento de un daño renal crónico que conduzca a la progresión a insuficiencia renal. Las malformaciones renales, y entre ellas el reflujo vesicouretral, siguen siendo la principal causa de enfermedades renales crónicas en el niño y, por tanto, el manejo cuidadoso de estos pacientes a largo plazo es una pieza clave en políticas de prevención de la insuficiencia renal terminal. Por otra parte en pacientes con reflujo vesicouretral puede existir daño renal asociado, denominado nefropatía del reflujo o nefropatía cicatricial, y que puede tener un origen congénito o adquirido. La nefropatía de reflujo congénita está presente en el diagnóstico del reflujo vesicouretral sin que haya existido un episodio de infección del tracto urinario previo, lo cual sugiere una alteración de la nefrogénesis, generando un cierto grado de hipoplasia-displasia renal. La nefropatía de reflujo adquirida es una consecuencia de la respuesta inflamatoria a un episodio de infección localizado en el parénquima renal, que desencadena un proceso cicatricial.

No existen síntomas clínicos que nos hagan predecir la presencia de un reflujo, por lo que su diagnóstico se realiza mediante la realización de una cistografía isotópica. (Subías, Joaquín Escribano, and Blanca Valenciano Fuentes et al 3)

Las imágenes renales que nos dan los estudios isotópicos nos permiten evaluar tanto el flujo sanguíneo, como el parénquima y la excreción renal. Se realizan diferentes estudios con diferentes radioisótopos dependiendo de la patología a estudiar, para poder dar el mejor diagnóstico posible.

Tanto la ecografía como la tomografía axial computerizada (TAC) abdominal dan información anatómica del sistema nefrouinario, pero solo se puede completar el diagnóstico con la evaluación fisiológica de los estudios isotópicos.

Se utilizan isótopos específicos que evalúan la función renal según su excreción, según sean unos u otros se utilizan distintos protocolos de estudio. (Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta et al 2)

En lo estudios de parénquima renal se utilizará como radiofármaco el Tc-99m-DMSA (Acido dimercaptosuccínico) y se tomarán imágenes estáticas que permitan ver la corteza renal y obtener resultados de su función renal por separado.

Este tipo de estudio determinara el diagnóstico:

- Determinará la función renal relativa
- La forma, el tamaño y la posición renal
- La pielonefritis aguda y crónica. La aguda es la mayor causa de morbilidad en niños con infecciones urinarias, puede conducir a cicatrices irreversibles y secuelas como hipertensión arterial e insuficiencia renal crónica. La captación del DMSA marcará el diagnóstico de la pielonefritis aguda
- Lesiones (tumores, quistes...), infartos renales, secuelas de nefropatía por reflujo, trauma renal

En los estudios de excreción renal se utilizará como radiofármacos el Tc-99m-MAG3 (Mercaptoacetilglicina) y el Tc99m-DTPA (Ácido Dietilentriaminopen-tacético). Ambos agentes permiten el estudio dinámico en dos fases: la fase Angiográfica que permite evaluar el flujo sanguíneo renal relativo y la Nefrográfica que evalúa la función y excreción renal. Ambos agentes se diferencian en los mecanismos de excreción, el MAG3 se excreta por filtración glomerular y secreción tubular y por ello está indicado en niños y pacientes con insuficiencia renal, transplantados renales y para evaluación de hipertensión renovascular. El DTPA solo se excreta por filtración glomerular. (Cavagnaro, S. M., et al 4).

Para la cistografía isotópica existen dos métodos:

- Método directo: se cateteriza al niño en condiciones asépticas y se introduce el trazador (Tc-99m-DTPA) junto con suero fisiológico hasta que alcance la capacidad vesical. Se realizan imágenes dinámicas durante la fase de llene vesical, micción y postmicción. Este método permite realizar varios llenes vesicales y re-

quiere de menor cooperación por parte del paciente. (Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta. et al 2). La adquisición de las imágenes se realiza de forma continua desde el comienzo hasta la fase de máxima presión vesical con el paciente en decúbito supino y la gammacámara sobre el abdomen. (Alonso Usabiaga, Ignacio, et al 5)

-Método indirecto: técnicamente es más fácil para el paciente y no invasivo, se realiza a continuación de un estudio con DTPA o MAG3 (renograma), cuando la actividad pasa desde los riñones a la vejiga. Se obtienen imágenes dinámicas de la micción y postmicción. Su utilidad se ve limitada para pacientes con hidronefrosis y sin control de esfínteres, ya que se necesita la colaboración del paciente que debe ser capaz de retener la orina y vaciar la vejiga cuando se le indique. (Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta et al 2)

2 Objetivos

Explicar la utilidad y fundamento de la evaluación radioisotópica.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se han realizado búsquedas en bases de datos, revistas, congresos y publicaciones varias de todo el mundo con el afán de recopilar información precisa sobre el tema. Tanto los artículos consultados como los estudios estadísticos al respecto avalan la veracidad de todo lo expuesto. Se han consultado revistas extranjeras y asociaciones pediátricas, así como clínicas y hospitales donde se realizan los estudios.

4 Resultados

En pacientes con reflujo vesicouretral se analizan los resultados obtenidos con esta técnica en comparación con los obtenidos por cistografía miccional, el método habitual. Ambas técnicas son complementarias, siendo superior el método radiológico en la cualificación morfológica de la anomalía subyacente al reflujo. La principal ventaja de la técnica con radioisótopos se basa en su reducida radiotoxicidad unida a un alto porcentaje diagnóstico y posibilidad de cuantificación de valores volumétricos. La utilización de la cistografía isotópica adquiere máximo interés en el control seriado de reflujo vesicouretral subsidiarios de tratamiento médico conservador. (Cortázar, José Cruz Fombellida, et al

6).

Ambos métodos permiten la evaluación dinámica vesical a través del cálculo del volumen residual urinario, el que se obtiene por el volumen orinado en ml y las cuentas obtenidas de la capacidad vesical total y la actividad residual.

Además se puede evaluar a que volumen de orina ocurre el reflujo vesicouretral, existiendo un pronóstico favorable si éste se presenta con volúmenes cada vez mayores en estudios sucesivos. (Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta. Et al 2).

5 Discusión-Conclusión

Después de toda la investigación realizada sobre el estudio de la cistografía isotópica, concluiré diciendo que esta técnica es un gran avance, sobre todo en el diagnóstico precoz a pacientes pediátricos, es una prueba diagnóstica definitiva y la más importante a nivel de seguimiento una vez diagnosticado y puesto a tratamiento.

Las técnicas de imágenes isotópicas constituyen una importante herramienta en el estudio de algunas patologías del riñón y vías urinarias. Las infecciones del tracto urinario en la infancia son una de las patologías bacterianas más frecuentes. La posibilidad de afectación del parénquima renal y de secuelas a largo plazo, junto con su potencial asociación con anomalías del tracto urinario, aumenta aún más su importancia. (González, MA San José, and Pilar Méndez Fernández et al 7).

Permite estudiar las anomalías estructurales y su impacto funcional, realiza estimaciones de perfusión y función renal, dinámica vesical y presencia de reflujo vesicouretral. (Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta et al 2)

6 Bibliografía

- 1.Izquierdo, L. Díaz, and A. Manrique Legaz. "Estudios isotópicos en nefrourología pediátrica." *Revista Española de Medicina Nuclear* 23.3 (2004): 207-227.
- 2.Jofré, M., M. Josefina, and Paulina Sierralta. "Medicina nuclear en el tracto nefrourinario." *Revista chilena de radiología* 8.2 (2002): 59-62
- 3.Subías, Joaquín Escribano, and Blanca Valenciano Fuentes. "Reflujo vesicouretral." *AEP protocolos* 1 (2014): 269-81.

4. Cavagnaro, S. M., et al. "Hidronefrosis perinatal: enfoque diagnóstico." *Revista chilena de pediatría* 67.6 (1996): 282-286.
5. Alonso Usabiaga, Ignacio, et al. "Técnicas de imagen en el reflujo vesicoureteral." *Archivos Españoles de Urología* (Ed. impresa) 61.2 (2008): 135-146.
6. Cortázar, José Cruz Fombellida, et al. "La cistografía isotópica directa en el estudio del reflujo vesicoureteral." *Anales españoles de pediatría: Publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)* 11.1 (1978): 49-62.
7. González, MA San José, and Pilar Méndez Fernández. "Infección urinaria en la infancia y pruebas de imagen: hacia un nuevo modelo." *Galicia Clínica* 70.3 (2009): 13-24.

Capítulo 945

APORTACIÓN DEL PET/TAC 18F-COLINA EN EL CANCER DE PRÓSTATA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

La próstata es una glándula exocrina tubuloalveolar, de consistencia dura que rodea la porción inicial de la uretra masculina. (Ruiz et al 2).

La histología de la próstata humana consta de un tejido glandular inmerso en otro fibro-muscular. El crecimiento de estos tejidos hace que aparezca la HPB (hiperplasia prostática benigna) causando modificaciones en la estructura organizacional de la próstata. A consecuencia de esas modificaciones surgen los nódulos hiperplásicos que, en el 70% de los casos, ocurre en la zona de transición (lóbulo mediano) y acaban estirando las demás regiones peri uretrales. El primer paso para el desarrollo de la HPB sería la proliferación localizada del estroma fibromuscular; incluyendo alteraciones importantes en los fibroblastos de los capi-

lares, del estroma fibromuscular y de la composición de los glicosaminoglicanos. (Babinski et al 1).

El cáncer de próstata es una neoplasia hormono-dependiente y deriva del epitelio acinar y ductal de la próstata. Se clasifica por grados utilizando el sistema Gleason, siendo el grado 1 cuando el tejido canceroso se asemeja mucho al normal de la próstata y el grado 5 cuando las células cancerosas y su crecimiento son muy anormales. Se diagnostica con un examen físico general a través de un tacto rectal y una prueba sérica del antígeno protático específico (PSA), Siendo sus valores casi mínimos en varones normales y elevados en varones con cáncer de próstata . (Ruiz et al 2).

El PET/TAC es un equipo híbrido que proporciona una combinación de la información metabólica (PET) y la información morfológica (TAC) de la imagen en una sola exploración. Es una técnica de diagnóstico basada en la obtención de imágenes tomográficas tridimensionales de la distribución de un radiofármaco de vida media corta en el organismo; proporcionándonos así información de la actividad metabólica de diversos órganos y tejidos (proliferación celular, transporte de aminoácidos, metabolismo de proteínas y glucosa,...). También podemos obtener información sobre el consumo de oxígeno y el flujo sanguíneo. (Cobo Rodriguez Amparo 3).

La PET con 18F-FDG es utilizada para el estudio de distintos tumores con unos resultados excelentes, sin embargo presenta una serie de limitaciones para el cáncer de próstata, encontrando en otro radiofármaco (18 F-Fluorocolina) la solución para salvar estas limitaciones ya que ha demostrado una mayor captación que la 18F-FDG tanto en el tumor primitivo como en el metastásico. (Atienza Merino Gerardo 5).

La colina participa en el transporte y metabolismo del colesterol así como de los mecanismos de señalización transmembrana, y es necesaria para la síntesis de fosfolípidos de las membranas celulares. Las células tumorales se duplican muy rápidamente produciendo un incremento de la biosíntesis de las membranas celulares y por consiguiente un aumento de la captación de colina y la actividad de la colina-quinasa. La 11C-colina presenta grandes ventajas en la valoración de las neoplasias urológicas debido a la baja excreción urinaria frente a la 18F-FCH que presenta una ligera excreción a los 3-5 minutos de su administración; sin embargo, debido a su corta vida media (20 minutos), la 11C- colina presenta problemas logísticos donde sólo se dispone de uno o ningún ciclotrón en el centro, mientras que la 18F-FCH puede ser almacenada y distribuida a distancia al tener

una vida media de 109,8 minutos pudiendo así un único ciclotrón suministrarla a varios centros sanitarios. (Rodríguez et al 4).

La obtención de imágenes una hora después de la administración de radiofármaco mejora la discriminación entre regiones malignas y benignas, siendo útil para el diagnóstico primario de la enfermedad localizando las áreas de malignidad en pacientes con cáncer de próstata. A su vez, también nos proporciona información sobre el diámetro del tumor al estar éste correlacionado directamente con el SUV (valor máximo estandarizado de captación)

La PET/TAC con 18F-FCH tiene una mayor sensibilidad en la afectación ósea que la TC, detectando así lesiones en cuerpos vertebrales por infiltración medular, lesiones de carácter mixto e incluso lítico. Cuando hay una sospecha de recidiva (elevación de la PSA), la PET/TAC es determinante cuando otros métodos de diagnóstico por imagen no son concluyentes para la localización de la recidiva. Con la PET/TAC se re-estadifica el cáncer de próstata ante una recidiva ganglionar pudiendo así proporcionar la alternativa terapéutica mejor para paciente. (Rodríguez et al 4).

También es de gran utilidad para evaluar la respuesta a un tratamiento, comparando estudios pre y post-tratamiento al detectar disminución de captación cuando apenas hay evidencias de cambios morfológicos, dando así una respuesta metabólica precoz al tratamiento. La PET/TAC 18F-colina juega un papel importante en la planificación del tratamiento con radioterapia para disminuir la radiación a la vejiga y recto delimitando los focos dominantes intraprostáticos. (Rodríguez et al 4).

2 Objetivos

El objetivo principal es evaluar la eficacia diagnóstica de la PET/TAC 18F-Colina en el diagnóstico principal, estadificación, re-estadificación y detección de metástasis del cáncer de próstata.

3 Metodología

Se han realizado diferentes búsquedas en revistas digitales tanto nacionales como internacionales, revistas de medicina nuclear (ELSEVIER, SEMNIM) en estudios de diferentes universidades como la Universidad Complutense de Madrid, Universidad de la Rioja, Universidad de Cantabria; en artículos de otros hospitales

nacionales e internacionales; en publicaciones de la SERAM. Otras fuentes utilizadas son las búsquedas en Google académico de artículos y estudios realizados con anterioridad utilizando como palabras clave: “próstata”, “cáncer de próstata”, “PET/TAC”, “18F-colina”, así como estudios y casos de pacientes comentados con médicos nucleares de nuestro centro de trabajo.

4 Resultados

Se ha observado que el diagnóstico del cáncer de próstata suele ser tardío al ser prácticamente asintomático al principio de la enfermedad, por lo que la mayor parte de éstas neoplasias se suelen detectar cuando ya está en una fase avanzada o de forma casual mediante un test de cribado (Gracia Alejandro Andrés 6). Es importante administrar el tratamiento más adecuado con el menor riesgo para el paciente siendo la PET/TAC una herramienta de gran utilidad para la caracterización y localización de las lesiones debido a la baja sensibilidad de otras técnicas de imagen anatómicas como la TC y RM en la detección de adenopatías infiltradas dependiendo básicamente de que exista un aumento de tamaño de los ganglios linfáticos.

La F18-colina es el radiotrazador más utilizado para la evaluación del cáncer de próstata ya que ha demostrado una mayor captación que el 18F-FDG y posee una vida media superior a la 11C-colina.

El estudio PET/TAC 18F-colina es útil en las diferentes fases del cáncer de próstata: - define el diagnóstico proporcionando una correcta estadificación para seleccionar el tratamiento más adecuado; -evalúa de forma precóz posibles recidivas tras el tratamiento primario, -muestra la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento sobre todo en los pacientes que presentan un aumento de valores del PSA.

5 Discusión-Conclusión

En base a la revisión bibliográfica utilizada podemos decir que la PET/TAC 18F-colina es un estudio diagnóstico de gran utilidad en pacientes con cáncer de próstata en todas sus fases: diagnóstico primario, recidivas locales y ganglionales, estadificar y re-estadificar la enfermedad, localización de metástasis, planificación de radioterapia... aportando así información para administrar al paciente el tratamiento más adecuado.

6 Bibliografía

1. Babinski, M. A., et al. "Morfología y fracción del área del lumen glandular de la zona de transición en la próstata humana." *Revista chilena de anatomía* 20.3 (2002): 255-262.
2. Ruiz López, Ana Isabel, et al. "Actualización sobre cáncer de próstata." *Correo Científico Médico* 21.3 (2017): 876-887.
3. Cobo Rodríguez, Amparo. Utilidad de la PET-CT 18F-Colina en los pacientes con recidiva bioquímica de cáncer de próstata. Diss. Universidad Complutense de Madrid, 2019.
4. Rodríguez, Manuel Recio, et al. "Imagen molecular del carcinoma de próstata: PET/TAC con 18 F-colina." (2014).
5. Atienza Merino, Gerardo. "Papel del PET/TAC con radiofármacos análogos de la colina en el diagnóstico y estadificación del cáncer de próstata." (2012).
6. Gracia, Alejandro Andrés. Aportación de la exploración 18f-fluorcolina pet/tac en pacientes con cáncer de próstata y recaída bioquímica. Diss. Universidad de Zaragoza, 2016.

Capítulo 946

EVALUACIÓN Y CONTROL DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

SABRINA ZANGO POZO

NEREA MORAIS ALVAREZ

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

1 Introducción

Los profesionales del área sanitaria constituyen un grupo de personas que por su entorno laboral pueden ver comprometida su salud en multitud de ocasiones y por diversos riesgos ya sea su origen de tipo químico, físico, biológico... entre otros. El riesgo biológico suele ser el más significativo debido a la continua relación de proximidad entre profesional sanitario y paciente enfermo (de forma directa o indirecta), a la manipulación de materiales sépticos y a la profanación microbiológica en general de sus áreas de trabajo, principalmente en los laboratorios que en su día a día manejan sistemáticamente muestras de líquidos y fluidos corporales (sangre, orina, heces...) infectadas.

Una formación continuada y actualizada en Prevención de Riesgos, aportaría a los técnicos, los conocimientos suficientes para actuar con precaución ante los posibles riesgos.

Diferenciamos sutilmente entre “peligro” y “riesgo”, puesto que muchas veces se utiliza una u otra palabra refiriéndose al mismo concepto; lo primero es todo aquello que pueda comprometer a la salud del individuo o de la comunidad, mientras que el “riesgo” se refiere a la probabilidad de que el peligro o daño ocurra y a la gravedad del mismo, lo que lo convierte en un término cuantificable (1).

2 Objetivos

Nuestro objetivo principal a la hora de realizar esta revisión bibliográfica es determinar cuáles son los riesgos biológicos que podemos encontrarnos a la hora de trabajar en un laboratorio de Microbiología Clínica y evaluar el grado de peligrosidad y de afectación con respecto al personal expuesto a dichos riesgos, teniendo en cuenta qué medidas de prevención existen actualmente que nos puedan ayudar a minimizarlos y su posterior gestión residual.

3 Metodología

Para lograr la finalidad de nuestro capítulo, hemos realizado una investigación bibliográfica centrandó nuestra búsqueda en diversas bases de datos científicos como Google Académico, Medline y otros artículos obtenidos en SciELO.

Algunas de las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: riesgos biológicos, bioseguridad, agentes microbiológicos, prevención en los laboratorios, gestión de riesgos biológicos...

El rango de tiempo empleado para la síntesis de información, lo posicionamos entre el 28 de Noviembre y el 10 de Diciembre de 2019. Fueron seleccionados aquellos artículos más actuales y que guardaban mayor relación con el tema en cuestión.

4 Resultados

En un laboratorio de Microbiología Clínica, la tarea más representativa, es la de identificar aquellos microorganismos patógenos que han sido aislados a partir de muestras recogidas de un paciente presuntamente infectado, para así poder conocer la sensibilidad que éstos tienen a los antibióticos. Por lo tanto, la labor realizada por un trabajador de un laboratorio de Microbiología Clínica implica diferentes riesgos que pueden causar daño a la salud de dichos trabajadores (2).

Los accidentes físicos o químicos son los más comunes, teniendo en cuenta los métodos y prácticas realizadas diariamente, el material e instrumentación que se utiliza y las propias condiciones de trabajo, lo que no podemos es actuar centrándonos únicamente, a la hora de hablar de prevención de riesgos en el laboratorio, en seguridad biológica sin tener en cuentas los demás riesgos. Lo que sí es verdad, es que los riesgos biológicos son los más importantes y que una adecuada forma de proceder en los laboratorios por parte de los técnicos, manejando con máxima precaución las muestras con agentes biológicos de diverso nivel de peligrosidad evita que estos no supongan un peligro para su salud, siempre cumpliendo la normativa preventiva establecida para su seguridad (2,3).

Lo que se pretende al tener el máximo conocimiento de las medidas de prevención de riesgos, no tiene otro objetivo que el de minimizar que el personal del laboratorio se exponga a microorganismos potencialmente peligrosos y con ello evitar una propagación a visitantes, a la comunidad en general y al medio ambiente.

Teniendo en cuenta que el riesgo, sea cual sea su naturaleza, es imposible de eliminarlo en su totalidad (puesto que muchos de ellos suceden de forma imprevisible), lo fundamental sería conseguir reducirlo hasta un nivel que no comprometa la salud del personal del laboratorio de Microbiología Clínica expuesto a materiales peligrosos que les suponga dicho riesgo.

En España, la protección de los trabajadores ante los riesgos biológicos viene reflejada en el Real Decreto 664/97 y su posterior adaptación incluida en la Orden de 25 marzo de 1998 (4,5).

En dicho Decreto, se clasifican los agentes biológicos en cuatro grupos, según el riesgo o grado de infección:

- Agente biológico del grupo 1, es aquel que es poco probable que cause una enfermedad en el hombre.
- Agente biológico del grupo 2, puede causar enfermedad en el hombre y suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable su propagación a la colectividad para el que existe generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico del grupo 3, aquel que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio problema para los trabajadores, con riesgo de propagarse a la colectividad, existiendo generalmente, profilaxis o tratamiento eficaz.
- Agente biológico del grupo 4, es aquel que, causando enfermedad grave en el hombre, supone un serio problema para los trabajadores, con muchas probabili-

dades de que se propague a la colectividad, y sin que exista frente a él, generalmente, profilaxis o tratamiento eficaz (3).

En el laboratorio de Microbiología, la mayor parte de los microorganismos manipulados pertenecen al grupo 2 y el nivel de contención mínimo exigido sería también el 2 para este tipo de laboratorios. Los niveles de contención o bioseguridad se dividen en 4 al igual que los grupos de riesgo, coincidiendo el nivel básico 1 de contención con el grupo 1 de riesgo, nivel básico 2 de contención con el grupo 2 de riesgo y los niveles 3 y 4 de contención con los grupos 3 y 4 de riesgo respectivamente. Según se avanza en niveles de riesgo se incrementa el nivel de contención y por consiguiente se utilizan cada vez equipos de seguridad más apropiados al riesgo que acontece.

Evaluación del riesgo biológico en el laboratorio de microbiología

La Evaluación del Riesgo Biológico es conocido como el proceso por el cual se identifica la peligrosidad de los agentes infecciosos conocidos o de los materiales potencialmente infecciosos (incluyendo agentes desconocidos), las tareas que puedan exponer al trabajador o a otras personas al agente infeccioso, la probabilidad de que tal exposición genere una infección y las consecuencias de ésta para la salud (6).

La evaluación del riesgo orientará en la forma de identificar el nivel de seguridad a aplicar y, por consiguiente, a la elección de las prácticas más seguras y los equipos de protección más adecuados. Incluso tener que realizar cambios estructurales más apropiados para el laboratorio.

Los factores más importantes a la hora de evaluar los riesgos son:

1) Peligrosidad del propio agente infeccioso. Se valoran de forma cualitativa, incluyéndolos en uno de los 4 niveles de peligrosidad, comentados anteriormente; y cuantitativamente, en función de como es la vía de transmisión, la dosis que cause infección, la adaptación en el medio ambiente, la habitabilidad en posibles hospedadores y la naturaleza endémica del agente en cuestión.

2) Peligros relativos al procedimiento. Es importante saber cuáles son las principales vías de contagio en el laboratorio: a) Inoculación parenteral (pinchazos, cortes...) b) Salpicaduras y derrames sobre piel y mucosas. c) Ingesta accidental. d) Mordeduras y arañazos de animales. e) Inhalación de aerosoles (tamaño < 5 micrómetros) Esta última es, probablemente, la más significativa, ya que suele estar presente en muchos procedimientos del laboratorio, poniendo en peligro no sólo a los trabajadores del laboratorio sino a otros que accedan a él; muy importante hacer buen uso de las medidas de contención, porque en este caso suele

no evidenciarse la fuente productora del accidente.

3) Peligros relacionados con las prácticas de trabajo, equipos de seguridad e infraestructuras. El uso adecuado y la máxima conciencia, a la hora de realizar una técnica depurada por parte del personal del laboratorio, suponen unas de las principales herramientas en la prevención de accidentes biológicos. También, disponer de equipos de seguridad adecuados (utilizándolos correctamente) y de unas infraestructuras oportunamente acondicionadas, todo ello contribuye en una correcta evaluación del riesgo y en llevar un control de éste a posteriori (6, 7, 8).

Prevención y control de riesgos biológicos

Para minimizar el riesgo potencialmente peligroso que supone estar en contacto con material infeccioso dentro del laboratorio, se deben aplicar rigurosamente las medidas de contención ante riesgos biológicos (bioseguridad), que se dividen principalmente en dos grupos:

- Medidas de contención primarias: dirigidas a la protección del trabajador y su entorno más próximo, como son los Equipos de Protección Individual (EPI), las Cabinas de Seguridad Biológica (CSB), las campanas de gases, las cubetas de seguridad de las centrifugas y el uso de recipientes cerrados y otros sistemas de ingeniería destinados a eliminar o minimizar las exposiciones a materiales biológicos peligrosos (2, 3, 9, 10, 11).

Los EPI minimizan el riesgo de exposición al riesgo biológico; los más empleados en el laboratorio de Microbiología son las batas, pijamas, monos, delantales de plástico, calzado, patucos, gafas de protección y de seguridad, pantallas faciales, respiradores y guantes. Las CSB están destinadas a la protección del trabajador, del ambiente y del propio material, siempre que se utilicen correctamente (si no es así, incluso pueden ser contraproducentes). La protección brindada por estas se basa en las barreras o cortinas de aire en flujo laminar, generadas mediante un sistema impulsor, y en el paso del aire circulante a través de filtros HEPA (High Efficiency Particulate Airborne). Existen 3 clases de CSB y se clasifican según sus características constructivas y de operación: las de clase I proporcionan protección al operador y al ambiente, pero no al producto; las CSB de clase II, son las más habituales en los laboratorios y protegen a todos ellos gracias a la filtración HEPA y al flujo de aire vertical. Las de clase III permiten trabajar con microorganismos altamente infecciosos y realizar operaciones de alto riesgo que se llevan a cabo en un receptáculo cerrado en su totalidad (8, 12).

- Medidas de contención secundarias: orientadas a proteger el ambiente del labo-

ratorio mediante el diseño y construcción de unas infraestructuras adecuadas, protegiendo tanto al personal del laboratorio como al que provenga de fuera (celador, administrativo, enfermeros...) Debe estar correctamente diseñado y debidamente señalizado cada área laboral atendiendo al riesgo que supone cada una de ellas (3).

Atendiendo a la capacidad que tienen los agentes biológicos para provocar enfermedades y por ello suponer un riesgo laboral, la bioseguridad nos indica cual es el procedimiento a seguir con el fin de evitar el contacto no voluntario con el material biológico o su liberación accidental, pudiendo verse afectadas todas las tareas que se realicen en el laboratorio.

Tras una adecuada evaluación del riesgo biológico en el laboratorio de Microbiología, se adoptarán las medidas de contención correspondientes según la vía de transmisión. Lo primordial, es el uso apropiado de los EPI y de las CSB y efectuar las mejores prácticas en cuanto a la manipulación de las muestras biológicas en el laboratorio. En el caso de no disponer de alguno de ellos, se deberán solicitar a la Dirección del Hospital, pues es de uso obligatorio por normativa legal. Deberá de estar al alcance de los trabajadores sanitarios (en este caso del laboratorio), un adecuado Plan de Formación y un Manual de Seguridad, en los cuales vengán reflejados los procedimientos técnicos, de obligado cumplimiento, para llevar a cabo unas prácticas en el laboratorio microbiológico en rigurosas condiciones de seguridad. Es fundamental, que la formación de los trabajadores sea actualizada de forma continua.

Del mismo modo, el laboratorio debe estar en posesión de un plan de actuación en caso de accidente, incluyendo toda la información necesaria acerca del modo de proceder en el caso de que se produzca, y estar situado en un lugar visible para todos. En este plan deben aparecer los siguientes supuestos: a) accidente por contacto; b) accidente por inhalación; c) accidente eléctrico; d) accidente térmico; e) accidente por ingestión, y f) accidente por inoculación o corte. Las emergencias más comunes suelen ser los derrames de agentes químicos y biológicos y los conatos de incendio. Los incendios pueden conllevar unos procesos de actuación más complicados, incluso tener que recurrir a servicios externos o considerar la evacuación de personal. En cuanto a los derrames, lo primero que se debe hacer es avisar al responsable del laboratorio, evitar cuanto antes la continuidad del derrame y aislar la zona debidamente. Se deberá acudir lo antes posible al Servicio de Urgencias pero no sin antes seguir estas pautas:

- Si el contacto con el agente infeccioso fue a través de la piel, lavar con abundante

agua y jabón y desprenderse de la ropa contaminada a la mayor brevedad.

- Si lo ocurrido fue por salpicadura en los ojos, lavar con abundante agua y en caso de llevar lentillas, quitarlas inmediatamente (el uso de lentillas en el laboratorio, está prohibido).
- Ante una inoculación accidental, lavar con abundante agua y jabón y dejar fluir la sangre.
- En el caso de generar aerosoles, restringir el acceso al lugar infectado, ventilar adecuadamente y limpiar la zona (2).

Gestión de residuos

Es de real consideración dentro de la bioseguridad en un laboratorio de Microbiología, la gestión de los residuos que se generan con las prácticas propias del laboratorio. La gestión óptima de residuos se basa en la prevención o minimización de su producción, la separación según sean infecciosos o no y en su almacenamiento idóneo hasta que puedan ser transportados adecuadamente para su eliminación. Lo habitual, es que una empresa externa contratada por el hospital se encargue de la retirada, el almacenamiento, el transporte y la eliminación de los residuos generados. No debemos olvidar que las primeras fases en las que se generan dichos residuos se producen dentro del laboratorio y es el propio personal de éste el que debe de responsabilizarse de su correcta gestión, hasta el momento de su transporte al exterior del hospital, tras recibir la formación adecuada para realizarlo correctamente. Se recomienda realizar un Plan de Gestión tanto de residuos químicos como infecciosos que abarque los siguientes aspectos:

- a) Estrategias de prevención y minimización de la generación de los residuos.
- b) Segregación de los residuos infecciosos de los no infecciosos.
- c) Identificación y tipificación de los residuos infecciosos y su riesgo relativo en los depósitos intermedios.
- d) Normas de señalización, rotulación, almacenamiento y transporte hasta los depósitos finales.
- e) Plan de formación de todas las personas expuestas a estos residuos.
- f) normas de actuación en caso de vertidos o roturas accidentales.
- g) plan de contingencia ante el fallo de las medidas de contención habituales.

En el caso de accidente relacionado con los residuos, como productos del laboratorio que son, el plan de actuación deberá recogerse también y ser coherente con en el Plan de Emergencia del laboratorio.

Los residuos generados en los laboratorios de Microbiología se clasifican en diferentes categorías de acuerdo con su peligrosidad. En general, la normativa legal de gestión de residuos, es bastante uniforme entre las distintas comunidades autónomas y sigue las directrices de la directiva marco de la Comunidad Europea 2008/98/CE (13). La mayor parte de los residuos que se gestionan en el labo-

ratorio son semejantes a los residuos urbanos y pueden ser eliminados por esta vía sin el concurso de gestores externos, con los respectivos costes que conlleva. Los residuos peligrosos deben ser igualmente segregados en los diferentes contenedores (objetos punzantes y cortantes, biosanitarios, etc.), particularmente la eliminación de los residuos citostáticos, que disponen de circuitos especiales de tratamiento.

Se debe proceder al almacenamiento y al transporte, siempre minimizando el riesgo de exposición y contacto con el personal; habilitando lugares de almacenamiento especialmente dispuestos para ello y no superar las 24 h de almacenamiento.

El método de almacenamiento más utilizado es la congelación, tanto en el rango de $-5\text{ }^{\circ}\text{C}$ a $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ como en temperaturas cercanas a $-80\text{ }^{\circ}\text{C}$, así como en nitrógeno líquido. Al referirnos al transporte y envío de material biológico, podríamos definirlo como «mercancías peligrosas» o «sustancias infecciosas». El documento de referencia es WHO/EMC/97.3 de la Organización Mundial de la Salud, en el que se definen las normas establecidas para el transporte seguro de sustancias infecciosas y muestras biomédicas (14).

En general, la mayor parte de envíos que se generan en el laboratorio (muestras biológicas, cepas bacterianas) responden a la categoría «UN 3373 Sustancia biológica categoría B». Aunque es lógico que este tipo de residuos requieran condiciones de empaquetado y etiquetado particulares, cada día es más fácil disponer de envases normalizados y que las empresas de mensajería regularicen el transporte de este tipo de envíos.

5 Discusión-Conclusión

Para poder actuar con prudencia y llevar un óptimo control de los posibles riesgos biológicos que puedan representar un peligro para el personal sanitario (sea cual sea su área, pero en particular el personal de laboratorio), tienen el deber y la obligación de estar en conocimiento de que el riesgo siempre está presente y mantener un aprendizaje constante para poder llevar a cabo el cumplimiento de todas y cada una de las normativas que van siendo actualizadas y que están vinculadas directamente a la seguridad en la salud laboral, con el principal objetivo de evitar los riesgos o minimizarlos en la medida de lo posible; pues en el caso contrario, daría lugar a un desenlace no deseado para sí mismo en cuestión de salud, además viéndose también afectado tanto su deber de compromiso por

hacer las cosas correctamente como su apta competencia laboral.

Lo fundamental sería realizar periódicamente exámenes de salud a los sanitarios de manera preventiva, que éstos asuman concienciación plena de autoprotección, identificar y valorar los posibles riesgos (biológicos o no) que aparezcan, para adaptar las técnicas microbiológicas utilizadas de manera que utilizando las medidas de contención apropiadas no supongan riesgo alguno al personal de laboratorio ni a nadie indirectamente.

6 Bibliografía

- [1] Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 1997. p. 16100–11.
- [2] Pérez Sáenz JL, Alados Arboledas JC, Borrel Solé N, Déniz Naranjo C, Mulet Aguiló X, Ruiz de Gopegui E. Manual de seguridad. Laboratorio de Microbiología Clínica. Madrid: Grupo de Gestión en Microbiología Clínica. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica; 2010.
- [3] OMS. Manual de bioseguridad en el laboratorio [Internet]. Available from: <http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/CDS>
- [4] REAL DECRETO 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. BOE nº 124 24/05/1997.
- [5] ORDEN de 25 de marzo de 1998 por la que se adapta en función del progreso técnico el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. BOE nº 76 30/03/1998.
- [6] Fleming DO. Risk assessment of biological hazards. En: Fleming DO, Hunt DL, editores. Biological Safety: Principles and Practice. 4th ed. Washington: ASM Press; 2006.
- [7] Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health. Biosafety in Microbiological and Biomedical Laboratories. 5th ed. Washington: Public Health Service; 2009.
- [8] World Health Organization. Laboratory Biosafety Manual. 3th ed. Geneva: World Health Organization; 2004.
- [9] Rojo-Molinero E, Alados JC, de la Pedrosa EGG, Leiva J, Pérez JL. [Safety in the Microbiology laboratory]. Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica.

2015 Jul;33(6):404-10.

[10] Miller JM, Astles R, Baszler T, Chapin K, Carey R, Garcia L, et al. Guidelines for safe work practices in human and animal medical diagnostic laboratories. Recommendations of a CDC-convened, Biosafety Blue Ribbon Panel. MMWR Suppl. 2012 Jan 6;61(1):1-102.

[11] INSHT. Guía técnica para la utilización de los trabajadores de los Equipos de Protección Individual [Internet]. Available from: <http://www.insht.es>

[12] Hernández A, Luna Mendaza P. NTP 233. Cabinas de seguridad biológica. Madrid:

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1989.

[13] Parlamento Europeo y Consejo Europeo. Directiva 2008/98/CE sobre los residuos y por la que se derogan determinadas Directivas. Diario Oficial de la Unión Europea. Documento 32008L0098.

[14] World Health Organization. En: Guidelines for the Safe Transport of Infectious Substances and Diagnostic Specimens. Documento WHO/EMC/97.3. Geneva: World Health Organization; 1997.

Capítulo 947

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO

PATRICIA FERNÁNDEZ AMORES

1 Introducción

Se define prevención de riesgos en el trabajo como "el conjunto de actividades, medidas adaptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir las posibilidades de que los trabajadores sufran daños derivados del trabajo, ya sean estos accidentes, enfermedades, patologías o lesiones".

2 Objetivos

- Identificar las situaciones de riesgo laboral en el personal sanitario.
- Describir las distintas medidas de prevención laboral y riesgos que pueden sufrir los sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos pertenecientes a estudios y libros relacionados con el tema tratado a través de bases de datos como Medline, Scielo y Dialnet. Se emplearon las siguientes fórmulas de búsqueda: "prevención de riesgos laborales", "riesgos laborales" y "riesgos sanitarios".

4 Resultados

- Las situaciones y riesgos relacionados con la seguridad en el sector sanitario son:

Riesgos relacionados con la seguridad del trabajo:

- Caídas de personas al mismo nivel.
- Caídas de personas a distinto nivel.
- Riesgos de golpes, choques y atrapamientos.
- Riesgos de cortes y pinchazos.
- Riesgo de caída de objetos.
- Riesgo eléctrico.
- Riesgo de incendio y explosión.

Relacionados con la higiene en el trabajo:

- Agentes físicos: radiaciones: Radiaciones no ionizantes. Radiaciones ionizantes.
- Agentes químicos.
- Agentes biológicos.

Riesgos laborales ergonómicos:

- Movilización de pacientes.
- Manipulación de cargas.
- Uso de pantallas de visualización de datos.

Riesgos laborales de carácter psicosocial:

- Estrés laboral, Burnout o “Síndrome de estar quemado”.
- Violencia en el lugar de trabajo.
- Factor de riesgo: horario laboral, trabajo a turnos y nocturno.

Para evitar y reducir riesgos laborales todos deberíamos seguir varias medidas de prevención entre ellas:

- La vacunación en el ámbito sanitario. Se aplica a todas las categorías profesionales.
- Implementar normas de higiene personal: no llevar anillos, pulseras, cadenas ni otras joyas durante la jornada laboral.
- El lavado de manos al comenzar y al finalizar la jornada, además de después de efectuar cualquier técnica que pueda implicar el contacto con material infeccioso, tras haber tocado sangre, fluidos biológicos, secreciones o excreciones y objetos contaminados, tanto si se llevan guantes como si no. Para el lavado rutinario se empleará agua y jabón, excepto en circunstancias concretas en las que se realizará

con sustancias antimicrobianas. Después del lavado se secarán con toallas de papel desechables.

- No comer, beber ni fumar en el área de trabajo.
- Utilizar equipos de protección individual como barrera: Guantes y batas para la protección de la piel. El uso de guantes no reemplaza al lavado rutinario de manos.
- Uso de mascarillas y gafas para las tareas en las que sean probables las salpicaduras de sangre, fluidos biológicos, secreciones y excreciones.
- No reencapsular las agujas ni objetos punzantes nunca, ni someterlos a ninguna manipulación que suponga un riesgo.

Los instrumentos punzantes o cortantes deben ser depositados en sus contenedores adecuados con tapa de seguridad. Se debe evitar llenarlos demasiado.

- Esterilización, limpieza y desinfección debe ser correcta para las superficies y el instrumental.
- Eliminar el material desechable mediante los mecanismos apropiados.
- También hay que decir que estos riesgos pueden afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario, pacientes o visitas.

5 Discusión-Conclusión

La prevención de riesgos laborales se encarga de eliminar o reducir en todo lo posible los riesgos profesionales mediante la comprobación de diferentes elementos que se encuentran en el puesto de trabajo. Determina que las condiciones son adecuadas y que cumplen con la normativa vigente evitando así accidentes para trabajar con el mayor bienestar y calidad.

6 Bibliografía

- 1. Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. J.J. Gestal Otero. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. 2003.
- 2. Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid. 2007.
- 3. COBO SÁNCHEZ, D. (2004): Introducción a la prevención de riesgos laborales. ISTAS, Madrid.
- 4. AA.VV (J.I. García Ninet, Dir.). (2005): Manual de prevención de riesgos laborales (Seguridad, Higiene y salud en el trabajo), Atelier, Barcelona.
- 5. BERNAL HERRER, J.L. (1996): Formación general de seguridad e higiene en el trabajo, Tecnos, Madrid.

- 6. F. Durán, F.G. Benavides coordinadores. Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevención en España Atelier, Barcelona (2004)

Capítulo 948

ESTUDIO DEL SISTEMA URINARIO: ¿UROGRAFÍA O UROTAC?

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

El aparato urinario es un conjunto de órganos encargados de producir la orina a través del cual se eliminan desechos del organismo al exterior. Está formado por las siguientes estructuras:

- Riñones: son los órganos secretores encargados de producir la orina.
- Uréteres: encargados de llevar la orina hasta la vejiga.
- Vejiga: es una bolsa muscular y elástica que acumula la orina antes de llevarla al exterior.
- Uretra: es el conducto que transporta la orina al exterior.

Tanto la urografía como el uroTAC son estudios radiológicos que sirven para la valoración y estudio del aparato urinario (malformaciones, inflamación, cálculos, hematuria, etc.)

2 Objetivos

- Determinar en qué consiste la urografía intravenosa y el Uro-TAC
- Establecer las diferencias entre ambas técnicas.
- Dar a conocer la función del técnico superior en imagen diagnóstica (TSID) en la realización de ambos tipos de estudio.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La urografía intravenosa es el estudio radiológico del aparato urinario a través de la inyección de un medio de contraste yodado en el organismo. En ella el TSID se encarga de la realización de varias radiografías abdominales :
 - . Inicial (sin contraste), para valorar la existencia de cálculos, que exista una limpieza correcta...
 - . Fase de nefrograma (justo después de la inyección de contraste) donde se ven los riñones llenos de contraste
 - . Posteriormente se realizan a los 10, 15 y 25 minutos de la inyección y se aprecia cómo va llegando el contraste hasta la vejiga.
 - . Al final del estudio se realiza una radiografía post-micción para valorar la completa eliminación del contraste.
- El uroTAC permite obtener imágenes multiplanares y tridimensionales de alta resolución espacial. Se realiza con contraste yodado , utilizando para ello un TC y ofrece una información muy detallada de los riñones, uréter y vejiga, resultando muy útil en la detección de lesiones y tumores, obstrucciones (por cálculos), en la detección de enfermedad renal poliquística y en la acumulación de líquido alrededor del riñón en la ubicación abscesos. El TSID es el encargado de realizar la prueba (así como las reconstrucciones si fueran necesarias).
- En ambos estudios el paciente debe acudir en ayunas, retirar los objetos metálicos de la zona de estudio, firmar el consentimiento informado, avisar si existe la posibilidad de estar embarazada y/ de ser alérgico al contraste.
- En la urografía intravenosa se obtendrán imágenes radiográficas en las diferentes fases en las que el contraste va llegando a la vejiga (una post- inyección , a los 10, 15 y 25 minutos y una final post evacuación para comprobar que el contraste se elimina correctamente). en caso necesario el radiólogo poder requerir la realización de proyecciones oblicuas).

- El UROTC ofrece múltiples imágenes axiales mientras entra en contraste en el organismo con la posibilidad de realizar reconstrucciones 3D.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad cada vez se utiliza más el UROTAC para el estudio del sistema urinario frente a la urografía convencional porque ofrece una elevada resolución de la zona de estudio, un mayor campo de visión y la detección de sutiles diferencias (que no se aprecian en la urografía). La desventaja que presenta el uso del TC es la elevada dosis de radiación que recibe el paciente.

Cada vez existen pruebas diagnósticas con mayor sensibilidad y especificidad, exigiendo una mejor formación del profesional sanitario para el mejor manejo diagnóstico y tratamiento del paciente.

6 Bibliografía

- Manual Técnico Superior en Imagen Para el Diagnóstico (Pnamericana).
- Proyecciones Radiológicas con correlación Anatómica. (Bontrager).
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 949

VALORACIÓN DE ESCOLIOSIS A TRAVÉS DE LA RADIOLOGÍA CONVENCIONAL

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

La escoliosis es una patología vertebral cada vez más prevalente en la sociedad, de causa multifactorial y que exige un correcto diagnóstico que incluye prueba de imagen como gold estándar. Se suele solicitar radiografías en anteroposterior (AP) o posteroanterior (PA) y lateral de la totalidad de la columna vertebral, donde el radiólogo tras una minuciosa valoración proporcionará el diagnóstico oportuno en función de la posible desviación de la columna. Es importante en todo el procedimiento, el trabajo del técnico superior en imagen diagnóstica (TSID) que debe utilizar un KV y adecuado al peso del paciente para lograr una imagen óptima para el mejor diagnóstico posible.

2 Objetivos

- Determinar qué es la escoliosis.
- Establecer las técnicas para la valoración de la escoliosis.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- La escoliosis es una curvatura lateral de la columna vertebral (que consta de vértebras cervicales, dorsales y lumbares) que se da a edades tempranas, antes de la pubertad. Se caracteriza por:
 - . Un hombro más elevado que otro.
 - . Un lado de la cintura más elevado que el otro.
 - . Una escápula más prominente que la otra.
- La valoración de la escoliosis se da a través de la realización de proyecciones anteroposterior (AP) o posteroanterior (PA) y lateral de la columna vertebral. Es preferible realizarla en PA por protección radiológica, para minimizar la dosis de radiación en cristalino, tiroides, mama y aparato reproductor). Las radiografías de la columna se realizan en bipedestación y a una distancia entre 1,50 y 1,80 metros y para ello se necesita:
 - . Equipo de rayos x (convencional o digital)
 - . Uso de parrilla intensificadora
 - . El paciente debe quitarse objetos metálicos, la ropa y el calzado (se le proporcionará un camisón)
 - . Utilización de protección gonadal.

5 Discusión-Conclusión

La radiología juega un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de la escoliosis. Una vez diagnosticada es necesario controlarla ya que puede derivar en mayores problemas de espalda, daños pulmonares y cardíacos (ya que la caja torácica puede presionar pulmones y corazón).

6 Bibliografía

- www.ilerna.es
- Manual Para Técnico Superior en Imagen Para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.

- Manual de Proyecciones Radiológicas (Bontrager).
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 950

EL LAVADO DE MANOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

CRISTINA SUAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El lavado de manos es una de las medidas de higiene más eficaz en la prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas dentro del ámbito hospitalario. Tener las manos limpias es la principal medida preventiva en la transmisión de microorganismos.

Se ha estimado que se producen 6000 muertes al año asociadas a las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, muchas de éstas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales sanitarios.

Está comprobado que la higiene de las manos es el método más simple y efectivo para reducir éste tipo de infecciones, que se pueden reducir hasta en un 50%. Hay dos técnicas principales en el lavado de manos hospitalarias, la técnica básica que es el lavado de manos ordinario ó aséptico y el lavado de manos quirúrgico, las cuales vamos a definir en este capítulo.

2 Objetivos

Describir los dos tipos de lavado de manos: ordinario o aséptico y quirúrgico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el lavado de manos.

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

4 Resultados

- Lavado de manos ordinario o aséptico:

Se debe realizar con agua y jabón normal siempre al entrar y salir del hospital. Comienza por la punta de los dedos y llega hasta las muñecas, con movimientos circulares insistiendo en los espacios interdigitales y las uñas. Aclarar las manos con las puntas de los dedos hacia abajo y secar con una toalla desechable. La duración es de 1 minuto.

Se debe hacer el lavado de manos aséptico:

- Antes y después de atender a cada paciente.
- Antes y después de asear a los enfermos.
- Antes de entrar y al salir de las habitaciones con aislamiento.
- Siempre que se toque material, superficies ó objetos contaminados.
- Antes y después de comer.
- Antes y después de ir al aseo.
- Antes de iniciar la jornada laboral y al finalizarla.

- Lavado de manos quirúrgico:

Se debe realizar antes de una intervención quirúrgica o antes de cualquier procedimiento que requiera alto grado de asepsia.

- Se usa jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina o povidona yodada), cepillo de uñas desechable (impregnado en solución antiséptica), toalla o compresa estéril.
- Abrir el grifo (con codo o pedal).
- Aplicar el jabón antiséptico.
- Lavar las manos y antebrazos y limpiar debajo de las uñas con el cepillo desechable.
- Aclarar con agua abundante. Aplicamos de nuevo el jabón antiséptico en las manos y antebrazos friccionando 2 minutos.
- Aclaremos con abundante agua.
- Secamos por aplicación, sin frotar, con una compresa o toalla desechable estéril , comenzando por los dedos y bajando hasta los codos, durante todo el proceso mantener las manos por encima de los codos, separadas de la ropa.

- Antes de ponerse la bata, las manos y los antebrazos deben estar completamente secos.

5 Discusión-Conclusión

El procedimiento del lavado de manos en los momentos adecuados por los profesionales sanitarios permite prevenir una infección que podría causar daño grave al paciente. Como resultado, con la aplicación de esta simple técnica se ha observado que hay una disminución de las enfermedades nosocomiales en los hospitales, lo cual es beneficioso para los pacientes y para los propios centros sanitarios ya que con ello hay un ahorro económico y mayor bienestar social.

Hay que incentivar la formación de todo el personal sanitario para que a su vez ellos mismos difundan los beneficios de ésta técnica al resto de la sociedad, promocionando que esta técnica se aplique en todos los centros sanitarios, usando carteles o recordatorios inculcando que este simple y fácil procedimiento de “manos limpias” ofrece un servicio más seguro, efectivo y de calidad.

Hay un gran desconocimiento sobre la importancia del procedimiento y aplicación de la técnica de un buen lavado de manos y sobre los productos y situaciones en los que se debe realizar. La falta de tiempo y puntos de lavado accesibles se plantean como la barrera más importante que la dificulta. Sería importante disponer de guías de información en todos los centros sanitarios que estén a disposición de todo el personal.

6 Bibliografía

- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe global de España (Resumen); 2013 May-Jun. 38 p.
- Abelairas Cadahia C, Dopico López N. Lavado de manos: revisión y actualización. *Metas Enferm* 2007; 10(7):14-8.
- Sánchez Paya J, Galicia García MD, Gracia Rodríguez RM, García González C, Fuster Pérez M, López Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]*. 2007 Jun [citado 10 ene 2016]; 25(6):369-75. Disponible en: <http://apps.elsevier.es>
- Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado

10 ene 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>

- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Una atención limpia es una atención más segura. Génova (Suiza); 2005-2006. 18 p.
- Valderrama Alberto. Fiebre puerperal, reseña histórica. BETU a saber, Vol. 1 marzo de 2002.
- Ponce de León, Samuel. Retall Manual De Prevención Y Control De Infecciones Hospitalarias. Serie Itsp/ Manuales operativos Paltex. OPS. 1996.
- Goldman D. y col. Estrategias para prevenir y controlar la emergencia y dispersión de microorganismos resistentes en el hospital. Jama. enero 17, 1996: 275 No 3.: 234-240.

Capítulo 951

REVISIÓN SOBRE LOS PRINCIPIOS FÍSICOS DEL PET EN MEDICINA NUCLEAR

RAÚL FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

JOSE ANGEL ROCHA IGLESIAS

1 Introducción

La tomografía por emisión de positrones (PET) es un método de imagen médica que pertenece al ámbito de la medicina nuclear. Ha sido una herramienta de investigación clínica desde los años sesenta, pero a finales de los noventa también se utilizó ampliamente en la práctica clínica. La técnica de PET requiere isótopos radiactivos especiales, que pueden generarse solo en aceleradores de partículas (ciclotrones) y su transporte es limitado a los periodos de semivida cortos utilizados. El PET/TC nade de la combinación de PET y CT. Las imágenes PET/CT y SPECT/CT (Según método de detección) han ganado aceptación clínica en los últimos años.

2 Objetivos

Presentar a los técnicos en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear los principios básicos de la imagen PET y la instrumentación utilizada para adquirir datos PET.

3 Metodología

Nuestro tipo de proyecto será una revisión bibliográfica de la bibliografía que actualmente existe sobre el tema. Realizaremos una búsqueda bibliográfica en febrero en diferentes buscadores científicos, PubMed, MedLine, Dialnet y Google académico, y filtraremos los resultados atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión.

Posteriormente realizaremos una nueva búsqueda en mayo para ampliar nuestra bibliografía y complementar la información obtenida previamente, con el objetivo de hacer una revisión lo más completa posible. Tras seleccionar los artículos que cumplen los criterios de inclusión y exclusión, haremos un resumen de la información obtenida intentando agrupar toda la información y explicar su funcionamiento y utilidades.

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Artículos en los que las palabras claves estén presentes en título o resumen.
- Artículos donde los sujetos sean mayores de edad o menores con permiso de los tutores legales.
- Artículos en los que tengamos acceso al texto completo.
- Artículos relacionados con la radio física y protección radiológica.
- Artículos que hablen de los fundamentos del PET.
- Artículos relacionados con las secuencias de difusión. Descartaremos aquellos artículos que no cumplan con los criterios de inclusión, por lo ese será nuestro criterio de exclusión.

Una vez leídos todos los artículos realizaremos un resumen de los resultados obtenidos. Finalmente elaboraremos las conclusiones de nuestra revisión bibliográfica.

4 Resultados

El positrón fue concebido por primera vez por Dirac a fines de la década de 1920, en su teoría combinaba la mecánica cuántica y la relatividad especial. Fue descubierto experimentalmente en 1932, el mismo año que el neutrón. El positrón es la contraparte de la antimateria del electrón y, por lo tanto, tiene la misma masa que el electrón pero la carga opuesta (1).

Decaimiento del Positrón:

Cuando un núcleo sufre descomposición de positrones, el resultado es un nuevo nucleido con 1 protón menos y 1 neutrón más, así como la emisión de un positrón y un neutrino. Los radionucleidos que se descomponen a través de la emisión de positrones son ricos en protones y se acercan a la línea de estabilidad mientras emiten una carga positiva.

Aniquilación del Positrón:

A medida que los positrones pasan a través de la materia, experimentan las mismas interacciones que los electrones, incluida la pérdida de energía a través de la ionización y la excitación de átomos y moléculas cercanas. Después de perder suficiente energía y de haber recorrido una distancia cercana a 1 mm (dependiendo de la energía del positrón inicial), el positrón se aniquilará con un electrón cercano

En el proceso de aniquilación descrito anteriormente, la energía inicial proviene de las masas de electrones y positrones, ya que se mueven relativamente lentamente en el momento de la interacción, y la energía final son las energías combinadas de los fotones, que no tienen masa. La conservación de la energía y el momento dictan, por lo tanto, que los 2 fotones se emiten cada uno con una energía de 511 keV y en direcciones opuestas.

Dentro del equipo hay un paciente en el que se ha producido una emisión de positrones. Los pulsos simultáneos de los detectores indican que ocurrió una aniquilación en algún lugar a lo largo del camino entre los detectores. Este significado es muy diferente del uso común del término «coincidencia» para significar que 2 eventos ocurrieron sin una causa común (1, 2, 3).

Proyecciones

Para un anillo con n detectores, hay $n^2 / 2$ formas de emparejar los detectores, por lo que se registra una gran cantidad de información. Una forma de representar los datos sin procesar es agrupar LOR paralelos. Este conjunto de LOR es una vista de proyección de la distribución de radiactividad en el cuerpo en ese corte, similar a lo que se obtendría de una gamma-cámara colimada situada en la parte superior o inferior del paciente.

La agrupación de todas las detecciones se llama sinograma. En el sinograma, que es una matriz que se puede mostrar como una imagen, la primera fila de píxeles representa el número de conteos en un solo ángulo. La primera fila típicamente representa el ángulo hecho de LOR verticales. La siguiente fila representa el siguiente ángulo y así sucesivamente (2, 3).

Reconstrucción

Los datos brutos de PET se pueden reconstruir en imágenes de sección transversal con los mismos algoritmos que SPECT y CT de rayos X.

Mejora de la imagen

La calidad de las imágenes producidas por un sistema PET se degrada por varios factores físicos. Algunos pueden ser corregidos.

Dispersión; Un fotón de una aniquilación deja el cuerpo sin dispersión, y el otro se dispersa antes de abandonar el cuerpo. Según la ubicación de los detectores, parece que la fuente de radiación estaba fuera del cuerpo. Este fenómeno no es posible en imágenes de un solo fotón, donde la radiación dispersa siempre parece provenir del cuerpo dispersante. No todos los eventos dispersos se dispersarán de tal manera que la fuente parezca estar fuera del cuerpo.

Atenuación; Pérdida de información debido a la dispersión y absorción. En la PET, ambos fotones de aniquilación deben dejar el cuerpo sin atenuar para que se detecte el evento. Esto es cierto a pesar de que la energía del fotón PET es mucho más alta que la energía típica de un solo fotón. Una de las características únicas de la atenuación en las imágenes es que, en la mayoría de los casos, al menos uno de los fotones emitidos debe atravesar una cantidad sustancial de tejido, incluso si la radiación está cerca del borde del cuerpo. El resultado es un aumento del ruido y una cuantificación imprecisa de las distribuciones de radiactividad (3, 4).

En estos casos, el objeto aparecerá alargado a lo largo de la dirección de menor atenuación, y las regiones agotadas resultarán a lo largo de la otra dirección. La naturaleza y la gravedad de este problema dependen del algoritmo de reconstrucción particular utilizado.

Tiempo muerto; Este problema es particularmente problemático para la detección de coincidencias, ya que ambos fotones deben ser detectados. Las pérdidas de tiempo muerto se minimizan mediante sistemas con muchos detectores independientes (4).

Ruido; El ruido de la imagen disminuye con más recuentos. Se obtienen más recuentos escaneando más tiempo, inyectando más radiotrazador o mejorando la eficiencia del escáner para detectar la radiación emitida. En algunos casos, la cantidad de trazador no se puede aumentar debido al tiempo muerto y a los límites de frecuencia de eventos aleatorios en la cámara

Resolución espacial; Se ve afectada por el camino que toma el positrón y su lin-

alidad. También influye el detector mediante su tamaño. De forma general, los detectores mas pequeños son los que mejor resolución especial consiguen (4, 5).

PET/SPECT

Podemos hablar de PET/CT o SPECT/CT en función del número de positrones que se detectan. 2 para el PET y 1 para el SPECT. Se pueden combinar juntos CTs tradicionales para ofrecer una resolución anatómica mucho mayor a la que se obtendría sin el escaner adicional (3).

5 Discusión-Conclusión

La tomografía por emisión de positrones es una técnica diagnóstica de medicina nuclear, no invasiva, cuyo objetivo es medir la actividad metabólica en el cuerpo humano. El radiofármaco inyectado hace que el paciente emita fotones que podrán medirse con un PET O SPECT.

6 Bibliografía

1. Brix G, Zaers J, Adam L-E, et al. Performance evaluation of a whole-body PET scanner using the NEMA protocol. *J Nucl Med* 1997;38:1614.-1623.
2. Ollinger JM. Model-based scatter correction for fully 3D PET. *Phys Med Biol* 1996;41:153.-76.
3. Patton JA, Turkington TG. Coincidence imaging with a dual-head scintillation camera. *J Nucl Med* 1999;40:432.-441.
4. Goerres GW, Burger C, Kamel E, Seifert B, Kaim AH, Buck A, Buehler TC, Von Schulthess GK. (2003) Respiration-induced attenuation artifact at PET/CT: technical considerations, *Radiology*, 226:906-910.
5. Lopci E, Nanni C, Castellucci P, Montini GC, Allegri V, Rubello D, Chierichetti F, Ambrosini V, Fanti S.(2010). Imaging with non-FDG PET tracers: outlook for current clinical applications. *Insights Imaging*. 1(5-6):373-385.

Capítulo 952

EQUIPOS DE RAYOS X QUIRÚRGICOS: ARCO EN "C"

LAURA ALVAREZ

NAZARET GARCÍA INSUNZA

VICENTE SUSTAETA CALZADO

VIRGINIA CAMPELO PANTIGA

1 Introducción

Un arco en C es el nombre común para los equipos de rayos X quirúrgicos que está directamente relacionado con la forma del tubo que se parece a la letra "C". Gracias a su forma se pueden utilizar para visualizar la mayoría de las intervenciones. Se subdividen en fijos (en el suelo o en el techo) y portátiles.

Los componentes básicos de los equipos son un tubo en forma de C, un detector plano (proporciona imágenes digitales de alta calidad con mínima exposición a la radiación), una unidad monobloque (incluye un tubo de RX y un sistema de refrigeración específico) y un monitor (normalmente situado en el tubo portador).

2 Objetivos

Exponer las peculiaridades de los equipos de rayos X quirúrgicos en "C".

3 Metodología

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

4 Resultados

El sistema móvil de imágenes es indispensable ya que nos permite visualizar imágenes de alta resolución a tiempo real y sin mover al paciente. Generalmente en el ámbito quirúrgico, lo que permite ver el progreso de la cirugía en cualquier punto del procedimiento, facilitando una mayor precisión durante el ésta, permitiendo corroborar los resultados además de hacer las correcciones que sean requeridas de forma inmediata.

Como consecuencia obtenemos la realización de mejores procedimientos, menos invasivos y más exactos, mejores resultados y recuperaciones más rápidas para nuestros pacientes.

El arco en C está formado por un generador que produce Rayos X, los cuales penetran en el cuerpo del paciente, mientras que un detector especializado convierte estos rayos en una imagen visible la cual se muestra en la pantalla (es un intensificador de imagen), permitiendo la identificación de estructuras anatómicas detalladamente, la posición de implantes, materiales quirúrgicos, instrumentos y dispositivos médicos en cualquier momento durante el procedimiento y en tiempo real.

El brazo de este equipo con forma semicircular funciona como un elemento de conexión que permiten el movimiento de forma horizontal, vertical e inclusive alrededor de los ejes giratorios permitiendo obtener imágenes desde una mayor cantidad de ángulos.

Cuando se usó el arco en C en posición invertida la magnitud de exposición a la irradiación, tanto para el cirujano como para el paciente, fue mucho menor ($p < 0,0001$). La dosis unitaria a la que se expuso el paciente se redujo en 60%. Con la técnica del arco en C invertido, la exposición a la radiación de cabeza, cuerpo e ingle del cirujano fue del 67, 45 y 15% de las dosis medidas con el tubo de RX

bajo. Cuando usamos la técnica de magnificación del intensificador de imágenes (con el tamaño de campo menor correspondientemente) las dosis se redujeron aún más al 46, 32 y 11% de los valores convencionales.

5 Discusión-Conclusión

Desde su introducción al mercado hace más de 50 años la tecnología ha avanzado rápidamente. El uso de la técnica del arco en C invertido con el intensificador de imágenes como mesa de operaciones puede reducir significativamente la exposición del cirujano y el paciente a la radiación durante procedimientos quirúrgicos.

Las aplicaciones del arco en C, abarcan una gran cantidad de áreas y ramas de la medicina. Las principales aplicaciones se encuentran en cirugía general, cirugía abdominal, cirugía de tórax, traumatología y ortopedia, cirugía vascular, cardiología, neurocirugía, entre otras.

Las ventajas más características son:

- Brindar una mejor atención al paciente. Debido a que el paciente debe ser inmovilizado en su cama para la realización del estudio éste permite no incomodar al paciente.
- Es móvil y versátil. Permite obtener radiografías en ángulos difíciles y además el nivel de radiación puede ser ajustado con mucha precisión.
- Es de menor tamaño. Es ajustable y permite disminuir el nivel de invasión del tratamiento. Al ser de menor tamaño y más compacto facilita una mayor manejabilidad para quienes manipulan el equipo.

6 Bibliografía

- <https://es.bimedis.com/latest-news/browse/615/equipos-de-rayos-x-tipo-arco-en-c-para-cirugia-que-aspectos-son-importantes-a-la-hora-de-tomar-una-decision>
- <http://www.datamedica.cl/blog/arco-c-sirve/>
- https://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com

Capítulo 953

LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE).

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la cual llamaremos durante nuestro artículo CPRE, es una intervención mixta radiológica y endoscópica, que se emplea para estudiar y tratar enfermedades del páncreas y de los conductos biliares y aunque es muy eficaz, puede el paciente llegar a correr algunos riesgos. (Olazábal García et al. 1).

Como he mencionado anteriormente la CPRE trata enfermedades del páncreas y de los conductos biliares. El páncreas es una glándula que se encuentra en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, rodeada por el estómago, el intestino delgado, el hígado, el bazo y la vesícula biliar. Consta de cabeza (rodeada por la arcada duodenal, en su parte anterior se localiza la vena cava inferior, y en

la parte posterior se localiza la vena mesentérica superior, cuello (une cabeza y cuerpo), cuerpo (ocupa la mayor parte de la glándula y se localiza anterior a la arteria aorta abdominal) y cola (se extiende a lo largo de la pared posterior del abdomen, localizándose anterior a la glándula suprarrenal y el riñón izquierdo, llegando hasta el hilio del bazo) (“El páncreas” Origen y Desarrollo²). Tiene dos funciones principales, la exocrina (produce enzimas que ayudan a la digestión) y endocrina (envuelve la producción de hormonas que se producen en una parte del organismo para influir en otra parte distinta del mismo).

2 Objetivos

- Realizar revisión bibliográfica sobre las diferentes indicaciones y complicaciones de la técnica CPRE.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica se han consultado diferentes fuentes documentales en internet. Las bases de datos y revistas digitales han sido Scielo, Medline. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico, utilizando las palabras clave: “colangiopancreatografía”, “páncreas”, “conductos biliares”, “complicaciones colangiopancreatografía”, “riesgos colangiopancreatografía”, “inconvenientes colangiopancreatografía”. Además de todo esto, nos basamos en el trabajo diario que se realiza en el Hospital Universitario Central de Asturias.

4 Bibliografía

- 1. Olazábal García, Enrique Alberto, et al. “Complicaciones de la conlangiopancreatografía retrógrada endoscópica en las urgencias digestivas”. Revista Habanera de Ciencias Médicas 10.4 (2011): 465-475.
- 2. Parte, I. “” El Páncreas” Origen y Desarrollo.” Revista de la Escuela de Medicina. Universidad del Noreste.
- 3. González-Ibarra F, Gallardo-Angulo V, Estevan-Ortiz P, Mendoza-Varela F. Conlangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pancreatitis biliar. A S Sin. 2009;3 (3): 59-62.
- 4. Petrov MS, Van Santvoort HC, Besselink MG. Early endoscopic retrograde cholangiopancreatography versus conservative management in acute biliary

pancreatitis without cholangitis: a meta-analysis of randomized trials. *Ann Surg.* 2008; 247(2):250-7.

- 5. Adler DG, Baron TH, Davila RE, Egan J, Hirota WK, Leighton JA, et al. ASGE guideline: the role of ERCP in diseases of the biliary tract and the pancreas. *Gastrointest Endosc.* 2005;62 (1):1-8.
- 6. García-Cano, J., and E. Bermejo Saiz. "Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)." *Revista Española de Enfermedades Digestivas* 101.8 (2009): 580-580.
- 7. Jordan, Verónica F. Castro. "Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP)." *Revista Científica Ciencia Médica* 11.1 (2008): 44-45.
- 8. Aguila, Rosa Isabel Estrada. "Hallazgos y Complicaciones Post - Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica".
- 9. Güitrón, Alfredo, et al. "Colangiopancreatografía endoscópica (CPE) en pacientes pediátricos." *Rev. Gastroenterol. Méx.* 63.4 (1998): 211-6.
- 10. Shuchleib, S., et al. "Exploración laparoscópica de las vías biliares:" *Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica* 2.1 (2001): 6-10.

Capítulo 954

LA IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS RADIOLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL “SITUS INVERSUS”

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

1 Introducción

El término «situs» significa la posición del corazón y otros órganos en relación al plano sagital del cuerpo. (Carrillo Esper, Raúl, et al1). La posición normal de los órganos se llama «solitus situs», en ella la aurícula izquierda, el bazo, el estómago y la aorta se encuentran a la izquierda, mientras que el hígado, la aurícula derecha y la vena cava inferior están a la derecha. El pulmón derecho está formado por tres lóbulos mientras que el izquierdo tiene solo dos lóbulos. (Rivera, Lorgio 2).

«Situs inversus» es la imagen en espejo del «situs solitus», ya que todos los órganos situados normalmente a la derecha se encuentran a la izquierda y a la inversa. Entre el término “situs inversus” y el “situs solitus” se encontraría el «situs ambiguous». El “situs ambiguous” es una distribución anormal de los órganos en

el tórax y el abdomen, siendo este un grupo heterogéneo de anomalías localizadas en algún lugar entre el «situs solitus» y «situs inversus». Este puede presentar diversas variantes desde la ubicación ambigua de los órganos, así como en las características morfológicas de los mismos. (Corral, Gonzalo et al 3)

El situs inversus es considerada una enfermedad rara, para la que existe una predisposición genética. Puede afectar a diferentes vísceras y parece heredarse como un rasgo genético autosómico recesivo. (Navarro, Veronica, et al 4). Esta enfermedad suele ir asociada frecuentemente a otras como el Síndrome de Kartagener y el síndrome de Ivemark. También se asocia con relativa frecuencia a la poliesplenía (varios bazoos o varias masas pequeñas de bazo que sustituyen al bazo normal) y a pacientes con atresia biliar (oclusión de una abertura natural), además de pacientes con cardiopatías. (Motta Ramírez, Gaspar Alberto et al 5).

La presencia de esta enfermedad implica diversas complicaciones a la hora de diagnosticar ciertas dolencias como puede ser la colelitiasis, el infarto o la apendicitis; ya que al encontrarse los órganos en el lado contrario al normal, el dolor también se situaría en dicho lado, provocando que el diagnóstico pueda ser complicado si el paciente no hubiera sido diagnosticado con anterioridad de “situs inversus”.

También supondría una complicación importante a la hora de enfrentarse a una intervención quirúrgica, ya que la situación tanto de los órganos como de la vascularización de estos se encuentra en un lugar distinto al habitual. Antiguamente este era motivo suficiente para que el paciente no fuese apto para una intervención como podría ser la de trasplante de corazón dadas las altas dificultades que supone el hecho de que todo se encuentre al contrario que en una situación anatómica normal.

En algunas ocasiones el diagnóstico de “situs inversus” se produce cuando el paciente es un bebé pero hay algunos casos en los que dicho diagnóstico no se produce hasta la edad adulta de una manera accidental durante la aparición de algún tipo de dolencia. Dicho diagnóstico suele producirse al realizar algún tipo de prueba de imagen como pueden ser la radiografía de tórax, el TAC, la ecografía o la resonancia magnética, lo que las convierte en herramientas importantes para su detección y diagnóstico.

2 Objetivos

Con este estudio se pretende dar a conocer en que consiste el “situs inversus”, sus tipos, las complicaciones que pueden acarrear y la dificultad que supone su diagnóstico, ya que es una enfermedad rara difícilmente detectable y que afecta a una pequeña parte de la población.

Esta dolencia afectaría a 1 de cada 20.000 personas lo que supondría un 0,01% de la población y su diagnóstico suele producirse de manera accidental al producirse alguna complicación en la salud del paciente. Con todo ello pretendemos dar a conocer en que consiste la enfermedad de “situs inversus” y sus variables, así como la importancia de la realización de pruebas de imagen (radiografías, ecografías, TAC y Resonancia Magnética) para su diagnóstico.

3 Metodología

Se han realizado diversas búsquedas en bases de datos, páginas web y revistas de medicina y radiología tales como Elsevier, Revista Chilena de Radiología o Medicina Interna de México. También se han consultado páginas como la que se ocupa de las enfermedades raras, algunos artículos y estudios realizados mediante la búsqueda a través de Google Académico.

Utilizando como palabras clave: “situs inversus”, “tipos de situs”, “afectación de la población por situs inversus”, “diagnóstico de situs inversus” y filtrando los datos obtenidos por publicaciones en español y entre los años 2000 y 2019. Todos los datos obtenidos han sido analizados en diversos textos sobre casos de pacientes con dicha enfermedad y sobre estudios realizados a dichos pacientes, así como datos más generales sobre la enfermedad entre los años 2000 y 2019.

4 Resultados

Con los datos obtenidos podríamos decir que el “situs inversus” es una enfermedad rara de origen genético difícilmente detectable que sólo se diagnosticaría de manera accidental al producirse algún tipo de complicación médica en el paciente, ya que sólo afectaría a 1 de cada 20.000 personas.

Dicho diagnóstico se produciría siempre por la realización de alguno de los tipos de estudio mediante imagen (radiografía, ecografía, TAC o Resonancia Magnética) lo que los convierte en herramientas imprescindibles para poder detectar

esta enfermedad y para poder conocer el alcance de esta, ya que existen diversos tipos de “situs” en los que no todos los órganos han variado su situación y dichas pruebas nos facilitarían datos sobre la afectación de este en el paciente y el tipo de “situs” que tendría (“situs inversus totalis”, “situs ambiguus”).

5 Discusión-Conclusión

El “situs inversus” es una enfermedad de origen genético que afecta a sólo 1 de cada 20.000 personas, es decir a un 0,01% de la población, lo que la convierte en una de las llamadas enfermedades raras dados los pocos casos que existen de ella. Los pacientes afectados por esta enfermedad suelen tener alguna patología más asociada como las cardiopatías, el Síndrome de Kartagener o el síndrome de Ivemark.

Esta enfermedad provoca que sea complicado el diagnóstico de otras dolencias como el infarto, la coleditiasis o la apendicitis. Dadas las características de esta enfermedad resulta muy complicado su diagnóstico mediante pruebas de rutina, sólo el electrocardiograma podría dar unos valores anómalos que provocaran que fuera ampliado el estudio. Debido a dichas características se ha llegado a la conclusión que la forma de diagnosticarla sería a través de pruebas de imagen radiológica como la radiografía, la ecografía, el TAC o la Resonancia Magnética.

6 Bibliografía

1. Carrillo Esper, Raúl, et al. "Situs inversus totalis." *Medicina Interna de México* 28.2 (2012): 187-191.
2. Rivera, Lorgio. "Situs inversus." *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría* 42.3 (2003): 175-176.
3. Corral, Gonzalo, Andrés Labra, and Giancarlo Schiappacasse. "Manifestaciones abdominales de las anomalías del Situs Ambiguus en el adulto: A propósito de cuatro casos." *Revista chilena de radiología* 19.1 (2013): 38-43.
4. Navarro, Veronica, et al. "Situs inversus totalis." *Revista de Gastroenterología del Perú* 33.4 (2013): 345-347.
5. Motta Ramírez, Gaspar Alberto, and Edith Reyes Méndez. "Situs inversus totalis." *Acta Médica Grupo Ángeles* 13.1 (2015): 49-51.

Capítulo 955

OBSERVACIÓN DE LAS VENAS EN RADIOLOGÍA POR FLEBOGRAFIA

MARIA ISABEL GARCIA BLANCO

NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

La flebografía es un estudio radioscópico de las venas, con una seriación de placas. Empleando un contraste, visualizando la zona de interés en una fase tardía. Nos permite observar radiológicamente los trastornos de las venas y sus válvulas.

2 Objetivos

- Exponer la flebografía como método para diagnosticar enfermedades venosas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La flebografía permite estudiar varices recurrentes, diagnóstico de trombosis venosa profunda, problemas congénitos y la circulación venosa de las extremidades inferiores.

Aspectos a tener en cuenta:

- Debe estar en ayuno 6 horas antes de la prueba.
- Si es necesario rasurar la zona de punción.
- Pasar al paciente a la sala de radiología donde se realiza la prueba.
- El paciente debe quitar la ropa y objetos metálicos en la zona del estudio. Poner una bata.
- Informar al paciente del procedimiento del estudio, para que colabore más.
- Debe firmar la autorización, confirmando que no tenga alergia al contraste o este embarazada.
- Tumbarse al paciente boca arriba en la mesa de exploración, sujetando las piernas en la mesa.
- Se puede poner un sedante si el paciente está nervioso.
- A continuación, se inyecta un anestésico local.
- Se introduce una aguja dentro de una vena del pie de la pierna a estudiar, que permita introducir un catéter intravenoso.
- Inyectamos el contraste (sustancia radio paca que no permite el paso de RX), pudiendo colocarse un torniquete en la pierna para que el contraste fluya hasta las venas más profundas.
- El paciente no puede mover las piernas mientras se realiza el estudio.
- Comenzamos a realizar radiografías a medida que el contraste fluye a través de la pierna, se retira el catéter y cubrimos con un vendaje la zona de punción.
- La ATS controlara las constantes vitales y los pulsos del dorsal del pie, poplíteo y femoral.
- Se cambian y pueden marchar.
- Duración del estudio 30/ 40 minutos
- Deberá tener la pierna afectada extendida 6 horas después de realizar el estudio.

Material a utilizar

- Cánula venosa
- Alargadera de baja presión
- Llave de 3 pasos
- Apósito estéril
- Guantes estériles

- Contraste yodado
- Compresor
- Torniquete

Se utiliza para:

- Evaluar el estado de la vena.
- Ver coágulos de sangre en venas.
- Encontrar una vena para diálisis.
- Tratamiento de venas enfermas.
- Evaluar venas varicosas antes de operar.

5 Discusión-Conclusión

Es una prueba definitiva para el diagnóstico de trombosis en las venas profundas. Es un estudio incómodo e invasivo, y sólo se realizará tras practicar otras pruebas no invasivas como la ecografía Doppler que posee menos efectos y riesgos. Esta prueba ayuda al médico a colocar un stent en la vena.

6 Bibliografía

- Wikipedia.org.
- saludmapfre.es.
- chospab.es.

Capítulo 956

PARASITOS

ESTEFANIA MARENTES MENENDEZ

1 Introducción

Un parásito es un organismo que vive sobre o dentro de otro organismo vivo, del que obtiene sus nutrientes, sin dar compensación. Los parásitos causan enfermedades al organismo que hospedan o dañan. Los piojos, que habitan sobre la superficie del que los hospeda, se denominan ectoparásitos. Los que viven en el interior, se conocen como endoparásitos (Nematodos).

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca de la parasitología.

3 Metodología

En la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión sistemática de estudios bibliográficos, libros científicos en bases de datos como Scielo, Elsevier, entre otras. Seleccionando información procedentes de publicaciones científicas y libros.

4 Resultados

La parasitología es una ciencia biológica que trata la sintomatología, el tratamiento, la epidemiología y la profilaxis de las enfermedades causadas por los parásitos a las personas o a los animales.

Los parásitos de humanos incluyen virus, riketsias, bacterias, hongos, protozoos, gusanos y trematodos. Los virus y las riketsias no se consideran, la mayoría de las veces, organismos vivos, aunque utilizan métodos parecidos a los parásitos para transmitirse entre sus huéspedes y obtienen de ellos todos sus nutrientes.

En la especie humana, las bacterias y los hongos son los parásitos que originan la mayoría de las enfermedades infecciosas comunes. Los protozoos producen también ciertas enfermedades. La enfermedad del sueño de los humanos, por ejemplo, es causada por un organismo unicelular llamado Tripanosoma, otro causa la malaria. La esquistosomiasis es una enfermedad debilitante producida por un parásito del hígado.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar daños graves, que pueden causar la muerte de los afectados por parásitos, es necesario conocer el ciclo biológico, las vías de infestación y los factores que influyen en la densidad y distribución de las poblaciones de parásitos.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es> > descarga > artículo <https://www.elsevier.es> > es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-arti
- <https://www.unioviado.es> > bos > Asignaturas > Parasit <https://es.wikipedia.org> > wiki > Parasitismo

Capítulo 957

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN EL HOSPITAL

MARIA ISABEL GARCIA BLANCO

NOELIA ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

La PET es una técnica que investiga in vivo por imagen, midiendo la actividad metabólica del cuerpo. Obtienen imágenes fisiológicas detectando la radiación emitida por positrones (que son pequeñas partículas emitidas por una sustancia radiactiva) que se administra al paciente. Estas imágenes que se obtienen del cuerpo humano se utilizan para evaluar distintas enfermedades. La PET se realiza con una maquina con un orificio en el centro similar al TAC. En su interior hay varios anillos detectores que registran la emisión de energía de la sustancia radiactiva en el cuerpo del paciente obteniéndose una imagen.

2 Objetivos

Exponer las principales utilidades de la tomografía por emisión de positrones y peculiaridades en el ambiente hospitalario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La tomografía por emisión de positrones (PET) consigue evaluar la actividad química de determinadas partes del cuerpo, además permite detectar cáncer y estudiar el efecto del tratamiento.

A tener en cuenta:

- El paciente debe estar en ayunas, sólo puede beber mucha agua antes de la prueba.
- Informar al paciente del procedimiento del estudio, para que colabore más.
- Quitar objetos metálicos y ropa en la zona a estudiar. Se pondrá una bata.
- El técnico de RX pasara al paciente a la sala de inyección, dónde se le inyectara la sustancia radiactiva la más utilizada es la fluorodesoxiglucosa-18F (FDG), compuesta por azúcar y ligado a una mínima cantidad de flúor radiactivo (F18).
- El paciente estará acostado boca arriba sobre la mesa de exploración durante la prueba.
- La sustancia radiactiva tarda en distribuirse por todo el cuerpo entre 30 y 90 minutos.
- A continuación, introducimos al paciente en la máquina de PET.
- El paciente no puede moverse, ni hablar.
- Duración del estudio 30/ 60 minutos.
- Una vez que el FDG se inyecta y acumula en distintos órganos y tejidos del cuerpo, ésta decae y forma positrones.
- Los positrones reaccionan con los electrones y producen fotones de aniquilación que detectan las cámaras de PET.
- Estas cámaras crean imágenes tridimensionales de la distribución del radiofármaco en un área específica de interés del cuerpo humano.
- El tejido canceroso que utiliza más glucosa que el tejido normal, acumula más de esta sustancia provocando que se vea más brillante que el tejido normal.
- Después del examen el paciente se puede cambiar y regresar a su vida normal. Debe beber muchos líquidos para ayudar a eliminar la sustancia radiactiva de su cuerpo.

Aspectos clave:

- Permite diagnosticar y evaluar el estadio tumoral, la extensión y ubicación del tumor y su propagación al resto del cuerpo.
- Planificar el tratamiento. Gracias a la información que se obtiene de las propiedades moleculares de la enfermedad y su composición genética.
- Evaluar la eficacia del tratamiento. Determinando la respuesta del paciente a los fármacos y terapias.
- El radiólogo mirará las imágenes en la pantalla del ordenador y emitirá un informe al médico que remitió el estudio.

5 Discusión-Conclusión

Exposición a la radiación baja. La radiactividad es breve. (No afecta al organismo). Es una prueba muy eficaz para detectar cáncer, enfermedades cardíacas, trastornos cerebrales... Estudio no invasivo que permite la detección temprana de la enfermedad en poblaciones de alto riesgo. Permite distinguir entre tumores malignos y benignos; entre sarcomas de bajo grado y alto grado de malignidad.

6 Bibliografía

- Radiology info.org-
- snmmi.files.cms-plus.com
- mayoclinic.org/es, es.
- wikipedia.org.

Capítulo 958

TÉCNICA DEL ESPUTO INDUCIDO

MARÍA ELENA CABERO FERNANDEZ

1 Introducción

El aparato respiratorio está revestido en su interior por el epitelio bronquial, que segrega una sustancia mucosa, constituida por leucocitos y células de las capas superficiales donde también se adhieren las partículas extrañas que provienen del exterior. Estas secreciones mucosas de las células calciformes y de las glándulas mucosas están relacionadas con el aparato respiratorio, donde pasan a través del epitelio ciliado en dirección a la tráquea, cualquier irritación del árbol provoca el reflejo de la tos y causa la expectoración de las secreciones pulmonares.

En pacientes que no tienen una tos productiva, se les induce a provocar el esputo de forma no invasiva y segura mediante el uso de nebulizadores de soluciones salinas hipertónicas. La técnica de inducción del esputo se basa por tanto en la recogida de una muestra de secreción de origen bronquial provocada. Estos esputos están compuestos básicamente de células y productos extracelulares que nos indican lo que ocurre a nivel bronquial inferior.

2 Objetivos

- Describir y evaluar el procedimiento de recogida del esputo inducido y análisis de la prueba recuento y fórmula en laboratorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la técnica del esputo inducido.

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

4 Resultados

Para la obtención de la muestra en primer lugar informaremos al paciente en que consiste la prueba y como obtenerlo. El paciente previamente deberá enjuagarse la boca o hará gárgaras con agua. Obtendremos el esputo tras una expectoración profunda.

Hay que explicar al paciente que avise en caso de empezar con aumento de disnea, crisis tusígena. La inducción de esputo se hará preferentemente matinal, si son necesarias varias muestras se deja un período de 24 horas entre cada una.

Se administrará en nebulización entre 9-20cc de solución salina hipertónica al 3% durante 15-20 minutos. Tras finalizar los nebulizados, se indicará que realice una expectoración profunda que procede de sus bronquios, evitando la contaminación por secreciones postnasal o de saliva.

Material a utilizar:

- Frasco estéril de boca ancha y cierre hermético.
- Suero fisiológico estéril al 3% si no también podemos usar la muestra con suero fisiológico 0'9% 100 ml y una ampolla de cloruro sódico al 20%.
- Jeringa de 10 cc, agua y nebulizadores.

La muestra debe llegar al laboratorio antes de 1 hora tras la obtención para garantizar la integridad de las células. A la llegada del esputo al laboratorio es necesario llevar a cabo un procedimiento para su correcto procesado que describiremos a continuación, material necesario:

- Sputolysin DTT (reconstituido 0.5ml de sputolysin y 4'5 ml de agua destilada.
- PBS (Buffer).
- Pinzas y balanza de precisión.
- Agitador y centrifuga.
- Filtro.

- Cámara citométrica de Neubauer improved (contaje manual)
- Citocentrifugación y tinción May-grunwald-giemsas.

Vertemos el esputo en una placa de Petri grande, se pesa el tubo vacío donde se va a realizar el proceso, con las pinzas se separa de la saliva la parte con mayor celularidad (tapón, moco...) con un peso entre 20-200 mgrs. Se añade al tubo y se pesa otra vez. Según el peso del esputo se añade la cantidad de DTT preparado: peso esputo en miligramos x 4 = volumen añadido en μ l homogenizamos y lo dejamos en el agitador 15 minutos, luego se le añade la misma cantidad de PBS que de DTT volvemos a homogenizar. Observamos, si sigue habiendo tapón celular, se añadirá más DTT para deshacer bien el moco, una vez conseguido se filtra la muestra con jeringuilla y filtro, se cogen 20 μ l en un eppendorf. Por último, se centrifuga a 2000 rpm 15 minutos se retira el sobrenadante y se añade 0'5 ml de PBS.

Comprobamos la viabilidad de la muestra al añadir al eppendorf 20 μ l de Trypan blue que se carga la mezcla en cámara de Nebauer, donde se cuentan las células que hay en las 4 cuadrículas de las esquinas y el valor obtenido se multiplica por 2'5 para que el resultado sea en células por mm³ o μ l.

En el recuento diferencial celular se hace la dilución de la muestra con 1 mL de suero fisiológico, se homogeniza y hacemos extensión en citocentrífuga a 500 rpm durante 5 minutos, dejamos secar y teñimos con May-Grünwald puro durante un minuto, después lavamos con agua fría (5 veces) y volvemos a teñir con Giemsa al 10% durante 8 minutos, volvemos a lavar y dejamos secar las extensiones.

Se hace un estudio previo para evaluar la viabilidad y representatividad de la muestra mediante la relación células vivas, células muertas y el número de células de recuento de células del epitelio escamoso. Si hay muchas células muertas o mucho porcentaje de células escamosas no se considera un esputo representativo para hacer un recuento diferencial celular, si bien por degeneración de la muestra o por contaminación de las vías aéreas superiores.

Si se considera, que es representativo se informa:

- Células/ μ l (células totales.)
- Porcentaje de células vivas.
- * Células epiteliales escamosas/ μ l.
- * Lavar y dejar secar.

Los valores de referencia son:

- Linfocitos 0-3.2%.
- Neutrófilos 0-77.7%.
- Eosinófilos 0-2.2%.
- Macrófagos 16.8-100%.

5 Discusión-Conclusión

El método del esputo inducido es una herramienta útil para estudiar el compartimiento de las vías respiratorias. Hay varias aplicaciones posibles de esta técnica. En primer lugar, pueden mejorar conocimientos sobre las células inmunes y mecanismos implicados en diversas enfermedades respiratorias. En segundo lugar, la técnica de esputo inducido puede ser útil para predecir la respuesta al tratamiento. Por ejemplo, la presencia de un porcentaje anormal de los eosinófilos del esputo ha demostrado ser un marcador predictivo de corticosteroides respuesta. El recuento y la fórmula celular en el esputo inducido, puede ser útil en la evaluación de la inflamación de estas enfermedades pulmonares.

Si la viabilidad celular es baja con un alto grado de degeneración celular, el recuento celular total puede ser bajo y el recuento diferencial puede no ser exacto, también se informa la población alterada o bien que la diferenciación celular se encuentra dentro de los límites de normalidad.

6 Bibliografía

- Wallach, J., Interpretación Clínica de las Pruebas de Laboratorio, 4ª Edición, Masson, 2002.
- Bernard Henry J. Diagnóstico y tratamiento clínicos por el laboratorio. 9ª Edición, Masson, 1993.
- Manual SEPAR. Pruebas para el estudio de la inflamación de las vías aéreas.2007. Consultado Junio 2014.
- Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología
- Clínica. Diagnostico microbiológico de las infecciones bacterianas del tracto respiratorio inferior.2007. Consultado Junio 2014
- Clinical and Laboratory Standards Institute. Analysis of Body Fluid in Clinical Chemistry: Approved Guideline. CLSI document c49. CLSI2007.

- Metodología para la inducción de esputo y el procesamiento de laboratorio. Julien Guiot*¹, Sophie Demarche*^{1,2}, Monique Henket¹, Virginie Paulus¹, Sophie Graff¹, Florence Schleich¹, Jean-Louis Corhay¹, Renaud Louis¹, Catherine Moermans¹.- [1Department of Respiratory Medicine, CHU Liege, GIGA I3 Research Group, University of Liege, 2Department of Clinical Pharmacy, CIRM (Center for Interdisciplinary Research on Medicines), University of Liege]

Capítulo 959

ENDOMETRIOSIS OVÁRICA PERFIL RADIOLÓGICO

MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ

DESEADA PRIETO RODRIGUEZ

1 Introducción

Es un trastorno ginecológico crónico y recurrente que afecta a las mujeres en edad fértil, produciendo en casos dolor pélvico intratable y/o infertilidad. Está determinado por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina, en general en peritoneo pelviano, comprometiendo órganos como ovarios, útero, trompas de Falopio, rectosigmoides y en menor grado intestino delgado, vejiga o la pared abdominal. Pueden estar desde asintomáticas presentar dolor pélvico, infertilidad o masas anexiales. En ocasiones puede haber síntomas de obstrucción intestinal como distensión abdominal, náuseas o vómitos.

La prevalencia general es de cinco a diez por ciento, y si se considera pacientes a las que se les realiza laparoscopia por dolor pélvico, la prevalencia sube a un veinticuatro por ciento

Su etiología se considera es multifactorial, siendo el factor más importante probablemente la menstruación retrógrada, con transporte de tejido endometrial desde la cavidad uterina hacia el peritoneo a través de las trompas. Otra teoría que hay es la metaplasia de células peritoneales, que se diferencian en células endometriales funcionantes, y una tercera teoría una combinación de ambas. Estas células presentan cambios durante la menstruación, determinando la presencia de hemorragia, fibrosis y adherencias a nivel intraperitoneal, comprometiendo los órganos de la pelvis.

Desde el punto de vista clínico, un 20% de las pacientes con infertilidad tienen endometriosis, y un 33% de las pacientes que presentan dolor pélvico crónico la padecen. En otras ocasiones, por control ginecológico o como hallazgo ecográfico se detectan lesiones quísticas complejas anexiales, que son una forma de manifestación de esta enfermedad.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes pruebas radiológicas así como los diferentes tratamientos médico-quirúrgicos de la endometriosis ovárica, permitiendo su manejo terapéutico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando como descriptores las palabras clave: Endometriosis, ovárica, en buscadores como Google académico.

4 Resultados

- Tanto el tratamiento médico como el quirúrgico, tienen que ser individualizados atendiendo a las manifestaciones clínicas, severidad, edad, deseo gestacional, extensión y localización de los implantes, respuesta al tratamiento médico y tolerancia, todo consensuado con la opinión de la paciente. La única manera de diagnosticar la endometriosis con seguridad es mediante procedimientos quirúrgicos, que pueden ser la laparoscopia y la laparotomía.

Ambas técnicas permiten evaluar los endometriomas grandes y las lesiones superficiales diseminadas en la pelvis; sin embargo, los endometriomas pequeños y algunas lesiones profundas pueden escapar a la observación. Las técnicas que no implican una operación o los hallazgos al examen físico sólo permiten tener una sospecha.

- Las pruebas para verificar si existen indicios físicos de endometriosis incluyen:
Examen pélvico.
Ecografía.

Laparoscopia.

Aunque la laparoscopia continúa siendo el patrón oro para el diagnóstico de la endometriosis, la primera modalidad de estudio es la Ecografía Transvaginal, así como el caso de dolor pélvico persistente y/o infertilidad. La Resonancia Magnética es una modalidad de gran utilidad para la evaluación de endometriosis, dadas sus propiedades de caracterización de tejidos, su alta resolución por contraste y su capacidad multi-planar. Siendo recomendada como estudio de primera línea de ésta patología, previo a la laparoscopia.

- La indicación quirúrgica en las pacientes con esterilidad debe realizarse de una forma personalizada en función del tipo de enfermedad que presente la paciente, la existencia de recidiva de enfermedad y la existencia de factores de mal pronóstico reproductivo. La cirugía laparoscópica es el abordaje de elección en los casos subsidiarios de cirugía y debe tener el objetivo de erradicar toda la enfermedad macroscópica.

El tratamiento laparoscópico de la endometriosis profunda infiltrante rectovaginal produce una mejoría significativa del dolor en un porcentaje elevado de pacientes, aunque no existe evidencia sólida de que mejore las tasas de embarazo.

- El tratamiento médico, puede ser usado como alternativa inicial o post cirugía, presentándose cada vez más como una opción importante en el manejo de la enfermedad. Las pacientes en las que se presume la enfermedad, deben ser tratadas médicamente, reservando la cirugía para los grandes endometriomas, enfermedad palpable, falla en la respuesta al tratamiento médico, intolerancia a la hormonoterapia o con recurrencia de los síntomas de cirugías previas. Las múltiples cirugías deben ser evitadas en la medida de lo posible, por riesgo de adherencias o disminución de la reserva ovárica”. Se agrega la esterilidad o la paciente con deseo reproductivo inmediato como indicación de cirugía. El tratamiento médico de la endometriosis no debe realizarse en las mujeres con deseo inmediato de fertilidad, ya que su uso no mejora los resultados y demora la llegada del embarazo buscado.

5 Discusión-Conclusión

La endometriosis a pesar de ser un padecimiento ginecológico benigno es un problema clínico difícil y de gran relevancia por la implicación en la calidad de vida por la sintomatología asociada y la alteración reproductiva asociada. La endometriosis ovárica es una patología de presentación generalmente inespecífica,

presentando un amplio abanico de manifestaciones. La extensión no siempre correlaciona con la gravedad de los síntomas, lo cual complica aún más su diagnóstico. Sin embargo, esta siempre debe ser tenida en cuenta en cualquier mujer en edad reproductiva con dolor pélvico o infertilidad.

Desde siempre, el tratamiento del endometrioma ha sido quirúrgico. La cirugía siempre ha sido considerada como el tratamiento de elección para los quistes endometriósicos, hasta que aparecieron publicaciones mostrando preocupación acerca del probable impacto negativo en la reserva ovárica y en el potencial reproductivo de las pacientes operadas.

Aún teniendo en cuenta este posible efecto negativo, se considero que los beneficios que da la cirugía en de alivio del dolor y de tasas de embarazo espontáneo justifican su ejecución como primera línea de tratamiento, dado que el objetivo médico está dirigido al alivio de dolor y mejorar la calidad de vida más que a la disminución de las lesiones quísticas o a la regresión de la enfermedad. Es importante tener en cuenta, los riesgos de una nueva cirugía.

El establecimiento del diagnóstico aún es realizado sólo por procedimientos invasivos, sin embargo ya se encuentran en estudio múltiples marcadores que se espera, en un futuro, puedan servir para establecer el diagnóstico y dar un mejor seguimiento a las terapéuticas aplicadas. El diagnóstico prequirúrgico en estos pacientes es crucial para establecer la localización y extensión de lesiones infiltrantes profundas, con el fin de planificar correctamente la cirugía y asegurar una extirpación completa, que es de lo que depende el éxito del tratamiento.

6 Bibliografía

- Avaria P, O'Brien A. Caso radiológico para diagnóstico: Dolor cólico y distensión abdominal.
Rev Chil Radiol 2008; 14(2): 56,99-101.
- Revista Sage Journals, recuperado de <https://journals.sagepub.com/doi/10.2217/WHE.11.62>
- Asociación Afectadas Endometriosis Estatal, recuperado de <https://adaec.org>.
- Bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

Capítulo 960

¿QUÉ ES LA RADIOLOGÍA DENTAL?

TAMARA GARCÍA GÓMEZ

ANA ISABEL ARÉVALO MURCIEGO

1 Introducción

La radiología dental es el estudio de los dientes presentes en la cavidad oral mediante el uso de rayos X. Los rayos X sirven a los odontólogos para realizar diagnósticos, planificar tratamientos y realizar seguimiento de los mismos.

A través de los diferentes tipos de estudio con rayos x se obtienen diferentes imágenes y proyecciones válidas para determinar la patología presente así como el adecuado tratamiento para el paciente. Se obtienen imágenes de radiología convencional así como imágenes axiales, coronales , llegando incluso a realizar reconstrucciones en 3D cuando el caso así lo requiera. Debido a la complejidad de las pruebas radiológicas, es necesario su conocimiento y estudio por parte de profesionales formados como son los técnicos superiores en imagen diagnóstica (TSID).

2 Objetivos

- Especificar las diferentes partes del diente.
- Establecer las diferentes pruebas diagnósticas de rayos X en estudios dentales (estudios dentales).

3 Metodología

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

4 Resultados

- Los dientes están formados por dentina (tejido calcificado) y constan de las siguientes partes:

Corona. Parte visible del diente, cubierta por el esmalte.

Cuello. Unión corona y raíz situado al borde de la encía.

Raíz. Parte no visible del diente que da anclaje al mismo sobre el hueso.

En el ser humano adulto la dentición permanente consta de 32 piezas: 8 incisivos, 4 caninos, 8 premolares y 12 molares.

- Las diferentes pruebas diagnósticas de rayos X en estudios dentales (estudios dentales) son:

Radiología dental convencional. Se realizan proyecciones:

- Aleta de mordida. Utilizada para el estudio de caries o alteraciones de la pulpa. Es una proyección bucolingual de las coronas y crestas alveolares de los dientes.

- Periapicales. Para valoración de las membranas periodontales y del hueso circundante. Se visualiza la totalidad del diente.

- Oclusales. (intraorales). En desuso.

Ortopantomografía (radiografía panorámica): es un estudio radiológico donde se aprecian los dientes, los tejidos que los soportan y las estructuras adyacentes. Se utiliza para ver ATM, valorar asimetrías óseas, presencia de lesiones óseas patológicas, caries y su posible afectación al nervio, procesos infecciosos así como la presencias de dientes en huesos que aun no han erupcionado.

Cefalometría: es la proyección básica para el estudio del macizo facial. para su realización se utiliza un craneostato. Su principal indicación es para la planificación y tratamiento de la ortodoncia.

TC: usado para planificación prequirúrgica de colocación de implantes:

- Helicoidal. Que utiliza baja dosis.

- De haz cónico. Exclusivamente de uso dental, con él se consiguen en una sola rotación los datos necesarios para obtener reconstrucciones multiplanares similares a las obtenidas con helicoidal pero con menos radiación y con un coste inferior.

5 Discusión-Conclusión

La radiología es un campo en expansión que se aplica a diferentes ámbitos, en el caso de la odontología resulta relevante su uso ya que previene muchas patologías llegando a evitar consecuencias mayores y sirve para planificar diferentes tipos de intervenciones en el paciente. La principal desventaja es el uso de radiaciones ionizantes por eso se requiere el uso de protectores plomados siempre que se realiza.

El técnico superior en imagen diagnóstica (TSID) debe tener destreza a la hora de la realización de las diferentes técnicas ya que es importante que le explique al paciente lo que se le va a hacer ya que se requiere de su colaboración para evitar movimientos que entorpezcan el estudio.

6 Bibliografía

- Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.
- www.iaea.org.
- www.medlineplus.com.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 961

EL LABORATORIO CLÍNICO: GARANTÍA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

SABRINA ZANGO POZO

NEREA MORAIS ALVAREZ

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es la base elemental para conseguir unos servicios sanitarios de calidad; en la actualidad, esta cuestión ha cobrado mucha fuerza, a causa de que cada día aparece un sinfín de eventos adversos provocados por prácticas inadecuadas del personal sanitario, déficit de conocimiento y desinformación de los pacientes. A raíz de empezar a darle la importancia que se merece a esta situación de multitud de errores en el sistema sanitario que afectan a los pacientes, se han ido reconociendo los momentos clave en los que suelen cometerse dichos errores, de esta manera se procede a la elaboración de políticas y programas a nivel mundial orientados a minimizar el evento adverso (EA).

Ninguna persona podrá creer que a la hora de atender a un paciente se provoque un daño de modo intencionado, puesto que el profesional de la salud presta un servicio con los conocimientos sanitarios adecuados, y sobre todo con ética y responsabilidad, es por todo esto, que hasta hace poco tiempo, los pacientes y familiares confiaban sin duda alguna en los médicos y en las instituciones de salud,

dando lugar a eventos adversos inesperados en situaciones normales fisiológicas. Es entonces, cuando las organizaciones e instituciones de la salud se han centrado en identificar y en la medida de lo posible evitar los eventos adversos (EA), poniendo remedio antes de que sucedan o en caso de que ocurran, buscar la solución y aprender el modo de evitarlo la próxima vez; consiguiendo así una mejora continua de la calidad en la atención sanitaria.

2 Objetivos

Identificar y evaluar cuáles son las situaciones que puedan aparecer dentro del proceso de la atención sanitaria, que afecten a la seguridad de los pacientes y cuál sería el método más apropiado de gestionarlo para obtener técnicas más seguras; centrándonos mayoritariamente en el ámbito del Laboratorio Clínico.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline e Ibecs utilizando los siguientes descriptores: seguridad del paciente, errores sanitarios ante el paciente, el laboratorio clínico y el paciente, efectos adversos. La búsqueda se realizó durante el periodo comprendido entre el 10 de Diciembre de 2019 y el 23 Diciembre de 2019.

De los trabajos encontrados fueron seleccionaron aquellos más recientes y que lograban mayor relación con el tema a desarrollar, descartando aquellos que no cumplieran estos criterios.

4 Resultados

La aparición de posibles eventos adversos (EA), es una realidad diaria en todas y cada una de las situaciones en las que se desarrollan servicios de salud. Los EA, pueden provocar en los pacientes distintas complicaciones tales como lesiones, discapacidades e incluso en el peor de los casos, la muerte; esto ha llevado la seguridad del paciente a un nivel máximo de prioridad para los servicios de salud a nivel mundial, debido tanto a la frecuencia como a la gravedad de los errores cometidos en dichos servicios. Los errores sanitarios o EA pueden ser dados por diferentes causas:

- Excediendo en acciones innecesarias que provoquen más daño que beneficio al paciente.

- Realizando de manera inadecuada las técnicas propias para el diagnóstico del paciente.
- No realizando el diagnóstico adecuado por insuficiencia de pruebas u omisión de intervenciones que hubieran sido necesarias.

Esto mismo, explicado de forma genérica, se puede llevar al ámbito del laboratorio donde se pueden incluir otras consecuencias como la obtención de resultados falsos positivos o falsos negativos, dando lugar a gravísimas consecuencias; la sobrecarga de trabajo de los servicios auxiliares de diagnóstico, el derroche masivo de recursos sanitarios o en ocasiones la escasa calidad de los servicios de salud. Bien es sabido, que eliminar los errores por completo no es posible, pero podemos identificar en que momento dentro de todo el proceso del servicio sanitario prestado, hay mayores probabilidades de que ocurran errores, ampliando el nivel de atención y protección en dichas tareas para evitar que ocurran.

Existe una herramienta analítica y preventiva recomendada por el Institute of Medicine y la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, que permite de forma simple y sistemática:

- Identificar las debilidades y fallos potenciales de un diseño o proceso, así como la probabilidad de que éstos se produzcan y sus posibles efectos.
- Priorizar el riesgo según la gravedad y las posibilidades de detección que tenemos en nuestro medio.
- Proponer acciones para eliminar o reducir la probabilidad de que se produzcan dichos fallos.

La seguridad del paciente se define como: “ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria”. La publicación en el año 1999 del Instituto Americano de Medicina (IOM) “To err is Human: building a Safer Health System”, puso en evidencia a nivel internacional, la incidencia de eventos adversos que afectan a la seguridad del paciente. En esta publicación, se daban a conocer situaciones tan dramáticas como que se producen un millón de lesiones en los pacientes al año y entre 44.000 y 98.000 muertes (superando a los accidentes de automóvil, cáncer de mama o SIDA) debido a errores médicos. Lo anteriormente expuesto supone que los errores médicos (entendiendo como errores, lo que abarca toda la asistencia sanitaria al paciente) son la octava causa de mortalidad en USA, con un coste entre 17 y 20 billones de dólares al año y quizás uno de los datos más relevantes es que más de un 50% son prevenibles. La gravedad de estos datos hizo que se tomara una verdadera conciencia sobre la seguridad del paciente. A raíz de la enorme repercusión que tuvo el informe de la IOM, la OMS

proyecta “Alianza Mundial para la seguridad del paciente” con la que pretende una estandarización en los sistemas de salud que incluyen practicas seguras y con menos errores en la atención sanitaria.

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO

Actualmente, las decisiones de diagnóstico y las medidas terapéuticas tomadas por un facultativo hacia su paciente se basan en un 70% en los resultados obtenidos en las pruebas de laboratorio clínico; lo que le aporta un papel muy importante de responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente. De éste modo la solicitud de pruebas de laboratorio deben ser consideradas como una interconsulta médica, dentro del proceso de la atención sanitaria. Conocemos como “error en el laboratorio”, cualquier fallo que ocurra durante el proceso analítico, que abarca desde que se recibe la muestra en el laboratorio hasta que se emite un informe con los resultados, y que pueda influir en la calidad de dicho resultado y en consecuencia en la calidad de la prestación sanitaria global. La seguridad dentro del ámbito del laboratorio clínico, se divide en tres fases y va a incluir la vigilancia de elementos tan importantes como:

1) FASE PREANALÍTICA

- Control adecuado de la petición por parte del médico y su rigurosa inscripción en el sistema informático.
- Preparación e identificación idónea del paciente para la toma de una muestra correcta.
- Extracción u obtención de la muestra en condiciones apropiadas para cada tipo de muestra e identificación de la misma.
- Conservación adecuada de cada muestra para su posterior transporte.
- Recepción de muestras.

2) FASE ANALÍTICA

- Preparación de las muestras para proceder a su análisis.
- Mantenimiento de los equipos (adecuada calibración de los equipos de medición, controles de calidad actualizados...).
- * Realización de las técnicas precisas para los análisis de muestras.

3) FASE POSTANALÍTICA

- Obtención y validación de resultados.
- Preparación y validación del informe de resultados.
- Entrega del comunicado del informe de los resultados obtenidos en el laboratorio.

Cada uno de los procesos incluidos en estas fases pueden verse afectados por distintos errores, y si bien, no todos perjudican directamente al paciente, sí que pueden suponer la repetición de la solicitud de alguna o todas las pruebas analíticas, lo que conlleva a un aumento en los costos, a un posible error diagnóstico o un inadecuado tratamiento para el paciente en cuestión. Está demostrado, que las fases pre y post analítica son a día de hoy, las más propensas a errores y a sabiendas de que la mayoría de los errores se cometen fuera del ámbito del propio laboratorio, se ha incitado a la investigación para la búsqueda de nuevas estrategias que favorezcan la minimización de riesgos de errores potenciales en los laboratorios clínicos.

5 Discusión-Conclusión

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro, es necesaria la participación responsable de todos los profesionales sanitarios involucrados en él. En el momento que sucede un evento adverso, el paciente sufre un daño y el profesional de la salud también lo sufre a consecuencia de éste; sin premeditación por su parte, es marcado como culpable por dar lugar a que ocurran esas situaciones de error. La Seguridad del Paciente, debe comprometer a todos los sanitarios a una evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud, para así dar lugar al diseño e implantación de manera sistemática de las barreras de seguridad necesarias en cada momento. Aún actuando con la máxima conciencia y con el único propósito de ayudar al paciente, siempre surgen situaciones que van a favorecer el riesgo de incidentes, ante esto es de vital importancia identificar el error, estudiarlo y apoyar al recurso humano involucrado.

Una táctica eficaz que hace evolucionar hacia una cultura de seguridad del paciente, es la relacionada con el propio aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos que aparezcan. Los programas de formación continuada del personal sanitario deberían incluir los temas de seguridad del paciente y la gestión de los riesgos.

Para terminar, decir que una atención sanitaria de calidad es un derecho básico del ciudadano y con ello nos referimos a promover una práctica sanitaria en la que nos ocupemos de controlar los daños evitables al paciente. Por parte del laboratorio se debe ofrecer al paciente un servicio garantizado de calidad, informando previamente tanto de los procedimientos a realizar como de los posibles riesgos que conlleva su realización, es responsabilidad absoluta del laboratorio actuar correctamente en todo el proceso desde que el facultativo solicita un análisis

hasta que se le devuelve el informe con los resultados.

6 Bibliografía

- [1] Lumbreras B, Hernández AI. Iatrogenia atribuible a las pruebas diagnósticas. *Rev. Calidad Asistencial*. 2007; 22 (6): 272-276.
- [2] Briozzo G, Perego MC, Der Parsehian S. Seguridad del paciente. Contribución del laboratorio clínico. Indicadores y propuestas. *Bioquímica y Patología Clínica*. 2008; 72 (2): 19-25.
- [3] Cañada-Dorado A, Mena-Mateo JM, Sánchez-Perruca L, Rodríguez-Morales D, Cárdenas-Valladolid J. Mejora de la seguridad y evaluación de los resultados del proceso de anticoagulación oral implantado en un área de atención primaria.
- [4] Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: concepto y análisis de eventos adversos. *Centro de Gestión Hospitalaria*. 2009; 48: 6-21.
- [5] Govindarajan R, Molero J, Tuset V, Arellano A, Ballester R, Cardenal J et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. *Rev. Calidad Asistencial*. 2007; 22 (6):299-309.
- [6] Kohn L, Corrigan J, Donaldson M: "To err is Human: Building a Safer Health-care System". Committee on Quality of Healthcare in America. Institute of Medicine: 2000: Washington USA. National Academy Press; 2000.
- [7] Department of Health. An Organization with a Memory: report of an expert group of learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer London: HMSO; 2000.
- [8] WAPS Global patient safety challenge 2007. Disponible en: www.who.int/gpsc/en/.
- [9] Sánchez-González JM. Seguridad del paciente y la medicina de laboratorio.
- [10] Campuzano-Maya G. Editorial. La política de valores críticos es un derecho de los pacientes. *Medicina & Laboratorio*. 2011; 17 (7-8): 309-310.
- [11] INTERNATIONAL FEDERATION OF CLINICAL CHEMISTRY AND LABORATORY MEDICINE (IFCC) EDUCATION AND MANAGEMENT DIVISION: Working Group: Laboratory Errors and Patient Safety.
- [12] Giménez Marín Á, Rivas Ruiz F, Grupo de la Comisión de Gestión del Laboratorio Clínico de la SEQC. Validación de un cuestionario para evaluar la seguridad del paciente en los laboratorios clínicos.
- [13] Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente. Sociedad Española de Bioquímica y Patología Molecular.
- [14] Lundberg GD: "Acting on Significant Laboratory Results". *JAMA* 1981; 245:1762-1763.

[15] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS): Nueve soluciones para la Seguridad del Paciente.2007.

Capítulo 962

RADIOLOGÍA CONVENCIONAL Y DIGITAL

JORGE SAL GARCIA

1 Introducción

La radiología ya sea convencional o digital consiste en la obtención de una imagen de la zona anatómica que se desea estudiar a través de rayos x. La zona a examinar queda impresionada en la película radiográfica.

2 Objetivos

- Analizar las principales diferencias entre la radiología digital y la radiología convencional.

3 Metodología

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

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

Los descriptores utilizados son: radiología, digital, convencional.

4 Resultados

Tras la lectura de diversos artículos publicados en páginas web y revistas online la principal diferencia y más diferenciable sobre la radiología convencional y la digital también llamada digitalizada es que en la radiología convencional se usan películas fotosensibles donde llega la radiación y al chocar sobre ella se refleja la imagen tras un proceso de revelado.

Aparte de esta diferencia también habría otra diferencia clara como puede ser que el chasis en el que se alberga la película radiográfica en la convencional lleva película radiográfica mientras que en radiología digital tiene unos sensores los cuales absorben la radiación y esos datos se envían a un ordenador dónde se puede ver dicha imagen. La radiología digital no necesita una sala de revelación y la convencional si, aparte la radiación absorbida por el paciente en la radiología digital es menor ya que necesita menor radiación para obtener la radiografía. La radiología digital en un principio es más costosa pero a largo plazo sale más económica ya que no requiere uso de placas radiográficas ni sala de revelado (se puede visualizar y guardar en elementos digitales).

5 Discusión-Conclusión

Tras estos datos queda en conclusión que la radiología digital pese a ser más cara en un principio que la convencional, es entre las dos la mejor ya que no necesita sala de revelación ni película radiográfica, además de emitir una radiación menor para el paciente.

6 Bibliografía

- Barbieri Petrelli, G et al. Actualización en radiología dental: Radiología convencional Vs digital. Av Odontoestomatol, Abr 2006, vol.22, no.2, p.131-139. ISSN 0213-1285

Capítulo 963

ENTORSIS DE RODILLA REQUIERE DE RESONANCIA MAGNÉTICA

JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ

SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ

RAQUEL SERRANO FERRERO

AROA IGLESIAS MARTÍNEZ

1 Introducción

Paciente de 36 años. Entorsis rodilla derecha hace 5 semanas al bajar unas escaleras.

2 Objetivos

Valorar mediante Resonancia Magnética de rodilla derecha.

3 Caso clínico

Dolor generalizado rodilla derecha, no derrame, estable, leve laxitud anterior con buen tope, flexo extensión completa con dolor en compartimento externo en últimos grados de flexión, no clínica meniscal.

4 Resultados

En la Resonancia Magnética se han obtenido imágenes en secuencia SE DP en los tres planos del espacio incluyendo imágenes con supresión grasa.

Las imágenes obtenidas muestran edema englobando al ligamento cruzado anterior compatible con distensión, sin rotura.

Hipersenál en las imágenes con supresión grasa en el cóndilo femoral externo, en la zona central y lateral de superficie de carga, compatible con pequeño edema óseo secundario a contusión.

También existe edema óseo en la parte posterior de la meseta tibial externa aunque en este caso se asocia a una línea oblicua de hiposenál que une la cortical superior con la posterior representando pequeña fractura, sin afectación del cartílago adyacente.

Fisura profunda que afecta al cartílago de la faceta rotuliana interna, prácticamente llegando hasta la cortical, compatible con condromalacia grado III.

Formación laminar con señal similar al líquido situada entre los tendones del gemelo interno y semimembranoso compatible con quiste de Baker.

No se observan alteraciones en los meniscos, ligamentos colaterales, ligamento cruzado posterior y en el mecanismo extensor de la rodilla.

5 Discusión-Conclusión

Distensión del ligamento cruzado anterior.

- Pequeña contusión ósea en el cóndilo femoral externo y pequeña fractura de la región posterior de la meseta tibial externa.
- Condromalacia rotuliana grado III.
- Quiste de Baker laminar.

6 Bibliografía

- www.serme.es
- <https://revistaartroscopia.com>
- www.medigraphic.com
- www.radiologyinfo.org

Capítulo 964

INTERVENCIONISMO ABDOMINAL: COLANGIOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA PERCUTÁNEA.

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

RAQUEL ALONSO ALONSO

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

AIDA GOMEZ COYA

1 Introducción

Los procedimientos intervencionistas guiados con métodos de imagen en el servicio de radioadiagnóstico están en constante evolución.

En el servicio de radiodiagnóstico antes de la realización de cada procedimiento, es imprescindible y obligatorio entregar al paciente el consentimiento informado con el tiempo necesario para poder comprenderlo y si es necesario realice las preguntas oportunas. Es importante a su vez obtener los datos de laboratorio específicos, como son la función renal, hemograma y la hemostasia, así como considerar los factores de riesgo particulares de cada paciente. Como norma general están contraindicados los procedimientos intervencionistas cuando hay presencia de trastornos no corregidos de la coagulación en el paciente.

2 Objetivos

- Evaluar la colangiografía transhepática percutánea, así como sus indicaciones diagnóstico-terapéuticas.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Dominguez LC, Rivera A, Bermúdez C, Herrera W. Analisis de los factores de conversion durante colecistectomia laparoscopica a abierta en una cohorte prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda.
- ASGE Standard of Practice Committee, Shergill AK, Ben-Menachem T, et al. Guidelines for endoscopy in pregnant and lactating women. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2012;76(1):18–24.
- Manual para técnico superior en Imagen para el diagnóstico y medicina nuclear. J. Azpeitia, J. Puig, R. Soler.

Capítulo 965

LOCALIZACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA CON ISÓTOPOS RADIOACTIVOS

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Los ganglios linfáticos funcionan como filtros eficaces de células tumorales. Se considera ganglio de centinela a los ganglios con drenaje directo procedente del tumor primario pudiendo coincidir éstos o no con los ganglios más activos o más cercanos a la lesión primaria. (Vidal-Sicart et al 1).

Es poco probable que estén afectados el resto de ganglios si el ganglio centinela no posee células neoplásicas, por ello, la biopsia selectiva del ganglio de centinela permite conocer el estado de los territorios linfáticos evitando la necesidad de realizar una linfadenectomía regional (Rasilla et al 2). El estudio del ganglio centinela predeciría el estado del resto de ganglios sin la necesidad de una disección ganglionar completa y aportaría información para el pronóstico y tratamiento adecuado. (Pozo et al 3).

Con la inyección del radiotrazador antes de la intervención quirúrgica, obtenemos imágenes que nos mostrarían el drenaje linfático exacto de la lesión y la identificación correcta del o los ganglios para que el cirujano pueda localizar y extirpar los ganglios correctos (Vidal-Sicart et al 1).

El marcaje del ganglio de centinela se realiza en el servicio de Medicina Nuclear mediante la administración del radiotrazador a través de cuatro inyecciones en la lesión, en los casos de cáncer de mama se adquieren imágenes planares en anterior y lateral a partir de las 2 horas de la administración del radiofármaco (Fraile et al 4); en el resto de tumores se realiza la adquisición de imágenes inmediatamente después de la inyección del radiotrazador mediante un estudio dinámico de 15 minutos seguido de imágenes planares y SPECT/TAC (Rasilla et al 2). Posteriormente se adquiere una imagen delimitando el contorno de la silueta del paciente para facilitar la localización anatómica. Una vez localizado el ganglio centinela a través de la gammacámara se procede al marcaje de su proyección sobre la piel del paciente para una mejor localización en el quirófano. (Romera et al 5).

2 Objetivos

- Establecer la finalidad principal del marcaje del ganglio centinela a través de isótopos radioactivos.

3 Metodología

Se han realizado diferentes búsquedas en revistas digitales tanto nacionales como internacionales, revistas de medicina nuclear (ELSEVIER) y búsquedas en Google académico de artículos y estudios realizados con anterioridad utilizando como palabras clave: “ganglio de centinela”, “localización ganglio centinela”, “marcaje ganglio centinela”, así como estudios y casos de pacientes comentados con médicos nucleares de nuestro centro de trabajo.

4 Resultados

- El principal objetivo del marcaje del ganglio centinela a través de isótopos radiactivos es facilitar al cirujano una localización más precisa de éste antes de la intervención quirúrgica.

- La utilización de isótopos radiactivos para localizar el ganglio de centinela es de gran utilidad para los cirujanos en la toma de decisiones quirúrgicas. El ganglio o los ganglios centinelas son marcados por el médico nuclear y deben ser extirpados en quirófano para su posterior estudio en anatomía patológica.

-Esta técnica se ofrece como una alternativa para la estadificación ganglionar con la misma eficacia y una menor agresividad que la quirúrgica (Fraile López Amor, Manuel 6).

5 Discusión-Conclusión

Tras la investigación realizada concluiré diciendo que la técnica de localización del ganglio centinela mediante isótopos radiactivos aporta información relevante para el cirujano antes de la intervención quirúrgica con la consiguiente menor agresividad para el paciente.

6 Bibliografía

- 1. Vidal-Sicart, S., O. Roberto Brouwer, and R. A. Valdés-Olmos. "Valoración del ganglio centinela combinando SPECT/TAC con la imagen planar y su importancia para el acto quirúrgico." *Revista Española de Medicina Nuclear* 30.5 (2011): 331-337.
- 2. Rasilla, J. Mucientes, et al. "SPECT-TAC en la localización del ganglio centinela en pacientes con melanoma." *Revista Española de Medicina Nuclear* 28.5 (2009): 229-234.
- 3. JUAN, POZO PARILI, et al. "Evaluación de la técnica de utilización del azul de metileno en la localización del ganglio centinela en la disección axilar." *Revista Venezolana de Oncología* 12.2 (2000).
- 4. Fraile, Manuel, et al. "Radiolocalización de lesiones mamarias no palpables combinada con la biopsia del ganglio centinela en mujeres con cáncer de mama." *Cirugía española* 77.1 (2005): 36-39.
- 5. Romera, M. Cortés, et al. "Localización del ganglio centinela en el carcinoma de mama. Influencia del tamaño tumoral y edad de la paciente." *Revista Española de Medicina Nuclear* 23.1 (2004): 3-8.

- 6. Fraile López-Amor.“Biopsia del ganglio centinela en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales”. 2002.

Capítulo 966

DIAGNÓSTICO DE FRACTURA DE COLLES MEDIANTE TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS

SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ

RAQUEL SERRANO FERRERO

JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ

ANGELA BAÑOS TRABANCO

1 Introducción

Dentro de las diversas fracturas de muñeca, la de colles es una de las más comunes. Suele producirse cuando, tras una caída, el accidentado trata de detener la misma apoyándose en el suelo con la mano extendida.

Se define como una fractura transmetafisaria en la parte distal del radio, a unos 3 cm de la articulación de la muñeca, asociada a un desplazamiento del fragmento distal del mismo, en forma de dorso de tenedor. Entre las causas más frecuentes encontramos:

- Caídas al mismo nivel.
- Lesiones en el ámbito deportivo.
- Accidentes de tráfico.

Como factores de riesgo asociados a esta patología encontramos dos principalmente:

- Práctica de deporte.

- Osteoporosis.

El paciente que acude a urgencias presenta, por norma general varios de estos síntomas:

- Dolor.
- Tumefacción.
- Incapacidad funcional.
- Hematoma en la región.

2 Objetivos

- Ampliar los conocimientos acerca de la fractura de Colles (concepto, causas, factores de riesgo, sintomatología y tratamiento).
- Ofrecer recursos que faciliten el diagnóstico de este tipo de fracturas.

3 Caso clínico

Breve descripción del caso clínico: paciente de 35 años, mujer, que acude al servicio de urgencias tras caída haciendo patinaje sobre hielo. Presenta:

- Dolor a la palpación en muñeca izquierda.
- Incapacidad funcional de dicha muñeca.
- Evidente deformación en la región próxima a la articulación.

Pruebas realizadas: se deriva a la paciente al servicio de radiodiagnóstico para la realización de las siguientes pruebas:

- Radiografía dorso palmar de muñeca.
-Técnica:45kVp, 5mAs y distancia foco película de 100cm; rayo central; perpendicular a la mesa centrado en el centro de la región carpiana; posición del paciente: mano y antebrazo colocados en el plano horizontal del receptor de imagen, con la mano en pronación y con los dedos flexionados.
- Estructuras anatómicas: metacarpianos, huesos del carpo y parte distal de cúbito y radio.
- Radiografía lateral de muñeca: técnica: 45kVp y 5 mAs. Distancia foco película de 100cm, rayo central; perpendicular al receptor de imagen, alineado con el centro del carpo; posición del paciente; codo y antebrazo en plano horizontal del receptor de imagen, con la mano en posición lateral, pulgar hacia arriba.
- Estructuras anatómicas: Metacarpianos, husos del carpo y parte distal de cúbito y radio.

4 Resultados

-Juicio clínico: tras la realización de las radiografías, se confirma la existencia de una fractura de radio distal, 2.5 cm de la articulación de la muñeca, con desplazamiento posterior del fragmento distal, evidenciando que se trata de una fractura de Colles.

-Diagnóstico diferencial: se han descartado, gracias a las radiografías realizadas, otras posibles patologías, que presentan una sintomatología similar, como por ejemplo: luxación de muñeca, fractura de smith, fractura de Barton, fractura de Chófer y fractura de escafoides.

-Tratamiento y seguimiento: se precisa la reducción cerrada de la fractura y la colocación de un yeso durante un periodo de 6 a 8 semanas, para su posterior seguimiento y valoración de evolución.

Se recomienda el uso de AINES para tratar el dolor asociado y la elevación de la región afectada para ayudar a reducir la inflamación de la misma.

Una vez consolidada la fractura se recomiendan sesiones de fisioterapia y rehabilitación para la recuperación completa de la funcionalidad de la muñeca.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas de muñeca son muy comunes en el día a día de la urgencia hospitalaria, siendo la fractura de Colles una de las más frecuentes dentro de las mismas.

El uso de técnicas radiográficas se ha vuelto el método más efectivo para ofrecer un diagnóstico diferencial de calidad de este tipo de fracturas por múltiples motivos, como son:

- Rapidez.
- No se trata de técnicas invasivas.
- Son cómodas e indoloras para el paciente.

Los únicos riesgos vienen derivados del uso de radiación X, si bien se trata de dosis bajas. El balance riesgo/beneficio es muy favorable.

6 Bibliografía

-Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, et al. Cirugía de la Mano. Green's 5ta. Ed, Marbán, Madrid, 2007; 1 y 2; 343-88.

- Bucholz R, Heckman J. "Rockwood & Green's. Fracturas en el adulto". Tomo 2. . 5ª edición. Madrid: Edit Marban. 2003.
- Martín Ferrero MA. Fracturas del antebrazo y de la muñeca. En: Sánchez Martín MM: Traumatología y Ortopedia. Valladolid: Ed. Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid. 2002.

Capítulo 967

EXAMEN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

ANDREA DÍAZ PARIENTE

ESTELA LÓPEZ CANO

NOELIA CARBAJAL GARCÍA

1 Introducción

El líquido cefalorraquídeo (LCR) es el líquido que protege el sistema nervioso central (SNC). El SNC está formado por la médula espinal, que es la porción que se aloja en el conducto vertebral y el encéfalo que es la porción situada en el cráneo y que está dividido en tres bloques que son: en cerebro, el cerebelo y el tronco del encéfalo que es una columna de tejido que continua por la médula espinal compuesto a su vez por tres porciones que son el mesoencéfalo, la protuberancia y el bulbo raquídeo.

Todo el SNC está protegido por una serie de membranas de tejido conjuntivo que reciben el nombre de meninges y son: duramadre, aracnoidea y piamadre. Entre el encéfalo y la médula espinal existen distintos huecos denominándose ventrículos. El líquido cefalorraquídeo es un ultrafiltrado plasmático procedente tanto de una filtración e los capilares de los plexos coroideos como en los espacios subaracnoideos. Se forma el 85% en los ventrículos y el 15% restante en los pequeños capilares que hay en los espacio subaracnoideos. Se produce a una

velocidad de 50ml/ día, renovándose por completo más de tres veces al día. Sus niveles normales oscilan entre los 90 y 150ml. Las funciones del LCR son: envolver y proteger al encéfalo, excretar residuos del metabolismo, el transporte de algunas hormonas que se producen en el hipotálamo y el mantenimiento del medio interno manteniendo una presión constante.

2 Objetivos

- Describir la técnica de obtención y análisis del líquido cefalorraquídeo, así como sus posibles resultados.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo hemos realizado una investigación bibliográfica sistemática de artículos y publicaciones en bases de datos como Elsevier, Pubmed, Medline y Scielo.

4 Resultados

El análisis del LCR sólo se realizará cuando sea imprescindible y para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades neurológicas o infecciosas que afecten al cerebro, la médula espinal y las meninges como pueden ser: las meningitis (víricas, bacterianas o tuberculosas), tumores, hemorragia subaracnoidea, esclerosis múltiple, metástasis leptomeningea, encefalitis, etc. Diferenciaremos unas de otras tanto por el aspecto macroscópico, microscópicos como bioquímico.

La obtención del LCR se realiza mediante una punción lumbar entre las vértebras L4 y L5, en posición de cúbito lateral con las piernas flexionadas, en condiciones asépticas y por personal cualificado, por punción cisternal, a medida que sacamos el líquido se va valorando la presión con la que sale a través de la aguja aproximadamente entre 70-200mm H₂O, o por punción ventricular. Debe de realizarse previo a iniciar la toma de antibiótico. Se obtienen tres tubos estériles, sin aditivos y numerados. La muestra se trasladará de manera inmediata al laboratorio para su procesamiento. Es recomendable recoger simultáneamente una muestra de suero siempre que sea posible ya que en muchas pruebas bioquímicas tendrá gran importancia la comparación de los valores sanguíneos con los del LCR.

En el examen macroscópico valoramos el aspecto, la viscosidad y el color:

- Aspecto: en condiciones normales debe ser transparente y cristalino. La turbidez se considera patológica y se informa con cruces de 0 a 4.
- Viscosidad: es similar al agua y se aprecia al realizar la extracción con la jeringuilla. Se suele denominar “agua de roca”. No coagula ni se precipita.
- Color: en condiciones normales es incoloro cualquier variación se considera patológico: verdoso: presencia de mieloperoxidasas o infección; hemorrágico: tenemos que descartar la punción traumática, lo que nos haría sospechar de una hemorragia subaracnoidea, hemorragia cerebral o medular. Podemos distinguir una de otra porque en la punción traumática el aspecto hemorrágico desaparece de forma progresiva, se descarta con la realización de la llamada prueba de los tres tubos; amarillo: liberación de bilirrubina (bilirrubinorraquia) típico de las ictericias; xantocromía: es un color rosa anaranjado por la lisis de los glóbulos rojos y a la destrucción de la hemoglobina.

En el examen bioquímico: se realiza con el primer tubo que extraemos y se comparan con los resultados obtenidos en el plasma, se analizan:

- Proteínas: en condiciones normales encontramos entre 15–60 mg/100ml, son principalmente albúmina (70%) y globulinas (30%) y contienen el 1% de las proteínas plasmáticas. El cociente albúmina-globulina en valores normales es de 8:1. La presencia de proteínas en el LCR se denomina “proteínorraquia” o “albuminorraquia”,
- Glucorraquia: la presencia de glucosa en el LCR. Los valores normales son entre 50–80 mg/100ml o lo que es lo mismo el 60-70% de la glucosa en suero en ayunas. La denominada hiperglucorraquia, es decir, el aumento de glucosa en el LCR se suele suceder en enfermedades como diabetes mellitus mientras que lo contrario, una disminución de la glucosa en el LCR denominada hipoglucorraquia se sucede en las meningitis tuberculosas y hemorragias subaracnoideas.
- Cloruros: el valor normal oscila entre 110-125 mEq/L.
- La presión: oscila entre 70 a 180mm de agua. La podemos encontrar aumentada denominada “hipertensión del LCR” cuando sobre para los 200mm de H₂O, se suele dar en meníngeos cerebrales, tumoraciones cerebrales o “hipotensión del LCR” producida por lo que se denominan, síndromes de compresión medular, en deshidrataciones marcadas, etc...
- Enzimas: CPK: es una enzima que indica destrucción del tejido y por lo tanto estará aumentada cuando haya un infarto cerebral. LDH: es la útil de todas aumentando en casos como: leucemias, hemorragias subaracnoideas, meningitis bacterianas y tumores del SNC.
- Mielina: 4ng/ml (es la proteína que envuelve los axones de las neuronas).

En el examen microbiológico: Se realizan en el segundo tubo que se extrae de la punción lumbar. Lo ideal es la obtención de unos 10ml. Constituye una emergencia ya que la aplicación del tratamiento debe aplicarse en el menor tiempo posible ante una meningitis bacteriana.

- Tinción de Gram: donde vamos a poder diferenciar enterococos gram positivos como neumococos y stafilococos, bacilos gram negativos como el *Haemophilus influenzae*, bacilos gram positivos como la *Listeria* etc... La tinción Ziehl-Neelsen para micobacterias.
- Cultivos del LCR: En medios como el columbia, chocolate, sabouraud, *Neisseria*, durante al menos 72h en estufa a 37°C.
- Examen citológico: Se realiza en el tercer tubo que extraemos y se valoran dos apartados por separado. Por encima de 10 células/ μ l siempre se considera patológico.
- Recuento celular total: se valoran los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y otras células, como pueden ser tumorales en el caso de leucemias y linfomas con extensión al SNC. El recuento celular es preciso realizarlo en todas las muestras de LCR. El recuento de leucocitos y el de hematíes deben de realizarse en una cámara Rosenthal sin diluir. El valor normal de glóbulos blancos: 0-5 (todos mononucleares), de glóbulos rojos es la ausencia.
- Recuento diferencial: el recuento diferencial lo hacemos cuando queremos saber de qué tipo son las células patológicas.

Por último, tras el análisis del LCR analizamos todos los cambios fuera de los valores normales previamente comentados. Se utiliza el término "pleocitosis" para referirse al aumento de células pudiendo ser leve, moderado o intenso. Y llegamos a la conclusión de las siguientes patologías:

- Meningitis: es la inflamación del tejido delgado que rodea el cerebro y la médula espinal, llamada meninge. Un recuento elevado de células en el LCR de entre 6-10 células/ μ l, puede hacer sospechar entre meningitis vírica o bacteriana. Es muy importante el examen microbiológico. Meningitis bacteriana: El LCR suele tener color turbio, el recuento leucocitario es superior a 400/ μ l polinucleares, proteinorraquia \geq 150mg/dl y glucosam $<$ 40mg/dl. Suelen estar causadas por microorganismos como la *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*. También encontramos elevado el lactato independientemente del valor que tenga en sangre. La *Neisseria meningitidis* crece en agar sangre y chocolate, produce catalasa y oxidas, fermenta glucosa y maltosa. El *Streptococcus pneumoniae* crece en agar sangre y agar, chocolate, es catalasa negativo, sensible a la optoquina; meningitis vírica: el LCR tiene una coloración clara, el recuento celular es $<$ 300/ μ l suelen ser mononucleares, unas proteínas entre 30-100mg/dl y una glucosa normal. Suele

estar causada por microorganismos como Enterovirus, Virus del herpes simple, Virus de la varicela-zosters; meningitis tuberculosa: el LCR tiene un aspecto claro normal, con un recuento de mononucleares inferior a 600/ μ l, proteinorraquia <300mg/dl y una glucosa <45 mg/dl. Causada por le Mycobacterium tuberculosis; meningitis fúngica: causada por el Cryptococcus neoformns, representa la causa más frecuente de infección fúngica del SNC. Se caracteriza por tener una hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia con un número de células aproximada entre 20-400 células/ μ l con predominio de linfocitos.

- Hemorragia subaracnoidea (HSA): Es una hemorragia repentina dentro del espacio subaracnoideo comprendido entre la capa interna (piamadre) y la media (aracnoides) del tejido que recubre el encéfalo (meninges). Se caracteriza porque el LCR tiene un aspecto xantocrómico el cual aparece a las 1 o 4 horas tras producirse dicha hemorragia, un número de glóbulos rojos entre 25-1000/ μ l, las proteínas elevadas una glucosa normal. Se confirma por medio de centrifugación, quedando el sobrenadante amarillo y en el sedimento se hallarán los glóbulos rojos.

- Esclerosis múltiple (EM): es una enfermedad progresiva que cursa con múltiples lesiones a lo largo de todo el SNC. Su diagnóstico en el LCR en apariencia macroscópica en normal, en su análisis bioquímico se aprecia una elevación de inmunoglobulinas G (IgG) (se consideran normal las cifras entre 3-5mg/10ml), apareciendo además bandas oligoclonales de células plasmáticas como ya comentamos previamente.

- Metástasis leptomenígeas: se origina cuando las células tumorales se trasladan desde el tumor original (primario) a las meninges. El examen citológico del LCR en esta patología incluye la β -glucuronidasa, el antígeno carcniembrionario y la lactato deshidrogenasa.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de los avances a lo largo de los años en técnicas de imagen como puede ser la tomografía computada o la resonancia magnética, el examen del LCR actualmente sigue siendo de los más importantes a la hora del diagnóstico rápido de enfermedades neurológicas importantes. Como hemos podido comprobar en todo lo anteriormente explicado, actualmente se continúa realizando de forma rutinaria y es decisivo para la diferenciación de enfermedades en un principio muy semejantes.

6 Bibliografía

- Libro “Manual para técnico superior de laboratorio clínico y biomédico”.
- Medline: <https://medlineplus.gov/spanish/meningitis.html>.
- Artículo de “interpretación del líquido cefalorraquídeo”: <https://interlab.mx/>.
- Libro “Bioquímica e inmunología” de formación continuada de Logoss, capítulo 10, pág 151-167.
- Libro “prueba de urgencias en el laboratorio”, tema 4 microbiología en el laboratorio de urgencias.
- <https://es.slideshare.net/LauriisJgs/lquido-cefalorraquideo-67323209>.
- Apuntes ciclo formativo de Técnico superior especialista en laboratorio de diagnóstico clínico.
- <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia36.pdf>.
- <https://www.msdmanuals.com/es-es/>.
- <http://scielo.isciii.es/>.
- <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/>.
- <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/>.

Capítulo 968

LA CARIES DESDE LA INFANCIA

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La caries es una enfermedad infecciosa, crónica y prevenible, que destruye los tejidos duros del diente, progresa lentamente y afecta a gran parte de la población, tanto infantil, como adulta. Está producida principalmente por la bacteria de *Streptococcus mutans* como principal causante de la caries dental aunque hay otros microorganismos que también influyen en su desarrollo como *Lactobacillus*, *Actinomyces*, e incluso otros tipos de *Streptococcus*.

2 Objetivos

- Describir la prevención en la caries dental.
- Detallar la clasificación de la caries según localización y progresión.
- Analizar los factores de riesgo.
- Enumerar las consecuencias de la caries.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se ha utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y libros encontrados en páginas web relacionadas con la caries, todos los aspectos relacionados con ella y con la educación para la salud.

4 Resultados

Prevención.

- Buena higiene oral, con cepillados después de las comidas.
- Hacer uso de la seda dental y el rascador lingual por los posibles restos que puedan quedar por interdental u otro orificio.
- Selladoras de fosas y fisuras en las edades tempranas para evitar el desarrollo de la caries.
- Alimentación sana y variable, rica en fibra, verduras y frutas y baja en carbohidratos.
- Utilizar pastas de dientes con flúor para proteger al diente.
- Usar colutorios para prevenir futuras caries u otras patologías.
- Revisiones periódicas al dentista, al menos de una vez al año.

Clasificación.

Las caries pueden ser coronal o radicular.

- La caries coronal empieza en el esmalte y se va expandiendo a lo largo del diente por la dentina, incluso llegando al cemento y a la pulpa, se produce principalmente por la desmineralización del esmalte que provoca cavidades en los dientes.
- La caries radicular, sin embargo se exponer el cemento por recesión gingival, o enfermedad periodontal

Según su localización:

- Clase I. Afecta a las caras oclusales de molares y premolares.
- Clase II. Afecta a las caras proximales de molares y premolares.
- Clase III. Afecta a las caras proximales de los dientes anteriores.
- Clase IV. Afecta al borde incisal de los dientes anteriores.
- Clase V. Afecta a las caras lingüal o palatino de los dientes anteriores.

Según su progresión:

- Caries de la superficie lisa, de lento desarrollo y comienza con una mancha blanquecina en el que las bacterias disuelven el ácido del esmalte.
- Caries en fosas y fisuras, progresa rápido y se produce en las ranuras de los dientes, donde no puede llegar el cepillo, sobre todo en la parte posterior a la altura de la pieza número 6.
- Caries en la raíz, su progresión es bastante rápida y peligrosa, ya que empieza en el cemento del diente, puede ser por mal cepillado entre encía y diente o por una retracción causada por una enfermedad periodontal.

Factores de riesgo.

- No deben añadir azúcares a los biberones de los bebés.
- Limpiar la boca de bebé con una gasa hasta que aparezcan los primeros dientes para evitar la caries.
- Evitar endulcorar los chupetes con algún azúcar que pueda estimular al bebé y acostumbrese a ciertos carbohidratos y a posibles caries.
- Intentar no utilizar los mismos cubiertos que los niños, besar en la boca o soplar la comida, ya que si los padres no tienen buenos hábitos de higiene, con la boca libre de caries, pueden transmitir bacterias cariogénicas.
- Placa o biofilm.
- Sarro.

Consumo de carbohidratos ó ácidos.

- Déficit de saliva o boca seca.
- Apíñamiento en los dientes o alguna malformación, ya que las bacterias se insertarán por zonas interproximales y/o distal y/o mesial.
- Carencia de flúor o fluorización ya que debilita el esmalte de diente.
- Buena educación bucodental desde pequeños para crear unos buenos hábitos.
- En países subdesarrollados es mas probable padecer caries por la falta de medios para ello.

Consecuencias.

- Dolor.
- Pérdida dental porque la caries esté avanzada.
- Inflamación de la encía.
- Fractura de una pieza dental por la debilidad del esmalte y posterior deterioro de la dentina y demás partes del diente.
- Pérdida de la estética o anatomía dental.
- Halitosis por las bacterias que se insertan en los dientes.
- Sensibilidad, sobre todo en las caries clase V y en las que sean profundas, ya que están cerca de la pulpa y por tanto puede acabar en una endodoncia.

5 Discusión-Conclusión

La principal finalidad de la caries será tener una boca sana, libre de microorganismos, de placa o sarro, para ello se tendrá que obturar o reconstruir las zonas afectadas por la caries para que no avance, ya siendo en edades tempranas mediante sellados de fosas y fisuras, o en la edad adulta eliminando la zona afectada y sustituyéndola por resinas adherentes al diente.

Para evitar las consecuencias de la caries, se debe:

- Disminuir la prevalencia y la incidencia de esta patología a nivel mundial.
- Educación para la salud en materia de higiene dental desde edades tempranas para evitar la caries y sus consecuencias.
- Si no se tiene una buena anatomía llegar a modificarla, por ejemplo mediante braquets, para evitar zonas retentivas y así que se deposite y/o se mantengan las bacterias.
- Restauración de la estética dental y su funcionalidad dentro de la masticación.
- Prevenir futuras lesiones cariogénicas mediante unos buenos hábitos de higiene y una dieta saludable.

La patología de la caries dental, según la OMS, en un estudio realizado en el año 2016, la mitad de la población padece caries desde las edades las tempranas hasta la ancianidad. En los países mas desarrollados la caries va en aumento debido al consumo de tabaco y la ingesta de alcohol y dietas ricas en carbohidratos. Los hábitos saludables a nivel de higiene y alimentación hará que la población tenga menos prevalencia a sufrir la patología.

Teniendo en cuenta los artículos leídos de mi interés he realizado un trabajo resumiendo los pasos más importantes por los que pasa la caries desde la infancia, siendo esta etapa primordial ya que si se habitúa a mantener una boca sana desde que son pequeños, la patología disminuiría de manera considerable.

Es un tema muy importante en la sociedad en la que vivimos ya que debido a la crisis, la población se alimenta peor, rico en carbohidratos y tienen menos medios económicos para ir al dentista, por tanto, se dificulta tener una boca saludable.

6 Bibliografía

- Fundación Wikimedia, Inc, 2019 <https://es.wikipedia.org/wiki/Caries#Etiolog%C3%ADa>
- Merck Sharp & Dohme Corp, INC, 2019.
- Colgate- Palmolive company, 2019 <https://www.colgate.es/oral-health/articles/what-are-cavities>
- Sanitas.es, 2019.
- Clasificación de All rights. Reserved, 2019. <https://www.clasificacionde.org/clasificacion-de-caries/>
- Imagecare dental, 2019.
- OMS, 2019. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Monográficas. Com, S:A; 2019.

- Medlineplus, 2019. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article>.

Capítulo 969

LA PERIODONTITIS EN LA EDAD ADULTA

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La periodontitis es una enfermedad infecciosa de etiología multifactorial, de los tejidos de soporte de los dientes (ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar), que resulta en la destrucción progresiva de éstos. caracterizada por una inflamación de las encías, el enrojecimiento de las mismas, la pérdida de inserción progresiva y pérdida ósea, así se produce la destrucción del tejido que rodea al periodonto. Esta destrucción se ve acompañada por la formación de bolsas entre diente y encía, en las que se acumulan bacterias responsables del proceso, organizadas en forma de biofilm.

Causas.

Esta patología tiene una serie de causas que acusan la gravedad de la enfermedad, como:

- El tabaco.
- El estrés y/o depresión.
- Enfermedades sistemáticas.
- Diabetes no controlada.
- Las defensas bajas.
- Cambios hormonales, como en el embarazo o en la menopausia.
- Una higiene inadecuada, incompleta o insuficiente, esto lleva a acumularse mas placa bacteriana alrededor de las encías.

Esta enfermedad también puede tener una serie de consecuencias para la salud, entre las que destacamos las siguientes:

- Sangrado de encías, generalmente debido a la inflamación que padece la persona.
- Halitosis, el mal aliento depende mucho del sangrado, ya que se coagula la sangre en las encías.
- La separación local de los dientes, y ello puede llevar a modificar la morfología dental.
- Sensibilidad en al frío o al calor, tanto en bebidas, como en comidas.
- Recesión de la encía por la pérdida de hueso.
- Cambio de color en las encías o separación de las mismas.
- Pérdidas dentales.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Problemas en el embarazo.
- Consecuencias en la menopausia.
- Más complicaciones si se padece diabetes.

2 Objetivos

- Describir el objetivo del tratamiento.
- Detallar los factores de riesgo.
- Enumerar las medidas a adoptar para la prevención.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se ha utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados en distintas páginas web relacionadas con la periodontitis, las encías, el periodonto y el diente.

4 Resultados

El objetivo del tratamiento periodontal consiste en el control de la infección bacteriana que causa en las encías, para detener la progresión de la enfermedad y conseguir mantener el periodonto sano. La acción mecánica del biofilm, supragingival y subgingival, junto con una higiene oral adecuada es la referencia en el

tratamiento periodontal. El tratamiento subgingival reduce las bacterias subgingivales, provocando además un cambio hacia una flora menos patógena, caracterizada por altas proporciones de microorganismos aerobios grampositivos.

Influyen una serie de factores que se destacarán a continuación:

- Factores genéticos: esta patología es hereditaria, por tanto la persona que tenga la enfermedad y sea genética tendrá peor diagnóstico y por tanto deberá cuidarse tener una higiene y unos hábitos mas saludables, por posibles pérdidas dentales entre otros.
- Factores ambientales: En este campo se hace referencia a todos aquellos hábitos que tenemos y que perjudican, tanto a las encías como al hueso alveolar y al periodonto.
- Una buena alimentación sana y equilibrada, rica en vegetales y frutas ,eliminando los carbohidratos, las grasas saturadas y los azúcares.
- Una buena higiene oral para evitar patologías.
- El uso de cepillos eléctricos.
- El uso de rascador lingual.
- La utilización de seda dental por posibles restos interdentes.
- Evitar el consumo de tabaco, ya que es un causante de la enfermedad periodontal y que agrava mucho la enfermedad. Cuanto mas consumo, mas peligrosa será la patología, y mas pérdida ósea se dará.
- Evitar el consumo de alcohol.

Prevención.

- Buenos hábitos de higiene que hará que la patología no avance con la utilización del cepillo eléctrico, manual, de la seda dental y del rascador lingual.
- El uso de una pasta de dientes de mantenimiento que contengan flúor.
- El uso de colutorios de mantenimiento, para lograra mantener sano y desinfectado el periodonto y las encías
- Revisiones periódicas a la consulta del dentista, en el primer año se recomienda cada 3 meses y después cada 6 meses.
- Realizar al menos dos profilaxis bucales al año.
- Mejora de la encía, tanto su color como textura.
- Menor movilidad en las piezas dentarias.
- Saneamiento de la cavidad bucal.
- Asiduidad al dentista, con menos fobia y temor a la consulta del mismo.

5 Discusión-Conclusión

Es un tema que está en auge en la actualidad y aún poca gente se concienza de la gravedad de la misma, teniendo en cuenta que puede ser causa de la pérdida de uno o mas dientes, o de enfermedades cardiovasculares, que son muy importantes para nuestra salud y los que nos rodean.

6 Bibliografía

- Clínicas Propdental. S.L. 2019 <https://www.propdental.es/blog/odontologia/objetivo-del-tratamiento-de-la-periodontitis/>
- Cinfa Salud, 2019. <https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/>.
- The Nemours Foundation, 1995- 2019.
- Avances de periodoncia, 2008. <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- Revista Higienistas, 2016. <http://www.revistahigienistas.com/new/metod-publicaciones.asp>.
- ADAM, Inc, 1997-2019 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001059.htm>
- Grupo de compañía GSK, 2019.
- ClínicaValcorba, 2019 <https://clinicavallcorba.com/periodontitis/>
- Fundación Wikimedia, Inc, 2019 <https://es.wikipedia.org/wiki/Periodontitis>

Capítulo 970

EL USO DE GUANTES EN EL AMBIENTE SANITARIO

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

1 Introducción

La prevención primaria más importante frente al riesgo biológico son los guantes. Sirven para evitar la contaminación con el material biológico potencialmente infeccioso como pueden ser la sangre, las secreciones. Así el riesgo de transmisión de microorganismos del sanitario al paciente se reduce. Los guantes pueden ser de dos tipos: guantes estériles o no estériles.

2 Objetivos

- Definir los dos tipos de guantes más utilizados en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Llevamos a cabo una revisión bibliográfica sobre el tema, consultando distintas bases de datos Dialnet, Google Académico poniendo de palabras claves “ guantes estériles “ y “guantes no estériles”.

4 Resultados

Dependiendo del trabajo que vayamos a realizar usamos un tipo de guante.

- Los guantes estériles: tienen el objetivo de mantener la asepsia cuando se rompen las barreras naturales, en procedimientos invasivos y otras técnicas asépticas.
- Los guantes no estériles: tienen el objetivo de evitar el contacto físico con fluidos, piel, secreciones, mucosas y materiales contaminados.

5 Discusión-Conclusión

Tras la revisión bibliográfica realizada concluimos que el riesgo que tiene el personal sanitario en infectarse por los fluidos, sangre, secreciones de un paciente, sin usar guantes es muy alto y por ello el uso de guantes es algo fundamental. El uso de guantes no sustituye el lavado de manos, que se realizará antes e inmediatamente después de su uso. En caso de perforación o desgarró: quitarse el guante, lavarse las manos y ponerse un par nuevo.

- Antes del uso: manos limpias, quitarse anillos, relojes, etc., que puedan romperlo, y comprobar que el interior del guante está limpio.
- Después del uso: Lavarse las manos con jabón suave y secarse con toalla limpia o papel desechable, nunca con aire caliente, para evitar empeorar el efecto de la maceración.

6 Bibliografía

- www.humv.es > ...PDF guantes - HUMV <https://www.bimedica.com> > guantes...
- Guantes de examen no estériles - Guantes - Bimedica - Guantes - Bimedica masquemayores.com > magazine > c...
- ¿Conoces los tipos de guantes que existen y cuál es su uso correcto? - Más que mayores » informe

Capítulo 971

ESTUDIO DE LAS MAMAS CON RESONANCIA MAGNÉTICA

ELENA DÍAZ ALONSO

1 Introducción

La resonancia magnética nuclear (RMN) es un examen no invasivo utilizado para diagnosticar enfermedades. La RMN emplea un campo magnético potente, ondas de radio y un potente ordenador para crear imágenes detalladas de las estructuras internas del cuerpo. La RMN aprovecha que los núcleos atómicos (por ejemplo, dentro de una molécula) resuenan a una frecuencia directamente proporcional a la fuerza de un campo magnético ejercido, de acuerdo con la ecuación de la frecuencia de precisión de Larmor, para posteriormente perturbar este alineamiento con el uso de un campo magnético alterno, de orientación ortogonal.

Una resonancia magnética (RM) de las mamas es un procedimiento seguro que no te expone a radiación ionizante.

En RM existen una serie de contra indicaciones entre las que cabe destacar:

- Marcapasos cardíaco.
- Grapas metálicas en venas o arterias.
- Cuerpos extraños en ojos.
- Determinadas válvulas metálicas en el corazón.
- Implantes metálicos en oídos.

Por lo general, se realiza después de haber hecho una biopsia con un resultado positivo de cáncer, por lo que el médico necesita más información sobre la extensión de la enfermedad.

El médico podría recomendar una resonancia magnética mamaria en los siguientes casos:

- Ante un diagnóstico de cáncer de mama para determinar la extensión del cáncer.
- Si se tiene una sospecha de fuga o rotura de un implante mamario.
- Ante antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de ovario importantes.
- La existencia de tejidos mamarios muy densos.
- Con antecedentes de cambios pre cancerosos en las mamas, como hiperplasia atípica o carcinoma lobular localizado, e importantes antecedentes familiares de cáncer de mama y tejidos mamarios densos.

Para la realización de una RM de mama se necesita un equipo de una potencia no inferior a 1.5 T y una bobina específica para mama.

La paciente se coloca en posición decúbito prono lo más cómoda posible ya que el tiempo de estudio va a ser largo.

Es necesario canalizar una vía venosa para la introducción de contraste intravenoso.

En Resonancia magnética de mama se utilizan contrastes paramagnéticos como el Gadolinio, unidos a sustancias quelantes para facilitar la eliminación por el organismo y disminuir la posible toxicidad.

Se comienza el estudio con una secuencia localizadora obteniendo imágenes en los tres planos del espacio, siendo de gran importancia las imágenes Sagitales y Axiales.

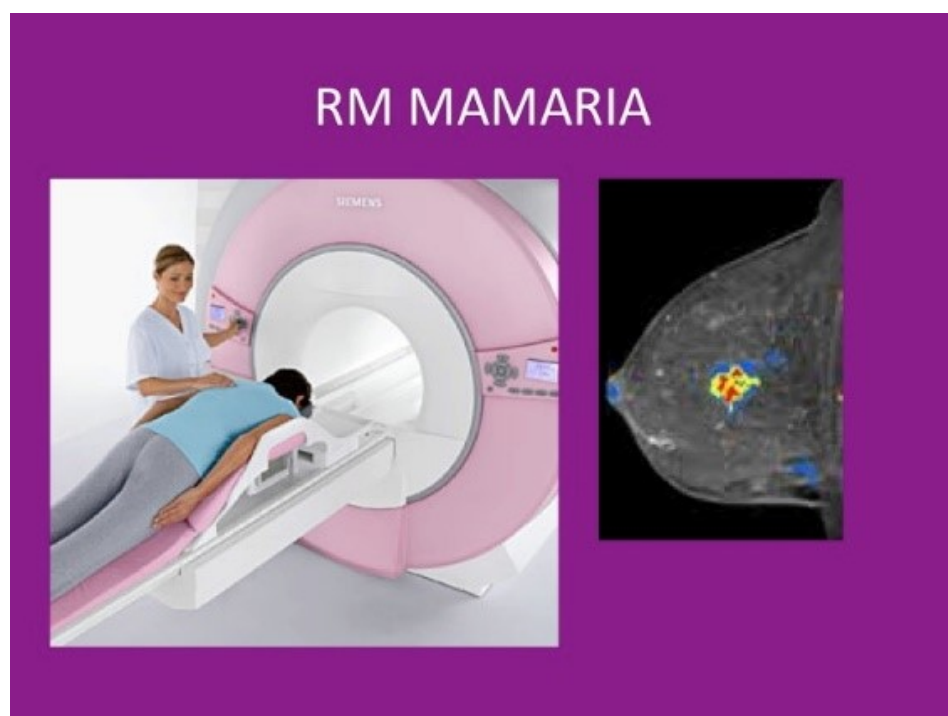
Continuamos el estudio las secuencias Axiales con la que se abarque toda la mama, esta se adquieren en diferentes potenciaciones (T1, T2...etc). Sobre la imagen Coronal, nos fijamos tanto en la mama derecha como en la izquierda procurando mantener el FOV adecuado para que no se corte ninguna estructura por los laterales. Sobre la imagen sagital mantenemos el bloque de cortes recto, sin angulación, abarcando toda la mama.

Una vez que obtenemos las imágenes axiales, programamos las secuencias Sagitales (también se realizan distintas potenciaciones en este plano).

Se programan secuencias sagitales dinámicas. Estas se trata de secuencias Eco de Gradiente potenciadas en T1 con supresión grasa, en la cual se realizan varias adquisiciones de la región anatómica, una primera antes de administrar contraste que durará aproximadamente 1 minuto y posteriormente unas 4 adquisiciones después de la administración del contraste, pudiendo llegar a durar así la secuencia unos 7 minutos.

En la RM de mama es de mucha utilidad la realización de una secuencia de difusión. Esta nos aporta información adicional en la caracterización de la benignidad y malignidad de las lesiones mejorando la especificidad de la técnica.

La estadificación del cáncer de mama es una de las principales aplicaciones clínicas de la Resonancia Magnética de mama, otras aplicaciones donde es útil la resonancia es en la evaluación de respuesta a determinados tratamientos, el cribado en pacientes de alto riesgo y el estudio ante una sospecha de recidiva, también es muy útil para la valoración de las prótesis de mama.

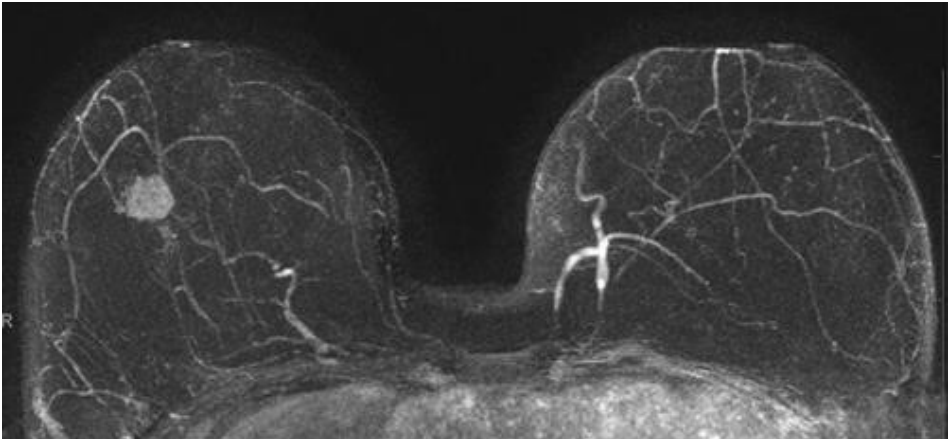


2 Objetivos

La Resonancia Magnética de las mamas es un examen que se utiliza para detectar cáncer de mama y otras anomalías de las mamas.

3 Metodología

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



4 Bibliografía

- Herrero, J. C. (2011). Resonancia magnética de mama: estado actual y aplicación clínica. *Radiología*, 53(1), 27-38.
- Camps, J., Sentis, M., Ricart, V., Martínez-Rubio, C., Lloret, M. T., Torregrosa, A., ... & Castería, A. (1953). *REVISTA DE SENOLOGÍA*, 2007(66), 0214-1582.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833810003450>
- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=7228>

Capítulo 972

ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS POR IMAGEN PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

La Enfermedad de Parkinson es más frecuente en las personas mayores de 60 años, uno de cada cien la tiene, con el envejecimiento de la población han ido aumentando el número de casos. Esta enfermedad es poco frecuente en personas jóvenes, aunque se puede ver en cualquier persona, esta enfermedad no distingue clases sociales, razas ni sexo.

La Enfermedad de Parkinson fue descrita por James Parkinson en 1817. No se conoce su causa, sin embargo se sabe que no se contagia a otras personas. En la mayoría de los casos no es hereditaria, aunque cuando la enfermedad se inicia antes de los 40 años se ven más casos heredados. Existen muchas teorías para poder entender cuál sería el problema, sin tener claridad absoluta, ya que

se consideran otros problemas como la participación del medio ambiente, problemas genéticos y tóxicos entre otros. Lo que está claro es que la Enfermedad de Parkinson se produce por una destrucción de células del cerebro llamadas neuronas, especialmente las que se encuentran en una zona del cerebro (en el tronco cerebral) llamada sustancia negra. Estas células son las encargadas de producir una sustancia llamada dopamina que actúa en una parte del cerebro encargada de controlar el movimiento del cuerpo.

Hay algunos medicamentos que se usan para otras enfermedades que pueden producir problemas similares a los que se ven en la Enfermedad de Parkinson y si estos medicamentos los toman las personas que tienen Parkinson, se pueden enfermar aún más. (Chana, Pedro, and TO Sra Daniela Alburquerque et al 1).

Es la segunda enfermedad neurodegenerativa en frecuencia, afectando al 12% de la población de más de 65 años. Es una enfermedad progresiva y crónica, causada por la lenta degeneración de las neuronas cerebrales de un grupo específico: de forma clara, las neuronas dopaminérgicas. Se sabe que, para que los signos clínicos se hagan evidentes, se requiere una pérdida superior al 80% de las neuronas de esta área. (Tapia-Núñez, John, and P. Chana-Cuevas. Et al 2).

Lamentablemente, éstos han recibido muy poca atención durante muchos años, y sólo recientemente se ha comenzado a valorar su implicación sobre la calidad de vida de los pacientes con Parkinson. (Merello, M. et al 3).

Es una enfermedad neurológica crónica, es decir, que se mantiene toda la vida, siendo además progresiva, avanzando a través del tiempo. Se manifiesta especialmente con la aparición de lentitud al moverse, a esto se le llama Bradicinesia. Al envejecer, es normal tener una forma más lenta de moverse, pero la lentitud del Parkinson debe ir acompañada de al menos uno de los siguientes síntomas:

- Temblor que aparece durante el reposo: el temblor es un movimiento involuntario que no se puede controlar. Es rítmico y generalmente disminuye al realizar un movimiento de la parte que presenta problemas. Algunos pacientes manejan la situación para disminuir el temblor, si dejan las manos a los lados aparece el temblor, sin embargo, si las mueven mientras hablan este disminuye y no es percibido por los demás. El temblor del paciente con Enfermedad de Parkinson desaparece al dormir y aumenta con las emociones. Es frecuente que al ver un temblor se piense inmediatamente en la Enfermedad de Parkinson, sin embargo esto no siempre es correcto. Muchas veces corresponde a lo que se conoce como temblor del adulto mayor, por otro lado no todos los pacientes con enfermedad de Parkinson presentan temblor. Podemos decir entonces: no todos los que tiem-

plan tienen Parkinson, ni todos los que lo tienen tiemblan.

- Rigidez: consiste en una mayor contractura de los músculos, la persona se siente dura o tiesa.
- Problemas del equilibrio: la persona se siente más inestable y puede caer con mayor facilidad.

Todos estos síntomas son los llamados cardinales porque son la base para decir que una persona tiene la enfermedad. Pero la enfermedad puede verse en múltiples aspectos cotidianos:

- La falta de expresión con la cara. Esto sucede porque los músculos de la cara están más lentos y más tiesos, y casi siempre más grasoso, lo que afecta a la persona cuando se acerca a otro porque da la sensación que siempre está enfadado.
- Voz más baja (hipofonía) haciendo difícil a veces entender lo que la persona habla.
- Al caminar presentan pasos cortos, marcha más lenta, no mueve los brazos y la espalda la mantiene doblada lo que le da un aspecto de persona de mayor edad.
- Al escribir la letra se achica y en ocasiones el temblor hace más difícil el escribir. Problemas para firmar los documentos.
- Se cae la saliva al dormir mojando la almohada.
- Algunas personas se sienten desanimados, tristes, con pocas ganas de hacer cosas, llegando a tener una depresión.

La enfermedad se muestra más en un lado del cuerpo por lo que al inicio puede parecer que sólo afecta a un lado. Dependiendo de qué síntomas sean más marcados que otros, podemos distinguir varios tipos de Enfermedad de Parkinson:

- Acineto-rígida: en esta forma de la enfermedad la lentitud y la rigidez son lo más importante.
- Temblorosa: lo que más afecta a la persona es el temblor.
- Mixta: es aquella en que ningún síntoma es más importante que otro siendo al final una mezcla de las formas ya nombradas. (Tapia-Núñez, John, and P. Chana-Cuevas et al 2).

USO DE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN:

Los métodos de neuroimágenes estructurales y funcionales han tenido una rápida difusión y expansión en los últimos años. Actualmente, se puede afirmar que las neuroimágenes desempeñan un papel importante en el diagnóstico, ya sea en confirmar el diagnóstico clínico de la enfermedad del Parkinson, a través de la cuantificación del grado de degeneración neuronal del sistema dopaminérgico

estriatal, también en la fase precoz de la enfermedad, ya sea en el diagnóstico diferencial con otras formas de parkinsonismo.

Tomografía computarizada cerebral (TC): no evidencia alteraciones específicas en la enfermedad de Parkinson; sin embargo, su uso permite excluir el posible origen secundario del cuadro clínico (hidrocéfalo normotensivo, lesiones vasculares o de otra naturaleza).

La resonancia magnética (RM) cerebral es generalmente normal en la enfermedad de Parkinson idiopática; sin embargo, es posible observar a veces una hipointensidad de la parte compacta de la sustancia negra (en la secuencia T2) en pacientes con la enfermedad de Parkinson o con parkinsonismo atípico. Tienen una mayor relevancia clínica los estudios en pacientes con AMS del tipo degeneración estriatonigrica. Con la utilización de RM a 1,5 T y cortes finos de 3 mm de los ganglios basales, la sensibilidad puede aumentar hasta el 90%, en tanto que la especificidad es del 100%. Otros cuadros específicos es descrito en diversos síndromes parkinsonianos, como el parkinsonismo vascular, con áreas de señal alterada en la sustancia blanca y los ganglios de la base; la atrofia olivopontocerebelosa, signos de atrofia del puente y del cerebelo con aumento del tamaño del IV ventrículo; la PSP, signos de atrofia troncomesencefálicos asociados a la afectación de los colículos superiores. En estas formas de parkinsonismo no existe todavía acuerdo sobre la especificidad y sensibilidad de los estudios por neuroimágenes, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad.

Tomografía computarizada por emisión de fotones (SPECT cerebral): este tipo de estudio ha tenido una amplia difusión, sobre todo por la introducción comercial de marcadores específicos para las terminales dopaminérgicas, que permiten su uso en los casos en los que el diagnóstico clínico de la enfermedad de Parkinson no es seguro. El [123I]-FP-bCIT es un marcador que se liga selectivamente al transportador cerebral de dopamina (DAT) en el estriado y puede considerarse como un indicador de la degeneración del sistema dopaminérgico. Varios estudios han demostrado que dicho marcador permite discriminar, con una especificidad superior al 95%, entre los pacientes con parkinsonismo, pacientes con TE o sujetos de control sanos. Una reducción bilateral en la captación de al menos un 40% respecto a los sujetos de control, se puede encontrar ya desde las primeras fases de la enfermedad, e incluso también en la fase presintomática. La indicación principal de este tipo de examen, más allá del diagnóstico diferencial con el TE, está relacionada con pacientes en los que se presenta el temblor de reposo aislado y en aquellos pacientes en los que existe la sospecha de que la sintoma-

tología extrapiramidal pueda ser secundaria al uso de fármacos (parkinsonismo yatrogénico) o a la presencia de alteraciones vasculares. Sin embargo, este examen no permite el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Parkinson idiopática y los parkinsonismos atípicos.

Otros marcadores de SPECT, como el (99m) Tc-HMPAO o el (99m) Tc-ECD, valoran el flujo cerebral, que puede considerarse un indicador de la actividad sináptica neuronal. Este tipo de marcadores permiten evaluar directamente el grado de afectación neuronal estriatal y, de esta forma, proporcionan indicaciones importantes en aquellos pacientes en los que la presencia de alteraciones del sistema nervioso autónomo o la respuesta farmacológica insuficiente a la terapia dopaminérgica hagan sospechar una AMS del tipo de la degeneración nigroestriatal. Por esta misma indicación, puede también hacerse una medición de la densidad de los receptores dopaminérgicos D2 en el estriado, empleando el marcador [123I]IBZM. La presencia de una densidad normal de los receptores dopaminérgicos estriatales puede predecir la respuesta a la terapia farmacológica en pacientes y afianzar el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Parkinson y parkinsonismos atípicos.

Tomografía por emisión de positrones (PET cerebral). La PET cerebral con el marcador [18F-6] fluorodopa ha proporcionado la primera demostración in vivo del daño del sistema dopaminérgico en pacientes con enfermedad de Parkinson. El marcador lo captan las terminaciones dopaminérgicas nigroestriatales y, posteriormente se metaboliza a [18F] dopamina, por lo cual refleja la actividad de la dopa-descarboxilasa y la capacidad de almacenamiento de dopamina de las terminales dopaminérgicas en el estriado. Este método puede identificar de forma fiable la reducción de la captación del marcador, estrechamente relacionada con el número de células en la sustancia negra y con la gravedad de la afectación motora. Se ha observado que las manifestaciones clínicas aparecen cuando la reducción de la captación del marcador supera el 50% de los valores normales y, ya que el PET logra revelar reducciones también inferiores, podría estar capacitada para identificar la presencia de un parkinsonismo en fase precoz o, de hecho, preclínica. Otro marcador PET utilizado en la práctica clínica es el [11C] raclopride, que se liga selectivamente a los receptores estriatales dopaminérgicos D2. De forma análoga al marcador [123I] IBZM/ SPECT, éste puede coadyuvar a la distinción de los pacientes con parkinsonismo de aquellos con enfermedad de Parkinson idiopática, y mostrar la degeneración de las neuronas gabérgicas estriatales.

Finalmente, con el marcador [18F]FDG puede demostrarse la presencia de alteraciones del metabolismo cerebral cortical, en pacientes con demencia de cuerpos de Lewy difusos, o de daño estriatal, en pacientes con AMS o PSP. Sin embargo, se recuerda que, a diferencia de la SPECT, el PET es un examen que requiere una instrumentación costosa que se encuentra en pocos centros y que, por esta razón, no es posible usarla como método de diagnóstico en la población general. (Tapia-Núñez, John, and P. Chana-Cuevas. Et al 2).

2 Objetivos

Revisar el conocimiento actual y resaltar la importancia de los SNM en la enfermedad de Parkinson. (Merello, M. et al 3).

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre algunos trabajos o libros existentes sobre el Parkinson.

4 Resultados

El diagnóstico clínico de la enfermedad de Parkinson se basa en la identificación de algunas combinaciones de signos y síntomas motores cardinales. El diagnóstico clínico puede no ser simple y debe tomar en consideración la exclusión de formas de parkinsonismos atípicos y secundarios; la seguridad diagnóstica sólo se obtiene del estudio anatomopatológico en la autopsia, o puede obtenerse de la verificación en el tiempo de la correspondencia con los criterios clínicos.

La realización de la TC cerebral o de la RM encefálica debe considerarse como una investigación de rutina, con la finalidad de excluir posibles causas secundarias; sin embargo, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson idiopática permanece, esencialmente, clínico. La existencia de un daño dopaminérgico puede confirmarse con el uso de la SPECT con [123I]-FP-bCIT, que, lamentablemente, todavía no permite el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Parkinson idiopática y parkinsonismos atípicos. La realización de estudios instrumentales (PET, SPECT, exámenes neurofisiológicos y neurovegetativos) debe reservarse, de momento, para el estudio de los casos con manifestaciones clínicas atípicas.

La etiología de la enfermedad de Parkinson es heterogénea y se han identificado algunas raras formas genéticas mendelianas (a-sinucleína, parkina). En la mayoría de los casos de la enfermedad, las causas se desconocen, y los modelos monogénicos resultan inadecuados para explicar la enfermedad de Parkinson típica; por tanto, probablemente interviene una compleja interacción multifactorial de tipo genético y no genético. Las mutaciones en el gen a-sinucleína son muy raras, y se investigan sólo en pacientes muy seleccionados, con historia familiar indicativa de herencia autosómica dominante de elevada penetrancia. Las mutaciones del gen parkina son una causa importante de parkinsonismo recesivo, y deben considerarse en el diagnóstico de los pacientes en los que se presente un parkinsonismo juvenil. (Tapia-Núñez, John, and P. Chana-Cuevas et al 2).

Es una enfermedad lentamente progresiva y los tratamientos disminuyen las molestias. Después del diagnóstico, habitualmente pueden pasar de 3 a 5 años en que la persona se siente bastante bien físicamente con la ayuda de los medicamentos y los síntomas de la enfermedad son poco notorios. Es en este momento donde el cambio en el ritmo de la vida es lo que más afecta a la persona. Tal vez se cansa en su trabajo, o las labores no las puede realizar tan rápido como antes. Todos estos aspectos son importantes porque pueden provocar en la persona mucha preocupación e incluso afectar su ánimo y deprimirse.

Una buena comunicación con el médico y el apoyo de otros profesionales de la salud como el Terapeuta Ocupacional y el Psicólogo pueden hacer más llevadero este primer paso. La familia durante todo este camino es fundamental. Conocer bien de que se trata la enfermedad y conversar sobre lo que todos sienten al respecto es muy importante. Con los años se requerirá de tratamientos más complejos para manejar las molestias de la enfermedad e incluso en algunos casos tratamientos quirúrgicos. Actualmente la forma de tratar la enfermedad está orientada a disminuir o aliviar los síntomas de la enfermedad. Esto se puede lograr con medicamentos y con el tratamiento que entrega el equipo de rehabilitación, como por ejemplo un tipo especial de ejercicio, tratamiento de la voz (fonoaudiología), terapia ocupacional para mantener su independencia en las actividades que realiza cada día, entre otros. (Chana, Pedro, and TO Sra Daniela Alburquerque et al 1).

5 Discusión-Conclusión

Los SNM contribuyen significativamente a la morbimortalidad de la enfermedad de Parkinson y son, en muchos casos, la principal causa de hospitalización de

los pacientes con enfermedad de Parkinson. La evidencia actual sugiere que algunos SNM, como estreñimiento, hiposmia y trastornos del sueño REM, podrían incluso ser marcadores preclínicos de la enfermedad de Parkinson. Ambos motivos refuerzan la imperiosa necesidad de incrementar su diagnóstico rápido y temprano. . (Merello, M. et al 3).

6 Bibliografía

- 1.Chana, Pedro, and TO Sra Daniela Albuquerque. "Enfermedad de Parkinson." Chile. Universidad de Santiago de Chile. CETRAM (2010).
- 2.Tapia-Núñez, John, and P. Chana-Cuevas. "Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson." *Rev neurol* 38.1 (2004): 61-67.
- 3.Merello, M. "Trastornos no motores en la enfermedad de Parkinson." *Revista de neurología* 47.5 (2008): 261-270

Capítulo 973

PRUEBAS DIAGNOSTICAS PARA LA VALORACIÓN DEL APARATO EXCRETOR

LAURA GONZÁLEZ DÍAZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

MARÍA JOSEFA FERNÁNDEZ GARCÍA

ALBERTO DÍAZ GARCÍA

EVA MARIA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La historia de la urografía intravenosa se remonta a 1920, cuando se descubre el contraste yodado y éste se comienza a aplicar para evaluar el sistema excretor. A finales de ese año se comenzó a usar la ecografía para valorar el sistema excretor, ya que es una técnica nada invasiva y que no tiene fenómenos adversos. Pero con la ecografía sólo se podía diferenciar lo que era una masa solida de una masa quística. Franco, Á. (1)

Hasta hace muy poco tiempo, la urografía intravenosa, era la prueba por excelencia para estudios de patologías urológicas ya que es una prueba diagnostica que tiene numerosas indicaciones, como hipertensión arterial, malformaciones congénitas, cólico nefrítico, traumatismo, masas renales, infecciones del tracto

urinario, seguimiento de cirugías, hematuria, litiasis renal, pielonefritis, hidronefritis, etc. L.A, et al. (2)

Es una prueba que se realiza en el servicio de radiodiagnóstico que sirve para visualizar la morfología y la función del aparato genitourinario, sus riñones, uréteres, vejiga y uretra. Al ser poco invasiva, no es necesaria la hospitalización del paciente. Se lleva a cabo en una sala de rayos X, haciendo una serie de radiografías en unos tiempos concretos y utilizando un medio de contraste yodado, inyectado a través de una vía intravenosa.

A partir de 1994 se comienza a utilizar el TAC helicoidal sin contraste para este tipo de patologías y desde entonces es el TAC la técnica que sustituye a la ecografía, RX simple y urografía intravenosa en el diagnóstico de estos pacientes, ya que es una técnica rápida y no necesita contraste intravenoso. Su desventaja es la exposición a más radiación que sufren los pacientes que se someten a esta prueba. Rengifo Abbad, Diego, et al. (3) A finales de los 90 se incorporan nuevos protocolos al estudio por TAC y comienza a realizarse un protocolo distinto (URO TAC), del que se adquieren imágenes previas a la administración de contraste yodado intravenoso para evaluar el parénquima renal y se complementa con la adquisición de imágenes posteriores a la inyección del contraste. Regalado Bermeo, et al. (4).

Como otras pruebas que se han venido utilizando a lo largo de los años para el estudio del aparato excretor cuando la interpretación de la urografía intravenosa ha sido insuficiente o en algunos casos dudosa, cabe citar la pielografía retrograda para observar en su totalidad el uréter, la cistografía para estudiar la vejiga y la uretrografía para valorar la uretra. González, Esteban. (5)

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es analizar las distintas pruebas diagnósticas que estudian el aparato excretor y señalar cual es la más ventajosa a la hora de detectar anomalías, tanto fisiológicas como en la morfología del aparato urinario.

3 Metodología

Para este estudio se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos, páginas de Internet, publicaciones de hospitales extranjeros y españoles, revistas digitales de investigación, buscadores de artículos médicos como Google

académico y buscadores médicos como PubMed, Elsevier, Dialnet, Scielo, Fistera o Medline. Acotando las fechas de dichas fuentes, publicaciones y artículos a partir de 2010.

En dicha búsqueda se han utilizado las palabras claves (en inglés y en español): urografía intravenosa, contraste, aparato excretor, protocolo, urografía, genitourinario, intravenous urography, iodinated contrast, ecografía, radiological test.

4 Resultados

Tras recopilar toda la información obtenida en la búsqueda bibliográfica, hemos encontrado que estas son las pruebas diagnósticas más comunes para la valoración del aparato excretor y estos son sus procedimientos:

- Rx simple: prueba de radiodiagnóstico en la que se realiza sólo una radiografía de abdomen simple en la que se visualizan los riñones, los uréteres y la vejiga. Sirve para valorar a grandes rasgos si existen cálculos renales. No lleva preparación previa del paciente. Al ser una radiografía simple no necesita la inyección de contraste intravenoso.
- Urografía intravenosa: prueba radiológica que consta de realizar una secuencia de radiografías en las que en todas se distinga el parénquima renal, uréteres, vejiga y el contorno de los riñones:
 - Una radiografía de abdomen AP en vacío, antes de inyectar el contraste intravenoso.
 - Una radiografía de abdomen AP justo después de inyectar el contraste intravenoso,
 - Una radiografía de abdomen AP a los 5 minutos de haber inyectado el contraste.
 - Tres radiografías de abdomen a los 15 minutos de haber inyectado el contraste.
 - Una de ellas en proyección AP y las otras dos en proyecciones oblicua derecha e izquierda.
 - Una radiografía de abdomen AP a los 30 minutos de haber inyectado el contraste que nos servirá como radiografía pre-miccional.A partir de aquí el radiólogo valorará la prueba y decidirá si hacer más larga la serie de radiografías. Cuando el doctor decida que ya ha terminado la prueba se mandará miccionar al paciente y se le hará una última radiografía después de hacer evacuado de la vejiga.
- Uro-tac: es un procedimiento diagnóstico que sirve para la evaluación de todo

el sistema excretor. Se obtienen imágenes de alta resolución antes y después de inyectar contraste yodado intravenoso. Sirve para detectar sangre en la orina, tumores en el tracto urinario, calcificaciones, piedras en los riñones, vesícula o uréteres, valorar la morfología y el funcionamiento del sistema excretor y evaluar otras patologías abdominales que existan fuera de las vías urinarias. Se realiza de manera ambulatoria ya que no es necesario ingreso. Una vez el paciente este en el servicio de radiodiagnóstico la enfermera le cogerá una vía intravenosa para la inyección del medio de contraste necesario para la prueba.

El estudio consta de 4 fases:

La primera fase se obtienen imágenes previas a la inyección del contraste, después de tener esta fase hecha se administra el contraste intravenoso.

La segunda fase (fase corticomedular o fase arterial) se obtienen imágenes de 25 a 50 segundos tras la administración del contraste yodado intravenoso para valorar estructuras vasculares de los hilos renales, el espacio perirrenal y el retro peritoneo.

La tercera fase (nefrograma) se obtienen imágenes de 70 a 120 segundos después de la administración del contraste intravenoso que sirven para detectar lesiones focales renales, ver la morfología renal y valorar el grado de captación del contraste en las lesiones focales y en el parénquima renal.

La cuarta fase (fase de excreción del contraste) se obtienen imágenes después de 180 segundos de la administración del contraste intravenoso. con esta fase se valoran quistes caliciales, patologías del urotelio, linfangiectasia quística y otras patologías que se pudieran confundir en fases anteriores con lesiones quísticas renales.

- Cistografía: estudio detallado de la vejiga. A través de un catéter se inserta contraste yodado en la vejiga hasta que se llena por completo. Una vez conseguimos rellenar la vejiga completamente para extenderla, se retira el catéter y se toman imágenes.

- Uretrografía: estudio de la uretra masculina. A través de una sonda se inyecta contraste yodado para visualizar la uretra y se hacen una serie de radiografías en distintas posiciones. Cuando el radiólogo decide que ya tiene las imágenes necesarias, se manda miccionar al paciente y se hace una ultima radiografía post-micción.

5 Discusión-Conclusión

Aunque la urografía intravenosa se ha venido utilizando desde hace muchos años y tenía una capacidad de diagnóstico muy alta, numerosos estudios y artículos dan por ganador al Uro-tac para el estudio del aparato excretor, ya que ofrece imágenes tridimensionales con una mayor definición de imagen (sobre todo en las secuencias 3D).

El uro tac es un examen que se realiza rápidamente, no necesita preparación, detecta lesiones focales renales más fácilmente y tiene mayor sensibilidad para detectar la naturaleza sólida o quística de las lesiones, las calcificaciones y las patologías renales.

6 Bibliografía

1. Franco, Á., M. Tomás, and A. Alonso-Burgos. "La urografía intravenosa ha muerto, ¡viva la tomografía computarizada!" *Actas urológicas españolas* 34.9 (2010): 764-774.
2. L, A P, P et al, protocolo para, and toma de radiología de. "4.1. indicaciones." *estandarización de los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología en el centro de especialistas de santander (ces), municipio de san gil* (2012).
3. Rengifo Abbad, Diego, et al. "Validez diagnóstica de la TAC helicoidal frente a la ecografía en el cólico renoureteral." *Archivos Españoles de Urología* (Ed. impresa) 63.2 (2010): 139-144.
4. Regalado Bermeo, Pablo Andrés. *Características de la URO-TAC en el diagnóstico de patología urológica en el Departamento de Imagenología del Hospital Vicente Corral Moscoso* 2012. BS thesis. 2015.
5. González, Esteban. "Pielografía retrógrada, cistografía y uretrografía."

Capítulo 974

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMÁGEN EN PACIENTE CON CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

ROSANA VALDÉS

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

NATALIA TAMÉS RIESGO

1 Introducción

La mayor malignidad del sistema endocrino es el cáncer diferenciado de tiroides y si atendemos al género de los pacientes estudios llevados a cabo desde 2006, concluyen que dos tercios del total de los pacientes son del género femenino. Esta neoplasia ocupa solamente alrededor de 2 % de todos los cánceres y la edad comprendida suele rondar entre los 25 y 65 años de edad.

2 Objetivos

Describir las pruebas de imagen diagnóstica realizadas en los servicios de radiología y medicina nuclear por los técnicos para la consecución del diagnóstico y de las pruebas de seguimiento de la enfermedad tras cirugía.

3 Caso clínico

Se nos presenta el siguiente caso: Una mujer de 62 años acude a su médico de cabecera presentando una protuberancia en el lado izquierdo, la paciente no presenta dolor ni fiebre, pero si dificultad al tragar, leve disfonía y tos persistente. El profesional de atención primaria refiere a la paciente para análisis de sangre específico en busca de alteraciones tiroideas y prueba de imagen ecográfica para descartar o bien confirmar la patología. Los resultados positivos de dichas pruebas refieren a la paciente para un estudio de escaner de tórax y cuello para valorar extensión del tumor previo a la cirugía. Se elige en el propio quirófano realizar una tiroidectomía total y una recolocación de las paratiroides, cuando la paciente se hubo recuperado de la cirugía se procedió a programar el tratamiento ablativo en el servicio de Medicina Nuclear Hospitalario.

Este tratamiento consiste en: la ingesta vía oral de una cápsula de yodo ¹³¹, la dosis se calcula según el peso del paciente, esta sustancia radiactiva sirve tanto para eliminar los posibles restos tras cirugía y también sirve para localizar y visualizar ya que es un trazador en el cuerpo. Esta localización se realiza con el paciente en decubito supino, brazos a lo largo del cuerpo y se realiza una gammagrafía, en concreto un ratreo corporal total unos tres días tras la ingesta del radiofármaco. Los análisis de sangre o la ecografía de la tiroides a menudo pueden encontrar cambios en la tiroides.

4 Resultados

Se pueden extraer los siguientes resultados de las pruebas de imagen realizadas. Comprobar la bondad del tratamiento empleado, cuantificar la propagación de la enfermedad y localizar posibles áreas sospechosas. Con la ecografía es posible determinar si un nódulo es sólido o si está relleno de líquido, esto es determinante ya que los sólidos son tienen mayor probabilidad de malignidad, esta técnica también es primordial en el estudio de ganglios próximos que tengan un tamaño inusual, la ecografía guiada con aguja fina es un complemento de gran valor diagnóstico al poder extraer una muestra de tejido que puede ser analizado.

5 Discusión-Conclusión

Los avances y mejoras tecnológicas en las últimas décadas han sido el aliado perfecto para la imagen médica. Tanto la ecografía en la fase diagnóstica de la

enfermedad, la tomografía computada, la cual con el uso de los rayos x nos da una información detallada de la morfología del paciente, la resonancia magnética y la gammagrafía (tanto tiroidea, como el rastreo corporal) y la tomografía por emisión de positrones son hasta ahora las técnicas de imagen más utilizadas en los servicios de radiodiagnóstico. Constituyendo una herramienta indispensable, eficaz y de una eficiencia indiscutible.

6 Bibliografía

- Wartofsky, L. (2018). Cáncer de tiroides: enfoque clínico.
- González Fernández, R., Llapur González, A., & Pérez González, D. (2017). Cirugía conservadora y tiroidectomía total en el cáncer tiroideo bien diferenciado. *Revista Cubana de Cirugía*, 56(4), 0-0.
- Uricoechea, H. V. (2008). Enfoque del paciente con nódulo tiroideo. *Revista Médicas UIS*, 21(2).
- Ceballos Díaz, M. E., Malpica Mederos, A. J., Guerra González, A., & Machado del Risco, E. (2009). Nódulo de Tiroides: estudio ecográfico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 13(3), 0-0.

Capítulo 975

ESTUDIO DEL TÓRAX POR URGENCIAS MEDIANTE PRUEBAS DE IMAGEN

ZAIRA MARÍA DORESTE GONZÁLEZ

GLORIA CORTES MENDEZ

MARÍA EMILIA ALVAREZ PALACIOS

PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los síntomas torácicos son uno de los motivos de consulta más frecuentes de los servicios de urgencias. Las diferentes formas de manifestarse el dolor, tales como, puntadas o pinchazos, dificultad para respirar, cansancio, puede ayudar a los especialistas mediante las diferentes pruebas de imagen, a encontrar la causa de dicha patología. El diagnóstico de la patología del tórax puede variar según las distintas edades, la presentación del dolor en una persona mayor puede ser muy diferente al de un paciente más joven. Los síntomas de dicha patología en los pacientes mayores tienden a presentarse más tarde, y tener síntomas menos intensos y más inespecíficos, debido a las enfermedades de base y los medicamentos que consumen.

El dolor torácico, constituye un reto diagnóstico para los especialistas muy amplio, en dicho dolor se engloban muchas enfermedades que requieren obser-

vación clínica y estancia hospitalaria, ya que algunos de esos procesos pueden ser graves y comprometer la vida del paciente.

2 Objetivos

- Describir las principales urgencias torácicas tratadas en un servicio de urgencias mediante las diferentes pruebas de imagen.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un proceso de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas nacionales e internacionales, tales como, Dialnet y Elsevier, que se ha completado con bibliografía y revistas médicas como Seram. Se han revisado publicaciones entre 1993 hasta Diciembre 2013. Se han utilizado los descriptores tales como, neumonía, neumotórax, cuerpos extraños en imagen radiológica, tromboembolismo pulmonar, neumoperitoneo.

4 Resultados

Las principales urgencias torácicas tratadas en un servicio de urgencias mediante las diferentes pruebas de imagen son:

- Tromboembolismo pulmonar (TEP) es una de las principales emergencias médicas, desencadenada por la obstrucción de una arteria por causa de un trombo procedente del sistema venoso. Gran parte de ellos tiene su origen en el sistema venoso profundo de las piernas, aunque también pueden tener su origen en la vena cava inferior, las cavidades cardíacas derechas, venas renales etc. La angio-TC de tórax multicorte es la técnica de primera elección para el diagnóstico del TEP. Es una prueba de imagen rápida y efectiva que mediante la introducción de contraste yodado hidrosoluble a un caudal elevado en la arteria pulmonar, se verifica mediante cortes de Tac en dicha zona si está opacificada y así, establecer un diagnóstico rápido y poder tratar y evitar la muerte inminente al enfermo. El TAC, es hoy en día en día, el estudio de elección para descartar TEP, dado su gran exactitud en el diagnóstico de trombosis central. Es el único método de diagnóstico que permite evaluar en el mismo tiempo la vascularización pulmonar y venosa. TAC helicoidal es hoy en día uno de los mejores métodos.

- Neumotórax se define como la presencia de aire en el espacio pleural (es el espacio existente entre el pulmón y la caja torácica). Ocurre cuando hay una fuga

de aire, en el espacio entre los pulmones y la pared torácica, éste aire empuja en el interior del pulmón y lo hace colapsar, dicha causa puede ser debido a un traumatismo previo o de forma espontánea sin traumatismo. El facultativo realizará una exploración dónde podrá auscultar una disminución del murmullo vesicular, para ello necesitará comprobar mediante una radiografía de tórax, (el TSID le hará una radiografía de tórax en espiración forzada) el diagnóstico y el grado de la lesión. Los síntomas más comunes de la patología que se menciona, suelen ser un dolor torácico inesperado de gran intensidad, asociado a la dificultad respiratoria. Su tratamiento consiste en evacuar el aire de la cavidad pleural mediante la colocación de un tubo de drenaje torácico (bajo anestesia local). Una vez colocado el tubo de drenaje torácico, el técnico especialista en imagen para el diagnóstico (TSID), le realizará una radiografía de tórax para comprobar la colocación del tubo. El tubo se suele retirar, 24h después del cese de la fuga, que normalmente desaparece en 48 a 72h. Antes de retirar el tubo se le pinzará durante unas horas y volverá a rayos. El TSID, le realizará otra radiografía de tórax en espiración forzada, para así confirmar que nuevamente hay reexpansión pulmonar, y así evitar una recidiva de dicha patología tras la retirada del tubo.

- Neumonía: es una enfermedad infecciosa del sistema respiratorio, en la mayoría de las veces, que consiste en una dilatación de los alvéolos pulmonares. Según el grado de infección, pueden verse afectados, o bien un segmento del lóbulo o un lóbulo pulmonar completo. La radiografía de tórax permitirá al facultativo visualizar los pulmones, corazón y vasos sanguíneos y así poder dar un diagnóstico preciso de la enfermedad. La neumonía en una imagen radiológica, se interpreta mediante unos puntos blancos en los pulmones, (llamados infiltrados) que son característicos de una infección. Este examen también ayudará al médico a determinar si padece alguna complicación relacionada con la neumonía, tales como, efusiones pleurales (fluido alrededor de los pulmones). El TAC torácico es una prueba de imagen específica, que gracias a ella, se pueden visualizar pequeños detalles pulmonares, y así poder detectar neumonías, que podrían ser más difíciles de ver en una radiografía simple. La exploración por TAC, también muestra con gran detalle las vías aéreas (tráquea y bronquios) y puede ayudar a determinar, si la neumonía podría estar relacionada con un problema dentro de las vías respiratorias. La exploración por TAC también puede identificar complicaciones relacionadas con la neumonía, abscesos o efusiones pleurales y ganglios linfáticos agrandados. Ultrasonidos de tórax: la ecografía torácica se suele utilizar, cuando se sospecha que hay fluido alrededor de los pulmones, y así poder valorar la cantidad de líquido presente y la causa de la acumulación. RMN del tórax: por lo general, la RMN no se utiliza para evaluar la neumonía, pero po-

dría ser utilizada para visualizar el corazón, los vasos sanguíneos del tórax y las estructuras de las paredes del tórax. Si los pulmones son anormales debido al exceso de fluido, infección o tumor, una RMN puede proporcionar información adicional sobre las causas y la extensión de la enfermedad.

- Neumoperitoneo: se relaciona por la aparición de aire libre en la cavidad peritoneal. Normalmente, se suele producir por una perforación de una víscera abdominal, como pueden ser, las intestinales o gástricas. La radiografía de tórax en bipedestación con cúpulas diafragmáticas, es muy útil para descubrir neumoperitoneo. Si no es posible que el paciente se mantenga de pie se puede intentar una radiografía en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal. En los últimos tiempos el TAC está ganando mucho terreno porque detecta aire libre en pequeñas cantidades y gracias a ello se puede valorar dicha la patología.

- Cuerpo extraño: cualquier objeto infrecuente en el aparato digestivo, es considerado un cuerpo extraño. La ingestión de cuerpos extraños (CE), es un accidente muy frecuente en la infancia, y representa la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en pediatría. También puede quedar algún CE después de una intervención quirúrgica, o en adultos psiquiátricos. La radiografía simple, es la primera prueba de imagen realizada por urgencias, para así poder valorar la presencia de ingesta del material, y así poder considerar si fuera necesario, la intervención quirúrgica urgente o esperar a su defecación, mediante el control de otra radiografía. El objetivo es visualizar, confirmar y localizar el CE mediante las diferentes pruebas de imagen, además de descartar la existencia de una perforación. Debemos tener presente que la falta de visualización del CE no siempre descarta por completo su existencia. Es el caso de aquellos que no son radioopacos por naturaleza o, aun siéndolo, son de pequeño tamaño (huesos de pollo, espinas de pescado, astillas de madera, plásticos, cristales) o están localizados en zonas anatómicas complejas (cuello). En todo paciente con sospecha de CE alojado en tracto digestivo (o faringe) debe realizarse una o varias radiografías, en función de la sospecha clínica. Se realizan radiografías de diferentes partes del cuerpo, para así poder localizar el CE, tales como: radiografía cervical, proyección frontal (anteroposterior) y lateral, con técnica de partes blandas, está indicada ante la sospecha de CE alojado en el área otorrinolaringológica o esófago superior (dolor cervical o sensación de cuerpo extraño faríngeo); radiografía tórax posteroanterior y lateral, si el CE está alojado en el esófago, suele visualizarse mejor en la proyección frontal, ya que suelen alinearse en ese plano. Sin embargo, aquellos que se localizan en la vía aérea se objetivan mejor en la radiografía lateral, principalmente en niños. Radiografía abdomen simple (decúbito, anteroposterior y lateral). Debe realizarse si sospechamos que el objeto ingerido

puede estar localizado más allá del esófago y también para descartar CE múltiples. Se recomienda siempre en el caso de niños, pacientes psiquiátricos y presos. En estos últimos es conveniente que la radiografía de abdomen incluya el área rectoanal, ya que no es excepcional la coexistencia de CE introducidos por vía anal.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía simple de tórax, suele ser la primera prueba de elección en un servicio de urgencias, tras cualquier síntoma torácico o dificultad respiratoria, aunque a veces según la clínica del paciente, el médico puede solicitar directamente un TAC torácico, como por ejemplo sospecha de TEP. Ambas pruebas de imagen, sirven de gran utilidad a los especialistas para así poder descartar un neumoperitoneo, tromboembolismo pulmonar, neumotórax, neumonía o ingestión de un cuerpo extraño. La tomografía axial computarizada torácica, es posiblemente la prueba de imagen más sensible y específica para el diagnóstico de muchas patologías torácicas, pero siempre autorizado y valorado por un radiólogo, debido a la dosis de radiación ionizante que recibe el paciente.

6 Bibliografía

- Díaz.E, Martín-Loeches.I, Vallés.J, (diciembre 2013). Enfermedades infecciosas y microbiología clínica.
- González Aguilera.J.C, Arias Ortiz.A, (Agosto 1997). Neumonía nosocomial en la unidad de cuidados intensivos. Revista Cubana de medicina.
- Barraza Villar J. (1994). Incidencia anual y mortalidad asociada a las infecciones intrahospitalarias del tracto respiratorio inferior en un hospital comarcal. Revista Clínica Española (pp. 87-282).
- Soler Rodríguez M, Soneira Pérez J, Frago López R, Rivero López JC, Pérez Delgado S. (1993). Cuidados Intensivos. Revista Cubana de medicina, (pp.77-84).
- Rivas de Andrés.J.J, Jiménez López.M.F, Molins López-Rodó.L, Pérez Trullén. A, Torres Lanzas.J, (2008). Revista médica de archivos de Bronconeumología (pp.437-448).
- Leal Mursulí.A, Radamés.I, Pérez.A, Françoise T. Izquierdo.L, Ramos Díaz.N y Castellanos González.J.A, (marzo 2005). Revista cubana de cirugía.
- López-Cano.M,Vilallonga-Puy.R,Lozoya-Trujillo.R,Espin-Basany.E,Sánchez-García.J.L, Armengol-Carrasco.M, (julio 2005).

- Leal Mursulí.A, Radamés.I, Pérez.A, Françoise T. Izquierdo.L, Ramos Díaz.N y Castellanos González.J.A, (agosto 1999). Revista cubana de cirugía.
- Martínez Jiménez.C.H, Fernández Hurtado.I, Vélez Silva, (2006). Neumoperitoneo como complicación de la ventilación mecánica, sin evidencia radiológica neumotórax. Revista de la sociedad española de medicina de urgencias y emergencias, (pp.170-173).
- Marc Henry Syldora.M, González Martínez.F,Ureña Rengel.E, (junio 2010). Neumoperitoneo, Publicación Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca (pp.141-142).
- Baloira Villara.A,Ruiz Iturriaga.L.A, (2010). Revista tromboembolismo pulmonar, (pp. 31-37).
- Pérez Tudela.A, Segura.J.V, Carreres.A, Davant.E, Monreal.M, (2000). Análisis clínico de la tromboembolia pulmonar no sospechada en el servicio de urgencias. Recuperado de www.elsevier.es/rot.
- Calvo Romero.J.M, Arrebola García.J, Magro Ledesma.D, Ramos Salado.J.L, Bureo Dacal J.C, Bureo.P, Pérez Miranda.D.M, (2002). El espectro clínico actual del tromboembolismo pulmonar.
- Palomo Rando.J.L, Ramos Medina. V, Palomo Gómez.I, Bautista Ojeda.M.D, Blanes Berenguel.A, (2013). Revista Abordaje del tromboembolismo pulmonar en la sala de autopsias, (pp.33-38).
- Borrález.A.O, Alfonso Borrález.B.O, Matzalik.M.G, (junio 2009). Revista colombiana de cirugía, (pp.114-122).

Capítulo 976

ACTIVÍMETRO

JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ

1 Introducción

En nuestro país la práctica de la medicina nuclear está regulada por diversas leyes, entre las que destacan el Real Decreto de regulación de medicamentos radiofármacos de uso humano (479/1993), el que establece los criterios de calidad en medicina nuclear (1841/1997) y el de justificación de las exposiciones médicas (815/2001)(1). En ellas se recoge expresamente tanto la necesidad de optimizar las dosis suministradas a los pacientes, como de garantizar el correcto funcionamiento de los equipos utilizados para medirlas, dado que el ser humano no dispone de sentidos capaces de detectar la radiación ionizante.

2 Objetivos

- Conocer mecanismo, funcionamiento, tipos y características fundamentales de los activímetros.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica he realizado una revisión sistemática de publicaciones en revistas científicas y libros especializados en radiobiología y medicina nuclear. Por otro lado he consultado páginas web relacionadas con el tema a través del buscador de internet google académico y bases científicas como PubMed, Medline o Scielo.

4 Resultados

El activímetro o calibrador de dosis es el instrumento básico para medir de forma exacta y precisa las actividades de los radiofármacos que han de suministrarse a los pacientes para la realización de un estudio diagnóstico o como tratamiento (2). En esencia se trata de una cámara de ionización gaseosa en forma de pozo dentro de la cual se introduce el material radiactivo para su medición. La cámara, que está sellada, contiene un gas que se encuentra a una presión bastante superior a la atmosférica (normalmente entre 10 y 20 atmósferas) y dos electrodos cilíndricos coaxiales, aislados entre sí y conectados a una fuente de alta tensión y a un aparato de medición de corriente o electrómetro que envía los datos a una pantalla para poder visualizarlos. Además la cámara se encuentra blindada para permitir la protección del personal y reducir la respuesta del equipo a la radiación ambiental (3,4).

La actividad del material se mide en términos de la corriente de ionización que produce la radiación emitida por el radiofármaco al interactuar con el gas. Los pares iónicos que se generan tienen diferente comportamiento dependiendo de la naturaleza y la presión del gas de llenado y del voltaje aplicado. Así, los iones producidos pueden chocar entre sí y recombinarse, o pueden alcanzar los electrodos respectivos: los electrones se dirigen al ánodo y los iones positivos al cátodo. Cuando los pares iónicos son recogidos por los electrodos se origina una diferencia de potencial entre ellos que el electrómetro convierte en una señal de voltaje, la cual se amplifica, se procesa y finalmente se presenta, generalmente en forma digital, expresada en unidades de actividad: becquerel (Bq) o curie (Ci) (3,6). Esto es posible dado que para un determinado radiofármaco, suponiendo una geometría fija y una respuesta lineal, la corriente de ionización es directamente proporcional a la actividad. Sin embargo, la respuesta de una cámara de ionización a la radiación emitida por diferentes radiofármacos varía de acuerdo con las características de cada uno de ellos. Por lo tanto, es necesario ajustar la señal para el tipo de radiofármaco que se mide mediante selectores de radiofármacos (5). Como el espesor de las paredes de la cámara debe ser relativamente grande para soportar la presión del gas de llenado, los activímetros se utilizan preferentemente para la medida de nucleidos que emitan radiación gamma, bien directamente o a partir de un proceso de aniquilación. La curva que representa la respuesta característica de un activímetro en función de la energía de la radiación (energía fotónica) crece inicialmente hasta un máximo relativo a baja energía, alrededor de 40-45 keV, descendiendo de nuevo hasta comenzar una subida monótona por encima de unos 200 keV. El comportamiento a bajas energías está

dominado por dos factores fundamentales: la atenuación de los fotones al atravesar las paredes y el mecanismo del efecto fotoeléctrico. Cuando la energía crece y la importancia de éste disminuye, se produce una disminución de la eficiencia, hasta que comienza a crecer de nuevo debido a la contribución de los electrones Compton producidos en la interacción de los fotones con las paredes de la cámara y el gas de llenado.

Por otro lado, los activímetros más difundidos poseen como detector una cámara de ionización, cuyo diseño es tal que variaciones no muy grandes del volumen de la muestra a medir o de su posición no influyen notablemente en el resultado. Aun así, cada fabricante especifica el volumen y tipo de recipiente adecuados, incluyendo además factores de corrección para otros volúmenes y envases, que se utilizan esencialmente en medicina nuclear. Actualmente, también hay disponibles en el mercado activímetros que utilizan tubos de Geiger-Müller. Algunos de estos poseen dos detectores, uno a la derecha y otro a la izquierda del pozo contenedor y alejados del mismo, con lo que se reducen las variaciones debidas a la posición y volumen de las muestras, manteniendo la sensibilidad y aumentando la máxima actividad medible sin cometer error por coincidencias. Otros modelos poseen solamente un detector colocado debajo del pozo. El detector Geiger-Müller tiene una eficiencia intrínseca para contaje gamma o X muy baja, ya que la producción de un pulso proveniente de la radiación electromagnética requiere la formación de electrones secundarios a partir de su interacción con el material del tubo. Como el número atómico de este material es bajo, solamente para radiaciones de baja energía (< 20 keV), el coeficiente de absorción es alto y es despreciable para fotones de alta energía. En la construcción de activímetros con Geiger-Müller se ha mejorado la eficiencia de detección de la radiación gamma utilizando materiales de alto número atómico para las paredes del tubo. La eficiencia no depende solamente de la fracción de rayos gamma que son absorbidos, sino también de que los electrones secundarios alcancen o no su interior. Estos deberán producirse en una sección de la pared que esté a una distancia del interior del tubo menor que su alcance, y por lo tanto se ha tenido en cuenta el espesor de las paredes.

Existen modelos de activímetros especializados para la detección de emisores de partículas beta. En ellos, el elemento detector es un cristal de yoduro de sodio optimizado para la medida de la radiación de frenado producida por las partículas. En este caso, el detector funciona como un contador de impulsos y no como un medidor de corriente, con lo que los componentes electrónicos y de procesamiento de la señal son distintos, e incluyen frecuentemente una cierta capaci-

dad de discriminación en energías.

5 Discusión-Conclusión

Los activímetros son instrumentos muy importantes en la práctica diaria de la radiofarmacia y la medicina nuclear, por lo que es esencial conocer su funcionamiento y características.

6 Bibliografía

- 1.Cantero M. Programa de control de calidad en calibradores de dosis. Radiobiología. 2004;4:74-77.
- 2.<http://miim2santa.blogspot.com.es/2012/08/activimetro.html>.
- 3. <http://www.ionizantes.ciemat.es/>.
- 4.Díaz García C, De Haro del Moral FJ. Técnicas de exploración en Medicina Nuclear. Ed. Elsevier Masson, 2004.
- 5.<http://dea.unsj.edu.ar/mednuclear/CAP9.PDF>.
- 6.http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/1504/1/cardenas_sa.pdf.
- 7.http://alfanuclear.com/SitioAlfa_3/Activ/FolletoACT-15P.pdf.
- 8.<http://www.radiaprot.com/pdf/producto01.pdf>.

Capítulo 977

RADIACIÓN: FUENTES Y TIPOS.

JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ

1 Introducción

La radioactividad existe en nuestro planeta desde antes de la aparición de la vida, aunque no fue descubierta hasta el siglo XIX casualmente por Becquerel y Curie. Existen dos fuentes de radiación: naturales, que son las principales, y artificiales. El radón es la fuente natural más importante, pero existen otras como: los rayos cósmicos, radiación terrestre proveniente de materiales radiactivos presentes en los minerales, radiación interna por ingesta o inhalación de sustancias radiactivas y otras como el carbón, la energía geotérmica y fosfatos. Las fuentes artificiales han aumentado en los últimos años y varían individualmente. Las fuentes médicas, tanto diagnóstica con los rayos X como terapéutica con la radioterapia, son la fuentes artificiales más importantes, aunque existen otras como: las explosiones nucleares en la atmósfera para probar armas nucleares, la energía nuclear, la exposición profesional (sobre todo de trabajadores de la industria nuclear y, en menor medida, médicos y trabajadores de la industria) y algunos artículos de consumo.

2 Objetivos

- Analizar la radiación, sus tipos y fuentes principales.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica he realizado una revisión sistemática de publicaciones en revistas científicas y libros especializados en medicina nu-

clear. Por otro lado he consultado páginas web relacionadas con el tema a través de los buscadores de internet Google académico, PubMed y Clinical Key entre otros.

4 Resultados

- Cada especie atómica que tiene un número definido de protones y neutrones en su estructura se conoce como “nucleido”, siendo la mayoría inestables (conocidos como radionucleidos), por lo que tienen que transformarse de unas sustancias en otras siguiendo un proceso de “desintegración” (conocido como radioactividad) que produce una liberación de energía en forma de radiación. Se conocen tres tipos fundamentales de radiación:

- Radiación “alfa” (α): Tiene poco poder de penetración, dado que su carga de neutrones y protones es muy pesada, por lo que es poco peligrosa.
- Radiación “beta” (β): Tiene más poder de penetración que la radiación α , pudiendo atravesar 1-2 cm el tejido vivo.
- Radiación “gamma” (γ): Tiene mucho poder de penetración, pudiendo atravesar todo lo que no sea un grueso bloque de plomo u hormigón.

La cantidad de la energía de la radiación que se absorbe por cada gramo de tejido vivo se denomina “dosis” y se mide en unidades llamadas Grays (Gy), pero también podemos hablar de:

- Dosis equivalente: Es la dosis absorbida ponderada en términos del daño potencial de los diferentes tipos de radiación. Se mide en unidades llamadas Sieverts (Sv).
- Dosis equivalente efectiva: Es la dosis equivalente ponderada en términos de susceptibilidad de causar daño a los diferentes tejidos en un individuo concreto. Se mide en unidades llamadas Sieverts (Sv).
- Dosis equivalente efectiva colectiva: Es la dosis equivalente efectiva procedente de una única fuente de radiación que afecta a un grupo de personas. Se expresa en Sieverts-persona.
- Compromiso de dosis equivalente efectiva colectiva: Es la dosis equivalente efectiva colectiva que afectará a lo largo del tiempo a futuras generaciones.

Las principales fuentes de radiación, son dos:

1. Fuentes naturales: este tipo representa la principal fuente de radiación recibida por la población, ya que suministra más de cinco sextos de las dosis equivalentes efectivas individuales. La mayoría de las veces la exposición a ella es inevitable, aunque en función del lugar de residencia y la forma de vida unos sujetos reciben

más que otros. La irradiación humana por esta fuente puede ser a través de sustancias externas al organismo (radiación externa) o, sobre todo, por sustancias inhaladas o ingeridas (radiación interna). Podemos incluir aquí:

- Rayos cósmicos: Se originan en el espacio interestelar e irradian la tierra directamente, sobre todo en los polos y en los lugares con mayor altitud (así los viajes aéreos aumentan la dosis recibida, de forma que la dosis equivalente efectiva colectiva para la población mundial es de 2000 sieverts-persona al año), e interaccionan con la atmósfera produciendo más radiación. Así causan un poco menos de la mitad de la exposición del hombre a la radiación natural externa.
- Radiación terrestre: Proviene de los materiales radiactivos presentes en los minerales, como el potasio-40, rubidio-87 y elementos de la desintegración del uranio-238 y torio-232, por lo que los niveles de esta radiación difieren de un lugar a otro en función de la concentración de estos materiales en el planeta. La dosis media que recibe la población está entre 0.3-0.6 milisieverts por año, pero hay zonas en Brasil, India, Irán, Francia, Madagascar y Nigeria donde la dosis es muy superior.
- Radiación interna: Dos tercios de la dosis equivalente efectiva recibida por el hombre de fuentes naturales proceden de sustancias radiactivas que se inhalan o se ingieren, por ejemplo el potasio-40, el plomo-210 o el polonio-210.
- Radón: En los últimos años se ha convertido en la fuente más importante de radiación natural representando unas tres cuartas partes de la dosis equivalente efectiva anual recibida por el hombre de fuentes terrestres naturales y la mitad de la recibida de la totalidad de fuentes naturales. El radón (en sus dos formas: radón-220 y, sobre todo, radón-222) fluye en el aire, en concentraciones diferentes según el lugar, y la mayoría se inhala en ambientes cerrados, por lo que el aislamiento térmico agrava la situación como ocurre en Suecia que según datos de la UNSCEAR más del 30% de los edificios contiene cantidades de radón superiores a 100 Bq/m³. Las concentraciones de radón que se desprenden de los materiales de construcción son diferentes en función del material siendo los más radiactivos las escorias de silicato de calcio, la fosfogisgina (similar al yeso, aunque mucho más radiactiva), la pizarra, las cenizas volátiles y el granito y las que menos la madera, el yeso natural, arena y grava, cemento y ladrillos. El suelo en el que asientan las casas es casi siempre una importante fuente de radón, siendo mayor la dosis que penetra en la casa cuanto más espeso e íntegro esté el suelo. Además la concentración de radón es mayor en las plantas inferiores de los edificios que en las superiores. Para reducir los niveles de radón se pueden sellar los suelos y paredes, recubrir las paredes con materiales plásticos o papel pintado, utilizar

ventiladores en los sótanos. Otras fuentes de radón menos importantes en los hogares son el gas natural y el agua. El agua que contiene radón es más peligrosa cuando se ingiere fría y proviene de pozos muy profundos (la UNSCEAR estima que menos del 1% de la población mundial consume agua que contiene más de 1 millón de Bq/m³ y menos del 10% con más de 100.000 Bq/m³) y, sobre todo, cuando se inhala en el baño.

- Otras fuentes: El carbón contiene trazas de radionucleidos primarios que al combustionarse (sobre todo en las centrales térmicas) son liberados en las cenizas pesadas, que quedan en las calderas, y en las ligeras que salen por la chimenea contaminando los cultivos. Hay mecanismos que capturan estas cenizas volátiles para reutilizarlas en la elaboración de cemento y hormigón que pueden, a su vez, contribuir a aumentar los niveles de exposición a la radiación. Se estima que por cada gigavatio-año de energía eléctrica se origina una dosis comprometida equivalente colectiva total de 2 sieverts-persona. La energía geotérmica contribuye en una pequeña cantidad a la exposición mundial a la radiación, pero puede aumentar sustancialmente en el futuro. Al extraer y transformar los fosfatos de sus yacimientos se libera radón en pequeñas cantidades, pero al usarlos en la elaboración de fertilizantes en forma líquida o si se emplean como alimentación complementaria de algunos animales pueden aumentar los niveles de radiación representando una dosis comprometida equivalente efectiva colectiva de unos 6.000 sieverts-hombre.

2. Fuentes artificiales:

En las últimas décadas han aumentado las fuentes artificiales, pero es difícil calcular la dosis que recibe el hombre, ya que varía individualmente por lo que no pueden controlarse tanto como las fuentes naturales. Hay varios tipos:

- Fuentes médicas: Es la fuente artificial más importante, ya que se usa tanto para el diagnóstico (rayos X) como para el tratamiento (radioterapia). El uso de rayos X en el diagnóstico constituye la forma más frecuente de radiación médica, sobre todo rayos X del tórax, aunque han aumentado mucho el número de estudios de tomografía computerizada y técnicas mamográficas. El objetivo de la UNSCEAR es que los niveles de exposición sean los menores posibles, por lo que han ido apareciendo formas de limitar la exposición mediante filtros, uso de placas más rápidas, blindajes adecuados, mejora de aparatos. Así se asume que la dosis equivalente efectiva colectiva anual procedente de los reconocimientos de rayos X es de unos 1.000 sieverts-persona por millón de habitantes en los países industrializados. En los últimos años también ha aumentado el uso de radioisótopos siendo

responsables de unas dosis colectivas equivalentes efectivas de 20-150 microsiev-erts por millón de habitantes. La radioterapia juega un papel importante en la dosis recibida individualmente, pero contribuyen poco a la dosis total. En global se estima que la dosis equivalente efectiva media procedente de la totalidad de fuentes médicas se sitúa en torno a 1 milisievert por habitante y año en los países industrializados (en torno a la mitad de la dosis suministrada por las fuentes naturales) y unos 400 microsiev-erts por persona y año a nivel mundial.

- Explosiones nucleares: La mayoría de la dosis suministrada por esta vía proviene de explosiones llevadas a cabo en la atmósfera para probar armas nucleares, sobre todo por los EEUU, la URSS y el Reino Unido hasta 1963 (que firmaron el Tratado Parcial de no Proliferación de Pruebas) y posteriormente por Francia y China. Los productos radiactivos procedentes de estas explosiones se depositan en la atmósfera en lugares próximos a la explosión, desde donde: algunos son transportados por el viento alrededor del mundo, donde pueden permanecer 1 mes, y la mayoría llegan a la estratosfera, donde permaneces muchos meses y van descendiendo para esparcirse por la tierra. Las sustancias que contribuyen en más del 1% a la dosis comprometida equivalente efectiva colectiva de la población mundial son, en orden decreciente: carbono-14, cesio-137, circonio-95 y estroncio-90 que se desintegran a ritmos diferentes. Así la dosis equivalente comprometida efectiva colectiva total procedente de explosiones nucleares es de 30.000.000 sieverts-persona.

- Energía nuclear: Esta es la fuente artificial de radiación más controvertida, aunque la exposición humana a ella es mínima, siendo menor cuanto más lejos vivan las personas de una instalación nuclear, ya que la mayoría de los radionucleidos que emiten se desintegran rápidamente y solo tienen efecto a nivel local, aunque también se emiten algunos radionucleidos de vida media larga. La UNSCEAR calcula que todo el ciclo del combustible nuclear origina una dosis comprometida equivalente a corto plazo de unos 5.5 sieverts-persona por cada gigavatio-año de electricidad producida.

- Exposición profesional: Las personas que trabajan en la industria de la energía nuclear son las personas que mayor dosis reciben de ella. El 90% de la dosis la reciben los trabajadores de las explotaciones mineras (reciben 1 sievert-persona de radiación por gigavatio-año de energía eléctrica generada), sobre todo los que trabajan en minas subterráneas. En las centrales nucleares la dosis suministrada a los trabajadores es diferente según la ocupación que tenga, siendo mayor en las personas encargadas del mantenimiento que en el resto. La UNSCEAR estima que

en el futuro la cifra global realista debe ser de 10 sieverts-persona por gigavatio-año. También están expuestos a radiación los profesionales dedicados a la investigación y desarrollo nuclear, con una dosis estimada de 5 sieverts-persona por gigavatio-año. Así las personas que trabajan en la industria nuclear reciben mayores dosis de ésta que de las fuentes naturales. Otros profesionales que se encuentran expuestos a radiación son los médicos, que contribuye 1 sievert-persona por millón de habitantes a la dosis equivalente colectiva en países con un nivel elevado de calidad sanitaria, y trabajadores de la industria en general, con una dosis colectiva anual de unos 0.5 sieverts-persona por millón de habitantes en países industrializados. Hay trabajadores que se encuentran expuestos a elevadas dosis de radiación natural como las tripulaciones de los aviones y los mineros del carbón y el metal.

- Otras fuentes: Hay algunos artículos de consumo que contienen materiales que suministran dosis de radiación a las personas, como: los relojes luminosos de pulsera y pared (los más importantes), señales de salida, brújulas, aparatos de puntería, teléfonos, cepillos antiestáticos, detectores de humo, cebadores de tubos fluorescentes y electrodomésticos, lentes, televisores...

5 Discusión-Conclusión

Los usos de la radiación ionizante son cada vez más frecuentes. Por esto, aparte de que estamos expuestos siempre a una cierta dosis natural, tiende a incrementarse la posibilidad de recibir radiación proveniente de fuentes artificiales.

La radiación, sus características y sus efectos principales en los humanos son bien conocidos. Por lo tanto debe ser posible convivir con ella con la máxima seguridad. Educar, difundir e informar con veracidad a todos los usuarios, trabajadores y público en general es el medio más efectivo para reducir riesgos y evitar exposiciones innecesarias.

6 Bibliografía

- 1. <http://www.unscear.org/>
- 2. <http://nupeex.eu/>
- 3. Consejo de Seguridad Nuclear. Radiación. Dosis, Efectos, Riesgos.
- 4. Cancio Pérez D. Impacto radiológico de las fuentes naturales y artificiales de radiación. El informe UNSCEAR 2008. Nucleus. 2010; 48.
- 5. Naciones Unidas. Asamblea General. Informe del Comité Científico de las Naciones Unidas para el Estudio de los Efectos de las Radiaciones Atómicas. 65°

período de sesiones. 11-14 de Junio de 2018.

Capítulo 978

LOS HEMOCULTIVOS

ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los hemocultivos sirven para determinar la presencia de microorganismos en sangre como bacterias y hongos. La bacteriemia y la fungemia son complicaciones graves que se producen cuando los microorganismos invaden el torrente sanguíneo a un ritmo que nuestro cuerpo no es capaz de eliminar, es por ello que con una toma de sangre se puede cultivar en un medio específico para valorar el tipo de microorganismo que sufre el paciente.

2 Objetivos

-Evaluar la correcta obtención, manipulación y conservación de los hemocultivos, para su posterior interpretación.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos, Scielo, Medline y Pubmed, usando los descriptores DeCS hemocultivo y MESH blood cultures, restringiendo la búsqueda a publicaciones en inglés y español.

4 Resultados

- El cultivo de sangre es el estudio microbiológico más importante y utilizado para la determinación del agente etiológico causante de diversas patologías.

- Para el cultivo utilizaremos unos frascos que vienen en parejas, uno de tapón azul aerobio, y uno de tapón rojo anaerobio.

La muestra se obtiene por venopunción de la forma más aséptica posible, ya que los hemocultivos se contaminan fácilmente y pueden dar falsos positivos. Deben de llevarse al laboratorio inmediatamente y conservarse, si es necesario, en estufa de 35-37°C.

Una vez en el laboratorio se introducen en unos analizadores donde se incuban durante el tiempo necesario hasta que nos alerte de los positivos o negativos.

Los frascos positivos se procesarán en una cabina de seguridad biológica realizando las siguientes técnicas:

Tinción Gram: Se hace una extensión, se tiñe y se mira al microscopio. Según veamos gram + ó -, nos guiará para las siguientes pruebas a realizar.

Subcultivos: Normalmente se hacen en Agar sangre, Agar chocolate y Agar brucella, y según los resultados de la tinción gram, puede ser necesario en Agar CNA y MacConkey.

Otras pruebas: Se pueden realizar otras determinaciones como antibiogramas, DNAsa, coagulasa, etc.

Una vez realizados todos los procedimientos necesarios y tras el tiempo de incubación correspondiente se procede a la lectura de placas para la identificación del microorganismo.

5 Discusión-Conclusión

El desenlace de una infección sanguínea puede ser fatal, por lo que es muy importante llevar a cabo el cultivo sanguíneo de manera rigurosa, cerciorándose de no dar falsos positivos debidos a contaminaciones. Dada la complejidad de la bacteriemia la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual por el uso indiscriminado de antibióticos y aparición en consecuencia de cepas multirresistentes, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del personal de enfermería y del técnico especialista de laboratorio en especial, es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Wilson ML, Weinstein MP. General principles in the laboratory detection of bacteremia and fungemia. *Clin Lab Med* 1994; 14:69-82.
- 2. Bouza E, Loza E, Planes A, Rodríguez Cobacho A. *Procedimientos en Microbiología Clínica, Hemocultivos*. 1993.
- 3. Reimer LG, Wilson ML, Weinstein MP. Update on detection of bacteremia and fungemia. *Clin Microbiol Rev* 1997; 10:444-465.

Capítulo 979

DISEÑO DE UN SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR

JAVIER GONZÁLEZ VAZQUEZ

1 Introducción

La Medicina Nuclear es una especialidad médica dedicada primordialmente al diagnóstico de pacientes mediante el uso de sustancias marcadas con radioisótopos, proporcionando una información esencialmente funcional, y además al tratamiento mediante fuentes radiactivas no encapsuladas. Por ello el diseño de una nueva instalación de Medicina Nuclear deberá considerar cómo reducir al mínimo las dosis, incluyendo aspectos de blindaje y de distribución de los diferentes locales. La instalación debe cumplir ciertos requisitos básicos: ser segura, funcional y cumplir con las normativas vigentes en materia de seguridad radiológica y sanitaria.

2 Objetivos

Conocer el diseño y el equipamiento que debe tener un servicio de Medicina Nuclear, describiendo la utilidad de cada elemento.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica he realizado una revisión sistemática de publicaciones en revistas científicas y libros especializados medicina nuclear. Por otro lado he consultado páginas web relacionadas con el tema a través de los

buscadores de Google académico, PubMed y Clinical Key, entre otros. Se han empleado como descriptores: medicina nuclear, diseño, servicio, elementos. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Diseño arquitectónico

El Servicio de Medicina Nuclear está constituido por dos áreas: diagnóstica y terapéutica:

1. Área diagnóstica:

En esta área, como su nombre indica, se llevan a cabo los procedimientos diagnósticos con radioisótopos. Consta de varias dependencias:

- Vestíbulo y pasillo.
- Sala de estar del personal sanitario.
- Vestuario de descontaminación del personal sanitario.
- Unidad de laboratorios.
- Sala de espera de camas.
- Salas de exploraciones y de control: gammacámara.
- Sala de espera de los pacientes inyectados.
- Baño para pacientes inyectados.
- Baño para el público.
- Secretaría.
- Sala de espera para familiares y pacientes no inyectados.
- Sala de exploraciones y de control: PET/TC.
- Sala de inyección y espera de los pacientes para PET/TC.
- Almacén.
- Sala de inyección.
- Almacén de residuos radiactivos.
- Radiofarmacia: exclusiva, recepción de isótopos, control de calidad y preparación de las dosis.
- Sala de sesiones.
- Despachos médicos.
- Sala de exploraciones funcionales.

2. Área terapéutica:

En esta área se lleva a cabo la “Terapia Metabólica”, es decir, la aplicación de isótopos radiactivos en altas dosis con fines terapéuticos. Así se tratan diferentes

patologías como el hipertiroidismo, el cáncer de tiroides, la paliación de dolores óseos metastásicos o en el tratamiento de artropatías inflamatorias. Consta de varias dependencias:

- Habitación blindada con baño dotado de un sistema de eliminación/almacenamiento de excretas con residuos radiactivos.
- Pasillo.
- Vestuarios de descontaminación.
- Almacén de radioisótopos.
- Almacén de residuos radiactivos.
- Baño.

Estas zonas están clasificadas y señalizadas, de acuerdo con las normas establecidas en el Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes, en:

Zonas de libre acceso:

- Sala de sesiones.
- Despachos médicos
- Secretaría.
- Sala de espera para familiares y pacientes no inyectados.
- Sala de estar del personal sanitario.

Zonas vigiladas: En estas zonas existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 1 mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 1/10 de los límites de dosis equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades para los trabajadores expuestos. Se señalizan con un trébol de color gris azulada sobre fondo blanco.

- Salas de inyección.
- Salas de exploraciones: gammacámara.
- Sala de espera de los pacientes inyectados.
- Sala de espera de camas.
- Sala de exploraciones funcionales.

Zonas controladas: En estas zonas existe la posibilidad de recibir dosis efectivas superiores a 6 mSv/año oficial o una dosis equivalente superior a 3/10 de los límites de dosis equivalentes para el cristalino, la piel y las extremidades para los trabajadores expuestos. Se señalizan con un trébol verde sobre fondo blanco.

- Radiofarmacia.
- Almacén de residuos radiactivos.
- Sala de exploraciones: PET/TC.

- Habitaciones de Terapia Metabólica.

Utilidad, equipamiento e instrumental

Unidad de Radiofarmacia:

La Unidad de Radiofarmacia se encarga de suministrar y preparar las dosis necesarias de los radiofármacos, realizar los controles de calidad necesarios para cada radiofármaco y gestionar los residuos radiactivos. Los equipos e instrumentos presentes en esta unidad son los siguientes:

- Sistema de tratamiento de aire del recinto, que garantiza la esterilidad y las condiciones exigidas para la preparación de radiofármacos en el RD 479/1993 sobre medicamentos radiofármacos de uso humano.
- Sistema de tratamiento y eliminación de residuos líquidos.
- Cabina de flujo laminar clase A para marcajes celulares (de las células sanguíneas: leucocitos, eritrocitos y plaquetas) con isótopos y preparación de radiofármacos autólogos. Es una cabina de seguridad biológica tipo A con reciclaje del 70% del aire y evacuación del 30% equipada con sistemas de desinfección por radiación UV y aerosoles químicos.
- Estufa de incubación, la cual sirve para mantener los cultivos celulares.
- Ultracentrífuga refrigerada que se encarga de la separación de partículas en base a la diferente velocidad a la que sedimentan en un medio acuoso bajo la acción de un campo centrífugo mediante la rotación de los rotores a una velocidad mayor de 50.000 rpm dentro de una cámara acorazada. Dispone de sistemas auxiliares de refrigeración y de vacío.
- Centrífuga de sobremesa, que se encarga de la separación de partículas grandes como células o precipitados de sales insolubles. Lo hace en base a la diferente velocidad a la que sedimentan en un medio acuoso bajo la acción de un campo centrífugo mediante la rotación de los rotores a una velocidad máxima de 6.000 rpm, por lo que normalmente no tienen refrigeración y son de pequeño tamaño.
- Cabina de flujo laminar para la elución de generadores de Mo-Tc y dosificación inicial de radioisótopos. Es una cabina blindada de flujo laminar, ambiente clase A, con evacuación del 100% del aire utilizado a través de un filtro de carbón activo. Se encuentra blindada con 10 mm de plomo (Pb) en todo el contorno y con 35 mm en la zona del generador.
- Recintos para la manipulación, dosificación y marcaje con radioisótopos. Estos recintos extraen el aire a través de un filtro de carbón activo y se encuentran blindados con Pb, en diferente espesor en función del tipo de isótopo:
Para isótopos de actividad media-alta, blindaje con 35 mm de Pb.
Para isótopos de actividad media-baja, blindaje con 10 mm de Pb.

Para isótopos gamma de baja actividad y emisores beta, blindaje con 10 mm de material plástico, 2 mm de Pb y 10 mm más de material plástico.

- Activímetro o calibrador de dosis es el instrumento básico para medir de forma exacta y precisa las actividades de los radiofármacos que se suministran a los pacientes para la realización de un estudio diagnóstico o como tratamiento. En esencia se trata de una cámara de ionización gaseosa en forma de pozo dentro de la cual se introduce el material radiactivo para su medición.
 - Contador multicanal de centelleo líquido, que se utiliza para medir la radiación de los isótopos radiactivos emisores beta. Las muestras se disuelven o suspenden en un "cóctel" que contiene un disolvente, típicamente alguna forma de un agente tensioactivo, y pequeñas cantidades de otros aditivos conocidos como "compuestos fluorescentes" o centelleadores que se colocan en pequeños viales transparentes o traslúcidos que se cargan en el contador de centelleo líquido entre dos tubos fotomultiplicadores.
 - Contador multicanal de centelleo sólido, que se utiliza para medir la radiación gamma. Estos detectores están formados por cristales de ioduro de sodio mezclados con una pequeña cantidad de ioduro de talio. La muestra se coloca sobre un cristal centelleante, que a su vez, se encuentra situado cerca de un fotomultiplicador que permite determinar el número de destellos producidos según la cantidad de muestra radiactiva.
 - Sistema de análisis de imágenes para la cuantificación de geles y placas cromatográficas.
 - Monitores de radiación, dosímetros, delantales y demás elementos de radioprotección activa y pasiva.
 - Balanzas de precisión.
 - Contenedores blindados para desechos radiactivos.
 - Pinzas, bandejas de acero inoxidable y gradillas.
 - Protectores de jeringas y viales plomados.
- b) Sala de exploraciones y de control: PET/TC

El PET/TC es un equipo que dispone de ambas opciones diagnósticas: PET, cuyas siglas corresponden a las siglas en inglés de Tomografía por Emisión de Positrones, y TC, Tomografía Computerizada. Así aunando ambas técnicas se puede localizar anatómicamente las zonas con actividad anormalmente alta visualizadas en el estudio PET. En la sala de exploraciones podemos encontrar el equipo PET/TC compuesto por:

- Gantry-Stand: Es el módulo que alberga todos los dispositivos que se encargarán de detectar los haces de radiación. El Stand está fijo y sirve de soporte al Gantry para mantenerlo en su posición. La unidad de TC va montada en la parte rotatoria

del Gantry.

- Detectores: Son los cristales que se encargan de detectar los rayos gamma.
- Circuito de coincidencia: Es un colimador reducido encargado de aceptar solo eventos coincidentes. Se presetea una pequeña ventana (de aproximadamente 5 a 10 nanosegundos) y cualquier evento que ocurra en esta ventana será considerado como evento coincidente.
- Mesa paciente: Sirve para ubicar al paciente durante el tratamiento el cual tiene movimientos: vertical, horizontal y rotacional para posicionamiento del paciente.
- Sistema de procesado: Comprende un procesador de datos, un procesador de arreglo, un procesador de imagen, un monitor y una impresora.

La sala de control que sirve para la visualización del desarrollo de la exploración, tratamiento informático de las imágenes, emisión de informes... está equipada con:

- Consola de mandos.
- Sistemas de visualización, tratamiento y almacenamiento de la imagen.
- Mesas de trabajo y sillas.
- Dictáfonos o similar.

Salas de exploraciones y de control: gammacámara

La gammacámara es un dispositivo que se encarga de detectar la radiación gamma presente en los pacientes tras la inyección, generalmente por vía intravenosa, de un radiofármaco. En la sala de exploraciones podemos encontrar la gammacámara compuesta por una o varias cabezas detectoras integradas a su vez por distintos elementos:

- Cristal de centelleo: Formado por yoduro de sodio activado con talio que absorbe los fotones procedentes del radionúclido y genera el destello luminoso.
- Fotocátodo y tubos fotomultiplicadores: Los fotones luminosos alcanzan a través de un acoplamiento óptico el fotocátodo y tubos fotomultiplicadores, los cuales convierten la luz en corriente eléctrica.
- Circuito de posicionamiento: Recoge las señales de los tubos fotomultiplicadores y permite calcular las coordenadas de la posición de cada fotón en un eje cartesiano x-y-z.
- Colimadores: Son discos de plomo con múltiples perforaciones llamadas septos que se encuentran colocados justo delante del cristal de centelleo y así restringe los eventos radiactivos de radiación secundaria limitando el ángulo que recibe la radiación desde la fuente para obtener un haz sensiblemente paralelo.
- Mesa paciente: Sirve para ubicar al paciente durante el tratamiento el cual tiene movimientos: vertical, horizontal y rotacional para posicionamiento del paciente.

- Gantry: Es el módulo que alberga todos los dispositivos que se encargarán de detectar los haces de radiación.
- Equipos electrónicos de tratamiento de la señal y creación de la imagen.

La sala de control tiene las mismas funciones y componentes que vimos para el PET/TC.

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado diseño de un servicio de Medicina Nuclear garantizará su óptimo funcionamiento y el cumplimiento de toda la normativa aplicable, por lo que, cada instalación requiere de un individualizado y cuidadoso análisis.

6 Bibliografía

1. <http://www.cun.es>
2. <http://www.hgucr.es/>
3. <http://www.teknon.es/>
4. Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. Real Decreto 783/2001, de 6 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 178, (26-07-2001).
5. <http://laenfermeriaenradiodiagnostico.blogspot.com.es>
6. <http://www.radiofarmacia.org/>
7. <http://www.ugr.es/>
8. <http://www.nuclearvina.com/>
9. <http://www.cun.es/>
10. <http://es.wikipedia.org/>
11. <http://ocw.uv.es>
12. <http://miim2santa.blogspot.com.es/>
13. <http://centrodeartigos.com/>
14. <http://books.google.es/>
15. <http://www.amter.org/>
16. <http://www.pce->
17. <http://www.mrpmedicalsistemas.es/>
18. <http://essalud.gob.pe/>
19. <https://rpop.iaea.org/>
20. <http://www.aeap.es/>
21. <http://grupo4modulo2.wordpress.com/>
22. <http://uammedicinanuclear.blogspot.com.es>

Capítulo 980

UTILIZACIÓN DE MEDIOS DE CONTRASTE EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

LAURA BLANCO PANCORBO

1 Introducción

Los contrastes utilizados en tomografía computarizada (TC) son utilizados para mejorar las imágenes obtenidas tras el estudio, y para ayudar al radiólogo a diferenciar las condiciones normales de las anormales. Una vez que el contraste es administrado en el cuerpo, genera cambios en los tejidos del cuerpo para que se vean las diferentes. El contraste ayuda a distinguir las áreas del cuerpo seleccionadas para el estudio, estableciéndose que el uso de contraste ayuda a ver bien los órganos, tejidos y vasos sanguíneos para un buen diagnóstico.

Los contrastes pueden ser administrados de tres formas distintas, que son por vía oral, por vía rectal y por vía intravenosa, en función del tipo de contraste que sea. Cuando el examen termina, el contraste es eliminado del cuerpo mediante la orina o absorbido por el propio cuerpo. El contraste más utilizado es el Iodo y el bario:

El Iodo puede administrarse por vía venosa en venas, arterias o en cavidades concretas.

El bario, por vía oral, y también puede ser utilizado por vía rectal.

Una vez que están presentes en el cuerpo, estos contrastes limitan a los RX y pasan alrededor de las zonas con contraste, por ello a estas zonas que apenas llegan los RX, se ven de una forma diferente para poder estudiarlas.

2 Objetivos

- Conocer la dinámica y recirculación del contraste.
- Identificar los parámetros seleccionables y los parámetros fisiológicos.

3 Metodología

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

Términos buscados: tomografía computarizada, contrastes, yodo, bario, vía venosa, vía intravenosa .

4 Resultados

- La dinámica del contraste administrado es la siguiente: el contraste se administra en una vena periférica, generalmente en una vena antecubital. Llegará a la circulación sistemática tras atravesar los pulmones. Para una sospecha de tromboembolismo pulmonar los tiempos de contraste deben ser mas cortos que los tiempos que corresponden a un estudio de vascularización sistemática.
- La recirculación del contraste utilizado es el regreso del contraste al corazón tras el retorno venoso y vuelve a repetirse el mismo circuito. En el segundo circuito el contraste es menor, por lo que el realce vascular es menor. El retorno venoso desde órganos es menor respecto el al retorno desde el encéfalo y los riñones. Durante la fase temprana vemos la repleción de las venas yugulares y renales. En el barrido último, es en el que se resuelve la duda de diagnóstico.
- Los parámetros seleccionables, son la velocidad de inyección del contraste, el volumen total que se inyecta de contraste y la concentración total de contraste. El volumen total de inyección de contraste se expresa en mililitros (ml), la concentración de contraste se expresa en miligramos (mg) de contraste / ml y la velocidad de inyección de contraste se expresa en ml/s. Los parámetros fisiológicos, se componen de el peso del paciente y de la cantidad de sangre que necesita bombear. Ambos parámetros se relacionan con el grado de realce arterial.

5 Discusión-Conclusión

Una medida que ayuda al realce arterial es empujar el contraste desde la periferia con suero salino, utilizando una doble inyección. Esta doble inyección está disponible en los nuevos inyectores, que permiten inyectar el suero justo después de administrar el contraste. Esta medida también ayuda a disminuir los artefactos, estos artefactos causan imágenes que no tienen que ver con la realidad, por ello en ocasiones causan falsos positivos y negativos.

Calcular el tiempo de tránsito, ayuda al realce arterial al iniciar el barrido tras un tiempo individualizado. En el test de bolo, se administra poco contraste y se realizan cortes, sin que avance la mesa para calcular el tiempo que tarda en llegar el contraste a la zona a estudiar. Se obtiene de esa manera la curva de realce arterial y se calcula lo que tarda el contraste desde que se administra hasta que llega al pico de realce.

Otra forma de individualizar el tiempo de retraso es seleccionar un corte determinado y un umbral de realce, entonces una vez que se administre el contraste el tomógrafo automáticamente lanzará el barrido. Hay un retraso mínimo que depende de la distancia que hay entre los cortes y el inicio de la prueba, y otro que depende del fabricante.

6 Bibliografía

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

Capítulo 981

EL CANCER DE RECTO EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

Los estadios iniciales del cáncer colorrectal suelen ser asintomáticos, por ello normalmente el cáncer colorrectal suele diagnosticarse en estadios avanzados de la enfermedad, en los cuales las posibilidades de curación son menores. Los equipos de imagen para el diagnóstico son esenciales para esta detección y localización de la enfermedad.

2 Objetivos

- Conocer la función de las técnicas de imagen tanto en el diagnóstico y estadificación de la enfermedad.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Una vez confirmado el diagnóstico de cáncer colorrectal, es necesario realizar otras pruebas para determinar si el tumor está localizado en el colon, o por el contrario se ha extendido a otras localizaciones, lo que llamamos estudio de extensión estadiaje, realizado principalmente a través del TAC.
- Este estudio presenta diversas densidades y ventanas que permita la valoración de la neoplasia, así como detectarla en otra parte que no sea el origen del cáncer. Además según su resultado, el tratamiento podrá variar desde un tratamiento local hasta uno sistémico.
- El TAC igualmente se utiliza para el seguimiento de la enfermedad, comprobando la respuesta al tratamiento puesto en marcha, como a controles posteriores tras estar erradicada la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Resaltar el papel relevante del escaner (TAC) en la estadificación local de cáncer de recto, superior a la ecografía endoanal u otro tipo de pruebas. Es por tanto, obligación del personal sanitario el perfecto conocimiento en la realización de esta prueba, así como del manejo del paciente de forma integral.

6 Bibliografía

- www.cancer.org www.scielo.conicyt.cl
- www.fascrs.org www.aecc.es
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 982

ANEURISMA ABDOMINAL DIAGNOSTICADO POR ECOGRAFIA

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

El aneurisma de aorta abdominal es una dilatación patológica de la aorta infrarrenal, con un diámetro anteroposterior mayor o igual a 3cm. La ecografía abdominal es un método sensible, específico y rentable para el diagnóstico de dicha enfermedad y la cirugía electiva sobre el aneurisma permite una disminución en la morbimortalidad por esta causa.

2 Objetivos

- Identificar la utilidad de la ecografía para la identificación temprana de la patología aórtica.
- Plantear la pertinencia del cribado del aneurisma de aorta abdominal mediante ecografía en atención primaria en población de riesgo.

3 Caso clínico

Varón de 70 años fumador , hipertenso que acude al Centro de Salud con fuerte dolor abdominal , sudor frío, náuseas, vómitos y frecuencia cardíaca rápida. El médico del Centro de Salud le solicita analítica completa, radiografía de tórax , abdomen y una ecografía abdominal. Una vez en la ecografía se comprueba que se ve, una alteración en la aorta abdominal, es diagnosticado de aneurisma de aorta

abdominal. El tratamiento depende de la ubicación y tamaño del aneurisma así como la edad del paciente y la función renal de este. Aneurisma de menos de 5 centímetros de diámetro generalmente se controla con ultrasonidos (ecografías) o exploraciones por TC cada 6 o 12 meses. El aneurisma mas grande o aquellos que crecen rápidamente o sufren perdidas podrían requerir una cirugía abierta o una cirugía endovascular.

4 Resultados

Al diagnosticar al paciente de aneurisma de aorta abdominal el médico le recomendará dejar de fumar, evitar alzar objetos pesados y actividades física vigorosas, para no aumentar excesivamente la presión arterial, que puede provocar mayor presión en el aneurisma.

5 Discusión-Conclusión

El estrés puede elevar la presión arterial por lo que deberá evitar situaciones conflictivas y estresantes y también se deberá ajustar los medicamentos para evitar que los niveles de presión arteria aumenten demasiado.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es/>

Capítulo 983

APLICACIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN PEDIATRÍA

LAURA BLANCO PANCORBO

1 Introducción

La tomografía computarizada en pediatría deriva de una buena combinación de conocimientos técnicos con una buena aplicación de la técnica. Los pacientes pediátricos tienen peculiaridades para hacer un buen uso de la técnica, por ello debemos conocer las ventajas de la tomografía computarizada en paciente pediátricos.

Sólo el 11% de las pruebas radiológicas, son realizadas con la tomografía computarizada. La radiación que procede de la tomografía computarizada equivale a un 67% de todas las radiaciones médicas. Los pacientes pediátricos tienen mayor radiosensibilidad en el cristalino, en el tiroides, en las mamas y en las gónadas. Esto quiere decir que una misma dosis de radiación tiene menor potencial carcinogénesis en un adulto que en un niño. La dosis es acumulativa, por ello si un paciente pediátrico es sometido a muchas pruebas con radiación, su radiación acumulada puede llegar a ser mucho mayor que la de un adulto.

En radiología pediátrica es muy importante tener en cuenta el tamaño del niño, para aplicar los protocolos pediátricos y no emplear dosis excesivas.

2 Objetivos

- Conocer las ventajas de la tomografía computarizada en pediatría.
- Fomentar las estrategias para limitar la dosis en pacientes pediátricos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las ventajas que presenta la tomografía computarizada son una mejoría en la resolución temporal, espacial y de contraste. Las ventajas de la tomografía computarizada son ampliamente importantes, sobre todo en pediatría.

La resolución temporal, reduce el tiempo de exploración, reduciendo así los artefactos causados por el movimiento de los niños y también se reduce la sedación en los niños, ya que al ser un estudio que lleva poco tiempo se consigue la realización del estudio con éxito. A veces es necesario, recurrir a la inmovilización del niño para finalizar el estudio. Gracias al aumento de la resolución espacial y de las técnicas, se consigue una reconstrucción en 3 dimensiones, realizando unos estudios muy buenos de las vías aéreas y vasculares. Para un estudio de vía aérea utilizamos reconstrucciones MPR, utilizamos una endoscopia virtual y reconstrucciones tridimensionales. Para los estudios vasculares se utilizan reconstrucciones tridimensionales.

La resolución de contraste permite realizar los estudios cuando el contraste se encuentra en su máximo realce, se obtiene la individualización del contraste en todas las fases y también nos permite reducir la cantidad que administramos de contraste.

5 Discusión-Conclusión

Para disminuir la exposición de radiación en paciente pediátricos es muy importante, reducir las exploraciones en niños, utilizando la técnica que más encaje en el estudio a realizar. También se disminuye la exposición de radiación escogiendo la técnica adecuada. Lo primero de todo es saber si la tomografía computarizada nos va a solucionar la duda al problema que se plantea. Para poder evitar de esta manera, exponer al niño a una alta radiación debemos intentar, antes de nada, re-

solver el problema mediante pruebas como ultrasonidos o resonancia magnética, ya que no tiene radiación, y son menos perjudiciales para pacientes pediátricos. Si aumentan los mAs y los kv aumenta la radiación considerablemente, por ello se debe ajustar la técnica adecuada para no exponer a demasiada radiación al paciente pediátrico. Hay que limitar la zona que se quiere estudiar, para no radiar zonas que no son de interés, la pelvis es una zona que se tiene que evitar todo lo posible por la radiosensibilidad de las gónadas. La tomografía computarizada está indicada en pacientes pediátricos en estudios de: peñascos, órbitas, malformaciones congénitas, traumatismos, infecciones complicadas, tumores pulmonares de mediastino, de la pared costal, para valoración de metástasis, para enfermedades pulmonares difusas y estudios de vía aérea.

6 Bibliografía

- <https://www.radiologyinfo.org/>
- <http://scielo.isciii.es/>
- <https://www.pediatriaintegral.es>
- <https://www.radiologyinfo.org>

Capítulo 984

CANCER DE MAMA OCULTO - IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

El cáncer de mama es el que comienza en los tejidos mamarios. Existen dos tipos principales de cáncer de mama:

- El carcinoma ductal que comienza en los tubos (conductos) que llevan leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.
- El carcinoma lobular comienza en partes de las mamas, llamadas lóbulos, que producen leche.

Algunas veces el cáncer no se puede detectar con una palpación pero si con revisiones periódicas bien mediante ecografía en jóvenes o mamografía en mujeres después de los 40 años.

2 Objetivos

- Evitar la propagación de la metástasis con las revisiones rutinarias anuales o bianuales.

3 Caso clínico

Mujer de 62 años sin antecedentes patológicos de interés, menopausia a los 56 años. Destaca el antecedente familiar de su abuela materna fallecida por cáncer

de mama. Remitida de su ambulatorio por presentar adenopatía axilar derecha. A la exploración destaca adenopatía axilar derecha, móvil, de aproximadamente 4cm. Ambas mamas son hipoplásicas y simétricas. No se palpan nódulos ni adenopatías en la axila izquierda. Se realiza mamografía en la que no se observan alteraciones focales sospechosas de carcinoma. En el examen ecográfico se visualizan múltiples adenopatías axilares derechas, la mayor casi de 4cm. Todas ellas de aspecto patológico. Se realiza biopsia del ganglio más superficial.

4 Resultados

La paciente es tratada mediante cirugía con tumorectomía y vaciamiento de axilar (cuatro ganglios) y después con tratamiento oncológico y 32 sesiones de radioterapia. La situación clínica en la que se detectan ganglios axilares afectados por metástasis de adenocarcinoma pero sin evidenciarse tumor en la mama no es frecuente: entre el 0,3 y 0,8% de todos los tumores de la mama.

5 Discusión-Conclusión

La forma de presentación más frecuente del cáncer de mama oculto es la aparición de un linfonodo axilar metastásico palpable, en que clínica y radiológicamente no se encuentra un tumor primario en la mama. Con la mejora en la calidad de los estudios mamográficos se ha reducido su incidencia. Los tumores no visibles por mamografía hoy se visualizan en campañas de screening como lesiones no palpables radiológicamente sospechosas y forman parte del diagnóstico precoz del cáncer de mama. Son formas de presentación infrecuentes: representan como máximo el 0,5% de todos los tumores mamarios.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000913.htm>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 985

REALIZACIÓN DE UNA UROGRAFIA

DARIO DIAZ MENENDEZ

DANIEL GARCÍA VALLINA

1 Introducción

Una urografía es una prueba radiológica que sirve para evaluar los riñones, sus uréteres, y la vejiga. La urografía utiliza imágenes y material de contraste para evaluar o detectar sangre en la orina, piedras en los riñones o vejiga, y cáncer en el tracto urinario. La urografía con rayos X convencionales se conoce como Pielograma Intravenoso (PIV).

La urografía intravenosa también se hace a menudo utilizando la tomografía computarizada (TC) o las imágenes por resonancia magnética (RMN). Las urografías por TAC y por RMN son indoloras y han probado ser eficaces para detectar problemas del tracto urinario.

El objetivo de esta técnica es poder observar la función y la morfología del aparato excretor y poder diagnosticar cualquier enfermedad existente en él, gracias a los métodos radiográficos más avanzados con los que contamos a día de hoy.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de la urografía.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre las diferentes técnicas de imagen para poder valorar las lesiones del aparato urinario a través de bases de datos como Scielo y Pubmed. Las palabras clave utilizadas son: urografía, contraste, riñones, urotac.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Técnicas para obtención de imágenes en pelvis.
- Texto gratuito y sin restricciones en año.

4 Resultados

Se le preguntara al paciente si tiene alergia al yodo (comúnmente se le pregunta si tiene alergia al marisco), si el paciente es mujer se le deberá de preguntar si existe posibilidad de embarazo y si esta tomando medicamento o si ha tenido alguna enfermedad reciente.

El médico responsable de la prueba mandará al paciente que se encuentre en ayunas el día de la prueba, y momentos antes de la prueba se le mandará beber agua y no orinar para retener el agua en la vejiga, al acabar la exploración, el paciente podrá orinar.

El médico responsable de la prueba le dará al paciente un consentimiento informando donde se le informa que debe de hacer el paciente para prepararse para realizar la prueba, también se le informará de los inconvenientes de la utilización de contrastes ya siendo yodados (en el caso de una tomografía o un pielograma) o del gadolinio en caso de una resonancia magnética. Si el paciente firma el consentimiento se le realizará la prueba, si existiera el caso que no la firmará no se podrá realizar.

Al llegar a la sala de estudio el técnico en radiodiagnóstico le pedirá que se quite cualquier objeto que pueda provocar un artefacto en la imagen (cinturones, piercings u otro objeto radiopaco), si por el contrario es una resonancia magnética, se quitará cualquier objeto ferromagnético del cuerpo del paciente y se le preguntara si tiene tatuajes. Se le dará una bata al paciente para la realización de la prueba

Realización de la prueba: ambas, la urografía por TC y por RMN se realizan, por lo general, de forma ambulatoria.

El técnico posicionara al paciente encima de la mesa de exploración en decúbito supino (boca arriba) o posiblemente en decúbito prono (boca abajo) o decúbito lateral. Es posible que durante la exploración se le pida al paciente que cambie de posición. Se podrán utilizar, correas u almohadas para la correcta posición e inmovilización del paciente. Hoy en día existen escáneres con bajo tiempo de exploración, así los niños no necesitan ser sedados, pero en casos especiales debido a la falta de cooperación del paciente se le deberá de sedar, ya que el movimiento artefacta la imagen complicando el estudio.

Una enfermera o el mismo técnico le administrará al paciente el contraste por vía endovenosa colocando la vía en el brazo o en la mano. A continuación, la mesa de exploración avanzara rápidamente hacia el gantry del equipo de exploración, para que el técnico alinee al paciente con los láseres del equipo, si es una RMN se coloca la antena adecuada al estudio. Terminada la alineación, el técnico se dirigirá a la sala de control del equipo para iniciar el estudio.

La mesa si es un estudio por Tac realizara varias pasadas, si por el contrario es un estudio por resonancia magnética la mesa no se moverá cuando se realiza el estudio, pero el equipo en sí realizara varias secuencias. Al terminar el estudio el técnico mandará las imágenes al medico responsable para evaluarlas y se procederá a sacar al paciente del equipo y a extraerle la vía. Se le pedirá al paciente que se vista y que espere hasta que el medico revise las imágenes y le diga el diagnostico.

5 Discusión-Conclusión

La buena preparación del paciente, la explicación por parte del médico de como se le va a realizar la prueba y la buena formación del técnico en radiodiagnóstico da como resultado que el paciente se sienta cómodo y poder realizar el estudio lo mejor posible

6 Bibliografía

- Claret Loaiza S, Cáceres Filippon V. UROGRAFÍA INTRAVENOSA:.. seram [Internet]. 22nov.2018 [citado 2ene.2020];.
- Metola Gómez M. Urografia intravenosa [Internet]. www.elsevier.es. 2001 [citado 2 Enero 2020].

- Rodríguez Portellano J. Preparación para la realización de un escáner (TC) [Internet].

Capítulo 986

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA

ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El estudio de la función hepática consiste en la realización de un análisis de sangre que mide los niveles de ciertas enzimas y proteínas que nos sirven para diagnosticar y supervisar enfermedades o daño en el hígado. La función hepática es importantísima para el mantenimiento de la vida y de su calidad, es el órgano encargado de la metabolización de tóxicos entre otras funciones y su fallo implica serias alteraciones analíticas y clínicas en el pacientes con graves repercusiones que pueden acabar con su vida.

2 Objetivos

- Establecer los parámetros analíticos utilizados para la estimación de la función hepática.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Los descriptores DeCS hígado y MESH liver, restringiendo los resultados a publicaciones en español e inglés de los últimos años.

4 Resultados

- Para determinar los parámetros de valoración del hígado necesitaremos una muestra de suero obtenida tras un ayuno de 8 a 10 horas, salvo el tiempo de protrombina que se realiza en plasma con anticoagulante de citrato. Los parámetros a analizar en el laboratorio son los siguientes:

AST: su valor normal está entre 20-40 U/L aunque su concentración puede verse elevada en el embarazo, con la práctica de ejercicio intenso o tras inyecciones intramusculares..

LDH: la hemólisis y ciertos fármacos pueden aumentarla y la Vitamina C disminuirla. Sus valores de referencia son 230-460 U/L.

ALT: su concentración normal es de entre 20-40 U/L. Puede verse aumentada con los anticonceptivos orales, la hemólisis o el ácido acetilsalicílico.

GGT: se ve muy aumentada con el alcohol y sus valores normales oscilan entre los 11-50 U/L.

ALP: puede verse alterada por diversos fármacos como los antibióticos, los antiepilépticos o los anticoagulantes orales. Su valor de referencia está entre 25-100 U/L.

Bilirrubina: es muy sensible a la luz, la cual la degrada. La hemólisis produce un falso aumento y la lipidemia un falso descenso. El valor de referencia es < 1,1 mg/dl.

Albúmina: su concentración normal es de 3,5-5 g/dl aunque puede verse reducida en el embarazo, en patologías inflamatorias crónicas o en problemas de malnutrición.

Tiempo de protrombina: la insuficiencia hepática grave da lugar a alteraciones en la coagulación con un tiempo de protrombina prolongado. Su valor de referencia oscila entre 10-14,5 seg.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer bien los parámetros, así como todas las posibles interferencias que existen y que pueden alterar los valores analizados, ya que los resultados obtenidos en cada uno de ellos nos orientarán sobre dónde se encuentra la causa del fallo hepático y su diagnóstico precoz para la instauración de un tratamiento. Es por ello de vital importancia conocer estos valores y si está alterados, derivar al paciente para nuevas pruebas radiológicas.

6 Bibliografía

- 1. Pagana KD, Pagana TJ (2010). *Mosby's Manual os Diagnostic and Laboratory Tests*, 4th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.
- 2. Fischbach FT, Dunning MB III, eds. (2009). *Manual of Laboratory and Diagnostic Tests*, 8hh ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- 3. Quesada A. *Diagnóstico de laboratorio: principales pruebas bioquímicas y de la laboratorio*. 1ra edición, 2003.
- 4. Giannini EG, Testa R, Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *Cmaj* 2005; 172: 367-379.

Capítulo 987

ESTUDIO DEL TÓRAX MEDIANTE TAC

NATALIA TOCINO PRIETO

ADRIÁN SUÁREZ MERINO

1 Introducción

La exploración del tórax mediante Tomografía Axial Computerizada (TAC) se realiza para identificar y diagnosticar patologías torácicas tras una sospecha clínico o hallazgos anormales en otras pruebas complementarias.

2 Objetivos

- Conocer las indicaciones del TAC torácico.
- Conocer las distintas patologías que pueden aparecer en un TAC torácico.
- Saber interpretar las imágenes obtenidas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las indicaciones de este estudio son:

- Pulmonar: estudio de nódulos, derrame pleural complicado o refractaria a tratamiento, estadificación del cáncer de pulmón, neumonías, etc.
- Mediastino: ensanchamientos inespecíficos, tumoración demostrada en radiografía simple, linfopatías, tumores mediastínicos.
- Pleuras y pared torácica: compromiso parietal primitivo o secundario, diferenciación entre absceso y empiema loculado, politraumatismo torácico con volet costal.
- Diafragma: tumoraciones del ángulo cardiofrénico, prominencias localizadas de las cúpulas, colecciones subfrénicas.

Los tipos de imágenes que podemos encontrar son radiopacas o radiolúcidas. Además es importante estudiar:

- Forma y tamaño: lineal, miliar, nodular, segmentaria o total, periférica, mediastínico, diafragmático, cavitaria y quística (estas dos últimas en caso de imágenes radiolúcidas).
- Otras características como el grado de densidad/ lucidez, homogeneidad, localización y distribución, efectos sobre áreas adyacentes, evolución radiológica (progresiva, estacionaria, regresiva).

5 Discusión-Conclusión

El TAC de tórax tiene múltiples indicaciones y su interpretación no es sencilla, por lo que para un diagnóstico correcto, necesitaremos que las imágenes sean de buena calidad. Para saber diferenciar una imagen patológica de una normal hay que fijarse además de la forma y el tamaño, en las estructuras que le rodean, su posición, evolución, densidad, etc.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003788.htm>
- Técnico especialista en radiodiagnóstico de los servicios de salud/ Adams

Capítulo 988

REACCIONES ADVERSAS A LOS MEDIOS DE CONTRASTE UTILIZADOS EN RADIOLOGÍA

VANESA ARJONA TUYA

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS

PABLO MACHO JUNQUERA

1 Introducción

Los medios de contraste surgieron a lo largo del desarrollo de la Radiología, ante la necesidad de crear alguna sustancia capaz de resaltar determinadas estructuras anatómicas y ciertas patologías, para que esto ayudase a realizar un diagnóstico más preciso.

Los medios de contraste pueden ser de muchos tipos y pueden tener diferentes vías de administración, aunque los más habituales son los contrastes yodados y la vía intravenosa la que se utiliza la mayor parte de las veces.

Son herramientas muy importantes para la detección y diagnóstico de determinadas patologías, además de para el seguimiento de muchos tratamientos, y una gran ayuda para la radiología intervencionista. Sin embargo, estas sustancias no son totalmente inocuas y eso es lo que vamos a tratar en este capítulo.

2 Objetivos

- Proponer una revisión general de lo que son los medios de contraste en el campo de la radiología y las reacciones no deseadas que estos pueden provocar.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, centrándonos principalmente en artículos relacionados con los medios de contraste en radiología. Las palabras clave utilizadas han sido: “Medios de contraste”, “reacciones adversas”, “contraindicaciones” y “alergias”.

4 Resultados

Un medio de contraste es una sustancia o combinación de ellas que, cuando es introducida en el organismo del paciente por cualquier vía, permite resaltar estructuras anatómicas normales y patológicas.

El medio de contraste ideal es el que logra la mayor concentración tisular con la menor cantidad de efectos adversos.

Las reacciones adversas son los efectos no deseados que pueden aparecer tras la administración de un fármaco, en este caso el medio de contraste.

Las reacciones adversas, según la intensidad de su repercusión clínica podemos clasificarlas de la siguiente manera:

- Leves: son las que se producen más frecuentemente. Incluyen síntomas como náuseas, vómitos, calor, rubor, cefalea, palidez, desvanecimiento, escalofríos, temblores, erupción cutánea... No suelen necesitar de ningún tratamiento y ceden espontáneamente en unos minutos.
- Moderadas: constituyen únicamente el 1% del total de las reacciones adversas. Pueden ser broncoespasmo, hipotensión, urticaria difusa, vómitos... Suelen requerir de algún tratamiento dentro de la sala de rayos.
- Severas: aparecen aproximadamente en un 0,1% del total de pacientes que presentan alguna reacción adversa. Pueden ser convulsiones, colapso cardiorespiratorio, pérdida de conocimiento, urticaria generalizada... En este caso requieren internación y eventualmente puede llevar a la muerte del individuo.

5 Discusión-Conclusión

- Los especialistas en radiodiagnóstico debemos estar preparados para reconocer y actuar ante una posible reacción adversa al medio de contraste.
- Hay que conocer bien los protocolos de acción y que el personal esté entrenado y al corriente de donde se encuentran los medicamentos necesarios en caso de tener que actuar con celeridad ante una emergencia.
- En el caso de reacciones leves, sólo con la presencia del médico suele ser suficiente para calmar al paciente ya que generalmente tampoco requieren de un tratamiento específico para combatirlas.
- Las reacciones graves son las que realmente requieren de una actuación rápida y eficaz. En el caso de que esto ocurra los pasos a seguir serían:
 - Pedir ayuda
 - Detectar y categorizar la reacción
 - Tratar la reacción correctamente
 - En casos muy graves, derivar al paciente
 - Una vez esté controlado el episodio, realizar un informe breve pero completo de la reacción y el tratamiento realizado.

El primer paso para la prevención de las reacciones adversas debe realizarse sopesando la relación riesgo-beneficio que obtendremos al realizar el estudio con contraste o sin contraste. Debe tratar de identificarse a las personas que tienen un mayor riesgo de sufrir este tipo de reacciones mediante un adecuado interrogatorio acerca de sus antecedentes. Los diferentes medios de contraste tienen unos riesgos específicos de por sí, pero estos pueden verse disminuidos o aumentados por características personales del paciente como por ejemplo la edad o patologías previas como diabetes o insuficiencia renal.

De todas maneras, son tantos los beneficios de su uso, permitiendo diagnósticos que de otra manera sería imposible obtener, que la utilización de los medios de contraste no hace otra cosa que aumentar día tras día.

6 Bibliografía

1. Lozano-Zalce, H., Pérez-Mendizábal, J. A., González-Silva, N., Ramírez-Arias, J. L., & Abbud-Neme, Y. (2003). Reacciones indeseables y manejo integral de los medios de contraste usados en imagenología. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 1(3), 139-147.

2. Méndez Elizalde E, Ceriotto H, Coronel Z, Gómez del Intento E, López Saubidet C, Núñez M. Medios de contraste
¿cómo usarlos? Estudio de reacciones indeseadas, su prevención y tratamiento.
Rev Arg Radiol 1997; 61:189-97.
3. Méndez, R., Graña, L., & Rodríguez, R. (2007). Reacciones adversas a los medios de contraste. Medios de contraste en radiología. Madrid: Panamericana, 115-27.
4. Oficial, P., & de Radiología, S. A. Reacciones adversas a medios de contraste radiológicos: criterios y conductas.
5. Sartori, P., Rizzo, F., Taborda, N., Anaya, V., Caraballo, A., Saleme, C., ... & Peña, A. (2013). Medios de contraste en imágenes. Revista argentina de radiología, 77(1), 49-62.
6. Thomsen HS, Webb JAW. Contrast Media. Safety Issues and ESUR Guidelines. Verlag Berlin Heidelberg: Springer; 2006:167.

Capítulo 989

SEGURIDAD LABORAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

MARIA BEJAR PEREZ

MELISA SALINAS RÍOS

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

El 1995 se pone en marcha en los centros hospitalarios la creación de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL). En el ámbito hospitalario tenemos grandes centros de trabajo que su actividad se centra en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de enfermos. Se produce una situación especial, porque los pacientes muestran distintos niveles de dependencia física y emocional recibiendo una atención y un respeto especial de forma inminente, que se dan situaciones en los que el trabajador pone en riesgo su seguridad.

Estos riesgos pueden afectar tanto a los trabajadores sanitarios que trabajan en el centro como a otros trabajadores complementarios (personal administrativo, limpieza, restauración, lavandería, mantenimiento...) que deben tenerse en cuenta para la aplicación de unas medidas preventivas correctas.

2 Objetivos

- Definir los riesgos existentes en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Riesgos biológicos. En centros hospitalarios el riesgo principal es la transmisión de enfermedades infectocontagiosas por agentes bacterianos, víricos, fúngicos o parasitarios que se transmiten por vías aéreas, sanguíneas, contacto directo de secreciones o fómites. Debemos elaborar y actualizar protocolos de intervenciones por si se necesita inmediatamente su uso, lo que se requiere una coordinación con los demás servicios del hospital.
- Riesgos químicos. Pueden ser dañinos para el personal que lo maneje. Destacan los medicamentos citostáticos que tienen que manejarse en cabinas de seguridad, transportarlos en contenedores especiales, se administra por sistema cerrado y se eliminan por contenedores especiales.
- Riesgos físicos. Exposición a radiaciones ionizantes (radiodiagnóstico, medicina nuclear y quirófano). Exposición a radiaciones no ionizantes (resonancia magnética, infrarrojos, microondas, láser). En estas zonas de riesgo clasificamos a los trabajadores que están expuestos y se hacen vigilancias tanto personal como ambiental gracias a los dosímetros.
- Riesgos ergonómicos. Principal causa de baja laboral, nos referimos a lesiones osteomusculares. El profesional debe formarse para la prevención con ayudas mecánicas y movilización en equipo.
- Riesgos psicosociales. Pueden darse a conocer por el estrés, síndrome de Burnout, o situaciones de violencia tanto internas como externas llegando a considerarse acoso laboral.

5 Discusión-Conclusión

Como objetivo principal podemos decantarnos por la seguridad de los trabajadores con factores extrínsecos o intrínsecos, para ello debemos centrarnos en los avances de la prevención que continuamente se desarrollan y actualizan en este ámbito. Los resultados de la prevención radica en que los trabajadores que cuidan por su propia seguridad y salud en el trabajo y por la de aquellas otras personas a las que pueda afectar su actividad profesional, tienen mejor calidad de vida laboral.

Hay un avance constante en medicina lo que obliga a reciclarse y actualizar los conocimientos en prevención de riesgos. También requiere una vigilancia extrema para la aplicación de medidas preventivas más convenientes a cada caso particular.

6 Bibliografía

- www.seguridad-laboral.es.
- www.interimpresas.net.
- www.riojasalud.es.
- www.ucm.es.

Capítulo 990

LAS RADIACIONES IONIZANTES EN UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

Actualmente, la radioterapia es, junto con la cirugía y la quimioterapia, una de las tres armas terapéuticas principales en la lucha contra el cáncer. Aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados de tumores malignos son sometidos a un tratamiento radioterápico, solo o en combinación con un tratamiento de otro tipo.

2 Objetivos

Conocer las técnicas que hoy en día existen para luchar contra el cáncer.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en el buscador científico de Publimed utilizando palabras claves como cáncer, prevención, radioterapia y acelerador lineal. Realizando, además, una búsqueda de bibliografía especializada sobre la radioterapia.

4 Resultados

Mediante la braquiterapia que es una terapia con radiaciones ionizantes en que la fuente radiactiva esta insertada, en contacto o en alguna cavidad del paciente

y la radioterapia externa que trata con radiaciones ionizantes en la que la fuente radiactiva o el equipo generador de radiaciones ionizantes están situados en el exterior. Al paciente se intentará tratarle patologías benignas: las malformaciones arteriovenosas, meningiomas y neurinomas y tumores: cerebrales, del área de cabeza y cuello, mama, pulmón, esófago, digestivos, piel, sarcomas de partes blandas, próstata, vejiga, recto, ginecológicos y metástasis óseas. Con el fin de exponer las ventajas y desventajas del uso de estas técnicas.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo las ventajas y los inconvenientes de estas técnicas se puede concluir que el uso de este tipo de técnicas son imprescindibles en la lucha contra el cáncer. Cada día siguen mejorándose las distintas formas de tratar el cáncer y luchar contra él.

6 Bibliografía

- R.Esco, J.Valencia, S.Polo. Anales Sis San Navarra vol.32 supl.2 Pamplona 2009. MD Anderson Center.
- <https://www.astursalud.es>
- <https://www.cancer.net/es/>

Capítulo 991

EVOLUCIÓN DE UNA ESTENOSIS AÓRTICA.

MARIA LANA FERNÁNDEZ

JULIA ÁLVAREZ PEREIRA

1 Introducción

La estenosis aórtica se produce cuando la válvula aórtica del corazón se estrecha y ese estrechamiento puede reducir u obstruir el flujo de sangre del corazón a la aorta ya que la válvula no puede abrirse por completo. Si el flujo de sangre se reduce el corazón debe trabajar más para bombear la sangre hacia el organismo, con el tiempo ese esfuerzo de más que realiza puede provocar problemas y debilitar el corazón. El tratamiento dependerá del grado de la afección y puede requerir cirugía para reparar o en su caso reemplazar la válvula en los casos más graves.

2 Objetivos

- Presentar a continuación el caso de un hombre que sufrió de niño Fiebre Reumática que derivó en un soplo y acabó en recambio valvular debido a una estenosis aórtica severa.

3 Caso clínico

Varón, sin antecedentes familiares de cardiopatía, F.R a los 14 años, diagnosticado de soplo a los 18 años y cardiológicamente asintomático acude a revisión

periódica a los 37 años de edad, se le realizan las siguientes pruebas y es diagnosticado de Insuficiencia aórtica moderada:

- T.A 150/85
- Auscultación: Soplo sistólico 2/6 y diastólico largo que ocupa $\frac{1}{2}$ diástole.
- Electrocardiograma: Ritmo Sinusal, Hemibloqueo Anterior Incompleto, crecimiento cavidades izquierdas.
- Rx: No cardiomegalia, elongación aórtica, sugestivo crecimiento de V.I
- Ecografía: Válvula aortica fina con cierre céntrico. Signos de insuficiencia aortica con V.I de tamaño, grosor de paredes y función normales. A.I de tamaño normal.

Tras años de revisiones periódicas se le realizan estas pruebas:

- Ecografía: V.I no dilatado con Hipertrofia Ventricular Izquierda concéntrica moderada con septo de 16 mm sin alteración de la contractilidad segmentaria con Fracción de Eyección del V.I normal. Patrón Diastólico de alteración de la relajación de V.I. V.D de dimensiones y función normales. A.I levemente dilatada. Válvula aortica con velos engrosados y calcificados, no se puede precisar si es no trivalva. Insuficiencia aórtica leve asociada a una dilatación leve de la aorta ascendente.
- Cateterismo sin lesiones.
- Analítica: Hematíes 4.211.000/mm³. Leucocitos 8.870/mm³. Hemoglobina 15.6 gr/dl. Plaquetas 238.000/mm³. Bioquímica y Estudio de coagulación normal.

4 Resultados

Con el conjunto de pruebas realizadas se presenta en sesión con estas conclusiones:

Estenosis aortica severa calcificada. Gradiente sistólico de 86 mmHg.

PDFVI (Presión Diastólica Final de V.I) elevada.

Coronaria sin lesiones. Tramo distal de la D. Anterior se origina de la O. Marginal.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente se propone para cirugía y es intervenido realizándose mediante esternotomía media y circulación extracorpórea recambio valvular aórtico extrayéndose su válvula nativa, que se encuentra muy calcificada y es trivalva, y se le implanta una prótesis aórtica mecánica. Con una buena evolución fue dado de alta a los 7 días con tratamiento anticoagulante y próximas revisiones en el servicio de cardiología.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/>.
- <https://secardiologia.es/>.
- <https://www.revespcardiol.org/>.

Capítulo 992

BIOPSIA TRANSRECTAL GUIADA POR ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DE DETECCIÓN DE CANCER DE PROSTATA

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

1 Introducción

La próstata es una glándula del aparato urogenital masculino cuya forma y tamaño son similares al de una castaña y sus dimensiones normales son de 4 cm de largo por 3 cm de ancho (entre 15 y 20 cc). Se encuentra situada debajo de la vejiga, frente al recto y está atravesada por la uretra, lo que hace que la orina al ser expulsada de la vejiga tenga que atravesarla para salir al exterior. (Reina, G.Rodríguez, et al. 2) Su principal función es generar el fluido (líquido seminal) que protege y nutre los espermatozoides, el cual es producido por unas células que contiene la próstata y además sintetizar zinc, antígenos específicos de la próstata, espermina, magnesio y enzimas como las transglutaminasa o las fosfatasa ácidas, entre otras.

La próstata se divide en lóbulos laterales y central, aunque existen otras formas de división como la descrita por McNeal, la cual nos habla de distintas zonas prostáticas (zona periférica, zona central, zona transicional, periuretral, zona fibromuscular anterior). La mayoría de los cánceres de próstata se desarrollaría en la zona periférica. (Babinski, M. A., et al. 1) El término para nombrar al cáncer que se origina en las células glandulares es adenocarcinoma, siendo el más típico en el caso de la próstata (además de las metástasis), ya que es raro encontrar otros tipos de cáncer como el sarcoma, carcinoma de células transicionales, de células pequeñas, epidermoides o escamosos. Los tumores suelen aparecer cuando las células crecen sin control y adquieren la facultad de invadir tejidos y órganos alrededor (infiltración), además de trasladarse y proliferar en otras partes del organismo (metástasis), a esto es a lo que denominaríamos tumor maligno que es lo que conocemos como cáncer.

Para la detección del cáncer de próstata se suele realizar la prueba del antígeno prostático específico (PSA) como un inicio del estudio y según los datos que se obtengan se recomendaría una biopsia transrectal guiada por ecografía para confirmar la presencia o no de células cancerosas. (Colom, M. Oller, et al. 3) La prueba del antígeno prostático específico (PSA) suele ser la primera a realizar. Esta consiste en la realización de un análisis de sangre en el que se mide el nivel del PSA en sangre. El PSA es una sustancia que produce la próstata y que debido a varios factores además de la presencia de cáncer prostático pueden verse elevados sus valores. (Ortiz et al 5) Algunos de los factores que producirían una elevación de los niveles de PSA son: la edad, la raza, algunos procedimientos médicos, algunos medicamentos, un agrandamiento de la próstata o una infección en la próstata. La elevación de los valores del PSA podría indicarnos la presencia de cáncer de próstata o cualquier otro problema de próstata, lo que haría imprescindible la realización de algún tipo de prueba complementaria para poder obtener un diagnóstico. La prueba complementaria más común para descartar o confirmar la presencia de cáncer de próstata sería la biopsia transrectal guiada por ecografía.

2 Objetivos

- Analizar la técnica de biopsia transrectal guiada por ecografía para el diagnóstico y manejo del cáncer de próstata, tras elevación de PSA.

3 Metodología

Se han realizado diversas búsquedas en bases de datos, páginas web y revistas de medicina y radiología tales como Elsevier, Revista Chilena de anatomía, Archivos Españoles de Urología o Seram. También se han consultado páginas como la de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), algunos artículos y estudios realizados mediante la búsqueda a través de Google Académico y la base de datos Pubmed.

Utilizando como palabras clave: “anatomía de la próstata”, “cáncer de próstata”, “diagnóstico cáncer de próstata”, “niveles de PSA”, “biopsia transrectal de próstata guiada por ecografía” y filtrando los datos obtenidos por publicaciones en español y entre los años 2000 y 2019.

Todos los datos han sido analizados y comparados en diversos textos especializados en dicha materia, tanto en materia médica como en materia radiológica.

4 Resultados

- La biopsia transrectal de próstata guiada por ecografía utiliza la guía por imágenes para la localización y una aguja para extraer tejido de la próstata con el propósito de comprobar si hay una enfermedad. La sonda de ultrasonido utilizada en las biopsias de próstata es del tamaño de un dedo. Una vez que la sonda ha sido colocada en el recto y localizada la zona de la que se van a extraer las muestras la biopsia se lleva a cabo utilizando un aparato para biopsia con aguja de núcleo impulsada por resorte, o pistola de biopsia.

Para la realización de este procedimiento se suele administrar un calmante o sedante antes de su realización para minimizar el malestar durante el procedimiento. Después de aplicar el sedante se le pedirá al paciente que se acueste de sobre el lado izquierdo con las piernas flexionadas y se le realizará un tacto rectal para comprobar que no existe ningún tipo de obstrucción. A continuación, se insertará una sonda de ultrasonido en su recto que estará esterilizada cubierta con condones para garantizar protección contra cualquier infección o contaminación, y lubricada para ayudar a que se deslice fácilmente dentro del recto. Se realizará un exámen ecográfico de la próstata antes de comenzar con el procedimiento. Las imágenes que el radiólogo ve en la pantalla se usarán para guiar una aguja muy delgada a través de la pared del recto, hasta la próstata, y así tomar una muestra de tejido.

Esta toma de muestras se repite en varias zonas de la próstata para asegurarse

la cobertura de la mayor parte de la zona, llegando a tomarse entre 6 y 14 muestras, las cuales serán enviadas al laboratorio para ser analizadas por el patólogo. (Herranz Amo et al. 4) Tras finalizar la toma de muestras se retirará la sonda y se advertirá al paciente de la posibilidad de que se produzca sangrado. Se le pautará antibiótico durante unos días para así evitar cualquier tipo de infección.

5 Discusión-Conclusión

Con este estudio se pretende se ha estudiado no solo la anatomía de la próstata, sino el cáncer más común de esta glándula y las pruebas necesarias para su detección. Con todo ello pretendemos dar a conocer un poco más en que consiste dicha patología así como los procedimientos que se realizan para su detección como son la prueba del antígeno prostático específico (PSA) y la biopsia transrectal de próstata, esto es debido a la elevada complejidad de estos pacientes y a las pruebas cada vez más específicas para el diagnóstico de esta patología. Esto conlleva de forma inherente la obligación de formación continuada y actualización de los conocimientos sanitarios para la realización de la misma.

6 Bibliografía

- 1. Babinski, M. A., et al. "Morfología y fracción del área del lumen glandular de la zona de transición en la próstata humana." *Revista chilena de anatomía* 20.3 (2002): 255-262.
- 2. Reina, G. Rodríguez, et al. "Hiperplasia benigna de próstata." *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 10.83 (2011): 5628-5641.
- 3. Colom, M. Oller, et al. "Actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico." *Atención Primaria* 26.5 (2000): 323-326.
- 4. Herranz Amo, Felipe, José María Díez Cordero, and Ramiro Cabello Benavente. "Evolución de la técnica de biopsia transrectal ecodirigida de la próstata." *Archivos Españoles de Urología* (Ed. impresa) 59.4 (2006): 385-396.
- 5. Ortiz, José, and Emilio Almoguer. "La eficiencia del índice de PSA libre en el diagnóstico del cáncer de próstata." *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol. 76. No. 1. UNMSM.

Facultad de Medicina, 2015.

Capítulo 993

VARIEDAD ANATÓMICA EN EL PECTUM EXCAVATUM.

ANA ISABEL ARÉVALO MURCIEGO

1 Introducción

El pectum excavatum, también llamado "pecho hundido" es una deformidad de la pared torácica en la que varias costillas y parte del esternón sufren alteraciones en el desarrollo y queda una concavidad torácica central. Esta patología es más frecuente en varones y se produce un caso cada 300-400 nacimientos.

2 Objetivos

- Dar a conocer la enfermedad de pectum excavatum.
- Métodos de estudio diagnóstico y gravedad de la enfermedad.
- Explicar posibles tratamientos según el caso clínico.

3 Metodología

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

4 Resultados

Como pruebas complementarias de imagen se puede realizar:

-Rx de tórax(anteroposterior y lateral): nos da una información de la gravedad de la compresión del pulmón y del grado desplazamiento del esternón en relación con la columna vertebral.

-Escáner de tórax: es útil en la determinación del índice de Haller, así como también del desplazamiento y rotación del corazón.

Se suele realizar también un ecocardiograma cuando existe sospecha de síndrome de Marfan y para evaluar la posible dilatación de la aorta.

El tratamiento de esta enfermedad es quirúrgico y es realizado por un equipo de profesionales de cirugía torácica. Con la operación quirúrgica los resultados son sorprendentes, lo cual influye también en la satisfacción del paciente. El pronóstico suele ser excelente.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento quirúrgico de esta patología no se trata de una operación de estética, sino de una operación para corregir una deformidad y con ello mejorar la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

-Cirugía torácica avanzada.www.cirugiatoracica.es

-Ravitch M. Thorac Surg 1949,Welch. J. Thorac Surg 1958,Shamberger R. Curr Probc Surg 1996.

Capítulo 994

DEBERES DEL TRABAJADOR DE UN HOSPITAL EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

DANIEL SAMPAYO IGLESIAS

MIGUEL MOLINA MENÉNDEZ

LORENA LÓPEZ CERÓN

ANA ISABEL VIJANDE ANGEL

1 Introducción

- Se entiende por riesgo laboral la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo que realice.
- Se entiende por prevención el conjunto de estrategias a seguir o medidas adoptadas para evitar que la persona se vea sometida a riesgo alguno dentro de su ámbito laboral.

La empresa está obligada por ley a realizar una prevención de riesgos para sus trabajadores según unos protocolos estandarizados para cada puesto de trabajo. Y el trabajador a su vez tiene una serie de obligaciones implícitas para que la prevención sea efectiva y se eviten daños.

Conocer y aplicar las obligaciones es función de cada trabajador.

La prevención se rige por una serie de principios básicos que todo trabajador debe tener en cuenta a la hora de realizar su labor y por los que la empresa debe

marcar su ritmo de avance.

Estos principios básicos son:

Evitar los riesgos.

Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.

Combatir los riesgos en su origen.

Adaptar el trabajo a la persona.

Tener en cuenta la evolución de la técnica.

Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.

Planificar la prevención.

Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.

Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

A su vez para mantener una prevención adecuada se debe revisar siempre y en todo momento varios aspectos del entorno laboral:

El equipo o equipos de trabajo, de uso individual o colectivo que se encuentren en condiciones óptimas de limpieza y no entrañe su uso riesgo alguno para la persona que necesito usarlo en su actividad laboral. El entorno, evitando peligros tales como los que puede haber según el lugar donde se desarrolle la acción laboral, el ruido, las temperaturas dañinas, la contaminación y emisiones de fluidos y los destellos o deslumbramientos, así como los riesgos derivados de contacto con fluidos peligrosos.

2 Objetivos

- Conocer y reconocer las obligaciones en cuestión de derechos laborales en la prevención de riesgos de todo trabajador de un Hospital.

3 Metodología

Se elaboró una comunicación a partir de una revisión bibliográfica. Inicialmente se realizaron varias búsquedas, según los criterios de inclusión establecidos, en 3 bases de datos con lenguaje controlado. Cuiden Plus, Pubmed y Scopus.

Descriptores: Hospital; Legal rights; Derecho; Trabajador. Se han revisado un total de 65 documentos, de los que sólo 25 cumplían los criterios de inclusión. La estrategia de búsqueda se realizó en inglés y castellano. Nos apoyamos en truncamientos como “*” para no hacer distinción de género ni de número en las búsquedas. Y el operador booleano AND para relacionar los términos buscados.

La búsqueda se orientó hacia las obligaciones propias del trabajador aunque la mayoría de artículos hablan de su propio marco legal e incluyen las obligaciones de la empresa y el empresario.

4 Resultados

La mayoría de artículos confluyen en que la principal obligación es la de velar en todo momento por su propia salud y seguridad. Un trabajador que no corre riesgos puede desempeñar su función de forma más efectiva y eficiente.

Conocer y usar de forma correcta y efectiva los aparatajes, los medios y equipos de protección individual y grupal, los dispositivos necesarios para el desempeño de su función. Por otro lado muchos artículos inciden en que notificar los posibles errores, informar a los superiores si se detectan posibles riesgos bien debidas a la normativa vigente o a la propia empresa son otras de las premisas en prevención más destacables.

El conocimiento de sus funciones, saber qué equipos debe emplear en cada momentos, y utilizarlos de la manera adecuada. Moverse por el entorno tal y como indica la normativa vigente, evitando riesgos innecesarios y valorando los riesgos de su actuación previamente y en todo momento son las recomendaciones principales.

El trabajo en equipo es otra misiva importante, mantener un contacto en un clima de colaboración cordial y centrado. Cuando el trabajo es individual respetar los tiempos para el descanso y centrarse en la labor realizada para evitar despistes innecesarios.

La información sobre la labor que se realiza debe ser fluida en ambas direcciones desde los jefes hacia el individuo y recíprocamente. La formación del trabajador debe ser actualizada y conforme a la normativa legal.

Por ello deben existir planes de formación e información de los trabajadores a lo largo del tiempo que estos pertenezcan a la empresa.

Así como un departamento de consulta en materia de seguridad y salud laboral en el caso de que fuese necesaria.

Por último añadir que los riesgos antes de enfrentarlos es necesario evaluarlos, saber si se pueden enfrentar, que tipo de riesgo entrañan, si es trivial, moderado o importante. Evaluar si se trata de un riesgo evitable o no soportable. Si hay que suspender o no la actividad a realizar porque el riesgo es demasiado alto. En

definitiva proteger al trabajador y defender las obligaciones de la empresa hacia las personas que la forman.

5 Discusión-Conclusión

Un uso correcto de las normativas vigentes, seguir los protocolos e indicaciones de los superiores dentro de la empresa, conocer el manejo de los utensilios de trabajo, y de los sistemas de protección individual y grupal, así como hacer uso de la notificación de posibles errores o defectos en situaciones concretas, son las principales obligaciones de todo trabajador en el desempeño de sus funciones y en la prevención de riesgos para su persona y para sus compañeros.

En conclusión deben controlar el entornos en el que se mueven, los equipos y materiales tanto individuales como no con los que desempeñan sus funciones y mantener un contacto adecuado con sus compañeros en el caso de que desarrollen labores de equipo.

Para concluir, el cumplimiento del trabajador en el conocimiento y aplicación de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales implican una serie de beneficios tanto para el propio trabajador como para la empresa, beneficios como:

- Una disminución de accidentes, incidentes, bajas laborales y daños.
- Entornos de trabajo seguros y saludables.
- Una mejora del clima laboral, donde el trabajador se sienta más conforme y comprometido con su labor.
- Un aumento sobre la productividad.
- La imagen de la empresa se verá impulsada positivamente a nivel comercial lo que siempre es un avance positivo de cara a su promoción y ampliación.
- No recurrir a pleitos ni sentencias legales entre trabajador y empresa, mejora el clima de trabajo y la disposición de ambos.

6 Bibliografía

1. Zazo, M.P.D. Prevención de riesgos laborables. Seguridad y salud laboral. Ediciones Paraninfo, SA. 2016.
2. Gómez, B. Manual de prevención de riesgos laborales. Marge Books. 2017.
3. Velandia, J. H. M. Pinilla, N. A. De la salud ocupacional a la gestión de la seguridad y salud en el trabajo: más que semántica, una transformación del sistema

general de riesgos laborales. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. 2013; 23(48): 21-31.

4. Porras-Povedano, M. Santacruz-Hamer, V. Oliva-Reina, I. Percepción de riesgos laborales en profesionales de Enfermería de un centro sanitario. Enfermería Clínica. 2014; 24(3): 191-195.

5. Aguado-Martín, J. I. Bátiz-Cano, A. Quintana-Pérez, S. El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. Medicina y Seguridad del trabajo. 2013; 59(231): 259-275.

6. Aguado-Díaz, J. Gestión de la calidad mediante mejora en la prevención de riesgos laborales en el sector sanitario. Ediciones Díaz de Santos. 2014.

7. García-Layunta, M. Miguel, J.M.T. Oliver, A. Modelo estructural para evaluar los predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario. Archivos de prevención de riesgos laborales. 2016; 9(2): 61-66.

8. Márquez-Calderón, S. Villegas-Portero, R. Soler, V. G. Martínez-Pecino, F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. Gaceta sanitaria. 2014; 28: 116-123.

Capítulo 995

LA COMUNICACIÓN BILATERAL: UN ASPECTO CLAVE PARA EL PERSONAL SANITARIO

SUSANA GALÁN SERRANO

MANUEL GÓMEZ MURIAS

MARÍA AQUILINA MURIAS RICO

MARÍA TERESA BELLO SOUTO

1 Introducción

La comunicación fluida y bilateral es un aspecto clave dentro de la atención al usuario de un centro hospitalario, ya sean pacientes, familiares, o trabajadores. El respeto hacia las personas, empatizar y colocarse en la posición del otro para entender en ocasiones determinados agravantes es importante. Hay que saber transmitir la información, escuchar, comprender y empatizar, por tanto a modo de introducción el feed-back comunicativo previene errores, malas praxis, así como favorece que la relación sea buena y beneficiosa.

Los centros sanitarios son por lo general lugares de paso y estancia en los que tendemos disminuir al máximo el tiempo de permanencia, el problema se desencadena cuando hay que soportar esperas, listas, y tiempos para los que nosotros como usuarios no solemos tener paciencia. La atención al usuario desde las instancias iniciales, lugares como información, admisión, atención al usuario, son fundamentales para comenzar con buen pie la relación. Cabe tener en cuenta

que las personas por lo general acuden a los centros sanitarios por necesidad y no por ocio, con esa premisa, hay que entender ciertas tensiones que en ocasiones se generan.

Desde otra perspectiva, los usuarios deben acudir con una actitud relajada entendiéndose que el trabajador no es un agente encargado de detenerles a todo paso. Por eso es muy importante fomentar la comunicación entre ambos. La comunicación en la que prima una escucha activa y tolerante, con unas respuestas adecuadas y correctas. La información que se ofrece es la que tiene que ser, es fundamental para la prevención de malos entendidos, errores. Hay profesionales que tienen que ser portadores de malas noticias y tienen que saber transmitir estas de forma que el usuario las comprenda, con una terminología adecuada a la persona que está escuchando. Favoreciendo que pregunte las posibles dudas que puedan haberle surgido y ofreciéndole la información por escrito para que disponga de ella y pueda comprobar que lo que ha entendido es lo que realmente le han explicado.

El feed-back comunicativo tiene que ser bilateral y aunque no siempre se consigue tienen que ser una premisa de los comunicadores el buscar esa bilateralidad, comprensión y entendimiento

2 Objetivos

- Analizar la importancia de una comunicación bilateral fluida entre el usuario y el personal sanitario.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica en la que se han hecho 10 búsquedas en 3 bases de datos con lenguaje controlado. Cuiden Plus, Pubmed y Cinahl. De un total de 25 documentos se hallaron 17 en castellano y 8 en inglés.

En contenido, 4 sobre la comunicación, 21 específicas que relatan la importancia de la comunicación entre los usuarios de centros sanitarios y el personal que trabaja en ellos. Se emplearon descriptores científicos tales como:

Descriptores (DeCS): Comunicación; Enfermera; Bilateral, Enfermería.

Descriptores (MeSH): Communication; Nurse; Bilateral; Nursing.

Las estrategias de búsqueda se realizaron con el apoyo de operadores booleanos y tesauros en función de los criterios de inclusión establecidos.

4 Resultados

- Una escucha activa, un mensaje claro, una actitud asertiva, en un ambiente/entorno relajado, son la fundamentación del proceso comunicativo. Es importante tener en cuenta todas las formas de comunicación del paciente, la comunicación verbal, la simbólica, la metacomunicación, que es cuando dentro de un mensaje simple va implícito otro más complejo que cuesta visualizar y la comunicación no verbal, fundamental para interpretar que nos quiere decir el paciente.
 - Factores que influyen en la comunicación: factores biofisiológicos, el sexo, socioculturales, estado emocional, creencias, idioma y entorno. La comunicación en el ambiente sanitario se produce a varias escalas:
 - Entre los propios usuarios.
 - Entre el personal y los usuarios.
 - Entre el propio personal, y dentro del propio personal puede ser en relación de igualdad o en indicación de pasos a seguir en actuaciones concretas según cadenas de mando preestablecidas.
 - Entre el personal y los trabajadores ajenos con los que se colabora.
- Fomentar un buen clima comunicativo, y un feed-back informativo durante el proceso de la comunicación supone un gran avance en beneficio del propios proceso y del entendimiento en las condiciones más favorables.

5 Discusión-Conclusión

Para establecer una comunicación clara el personal sanitario debe tener en cuenta todas las circunstancias que atañen al paciente como ser único e individual, así como mantener una actitud asertiva, empática, buscando conocer y comprender todo lo que nos quiera comunicar, e intentado que reciba la información que le queremos transmitir de la forma más clara, sencilla y asegurándonos de que la comprensión es optima.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro del ámbito comunicativo es el empleado entre los propios profesionales entre sí, transmitir adecuadamente los conocimientos y expresarse de forma que no se moleste ni ofenda a la persona con la que nos estamos comunicando es otra premisa importante para fomentar el buen ejercicio laboral y no entorpecer las relaciones

En conclusión podemos decir que la comunicación siempre debe ser bilateral, y adecuada para los intervinientes en la misma, con unos canales comunicativos

correctos y un mensajes claro conciso y que no conduzca a errores en la comprensión del mensaje. Evitando ruidos e interferencias que puedan dar pie errores en la comprensión.

En el ambiente sanitario puede llevarse a cabo en varias direcciones, entre el personal y el usuario, entre los usuarios entre sí o entre el propio personal que trabaja entre sí. Todas estas relaciones comunicativas deben fluir de la mejor manera posible, cumpliendo con las normativas preestablecidas en los centros y favoreciendo el buen ambiente dentro de los mismos.

6 Bibliografía

- Echevarría, P. De Souza, A. (2016). Los lenguajes enfermeros como vehículo internacional de comunicación enfermera. Murcia. España. *Rev. Gaucha Enferm.* 37(2)
- Madrigal, M.C., Forero, C. & Liliana, C. (2013). La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. Medellín. Colombia. *Investigación Enfermera.* 15(2): 49-63
- Artús, A.; Beux, V. & Pérez, S. (2012). Comunicación de malas noticias. Barcelona. España. *Biomedicina.* 7(1)
- Demandes, I., Latrach, C.A., Febre, N. P., Muñoz, C., Torres, P. & Retamal, J. (2012). Evaluación del razonamiento científico y comunicación oral y escrita en el licenciado en enfermería. Santiago. Chile. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 46(4):980-984

Capítulo 996

EL ENEMA OPACO.

ADRIÁN SUÁREZ MERINO

NATALIA TOCINO PRIETO

1 Introducción

El enema opaco es una prueba diagnóstica del intestino grueso, el colon y recto, realizado en el servicio de rayos X. Puede resultar molesta aunque no es dolorosa. Consiste en la introducción de un contraste baritado vía rectal para la obtención de imágenes que serán valoradas por el radiólogo y que los sanitarios deben conocer para el correcto manejo y realización de la prueba. Esta prueba permite ver alteraciones de la morfología de las paredes del colon, como pueden ser estrechamientos, pólipos, úlceras, carcinomas, que si son detectadas se estudiarán con pruebas más específicas.

2 Objetivos

- Analizar la prueba radiológica enema opaco en cuanto a cuidados de enfermería y posibles resultados.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- El paciente se quita la ropa y se coloca una bata para posteriormente colocarse en la mesa de exploraciones. El estudio empieza con una radiografía simple de abdomen para ver si el colon se ha limpiado. Después se introduce el contraste de bario por el recto. Con el contraste introducido, hacemos radiografías en diferentes ángulos. Al finalizar se expulsa el contraste por vía anal.
- Los resultados pueden ser normales si muestran el contraste rellenando el colon de forma uniforme, sin obstrucciones, o anormales si muestran la presencia de :
 - Obstrucción del intestino grueso.
 - Enfermedad de Hirschsprung infantil.
 - Enfermedad de Crohn.
 - Cáncer de colon o recto.
 - Retorcimiento de las asas intestinales.

5 Discusión-Conclusión

El enema opaco es una prueba en desuso ya que la colonoscopia se realiza más a menudo. Las complicaciones graves son muy raras.

Dada la creciente instrumentalización de las pruebas diagnósticas-terapéuticas, las cuales son cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://www.salud.mapfre.es/pruebas-diagnosticas/>.
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/>.
- <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 997

ESOFAGOGRAMA.

ADRIÁN SUÁREZ MERINO

NATALIA TOCINO PRIETO

1 Introducción

Los estudios con bario han ido disminuyendo progresivamente en la práctica de la radiología moderna, aún así el esofagograma es una prueba diagnóstica valiosa para la evaluación de la morfología y funcionamiento del esófago y la faringe. La finalidad de esta prueba diagnóstica es descartar patologías del tracto digestivo superior como son, entre otras:

- Dificultad para la deglución.
- Hernia de hiato.
- Fístulas.
- Reflujo.
- Neoplasias.
- Perforación.
- Varices esofágicas.

Sin embargo, pese a que no se realiza con elevada frecuencia, es un estudio de alta sensibilidad, preciso y económico para el diagnóstico de las patologías por lo que será objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer las medidas del adecuado cuidado en el paciente sometido a un esofagograma.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los cuidados y consideraciones a realizar en el paciente antes y durante la prueba serán:

- El paciente acudirá en ayunas (4-6 horas). En caso de embarazo o sospecha deberá comunicarse antes de comenzar la exploración.
- Antes de la realización del estudio se quita la ropa y objetos de la zona a explorar que dificulten la realización de la prueba y se pondrá una bata.
- De pie, apoyado contra un soporte mural, se administra por la boca contraste baritado diluido en agua. La columna de contraste se sigue mediante escopia, se toman radiografías suspendiendo la respiración, en diferentes posiciones, seriadas y posteriormente retardadas para observar la evacuación del contraste del órgano.
- En ocasiones según la patología se necesita realizar radiografías en valsava o con doble contraste. Cuando hay perforaciones, rotura o cirugía reciente se administra contraste yodado en lugar del baritado.
- Tras el estudio el paciente puede comer con normalidad, se recomienda la ingesta abundante de líquido para favorecer la eliminación del bario.

El estudio baritado es un método de imagen no invasivo, poco doloroso y clave para el manejo inicial de la patología esofágica.

5 Discusión-Conclusión

Dada la creciente instrumentalización de las pruebas diagnósticas-terapéuticas, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del técnico es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v32n3/0120-9957-rcg-32-03-00258.pdf>.
- https://www.corachan.com/es/esofagograma_15135.
- <https://www.medicina21.com/especialidades/>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 998

CÓMO SON LOS MARCADORES TUMORALES

ALMUDENA SUERO ALVAREZ

EVA PILOÑETA GONZALEZ

HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ

VANESSA RODRIGUEZ GARCIA

1 Introducción

La mortalidad asociada con el cáncer depende del tipo de tumor y del momento en que se detecte, ya que, en general, cuanto más pronto se produzca la detección más fácil será el tratamiento. En la mayoría de las ocasiones el cáncer no produce síntomas hasta que se encuentra en estados avanzados y es más difícil de tratar.

Los marcadores tumorales se pueden definir:

- Durante la evolución del tejido normal al transformado se originan modificaciones bioquímicas e inmunológicas en las células transformadas o en el resto del organismo como respuesta al desarrollo tumoral.
- De este modo algunas moléculas se sintetizan de nuevo o cambian la velocidad de producción, como resultado de la evolución del tumor.
- Estas sustancias pueden ser detectadas en el tejido o en los fluidos biológicos y pueden ser de muy diversa naturaleza.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Diagnóstico y el estadiage de un cáncer.

Objetivos secundarios:

-Elección del tipo de tratamiento más adecuado.

-Factor de pronóstico de la evolución de un paciente.

-Seguimiento de la eficacia del tratamiento.

-Detección precoz de recidivas.

3 Metodología

Búsqueda de información en buscadores de internet acerca de los marcadores tumorales como Scielo y Medine plus.

4 Resultados

Los marcadores tumorales se pueden clasificar: según su origen, según su naturaleza y según su utilidad clínica que es la de mayor uso en el laboratorio.

- Especificidad y sensibilidad muy elevada como son la beta-HCG y la calcitonina.

- Especificidad y sensibilidad variable como son la PSA, AFP, CEA, CA 125, CA 15.3, NSE, etc.

- De especificidad baja como son el LDH y CYFRA 21.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto los marcadores tumorales son de gran utilidad para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad, también es una determinación de cribado de individuos que padezcan determinado cáncer en la población general o de riesgo.

6 Bibliografía

1.Andriole G. Crawford E, Grubb R, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. New England Journal of Medicine 2009; 360(13):1310-1319.

2. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England Journal of Medicine* 2009;360(13):1320-1328.

Capítulo 999

NORMAS DE PROTECCIÓN ANTE EXPOSICIONES CASUALES DE SANGRE Y/O FLUIDOS CORPORALES EN EL SECTOR SANITARIO.

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

NATALIA TAMÉS RIESGO

1 Introducción

Para los profesionales sanitarios dedicados a las labores asistenciales el riesgo de exposición a sangre y otros fluidos corporales humanos potencialmente contaminados por gérmenes patógenos sigue siendo el más frecuente y el mayor de los riesgos laborales evitables.

En España, en las últimas décadas, el Ministerio de Sanidad ha impulsado el desarrollo de políticas de prevención y fomento de la salud en un tema tan relevante como la bioseguridad para el profesional sanitario. A finales del año 2004, se distribuyeron fondos europeos para impulsar en las Comunidades Autónomas la implantación de dispositivos de seguridad contra el riesgo biológico por pinchazo accidental en centros sanitarios piloto y evaluar su eficacia.

2 Objetivos

Reducir el riesgo de contagio al máximo posible a través del uso de medios y/o barreras.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se ha podido demostrar que las medidas preventivas frente al riesgo biológico deben centrarse en la introducción de materiales y equipos con mecanismos de bioseguridad, en la mejora de la praxis profesional aplicando protocolos de trabajo, la formación e información de los trabajadores en la utilización de mecanismos de barrera y precauciones universales/estándar, y en la vigilancia epidemiológica.

El refuerzo e incremento de la información y formación de los trabajadores y mejora de las condiciones y la técnica para la realización del trabajo hace que se minimicen los riesgos de accidentes por contagio. Las medidas de protección individual son las siguientes:

- Guantes (ya sean estériles o no).
- Mascarillas.
- Protecciones oculares.
- Batas o delantales.

Las medidas de protección individual indicadas se utilizarán tanto para realizar cualquier técnica como en la manipulación, el transporte y la limpieza de objetos posiblemente contaminados por sangre y/o fluidos corporales. Antes de comenzar la tarea, se protegerá convenientemente cualquier erosión o herida para evitar cualquier posible contacto. Se deberá actuar con precaución al manipular objetos punzantes o cortantes para evitar sufrir heridas.

No se deberán enfundar de nuevo las agujas ya utilizadas en el capuchón protector, ni se doblarán ni se separarán manualmente de las jeringas. Las agujas ya utilizadas, así como los objetos punzantes o cortantes de un solo uso, se depositarán en los correspondientes contenedores de seguridad para la eliminación de residuos de grupo III. Siempre deberán desecharse los guantes utilizados después de cada contacto y siempre que se rompan o perforen.

Cualquier zona corporal que haya estado en contacto con sangre y/o fluidos corporales deberá lavarse inmediatamente a fondo, utilizando la técnica necesaria. Se comunicará el accidente siguiendo los cauces establecidos. En el caso de derrames o vertidos, deberá ponerse en contacto con el responsable quien le indicará los medios de protección necesarios y las pautas de actuación.

5 Discusión-Conclusión

Todo personal sanitario deberá de conocer y usar medidas de protección necesarias con el fin de prevenir el contacto en mucosas y piel con sangre o cualquier tipo de fluido corporal del paciente.

6 Bibliografía

- <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiabioseg.pdf>.
- <https://www.ehu.eus/documents>.

Capítulo 1000

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA (LLA)

VANESSA RODRIGUEZ GARCIA

HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ

EVA PILOÑETA GONZALEZ

ALMUDENA SUERO ALVAREZ

1 Introducción

Las leucemias agudas (LLA) se caracterizan por su rápida instauración y por una proliferación de células malignas en un grado temprano de madurez, son células inmaduras y no diferenciadas que ocasionan la muerte del paciente en muy poco tiempo. Estas células neoplásicas invaden la médula ósea e impiden la formación de las células sanas, aunque también pueden invadir otros órganos.

Su frecuencia en adultos es de un 3%, aunque en niños las formas linfoblásticas representan un 80%, siendo la principal causa de muerte por neoplasias en niños. Como hemos mencionado anteriormente las células neoplásicas son inmaduras y poco diferenciadas, esto ha ocasionado grandes problemas a la hora de clasificar las diferentes leucemias agudas, actualmente contamos con varios métodos como las tinciones panópticas, cultivo de células medulares, técnicas citoquímicas, etc. En la LLA aparece el hiato leucémico, pero los blastos encontrados se diferencian de los anteriores, ya que aquí presentan un núcleo redondeado, con citoplasma escaso y sin inmunoglobulinas de superficie.

2 Objetivos

- Describir el análisis necesario para el diagnóstico de dicha patología.

3 Metodología

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

4 Resultados

En el análisis de la sangre periférica del paciente encontraremos anemia y trombopenia, en la fórmula leucocitaria detectaremos un aumento de los blastos y una disminución llamativa de neutrófilos.

La médula ósea será la que diagnosticará la enfermedad:

- Abundante celularidad, sobre todo elementos atípicos.
- Ausencia de formas intermedias, esto se denomina hiatus leucémico, y es un factor decisivo en el diagnóstico de la enfermedad.
- Rasgos atípicos en las pocas células maduras que encontramos.

En el estudio bioquímico apreciamos niveles elevados de LDH, potasio, fósforo y calcio. Para completar el estudio y poder tipificar la leucemia del paciente realizamos estudios citotóxicos y fenotipaje inmunológico.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gravedad que alcanza esta enfermedad es de vital importancia interpretar los síntomas del paciente para proceder a las pruebas diagnósticas adecuadas. Se debe diagnosticar la enfermedad con la mayor brevedad posible, ya que tiene un alto grado de gravedad y mortalidad.

6 Bibliografía

- S. Mandal, S. Jain, N. Khurana. Breast lump as an initial manifestation in acute lymphoblastic leukemia: An unusual presentation. A case report. *Hematology*, 12 (2007), pp, 45-47
- C.A. McWilliams, F.M. Hanes. Leukaemic tumor of the breast mistaken for lymphoma. *Am J Med Sci*, 143 (1912), pp, 518-525

Capítulo 1001

CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁREA DE LA SALUD

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

SONIA PACHON MOYANO

ANA MARIA PACHON MOYANO

VANESSA GARCIA SUAREZ

1 Introducción

El tratamiento de datos en el área de la salud resulta un tema muy complejo. Hoy en día, la protección de la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de su información son unos puntos clave en la evolución del Sistema Sanitario.

La información que los pacientes otorgan a los profesionales sanitarios tiene mucho valor y, por ello, debe ser tratada con cuidado. Por eso, el acceso a esta información debe realizarse solamente para poder llevar a cabo el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado que la persona necesite. Esta necesidad de respeto a la intimidad y la confidencialidad no termina en el profesional que directamente atiende a la persona, sino que se amplía a todo el personal sanitario. La protección de los datos es una obligación tanto ética, como legal, para todas las personas, pero no siempre esto se cumple.

2 Objetivos

Identificar los principales problemas relacionados con la confidencialidad en el área de la salud.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente, consultando artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo.

4 Resultados

Se han identificado una serie de problemas con orígenes distintos en relación con la confidencialidad en el ámbito sanitario. A continuación, se enumeran y explican brevemente.

- La organización.

La inexistencia de normas de buena práctica, protocolos de actuación y el escaso compromiso de la organización respecto a la confidencialidad de los pacientes, resultan un problema más en este ámbito.

-La capacitación y la sensibilización de los trabajadores.

Hay una tendencia a despersonalizar a los pacientes obviando, en ocasiones, sus derechos. Además, existe la tendencia de, al encontrar pacientes menores de edad o considerados vulnerables, otorgar más información a las familias que al propio paciente. Hay que recordar que, tradicionalmente, la confidencialidad y el secreto médico estaban basados en la confianza del paciente en su médico, pero hoy en día, el sistema sanitario conlleva procesos mucho más globalizados. Es decir, un mismo paciente es tratado por diversos profesionales o en diferentes centros, pudiendo perder parte de la confidencialidad. En este problema también interfiere mucho el “día a día”, es decir, la relajación y las prisas que surgen a veces entre los profesionales ante la actividad cotidiana y que puede generar en olvidar la importancia de la confidencialidad. Asimismo, persiste la falsa creencia de que los trabajadores del sistema sanitario tienen a su libre disposición cualquier información de la historia clínica de todos los pacientes.

-Causas culturales.

Entre el personal sanitario, existe una tendencia a pedir a los compañeros revelar aspectos del historial clínico de personas conocidas, ya que hay una tendencia a sentir que preocuparse por una persona quiere decir conocer información sobre su proceso clínico.

-La estructura física y las instalaciones de los centros sanitarios.

La estructura y las instalaciones de los hospitales y centros de salud no ayudan a proteger la confidencialidad de los pacientes. Por ejemplo, la existencia de varias camas en una habitación.

-La historia clínica y las nuevas utilidades de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Aunque existe legislación sobre este tema, hoy en día se percibe un uso indebido de las TIC, ya que suponen un acceso rápido y sencillo a una gran cantidad de información sobre los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Aunque en general exista, cada vez más, concienciación sobre la confidencialidad en el área sanitaria, aún existen diversos problemas que deben ser objeto de estudio para la mejora del desempeño profesional. Es un proceso complicado, ya que estamos ante una realidad compleja en la que los problemas tienen diferentes orígenes. Pero para lograrlo, podrían llevarse a cabo diferentes acciones como, por ejemplo, un mayor desarrollo normativo. También cabe destacar la importancia de otras iniciativas de carácter pedagógico como talleres y actividades informativas sobre la importancia de la confidencialidad y cómo llevar a cabo buenas acciones al respecto, formación para mejorar las competencias profesionales en cuanto a la ética o formación sobre las TIC y su correcto uso.

6 Bibliografía

- Xunta de Galicia. (2013). Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético.
- Santiago, A. (2016). El secreto del profesional sanitario: Limitaciones y Singularidades. XXIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid.

Capítulo 1002

EL DIAGNÓSTICO DE LA FRACTURA DE COLLES MEDIANTE RADIOGRAFÍA

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ROSA MAR NIETO MORAN

FRANCISCA TORRU BEJAR

1 Introducción

El radio es el más grande de los dos huesos que van del codo a la muñeca. Una fractura de Colles es un rompimiento en el radio cerca de la muñeca. Obtuvo su nombre del primer cirujano que la describió.

Generalmente, el rompimiento se encuentra aproximadamente a unos 2.5 centímetros por encima del lugar en el que el hueso se une a la muñeca.

La fractura de Colles es una fractura común que es más frecuente en mujeres que en hombres. De hecho, es la fractura de hueso más común en las mujeres hasta los 75 años de edad. Las causas son principalmente caídas con traumatismo directo en esa zona, con factores agravantes como la osteoporosis. Dependiendo del tipo de fractura observada en la radiografía el tratamiento varía desde conservador colocando un yeso unas semanas o férula si no fuera necesario el yeso, o en

el caso de fractura complicada o con desplazamiento imposible de recolocar se optaría por cirugía.

Cuando un paciente acude a urgencias con síntomas signos de esta fractura lo más recomendable antes de hacer nada, ni manipular el miembro es realizar una radiografía de la zona afectada para tener un diagnóstico preciso. Dolor a la presión sobre el foco de la fractura e impotencia funcional. Cuando son:

- No desplazadas: dolor espontáneo e impotencia funcional poco importante o ausente.
- Desplazadas: chasquido e intenso dolor en el momento de la caída, con impotencia funcional nunca completa. Dolor espontáneo y a la movilización.

En la fractura del radio distal se requieren proyecciones radiológicas que permitan ver adecuadamente la superficie articular sin interposición de estructuras. Es tarea principal del técnico de radiodiagnóstico la buena colocación de la parte afectada en el momento de captar la imagen. En la radiografía realizar 2 Planos: Incluir mano, muñeca y antebrazo, y en ocasiones el codo. La muñeca y los dedos se estudian con proyecciones AP y lateral. Para los metacarpianos adicionar una proyección oblicua. La inclinación volar: Trazado en Rx lateral. Angulo formado entre la perpendicular al eje del radio y una línea que une el extremo anterior y posterior del radio. El valor normal es entre 0 y 22°. Cualquier desviación dorsal es patológica. Si la radiografía es normal debería tener: 11° de inclinación volar 23° de inclinación cubital.

Desviaciones más comunes que se observan en la radiografía y que son importantes para el traumatólogo a la hora de reducir la lesión si fuera posible.

- Desplazamiento hacia atrás, arrastrando al carpo y la mano.
- Basculación, volteo, hacia atrás, con ángulo de vértice anterior sobre el que se apoyan los tendones flexores. Se ejecuta sobre eje transversal, de forma que la carilla articular del radio pierde su orientación hacia abajo y delante
- Desplazamiento a radial. Se fractura apófisis estiloides cubital o se rompe el fibrocartilago triangular. También se subluxa la articulación radiocubital inferior.
- Basculación o rotación hacia fuera, que contribuye al ascenso de la apófisis estiloides radial y a la pérdida de la orientación anatómica de la carilla articular carpiana del radio, que en proyección frontal forma ángulo de 30 °, abierto hacia dentro con la horizontal.
- Desplazamiento hacia arriba, por penetración o impactación del fragmento distal en el proximal, que es mayor por detrás que por delante. La impactación contribuye a la elevación de apófisis estiloides radial.

- Supinación o rotación interna. Una vez producida la fractura el fragmento distal no sigue el movimiento de pronación que efectúa el fragmento proximal alrededor del cúbito, puesto que la mano queda bruscamente detenida al chocar con el suelo.

2 Objetivos

Establecer el diagnóstico de la fractura de Colles.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos científicos relacionados con el tema y se han incluido varios de diversas bases de datos a través de una búsqueda con términos DECS (descriptores de la salud). Se ha incluido también información de estudios oficiales sobre las fracturas de Colles publicados en España.

4 Resultados

En el tratamiento de las fracturas de radio distal con compromiso intraarticular se utilizan placas y tornillos para lograr una reducción adecuada y una movilización temprana. Para prevenir el colapso de la superficie articular, los tornillos deben colocarse en la región subcondral, con el riesgo de que éstos penetren a la articulación con todos los problemas que esto acarrea, por lo cual se hace necesario verificar la posición de los tornillos a través de una radiografía o de un intensificador de imágenes. En general se toman radiografías anteroposterior y lateral estándar, las cuales presentan problemas en la interpretación, debido a la interposición de imágenes que no definen con claridad la posición real de los tornillos.

5 Discusión-Conclusión

Las proyecciones radiológicas son importantes para poder determinar los resultados inmediatos de una osteosíntesis realizada en una fractura de radio distal. En diferentes estudios se observa que la proyección lateral identifica mejor la posición de los tornillos ubicados en la carilla semilunar del radio. La proyección lateral a 22° muestra mejor la carilla con el escafoides. Por último en la proyección anteroposterior a 11° nos permite ver la articulación radiocarpiana con menor

superposición de imágenes. Si fuera necesaria una mayor precisión o existieran dudas para el diagnóstico quirúrgico se realizaría una resonancia magnética.

6 Bibliografía

- Pancorbo-Sandoval EA, Martín-Tirado JC, Delgado-Quiñonez A, Henández-Hernández J: Tratamiento de las fracturas del extremo distal del radio. Rev Cubana Ortop. 2005; 19.
- Márquez-Flórez K, Garzón-Alvarado DA, Vergara-Amador E: Método para el cálculo de las medidas angulares de la articulación del radio distal. Rev Cubana Invest Bioméd. 2012; 31(3): 332-51.
- Boyer MI, Koecek KJ, Gelberman RH, Gilula LA, Ditsios K, Evanoff BA. Anatomic tilt X-rays of the distal radius: an ex vivo analysis of surgical fixation. J Hand Surg Am. 2004; 29(1): 116-22.
- Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, et al. Cirugía de la Mano. Green's 5ta. Ed, Marbán, Madrid, 2007; 1 y 2; 343-88.

Capítulo 1003

LA ECO DOPPLER EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ROSA MAR NIETO MORAN

1 Introducción

La trombosis venosa profunda (TVP) es una afección que sucede cuando se forma un coágulo sanguíneo en una vena que se encuentra profundo dentro de una parte del cuerpo. Afecta principalmente las venas grandes en la parte inferior de la pierna y el muslo, pero puede presentarse en otras venas profundas, como en los brazos y la pelvis. Las TVP pueden ocurrir a cualquier edad. Cuando un coágulo se desprende y se desplaza a través del torrente sanguíneo, se denomina émbolo. Este se puede atascar en los vasos sanguíneos del cerebro, los pulmones, el corazón o en otra zona, lo que lleva a daño grave. Actualmente, el eco-Doppler es la prueba complementaria de primera elección después de los parámetros sanguíneos como el Dímero D. Además, es rápida, no invasiva y permite exploraciones seriadas. Su valor predictivo positivo puede alcanzar el 97%. La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) se considera hoy en día un problema de salud pública, ya que es una de las causas más importantes de morbimortalidad en las sociedades desarrolladas de nuestro entorno. La presentación más

común de la ETEV es la trombosis venosa profunda (TVP) de la extremidad inferior. Nos referiremos a TVP distal cuando solo afecta a las venas profundas de la pantorrilla y TVP proximal cuando la parte más alta del trombo se extiende hasta la vena poplítea o más proximalmente. La TVP puede ser provocada por factores tales como la cirugía o trauma reciente, hospitalización con reposo en cama prolongado, embarazo o el uso de anticonceptivos orales. Una TVP no provocada es una TVP donde la causa es desconocida o idiopática. Además de los propios síntomas invalidantes que produce y del riesgo de desarrollo de tromboembolismo pulmonar (TEP), que puede ser fatal, en el 60% de los casos se va a desencadenar una importante secuela denominada síndrome postrombótico (dolor crónico, edema, induración e incluso ulceración), sometiendo al paciente a un continuo, largo y costoso proceso de cuidado y atención médica.

Un diagnóstico preciso de la TVP es esencial, teniendo en cuenta los riesgos asociados con no tratarla (TEP) y los riesgos propios de la anticoagulación, y es ahí donde la parte de la radiología entra en juego, ya que la realización de un eco doppler para detectar trombos es una técnica barata, no invasiva y de un alto valor predictivo positivo. En todo paciente con sospecha de TVP los signos y los síntomas son fundamentales para realizar más pruebas complementarias, porque por ellos mismos tienen baja sensibilidad. La elevación de la concentración plasmática del DD (productos de la degradación de la fibrina) no es específica de la TVP, sin embargo, se ha demostrado que su normalidad si es de utilidad.

2 Objetivos

- Conocer algunos factores de una Eco Doppler.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos relacionados con la temática de la TVP y de la ecografía doppler en diferentes bases de datos científicas sanitarias y se han elegido los artículos más propicios para este artículo. Para encontrarlos se han utilizado descriptores de la salud descritos más arriba. Se han elegido artículos en español y se ha utilizado también una guía oficial de la web de fisterra.

4 Resultados

Conocer que es una trombosis venosa profunda (TVP).

- Qué tipo de técnicas tenemos para el diagnóstico y en más concreto cuando y para qué se usa la eco-doppler.
- En que consiste un eco doppler
- Prevenir la aparición de enfermedades tromboembólicas cuando el trombo ya se ha desplazado y se ha producido una embolia.

Son muchos los factores que pueden contribuir al desarrollo de una TVP:

- Lesión del epitelio venoso: como ocurre en el caso de pacientes portadores de catéteres permanentes o inyección de sustancias irritantes.
- Hipercoagulabilidad asociada a tumores malignos y trombosis obliterantes o idiopáticas.
- Éxtasis venosos originado en el postoperatorio, el postparto, en la tromboflebitis varicosa y la tromboflebitis que complica el reposo en cama (pacientes con insuficiencia cardíaca, traumatismos,...).
- Las inmovilizaciones prolongadas, ya sea por prescripción médica o por incapacidad de movilidad del paciente, incluso en personas sanas durante los viajes (vuelos prolongados) es un factor de riesgo.

Una ecografía Doppler es un estudio por imágenes que utiliza ondas de sonido para mostrar la circulación de la sangre por los vasos sanguíneos. Las ecografías comunes también usan ondas de sonido para crear imágenes de estructuras internas del cuerpo, pero no pueden mostrar la sangre en circulación.

La ecografía Doppler funciona midiendo ondas sonoras que se reflejan en objetos en movimiento, como los glóbulos rojos. Esto se conoce como efecto Doppler. Hay diferentes tipos de ecografías Doppler, como:

- Doppler color: Este tipo de Doppler utiliza una computadora para convertir las ondas sonoras en diferentes colores que muestran la velocidad y la dirección de la sangre en tiempo real.
- Doppler de potencia: Nuevo tipo de Doppler color. Puede mostrar más detalles de la circulación de la sangre que el Doppler color común, pero no puede mostrar su dirección, lo cual en ciertos casos puede ser importante.
- Doppler espectral: Muestra la circulación de la sangre en un gráfico en vez de imágenes en color. Puede mostrar qué tan bloqueado está un vaso sanguíneo.
- Doppler dúplex: Utiliza ecografía convencional para formar imágenes de los vasos sanguíneos y los órganos. Luego una computadora convierte esas imágenes en un gráfico, similar al Doppler espectral.
- Doppler de onda continua: En esta prueba, las ondas sonoras se envían y reciben de forma continua. Permite una medición más precisa de la sangre que fluye con más rapidez.

Incidencia de TVP.

- La incidencia en la población general se estima entre 20 y 100 por 100.000 personas-año (Fowkes FJ, 2003).
- La incidencia aumenta con la edad (White RH, 2003).
- La incidencia es mucho más alta en pacientes hospitalizados, especialmente después del reemplazo de cadera o rodilla (Heit JA, 2001; Douketis JD, 2002).
- Muy baja incidencia en pacientes ancianos crónicamente encamados (Valderama A, 2006).
- Alta incidencia en los pacientes con cáncer en el primer año después de la quimioterapia (Otten HM, 2004).
- La incidencia aparece más alta durante las 3 primeras semanas después del parto.

El uso del eco-doppler como método diagnóstico en la TVP ha sido uno de los más utilizados por su alta fiabilidad, por no ser invasivo, y relativamente rápido en el diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico clínico de las TVP comienza con la sospecha clínica y luego continúa con la estrategia diagnóstica que incluye el modelo predictivo de Wells y el dopaje del dímero D. Sus resultados indicarán o no la necesidad de realizar las exploraciones complementarias pertinentes, la más utilizada es la eco doppler, que confirmará el diagnóstico. El método de elección para el diagnóstico de TVP es el eco-Doppler venoso dado que tiene muy buena sensibilidad y especificidad para TVP proximales y es un método disponible, accesible y de costo razonable. La flebografía antiguamente el patrón oro, se reserva para situaciones especiales, no es un método de primera elección. El avance de métodos diagnósticos por imagen como la TAC multislice, la RNM asociada a venografía y el uso de técnicas radioisotópicas son alternativas diagnósticas que están avanzando y cobrando mucha utilidad en el presente.

6 Bibliografía

- Páramo JA, Ruiz de Gaona E, García R, Lecumberr R. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. Rev Med Univ Navarra Vol 51,Nº1, 2007,13-17.
- Benítez Collante CI, Benítez Collante LM, Arigossi CR, Benítez Collante AE. Trombosis Venosa Profunda : etiopatogenia, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

- Rev Postgrado VI Cát Med N°140.Dic 2004 ; 6-9.
- Almudena Insua Pérez, María Cordido Carro, Emilio de Aspe de la Iglesia, guía fisterra. Trombosis venosa profunda.
- Wheeler HB, Anderson FA. Diagnostic methods for deep vein thrombosis. Haemostasis 1995; 25: 6-26.

Capítulo 1004

LA DESCONOCIDA SALUD LABORAL

MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

ELIZABET GARCIA GRANDA

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

ESTEFANIA BLANCO GARCÍA

RAQUEL RUIZ TURRADO

1 Introducción

Se define la salud laboral como el conjunto de condiciones óptimas para poder ejercer las actividades laborales de cualquier trabajador en cualquier ámbito. Es un concepto que va más allá.

La salud laboral:

- Promueve y cuida que el medio ambiente de trabajo sea adecuado.
- Que las condiciones de trabajo se puedan realizar con dignidad y sean justas y que permitan mantener un nivel alto de bienestar en los trabajadores.

Se dedica a cuidar las condiciones físicas sin dejar de lado las cuestiones psicológicas.

2 Objetivos

- Conocer más en profundidad algunos factores de la Salud Laboral.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda en diferentes revistas médicas, manuales sobre salud laboral, buscadores como ,medline plus, Pumbed y Google académico (palabras clave: " salud hospitalaria ", " salud laboral ", " riesgos hospitalarios ", " protocolos sanitarios ").

4 Resultados

Los problemas más comunes de los que debe ocuparse la salud laboral son físicos, cortes, quemaduras, fracturas, distensiones, trastornos por movimientos repetitivos, enfermedades causadas por sustancias antihigiénicas o radioactivas, por ejemplo.

También se ocupa del burnout, estrés, mobbing y cualquier problema relacionado con las relaciones laborales. Como trabajadores sanitarios debemos ser conscientes de los riesgos que nos rodean en el día a día en las labores que realizamos, y a los que en general no les damos la importancia que merecen.

Los problemas relacionados con nuestro ámbito laboral:

- Condiciones físico-ambientales del trabajo: las condiciones ambientales de trabajo son las circunstancias físicas que rodean al trabajador. Los factores de riesgo relacionados con el ambiente físico suelen manifestarse como causantes incomodidad o molestia y no como generadores de importantes lesiones de origen profesional.
- Accidentes biológicos: en el medio hospitalario se encuentran muchos agentes biológicos aunque no todos comparten el mismo poder infeccioso, ni generan las mismas consecuencias tanto en pacientes como en personal sanitario.
- Accidentes químicos: Los contaminantes químicos utilizados en el medio sanitario son muchos. Se utilizan tanto para la atención al paciente, como para mantener las condiciones de higiene y limpieza del entorno hospitalario e instrumental.
- Radiaciones ionizantes (Rayos X):El organismo entra en contacto directo con la fuente radiactiva, la cual puede estar dispersa en el ambiente (gases, vapores o aerosoles) o bien depositada en una superficie. El daño producido por las radiaciones ionizantes puede tener carácter somático (daños en el propio individuo a corto, medio o largo plazo) o genético (efectos en las generaciones posteriores). La naturaleza, la frecuencia y la gravedad de estos efectos dependen de: Tipo de radiación y su energía: poder de penetración y capacidad de ionización. Do-

sis recibida. Tiempo de exposición. Superficie corporal irradiada. Capacidad de recuperación del tejido. Susceptibilidad individual.

-Radiaciones no ionizantes (Infrarrojos, ultravioletas, láser, radiofrecuencias, microondas y campos magnéticos estáticos): Siempre que sea posible hay que intentar reducir la exposición, controlar las diferentes sesiones que se realicen, así como las medidas de protección adoptadas y la duración de las mismas. Siendo necesaria una formación específica sobre los riesgos y medidas preventivas presentes durante el manejo de los equipo.

-Factores de naturaleza psicosocial: El estrés, mobbing y burnout. El entorno, las características del trabajo y la personalidad del propio trabajador pueden dar como resultado alteraciones psicológicas.

-Ergonomía (mecánica corporal): la ergonomía hospitalaria tiene una gran repercusión social, ya que los profesionales trabajan “con” y “para” personas en situaciones vulnerables. Es imprescindible realizar correctamente las movilizaciones.

-Manipulación manual de cargas: Hay que destacar que el sector sanitario no suele relacionarse con el riesgo que conlleva la manipulación manual de cargas. Pero los profesionales sanitarios manipulan la carga más especial y frágil: los enfermos.

Cuando la realización de una tarea implica algún riesgo para el paciente o para el personal sanitario, se debe solicitar ayuda de otro profesional y utilizar siempre los medios mecánicos disponibles.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que cualquier accidente laboral, por leve que sea, quede notificado y registrado, siguiendo los protocolos establecidos en cada lugar de trabajo. Como conclusión final decir que: “cualquier accidente laboral, siempre es una urgencia”.

6 Bibliografía

-<http://www.seguridad-laboral.es/>

-<https://www.ucm.es>

-<https://prevencionar.com>

-<http://www.sanidad.ccoo.es>

Capítulo 1005

ANÁLISIS DE ORINA EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA. URINOCULTIVO.

ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE

ALICIA VALLES TORRICO

MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ

M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA

INMACULADA JUNCO LARIA

1 Introducción

Las infecciones causadas por bacterias en el tracto urinario son muy frecuentes, 50 veces más en mujeres en la población de mediana edad y de forma más equilibrada en edades más avanzadas. La infección urinaria es un tipo de patología producida por microorganismos que colonizan una o varias partes de nuestro sistema urinario, pudiendo afectar a la vejiga, la uretra, los riñones y la próstata. La mayoría de estas infecciones son de etiología monomicrobiana, producidas por bacterias aerobias gramnegativas como el *Escherichia Coli*, la *Klebsiella*, el *Proteus*. *Escherichia Coli* es el responsable del 75-90 % de los casos; también hay un pequeño porcentaje producido por bacterias grampositivas como el *Enterococcus Faecalis* (grupo D), *Streptococcus Agalactiae* (grupo B).

En los laboratorios de microbiología de nuestro centro una de las pruebas que se realizan con más frecuencia es el análisis de muestras de orina. Este análisis es fundamental a la hora de hacer un diagnóstico, identificando los microorganismos aislados en los urinocultivos, buscar sus sensibilidades y resistencias a los antibióticos en un antibiograma y así establecer un posible tratamiento de manera rápida y eficaz, evitando así una merma en la salud del paciente. Las muestras que llegan al laboratorio proceden tanto de pacientes hospitalizados como de pacientes que acuden a los centros de salud de nuestra área sanitaria.

En este último año el volumen de muestras analizadas fue muy elevado, se realizaron en torno a 50.000 urinocultivos, correspondiendo aproximadamente un 44 % a pacientes hospitalizados y el resto a los pacientes de los centros de salud, un 56 %.

2 Objetivos

- Describir el proceso de una muestra de orina desde que llega al laboratorio hasta que se obtiene un resultado, así como enumerar las pruebas analíticas realizadas en el laboratorio de microbiología para la identificación de los microorganismos causantes de la infección urinaria, y poder administrar un tratamiento correcto al paciente.

3 Metodología

Para realizar este capítulo, se ha hecho una revisión bibliográfica sistemática en estudios y libros relacionados con el tema tratado, y también consultado en las bases de datos como Scielo y Dialnet.

4 Resultados

Cuando las muestra de orina llegan a nuestro laboratorio se van a realizar una serie de procesos analíticos que nos van a ayudar a dar un resultado fiable en aproximadamente 48 horas. Cabe destacar que es fundamental para el correcto análisis de la muestra que ésta haya sido recogida de forma lo más aséptica posible. La orina debe ser recogida del chorro intermedio de la micción; se desecharán los primeros 5 ml, con lo que se conseguirá una limpieza de la uretra por arrastre y después recogeremos de 5 a 10 ml de orina estéril en un recipiente también estéril. Si el método de recogida no fuera así obtendríamos un gran número

de urinocultivos con resultados falsos por contaminación, presencia de 3 o más microorganismos (actualmente un porcentaje aproximado del 10%, siendo más elevado a nivel de centro de salud).

Dentro de los distintos procesos analíticos, podemos encontrar:

- Citometría de flujo con fluorescencia (citómetro): aparte de la clínica del paciente, el diagnóstico inicial de las infecciones urinarias se basa en la detección de la presencia de células en la muestra de orina. Para su procesamiento se requiere que la muestra esté sin centrifugar, hacer recuento por ml, un conteo automático y un recuento preciso. Con este proceso automatizado conseguimos hacer un cribado de las orinas que nos va a permitir descartar las negativas (aproximadamente un 40 % del total de las muestras recibidas), y poder así seguir trabajando solo las positivas, optimizando al máximo nuestro trabajo, importantísimo dado la cantidad de muestras que llegan al laboratorio.
- Siembra manual o automatizada: una vez identificadas con el citómetro las orinas positivas procederemos a su siembra, bien de forma manual o automatizada. Existen varios estudios que establecen una muy buena concordancia entre los resultados de ambas siembras. La siembra se realizará en una biplaca con medio cromogénico, se inoculará una cantidad de 1 microlitro en cada medio de cultivo de la placa, por agotamiento. Posteriormente se incubarán en una estufa con atmósfera aerobia a 37 grados durante 24 horas.
- Lectura de las placas: tras pasar 24 horas en la estufa procederemos a el visionado de las placas. Iremos observando las distintas colonias de microorganismos que hayan crecido, trataremos de proceder a su identificación mediante una técnica de ionización suave que se utiliza en espectrometría de masas que es el MALDI-TOF. En dicha técnica, se utiliza una placa de metal donde vamos a inocular la colonia del microorganismo a identificar y lo mezclamos con una matriz, que se cristalizará. Después, ésta preparación es sometida a pulsos cortos de láser en alto vacío que dará lugar a especies monocargadas. Así conseguimos una identificación del microorganismo de forma súper rápida, lo que nos permite realizar el antibiograma y poder administrar al paciente la terapia con antibióticos en apenas 48 horas desde la recepción de la muestra en el laboratorio, en la mayoría de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Los análisis de orina en el laboratorio de microbiología (urinocultivos) constituyen un alto porcentaje del trabajo realizado en el mismo. Son análisis muy fre-

cuentas, muy rápidos y se puede conseguir un resultado fiable en 48 horas desde la recepción de la muestra en el laboratorio, en la mayoría de los casos, con lo que se consigue administrar un tratamiento antibiótico al paciente de forma rápida y eficaz y así evitar las posibles complicaciones que puedan llevar al agravamiento del estado de salud del paciente.

6 Bibliografía

- Stemm WE, Hooton TM. Management of urinary tract infections in adults. *N Engl J Med* 1993; 329 (18): 1328-34.
- Middendorf DF, Hebert LA. Management of urinary tract infections. *N Engl J Med* 1994; 330 (11): 792.
- Olafsson M, Kristinsson KG, Sigurdsson JA. Urinary tract infections, antibiotic resistance and sales of antimicrobial drugs. An observational study of uncomplicated urinary tract infections in Icelandic women. *Scand J Prim Health. Care* 2000; 18(1): 35-8.
- Villar J, Baeza JE, De Diego, D, Ruiz-Poveda A. Bacteriología y resistencias en las infecciones urinarias ambulatorias. *Aten Primaria* 1996; 18: 315-7.

Capítulo 1006

HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SOLIDOS I "COMPLEJO PRINCIPAL DE HISTOCOMPATIBILIDAD, ALORESPUESTA Y RECHAZO INMUNOLÓGICO"

REYES CARVAJAL PALAO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO

MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ

MARÍA PANDO SANDOVAL

MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ

1 Introducción

Las moléculas del complejo principal de histocompatibilidad (MHC) son una serie de proteínas altamente polimórficas cuya expresión en los tejidos del individuo permite la detección por parte del sistema inmune de los organismos patógenos o de la transformación tumoral. Esta capacidad de reconocimiento de lo "no propio" o "extraño" condiciona en gran medida el éxito de los trasplantes, ya que

los mismos mecanismos inmunes que se encargan de protegernos frente a la infección o el cáncer van a ser responsables del rechazo a los tejidos u órganos procedentes de otros individuos.

El trasplante de tejidos u órganos entre individuos no relacionados genéticamente conduce generalmente al rechazo de los mismos por parte del individuo receptor. Sin embargo, cuando se realiza entre individuos genéticamente idénticos el rechazo no tiene lugar. Este tipo de observaciones fueron descritas ya a principios de los años 40 por Peter Medawar al realizar trasplantes autólogos, procedentes del mismo individuo, y alogénicos, procedentes de otro individuo, de piel humana. Los antígenos de trasplante fueron descritos por Snell a finales de esa misma década, al observar en ratones el rechazo de injertos piel o tumores entre individuos no idénticos genéticamente. Al caracterizar los genes responsables de este proceso, identificó un único loci, que denominó H2. Este loci es un complejo de genes murinos que se encuentran situados en el cromosoma 17, y que se caracterizó como el Complejo Principal de Histocompatibilidad (MHC).

La caracterización del MHC en humanos se produjo algo más tarde que en los ratones. En 1953, Jean Dausset encontró que tras múltiples transfusiones de sangre los individuos presentaban unos anticuerpos en el suero capaces de aglutinar leucocitos, los denominó leucoaglutininas. Unos años después, en 1957, Rose Payne describió la presencia de estas leucoaglutininas en el suero de todos los pacientes multitransfundidos y en el de mujeres múltiparas. Dedujo que, de forma similar a las múltiples transfusiones, los múltiples embarazos inmunizan a las madres frente a los antígenos leucocitarios paternos. En el mismo año, en Holanda, Jon van Rood llegó a conclusiones similares al atender a una paciente que tras seis embarazos había desarrollado una reacción febril severa durante un nuevo embarazo.

Todos estos estudios demostraron la necesidad de un mejor conocimiento de la biología de estas proteínas fuertemente inmunogénicas y se comenzaron a desarrollar una serie de técnicas como la leucoaglutinación, la citotoxicidad y la fijación del complemento, con esta finalidad. La primera Reunión Internacional de Histocompatibilidad fue realizada por D. Bernard Amos en 1964, y condujo a la aceptación de que todos los genes codificantes de estos antígenos humanos se encontraban en el mismo locus.

Fue en 1965 cuando se unificó la nomenclatura del mismo y se definió como HLA (“Human Leukocyte Antigens”). El papel del polimorfismo del MHC en el rechazo no se definió hasta mucho más tarde. Contribuyeron significativamente los

trabajos de Patel y Terasaki en 1969, en los que se postulaba que anticuerpos en el receptor frente a antígenos del MHC del donante se asociaban con un temprano o inmediato rechazo del injerto.

2 Objetivos

- Describir la región cromosómica en la que se encuentran situados los genes del MHC, así como de su reducida frecuencia de recombinación, elevado polimorfismo genético y herencia codominante.
- Distinguir entre rechazo hiperagudo, agudo o crónico según el tiempo transcurrido desde el trasplante y los mecanismos inmunológicos implicados.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. Genes del MHC en humanos.

Se han identificado 6 principales loci en el MHC humano, los genes que codifican para las moléculas HLA-A, HLA-B y HLA-C (MHC de clase I), y los que codifican para HLA-DP, HLA-DQ y HLA-DR (MHC de clase II). Además existen otros loci menores mucho menos polimórficos que codifican para las moléculas de MHC denominadas no clásicas. Son E, F, G y H para clase I y DM, DN y DO para clase II. El número de alelos identificado en cada locus es muy elevado y aumenta rápidamente.

En humanos, el MHC está localizado en el brazo corto del cromosoma 6, mientras que la 2-microglobulina, proteína constituyente de las moléculas de HLA de clase I, está codificada por un gen situado en el cromosoma 15. La mayoría de las proteínas implicadas en el procesamiento de las proteínas antigénicas están codificadas en genes localizados en esta región cromosómica. Los genes de clase I están en la porción más telomérica y los de clase II en la centromérica. Entre

los locus de clase II se encuentran situados genes que codifican para proteínas implicadas en el procesamiento antigénico. Los genes de la región del MHC están muy próximos, con una frecuencia de entrecruzamientos o recombinaciones durante la meiosis de alrededor del 3% entre las regiones más alejadas. Esto hace que, en general, los alelos que codifican para cada variante se transmitan ligados. Cada combinación particular de alelos de estos genes presentes en un cromosoma individual se conoce como haplotipo. Además, la expresión de estas moléculas es codominante, expresándose simultáneamente los alelos heredados de ambos progenitores y maximizando el número de moléculas de MHC capaces de unir péptidos para la presentación a las células T. Estos hechos hacen muy improbable que dos individuos elegidos al azar compartan los mismos alotipos.

Un ejemplo, y el haplotipo más frecuente en nuestra población, sería: HLA-A01 B08 C07 DR03 DQ02 (Herencia codominante de los genes de MHC). Este sistema genético presenta un alto grado de polimorfismo. El polimorfismo genético es la presencia de más de un alelo en el mismo locus, y un locus se considera polimórfico si aparece variación en al menos el 1% de los individuos de una población.

Muchas de nuestras proteínas son polimórficas, pero de la mayoría sólo existen unas pocas variantes o alotipos y generalmente una o dos variantes son mayoritarias. En el caso de las moléculas de histocompatibilidad existen cientos de variantes, designadas numéricamente, y cada una de ellas está en una frecuencia relativamente alta en la población. Las diferencias entre las distintas variantes están localizadas en la zona de unión al péptido, lo que implica que cada variante pueda unir un repertorio de péptidos diferentes, incluso derivados de la misma proteína. Esto implica que el tipo de péptidos que presenta cada individuo depende de su fenotipo MHC, y por lo tanto varía de unas personas a otras. Actualmente (Abril de 2018, v3.18) hay descritos más de 12.000 alelos diferentes para los locus HLA (HLA-A, HLA-B, HLA-C, HLA-DRB1, HLA-DRB3/ DRB4/ DRB5, HLA-DQB1, HLA-DQA1, HLA-DPB1, HLA-DPA1) que codifican para más de 8.000 proteínas HLA distintas. En la base de datos IMGT/ HLA pueden encontrarse los alelos conocidos para cada locus, con su actualización periódica.

Toda esta variabilidad resulta muy útil para luchar contra los microorganismos, sin embargo supone una barrera para los trasplantes de tejidos u órganos, y es lo que da nombre a las moléculas del sistema de histocompatibilidad. El que cada individuo de la población porte en su superficie moléculas de MHC diferentes supone que los injertos portan en su superficie antígenos extraños que pueden ser reconocidos por el receptor y destruidos en el proceso de rechazo.

2. Alorespuesta y rechazo inmunológico.

El rechazo al trasplante de órganos y tejidos está mediado por las moléculas del MHC. La función biológica de las moléculas de HLA es la presentación de péptidos antigénicos a los linfocitos T. Las moléculas de clase I muestran los antígenos a los linfocitos T CD8+, mientras que las de clase II a los linfocitos T CD4+. Una vez reconocidos los antígenos, los linfocitos T generarán una respuesta específica y eficaz para su eliminación. Las células T reconocen los antígenos en forma de péptidos unidos a moléculas de MHC, estas moléculas presentan tanto péptidos propios como extraños. El caso especial de reconocimiento de antígenos de MHC extraños se denomina aloreconocimiento y consiste en la capacidad de las células T de reconocer complejos péptido/MHC con los que no ha estado en contacto durante el proceso de maduración en el timo. Una característica del aloreconocimiento es la alta frecuencia de células T aloreactivas (1/103-104), mientras que la frecuencia de células T específicas para un único complejo de MHC-propio/péptido extraño es entre cien y mil veces menor. Existen varios mecanismos de aloreconocimiento:

- Aloreconocimiento directo.
- Aloreconocimiento indirecto.

En el aloreconocimiento directo las células T reconocen determinantes antigénicos en las moléculas de MHC que presentan en su superficie las células trasplantadas. En el reconocimiento indirecto, las moléculas de MHC del donante son procesadas y presentadas como péptidos por las moléculas de MHC del individuo receptor, de forma similar al procesamiento antigénico convencional. Todos los tipos de aloreconocimiento pueden conducir al rechazo del trasplante. El reconocimiento directo predomina en las primeras semanas o meses del trasplante, y se genera por las APCs del donante. Con el tiempo estas células van desapareciendo del órgano trasplantado y el proceso de reconocimiento indirecto va cobrando importancia.

Tipos de rechazo:

- Rechazo hiperagudo. Se produce la pérdida del órgano trasplantado de forma muy temprana, en las primeras 48 horas. Sucede cuando existen anticuerpos preformados en el suero del receptor frente a antígenos expresados por el endotelio vascular del órgano trasplantado. Los anticuerpos podrán ser de clase IgM, específicos frente a los antígenos de los grupos sanguíneos, o IgG, dirigidos a los antígenos de MHC. Generalmente, los aloanticuerpos son consecuencia de inmunizaciones previas, por transfusiones de sangre, embarazos o trasplantes previamente rechazados.

Para evitar este tipo de rechazo es imprescindible llevar a cabo un completo estudio inmunológico, con determinación del grupo sanguíneo, tipaje de MHC, presencia de aloanticuerpos y realización de prueba cruzada entre donante y receptor antes de la realización del trasplante.

- Rechazo agudo. Esta forma de rechazo ocurre entre 5 días y 3 meses después del trasplante. Los hallazgos histológicos, generalmente muestran un infiltrado celular intersticial difuso compuesto por células T CD4+ y CD8+, con fenotipo activado o de memoria. En otros casos de rechazo agudo, como el vascular, las células infiltrantes son predominantemente macrófagos. Recientes observaciones, inicialmente en trasplante renal y cardiaco, han demostrado que también mecanismos mediados por anticuerpos contribuyen a un significativo número de rechazos agudos. Los anticuerpos principalmente implicados parecen ser de clase IgM, y tanto frente a MHC de clase I como de clase II. Los aloanticuerpos pueden también ser específicos frente a antígenos menores de MHC. El desarrollo de técnicas de marcaje para la detección de los depósitos de las proteínas activadas del complemento C3d y C4d, en biopsias de los órganos trasplantados, ha facilitado el estudio de este tipo de rechazo.

- Rechazo crónico. Inicialmente se describía con este término el lento deterioro de la función del órgano trasplantado. Recientemente, se ha limitado a la pérdida tardía del trasplante como consecuencia de la respuesta inmune del receptor frente al órgano. En general, se acepta la implicación de las células B en este tipo de rechazo, ya que se detectan depósitos de C4d en presencia de aloanticuerpos donante-específicos. De hecho, en receptores de trasplantes cardiacos, renales o pulmonares el desarrollo de aloanticuerpos está unido al desarrollo del rechazo crónico. El daño que presenta el órgano, principalmente fibrosis, es el resultado de un complejo proceso en el que se suman los efectos patogénicos que sufre y su respuesta reparadora, a los que se añaden también la alorespuesta y la inmunosupresión.

Sea cual sea el mecanismo efector implicado en la pérdida del trasplante lo que está demostrado es que existen factores inmunológicos en el receptor que van a condicionar este proceso. En concreto, en el caso de trasplantes renales se ha observado que existen importantes diferencias en el mantenimiento del órgano al cabo de 5 años del trasplante en función del número de alelos distintos de los locus HLA-A, HLA-B y HLA-DR que presenten donante y receptor. Del mismo modo, la existencia de aloanticuerpos preformados en el suero del individuo receptor es un claro factor de riesgo de rechazo

5 Discusión-Conclusión

- A la hora de realizar un trasplante se trata de seleccionar el receptor que más se parezca en sus moléculas de histocompatibilidad al donante. De esta manera se reduce el riesgo de rechazo, y por tanto, aumentan las probabilidades de supervivencia del injerto.
- Salvo en los casos de gemelos HLA idénticos, en los que las células del injerto son reconocidas como propias, la puesta en contacto del paciente con el injerto activará el sistema inmunitario, que reconocerá a las células extrañas y las destruirá. Esta activación es tanto más intensa cuanto mayor es la disparidad inmunológica de la pareja donante/receptor. La sensibilización previa específica del receptor contra las células del donante puede dar lugar a una destrucción inmediata del injerto (rechazo hiperagudo) a través de mecanismos humorales (anticuerpos anti-HLA) en los que interviene la activación del complemento.
- La destrucción de un aloinjerto por el sistema inmunitario del receptor tiene lugar en dos fases bien diferenciadas: una fase inicial en la que se produce el reconocimiento de las células del injerto como extrañas (fase de reconocimiento o fase de inducción de la respuesta) y una segunda fase en la que se produce la activación de los mecanismos de destrucción del injerto (fase efectora).

6 Bibliografía

- Inmunología: Biología y Patología del sistema inmune / Jose R. Regueiro, Carlos López Larrea.-3ª ed.-Madrid: Medica Panamericana, 2008.
- Monitorización Inmunológica del Trasplante. Sociedad española de Inmunología / Manuel Muro Amador, Jaume Martorell Pons – Ed. ELSEVIER , 2015.
- Inmunobiología del Trasplante. Estudios inmunológicos del donante y del receptor del trasplante renal / Marcos Lopez Toyos, Juan Carlos Ruiz San Millan, David San Segundo Arribas. Emilio Rodrigo Calabria.
- <https://www.nefrologiaaldia.org>

Capítulo 1007

HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL TRASPLANTE DE ORGANOS SOLIDOS II "METODOLOGÍAS DE GENOTIPADO HLA"

REYES CARVAJAL PALAO

MARÍA PANDO SANDOVAL

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO

MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ

1 Introducción

El éxito de los trasplantes de órganos se basa en reducir al máximo las posibilidades de que el órgano del donante sea rechazado por el organismo del receptor y esto depende de que ambos, donante y receptor, sean histológicamente compatibles. Esta compatibilidad se estudia mediante el análisis de unas proteínas situadas en la superficie de las células del organismo denominadas antígenos leucocitarios humanos (siglas en inglés, HLA). El estudio de estos antígenos permite identificar qué donante tiene células más parecidas a las del receptor, aumentando con ello las probabilidades de éxito del trasplante.

En este capítulo se recogen los métodos actuales de genotipado HLA, basados casi todos en la Reacción en Cadena de la Polimerasa, técnica que ha revolucionado la genética molecular desde su descripción en el año 1983. También se explican los métodos de tipaje por secuenciación de ADN, la clásica técnica de SBT, basada en el método de Sanger, y las novedosas técnicas basadas en la secuenciación de nueva generación (NGS). Una vez obtenido el tipaje HLA del donante y del receptor se puede definir el grado de compatibilidad HLA entre ambos. A mayor compatibilidad (número de identidades) menor riesgo de respuesta inmune del receptor contra el órgano.

2 Objetivos

Describir y valorar las diferentes metodologías actuales de genotipado de HLA.

3 Metodología

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

4 Resultados

El primer método de genotipificación que se desarrolló fue el RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism), pero actualmente todas las metodologías de genotipificación HLA para la amplificación de los genes a estudiar parten del uso de la reacción en cadena de la polimerasa, conocida como PCR por sus siglas en inglés (polymerase chain reaction), técnica de biología molecular desarrollada en 1983 por Kary Mullis. Aunque existen múltiples variantes, las técnicas que tienen un uso más extendido en los laboratorios de histocompatibilidad son las siguientes:

- PCR-SSP (sequence specific priming) utiliza primers que tienen secuencias complementarias de secuencias específicas de las especificidades HLA conocidas. Se pueden emplear múltiples pares de primers de forma independiente con la misma

muestra de ADN. Esta técnica se emplea fundamentalmente durante el tipaje realizado en la alarma de trasplante puesto que es rápida y permite trabajar con la muestra individual del donante. La positividad de las reacciones se establece por la aparición de una banda específica al realizar electroforesis en gel de agarosa y tinción del DNA con un marcador fluorescente (bromuro de etidio o similar). En toda PCR, aparte de los primers específicos para el HLA deben incluirse primers que permitan una amplificación control, que debería aparecer en todos los casos para asegurar que las condiciones de amplificación han sido correctas. Mediante esta técnica es posible tipificar todos los loci HLA de baja resolución y también de alta resolución, aunque ello obliga a realizar un gran número de PCR para cada muestra. Debido a las características del polimorfismo HLA, pues en muchos casos no es un polimorfismo concreto el que define un alelo, sino que este viene definido por la combinación de varias posiciones polimórficas, no es posible diseñar una PCR específica para cada uno de los alelos HLA. La tipificación se obtiene mediante un patrón de positividades y negatividades de varias reacciones. Esto comporta la existencia de resultados ambiguos, en los que más de una combinación de alelos HLA puede explicar el patrón observado, incluso con baja resolución. (imagen: Ejemplo de varias imágenes de electroforesis teñidas con bromuro de etidio, correspondientes a un tipaje HLA-A, B y DRB1 por PCR-SSP).

- PCR-SSO (sequence specific oligonucleotide) amplifica todo el locus donde se encuentran los exones de HLA-I y HLA-II por PCR. Posteriormente, ese ADN se hibrida con sondas de oligonucleótidos marcadas en un soporte sólido (PCR-SSO directa). En los últimos años se ha adaptado la tecnología Luminex al tipaje HLA. Este instrumento es un citómetro de flujo capaz de detectar unas microesferas con fluorescencia definida. Pueden discriminarse hasta 100 microesferas diferentes mediante su fluorescencia, y en cada una de ellas es posible adherir una sonda diferente. En este caso se realiza la hibridación entre el producto amplificado y una suspensión de estas microesferas, para después pasar la reacción por el Luminex ®. Este instrumento, además de identificar la microesfera, permite determinar si ha habido o no hibridación de la sonda correspondiente. Al final lo que se obtiene es, de igual manera, un patrón de sondas positivas y negativas. La PCR-SSO se ha adaptado para permitir un tipaje HLA en un tiempo equivalente a la PCR-SSP y actualmente se está implantando también durante la alarma de trasplante.

- PCR-SBT (Sequence Based Typing) Consiste en la secuenciación nucleotídica directa del gen a tipificar mediante la técnica clásica de Sanger. Por PCR se am-

plifican las regiones más polimórficas del gen en cuestión para luego llevar a cabo una reacción de secuenciación nucleotídica Sanger con terminadores dideoxi y una electroforesis de las reacciones obtenidas en un secuenciador capilar. En este proceso se obtienen electroferogramas, gráficos con los picos de las fluorescencias específicas de cada nucleótido, a partir de los cuales puede deducirse la secuencia nucleotídica completa de la región amplificada.

Posteriormente se compara la secuencia obtenida con la base de datos que contiene las secuencias de todos los alelos HLA descritos del locus correspondiente, para así determinar qué alelos están presentes en el individuo tipificado. Este análisis se realiza con la ayuda de un programa informático dedicado a tal fin.

- NGS: tipificación mediante secuenciación de nueva generación (next-generation sequencing). En los últimos años se han desarrollado nuevas metodologías de secuenciación que permiten obtener mucha mayor cantidad de información de secuencia nucleotídica que el método de secuenciación clásico de Sanger. Así, con estas técnicas pueden secuenciarse genomas completos de manera mucho más rápida y simple, y a un coste mucho menor. En el campo de la tipificación HLA también se han ido desarrollando estrategias de tipificación basadas en estas metodologías, que permiten obtener un gran número de secuencias nucleotídicas independientes de manera paralela en cada ensayo. Es posible combinar, en el mismo experimento y de manera simultánea, los diferentes locus HLA amplificados de un gran número de muestras, gracias al «etiquetado» individual de las cadenas de DNA de cada muestra mediante códigos de oligonucleótidos, con lo que esta metodología puede proporcionar un rendimiento muy alto a un coste bajo. Además, al tratarse de una secuenciación clonal, permite obtener la secuencia de cada alelo por separado de la del alelo homólogo del otro haplotipo. Este hecho conlleva la eliminación de los resultados con ambigüedad de fase que se obtienen con las otras metodologías descritas, como la SBT, y por tanto se consiguen resultados de alta resolución verdaderos. Actualmente existen diversas tecnologías que permiten esta secuenciación masiva; sin embargo, aun siendo diferentes, en todos los casos el proceso consiste esquemáticamente en la amplificación de los genes HLA, la preparación de la librería de fragmentos con la ligación de adaptadores, la amplificación clonal de la librería, la secuenciación propiamente dicha y el análisis de los datos obtenidos. La metodología de tipificación HLA mediante NGS está actualmente en pleno desarrollo, y por ello su uso aún no es muy extendido, aunque ya hay algunos laboratorios que la utilizan en la práctica diaria. Es posible que, exceptuando situaciones concretas como puede ser la tipificación de donantes cadáveres, esta metodología acabe sustituyendo a todas las anteriores en un futuro próximo.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto al uso de las diferentes técnicas de genotipado, las metodologías descritas no son adecuadas para su uso en todas las circunstancias que se presentan en el laboratorio de histocompatibilidad. Así, en los laboratorios donde se realiza tipificación HLA generalmente no se emplea sólo una de estas técnicas, sino que en función de la resolución que se desee y de la carga de trabajo (número de muestras a procesar de manera conjunta) se utiliza una u otra. Globalmente, la PCR-SSO proporciona un rendimiento muy alto y resulta muy útil para procesar muchas muestras al mismo tiempo, pero en ocasiones la resolución obtenida es insuficiente. Para conseguir el mayor grado de resolución es necesario usar la SBT a pesar de que a veces se requiere complementarla con otra técnica para resolver los resultados ambiguos. La PCR-SSP, aunque puede obtener resultados de alta resolución, está limitada por su bajo rendimiento. Sin embargo, es fácilmente aplicable en cualquier laboratorio, sobre todo cuando se pretende tipificar un número bajo de muestras. Por último, la NGS parece superar muchos de los inconvenientes de las otras metodologías y obtener tipificaciones de alta resolución de manera relativamente fácil y barata, pero tampoco es aplicable absolutamente a todo tipo de muestras o circunstancias.

6 Bibliografía

- Inmunología: Biología y Patología del sistema inmune / Jose R. Regueiro, Carlos López Larrea.-3ª ed.-Madrid: Medica Panamericana, 2008.
- Monitorizacion Inmunologica del Trasplante. Sociedad española de Inmunología / Manuel Muro Amador, Jaume Martorell Pons – Ed. ELSEVIER , 2015.
- Inmunobiología del Trasplante. Estudios inmunológicos del donante y del receptor del trasplante renal / Marcos Lopez Toyos, Juan Carlos Ruiz San Millan, David San Segundo Arribas. Emilio Rodrigo Calabria.
- <https://www.nefrologiaaldia.org>

Capítulo 1008

HISTOCOMPATIBILIDAD EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SOLIDOS III "METODOLOGÍA DE DETECCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS"

REYES CARVAJAL PALAO

MARÍA PANDO SANDOVAL

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO

MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ

MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ

1 Introducción

Desde que en 1969 Patel y Terasaki publicaron el trabajo histórico en el que demostraban que una prueba cruzada (XM) previa al trasplante renal realizada entre el suero del receptor y los linfocitos del donante con resultado positivo suponía un alto riesgo de rechazo hiperagudo, diferentes estudios han puesto de manifiesto la asociación entre los anticuerpos dirigidos frente a moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad del donante (anti-HLA DSA) preexistentes en el suero del receptor y el rechazo del injerto en diferentes tipos de trasplante además del renal (cardíaco, pancreático, pulmonar, etc.). Esta es la razón por la que hay que realizar un escrutinio de la presencia de anticuerpos anti-HLA (human leukocyte antigen) en el suero de los pacientes candidatos a determinados

tipos de trasplante y determinar su especificidad. Los pacientes que presentan anticuerpos frente a las moléculas HLA de un determinado donante son excluidos de la selección, mediante un proceso que denominamos XM virtual (vXM).

En este capítulo nos referiremos a los diferentes métodos empleados en los laboratorios de Histocompatibilidad para la detección y la identificación de anticuerpos anti-HLA en pacientes candidatos a recibir un trasplante, así como en los que ya lo han recibido como marcador de rechazo inmunológico. Se comentan desde las técnicas clásicas de citotoxicidad mediada por el complemento (CDC), así como las más modernas basadas en la tecnología X-MAP de Luminex®.

Prueba cruzada mediante citometría de flujo: En esta prueba cruzada se incuba suero del posible receptor con sangre completa del donante. Si en dicho suero existen anticuerpos IgG que reaccionan contra los antígenos de la superficie celular del linfocito, se reconocen con la adición de un anticuerpo anti-IgG humano conjugado a fluorocromo. De modo que si hay anticuerpos (CFXM positiva), emitirá una señal fluorescente y, en caso de ausencia (CFXM negativa), no habrá desplazamiento del pico. Al mismo tiempo, en la reacción se añade otro anticuerpo anti-CD3 y otro anti-CD19 humanos. Estos anticuerpos reconocen linfocitos T y B, respectivamente, y se considera que la presencia de anticuerpos que reconocen los linfocitos T corresponde a anticuerpos anti-HLA de clase I, mientras que, si reconocen los linfocitos B, reconocen a anticuerpos anti-HLA de clase II. Los linfocitos T sólo expresan HLA de clase I, mientras que los linfocitos B expresan HLA de clase II).

2 Objetivos

Comentar diferentes métodos empleados en los laboratorios de Histocompatibilidad para la detección y la identificación de anticuerpos anti-HLA.

3 Metodología

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

4 Resultados

La técnica de CDC tiene algunas limitaciones: En primer lugar presenta una especificidad relativamente baja porque detecta cualquier anticuerpo con capacidad de unirse a la superficie de las células y fijar complemento, y no puede discriminar entre anticuerpos anti-HLA y no anti-HLA. Por tanto, la presencia de autoanticuerpos en el suero puede ser un factor de confusión. La segunda limitación de la técnica de CDC es que su sensibilidad es relativamente baja, por lo que pueden obtenerse resultados falsos negativos, sobre todo cuando la concentración de anticuerpos en el suero no es muy alta.

En la Citometría de flujo convencional la principal ventaja de este ensayo con respecto a la CDC es su mayor sensibilidad. Además, no requiere fijación del complemento y tiene una buena correlación con la evolución del injerto. Sus principales desventajas son su baja especificidad, que deriva de las mismas limitaciones que se comentaban en el caso de la CDC, y la inversión inicial en los aparatos.

En cuanto a los ensayos basados en microesferas, las principales ventajas del Luminex[®] respecto a los otros métodos son que no requiere células vivas y que permite analizar hasta 100 proteínas distintas en un único pocillo. Estas ventajas han determinado su expansión y que haya desbancado a otros sistemas de microesferas en los que se utiliza la citometría convencional. Con esta técnica, diferentes poblaciones de microesferas de látex son reconocidas por el citómetro por su diferente tamaño. La limitación es que en cada tubo sólo pueden ensayarse ocho poblaciones de microesferas diferentes, y por tanto se necesitan múltiples tubos para realizar determinaciones equivalentes a las que la tecnología Luminex[®] permite hacer en un tubo único.

5 Discusión-Conclusión

Metodologías de detección e identificación de Anticuerpos anti-HLA.

Existen diferentes métodos para determinar la presencia y la especificidad de anticuerpos anti-HLA, los cuales pueden agruparse en dos grandes apartados: ensayos celulares y ensayos no celulares o en fase sólida.

1. Ensayos celulares. Consisten básicamente en la utilización de células vivas para poner de manifiesto la presencia de anticuerpos en el suero. Pueden utilizarse para la detección de anticuerpos en pacientes en lista de espera y para la realización de la XM pretrasplante. El escrutinio pretrasplante de anticuerpos se

realiza enfrentando cada suero con un panel de unas 40-60 células de tipificación HLA conocido.

1.1. Técnica de microlinfocitotoxicidad.

La técnica de citotoxicidad dependiente de complemento (CDC) fue desarrollada por Terasaki y Patel a finales de los años 1960, ha sido el método utilizado tradicionalmente para la detección de anticuerpos en pacientes en lista de espera para trasplante y sigue siendo el método de referencia (gold standard) para la XM entre donante y receptor (CDCXM). Consiste básicamente en una reacción antígeno-anticuerpo con fijación de complemento y visualización de la reacción con un colorante. La reacción se cuantifica según el porcentaje de células muertas, por lo que la viabilidad celular en la muestra de partida es fundamental .

1.2. Citometría de flujo convencional.

La citometría de flujo (FC) también puede emplearse para determinar la presencia de anticuerpos en los sueros pretrasplante y como prueba cruzada pretrasplante (FCXM). El método consiste en una reacción antígeno-anticuerpo sobre la superficie celular visualizada utilizando un segundo anticuerpo marcado con un fluorocromo y un citómetro de flujo, instrumento capaz de detectar cada célula presente en una corriente de líquido iluminada por un haz de láser.

2. Ensayos no celulares o ensayos en fase sólida. Consisten básicamente en la detección de anticuerpos frente a moléculas HLA inmovilizadas en una superficie sólida, que puede ser una placa microtiter en las técnicas de ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) o microesferas de látex o de poliestireno con diferentes métodos de detección. Estos métodos se han desarrollado básicamente para los estudios anteriores y posteriores al trasplante, pero hasta el momento no han reemplazado a las técnicas celulares para la realización de la XM entre el donante y el receptor.

2.1. En los ensayos de ELISA, las moléculas HLA se inmovilizan, en una placa microtiter. Para el revelado se utiliza un segundo anticuerpo, que en general es una anti-IgG humana marcada enzimáticamente.

2.2. En los ensayos basados en microesferas, las moléculas HLA extraídas de líneas celulares o recombinantes se adhieren a la superficie de microesferas que se incuban con el suero problema. La técnica de Luminex® se basa en la utilización de microesferas de poliestireno impregnadas con diferentes proporciones de dos colorantes fluorescentes que permiten obtener hasta 100 poblaciones de microesferas distintas. El revelado se realiza con un anticuerpo secundario (generalmente anti-IgG) marcado con ficoeritrina, y la detección se lleva a cabo en un fluorocitómetro que tiene dos láseres, uno rojo que excita el colorante de las microesferas y otro verde que excita la ficoeritrina unida al anticuerpo secundario. Cada

microesfera emite dos señales diferentes: una relativa a su identidad y la otra a la unión del anticuerpo específico. El ensayo es semicuantitativo y los resultados se expresan como media de intensidad de fluorescencia (MFI).

6 Bibliografía

- Inmunología: Biología y Patología del sistema inmune / Jose R. Regueiro, Carlos López Larrea.-3ª ed.-Madrid: Medica Panamericana, 2008.
- Monitorización Inmunológica del Trasplante. Sociedad española de Inmunología / Manuel Muro Amador, Jaume Martorell Pons – Ed. ELSEVIER , 2015.
- Inmunobiología del Trasplante. Estudios inmunológicos del donante y del receptor del trasplante renal / Marcos Lopez Toyos, Juan Carlos Ruiz San Millan, David San Segundo Arribas. Emilio Rodrigo Calabria.
- <https://www.nefrologiaaldia.org>

Capítulo 1009

LAVADO PUNCIÓN - ASPIRACIÓN DE CALCIFICACIONES EN EL HOMBRO GUIADO POR ECOGRAFÍA DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TÉCNICO ESPECIALISTA EN IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO Y MEDICINA NUCLEAR (TSID Y MN).

NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ

ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO

BELEN GALAN ALVAREZ

ANDREA GONZALEZ GARCIA

1 Introducción

El diagnóstico de la tendinopatía calcificada de hombro debe basarse siempre en una buena anamnesis y una buena exploración física. La anamnesis del paciente es el primer paso en la evaluación de los síntomas del hombro. Puesto que las diferentes patologías pueden presentar síntomas similares y una anamnesis esclarecedora requiere que el examinador sea organizado y haga preguntas específicas y centradas.

La exploración física asociada a alguna prueba de imagen que permita la visualización del depósito cálcico, son fundamentales para un diagnóstico preciso. En cualquier patología del hombro, traumática o degenerativa y en calcificaciones, la primera prueba diagnóstica de imagen a realizar, es la radiografía simple. Ante la sospecha de una calcificación, habrá que efectuar una radiografía.

El diagnóstico de tendinopatía cálcica se confirma mediante las imágenes radiográficas de la calcificación, que se limita al tendón y por lo general no afecta al hueso. La evaluación radiológica también es importante en los estudios de vigilancia, ya que permite detectar los cambios de densidad y de extensión de los depósitos cálcicos. Además, nos permite tipificar la calcificación mediante diversas clasificaciones utilizadas universalmente y nos orienta hacia un determinado estadio evolutivo del depósito, por lo que atendiendo a los hallazgos radiológicos podremos realizar un pronóstico más acertado y un tratamiento más adecuado.

Entre las proyecciones que debemos incluir en un estudio de hombro doloroso se encuentra:

- La proyección antero-posterior (AP): en posición neutra, y también en rotación interna y externa, ya que los depósitos localizados en el supraespinoso son fácilmente visibles en radiografías realizadas en rotación neutra; los del infraespinoso y redondo menor en rotación interna; y los del subescapular en rotación externa.
- La proyección outlet del supraespinoso o también llamada del estrecho escapular, permite comprobar si el depósito cálcico provoca compresión. La rotura al interior de la bolsa asumirá la forma de una sombra semilunar sobre la calcificación real, que definirá con bastante exactitud la extensión de la bolsa.

La ecografía del hombro es, con mucho, la exploración más demandada dentro de la ecografía musculoesquelética. La ecografía se ha establecido como el método de imagen de elección, tras la radiografía simple, en la valoración inicial del hombro doloroso. Es muy sensible para la detección de calcificaciones, claramente superior a la resonancia magnética nuclear. Puede emplearse como prueba de imagen de elección para la detección de calcificaciones, o como arma terapéutica para guía de su punción-aspiración. Las calcificaciones en el manguito rotador, son hallazgos frecuentes en la ecografía del hombro. La localización más usual, es la inserción del tendón supraespinoso. Los depósitos cálcicos pueden visualizarse como áreas hiperecogénicas intratendinosas con sombra acústica posterior bien definida, débil o ausente. La ecografía es una técnica de imagen que podría ayudarnos a establecer la fase evolutiva del proceso de calcificación en que nos encontramos y por lo tanto a decidir establecer o no un tratamiento.

2 Objetivos

- Estudiar las calcificaciones en el hombro mediante las principales pruebas radiológicas complementarias.
- Analizar la técnica de la punción y lavado ecoguiado de las calcificaciones en el manguito rotador de hombro.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación científica bibliográfica en base de datos como: Medline, Elsevier, Scopus, Scielo así como a los diferentes portales radiológicos internacionales Radiology y Radiographics, teniendo acceso a varios artículos referentes al tema objeto de estudio. Se utilizaron los siguientes descriptores: hombro, proyecciones radiográficas, calcificación, tendón, manguito rotador, lavado, punción- aspiración, ecografía. Para la obtención de la búsqueda bibliográfica, se asociaron los descriptores mencionados anteriormente. Siendo incluidos artículos de investigación, capítulos de libros, guías hospitalarias y protocolos de actuación, publicados entre los años 2000 a 2019. Los criterios de inclusión que delimitaron la búsqueda, fueron todos aquellos documentos comprendidos entre el espacio de tiempo citado y que incluyeran dentro de su contenido temas relacionados con el lavado de las calcificaciones del hombro. Del mismo modo, los criterios de exclusión utilizados, fueron: la no utilización de documentos encontrados y que no hubiesen sido publicados en el periodo de tiempo citado, además de todos aquellos que no tuvieran relación con los contenidos de la investigación.

4 Resultados

La técnica del lavado ecoguiado en las calcificaciones de hombro consiste en la colocación de una aguja bajo anestesia local en el centro de la calcificación, de tal forma que mediante la inyección a presión de suero salino o anestésico se rompa la calcificación y se vacíe el material cálcico a la jeringa utilizada para el lavado.

Los pasos precisos de la técnica son los siguientes:

1. Localización de la calcificación bajo control ecográfico, desinfección de la piel e inyección de anestésico local con una aguja fina desde la piel hasta la bursa subacromial.

2. Colocación de una aguja de mayor calibre en el centro de la calcificación e inyección de suero o anestésico a presión hasta que se rompa, vaciándose gran parte del material cálcico a la jeringa. En el caso de salida de gran cantidad de material cálcico, es preciso en ocasiones cambiar de jeringa para continuar el lavado y vaciar la mayor parte del contenido cálcico de la calcificación.

3. Una vez finalizado el lavado, se realiza la infiltración ecoguiada de un antiinflamatorio en la bursa, porque es frecuente que una vez finalizado el procedimiento, prosiga el vaciamiento de material cálcico a la bursa a través de la fístula creada por la aguja, lo que puede producir una bursitis irritativa muy dolorosa.

5 Discusión-Conclusión

La ruptura y fragmentación de las calcificaciones depende en gran medida de la estructura de la misma. Se consigue romper la calcificación en aproximadamente 2/3 de los casos seleccionados. En algunos casos no se consigue un vaciamiento de la calcificación dada su consistencia, en cuyo caso y siempre que la clínica persista, puede estar indicado su vaciamiento bajo control artroscópico.

Después del procedimiento puede aumentar el dolor en las siguientes 48 horas por el vaciamiento del resto de la calcificación a la bursa a través del orificio creado por la aguja. Es por ello recomendable durante los 2 días siguientes al procedimiento, un tratamiento antiinflamatorio y analgésico. Para disminuir este dolor generalmente se realiza al final del procedimiento, la inyección de un antiinflamatorio esteroideo en la bursa subacromial. Es frecuente una reagudización del dolor entre el 1 y 2 mes después del tratamiento que puede requerir nueva infiltración en la bursa.

6 Bibliografía

- Bueno A, Sanz A. Ecografía del hombro. Anatomía y sistemática de exploración. En: Bueno A, Del Cura JL, editores. Ecografía musculoesquelética esencial. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 25–38.
- Fontoira E, García P, Bueno A. Ecografía del hombro. Patología. En: Bueno A, Del Cura J.L, editores. Ecografía Musculoesquelética Esencial. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 39–61.
- Mattheos S, Miller S, Curtis A, Grannatt K. Tendinitis calcificante. En: Ryu R, editor. AANA Artroscopia avanzada. El hombro. Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 295– 302.

- Miller R, Dlabach J. Lesiones del hombro y del codo. En: Canale ST, Beaty JH, Daugherty K, et al, editores. Capbell. Cirugía Ortopédica. Volumen 3. 11ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2010. p. 2601-2654.
- Valerius K.P, Frank A, Kolster B et al. Extremidad superior. Musculatura de la cintura escapular. En: Valerius K.P, Frank A, Kolster B et al. El libro de los músculos. Anatomía/ Exploración/ Función. Barcelona: Ars Médica; 2009. 21-140.
- Rockwood CA, Jensen KL. Evaluación radiológica de los problemas del hombro. En: Rockwood CA, Matsen F, Wirth M, et al, editores. Hombro. 2a ed. México: McGrawHill Interamericana; 2000. p. 196–228.

Capítulo 1010

PRL: INFECCIONES NOSOCOMIALES, NORMAS DE HIGIENE PARA TODO EL PERSONAL DEL HOSPITAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

ROSANA VALDÉS

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se adquieren durante la estancia en un hospital, bien sea como paciente o como trabajador del medio hospitalario. Para que podamos hablar propiamente de este tipo de infecciones, es necesario que no estuviesen presentes con anterioridad al ingreso y se pueden considerar como tales aquellas que se manifiestan hasta 48 horas después del ingreso.

Los trabajadores del centro hospitalario también pueden ser víctimas de este tipo de infecciones e incluso transmisores de las mismas. Cuando todos los profesionales implicados en el trato con pacientes del medio hospitalario cumplen una serie de medidas preventivas se consigue reducir considerablemente el número de casos de enfermedades adquiridas de este modo. La OMS considera que: "en los países desarrollados más de un 7% de los pacientes que ingresa en un centro

sanitario y un 10% de los que lo hacen en los países en vías de desarrollo van a adquirir al menos una IAAS”.

2 Objetivos

Describir las distintas medidas de prevención que se pueden aplicar para reducir las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Como método de trabajo empleamos una amplia revisión teórica de distintas fuentes entorno al tema de las enfermedades nosocomiales y su relación tanto con los pacientes del hospital como con los trabajadores del mismo. Se emplean como motores de búsqueda diversos artículos, libros y páginas web de organismo oficiales e igualmente se hace una exhaustiva revisión bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Cuidagte, Enfispo, Pubmed y Lilacs. Hemos empleado palabras clave y tesauros relativos al tema a estudio y con este método conseguimos acceder a unos 15 documentos de los que hemos escogido unos 4 para plasmar la información que nos ha parecido más útil para elaborar el presente capítulo.

4 Resultados

Según el informe emitido en 2008 sobre la Reunión para la Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria, emitido por la Organización Mundial de la Salud, un buen programa de Prevención y Control de Infecciones debe llevar 8 tipos de actividades que harán que sea de una calidad óptima.

En primer lugar debe existir una estructura responsable con personal técnico cualificado y con dedicación exclusiva. En segundo lugar se deben elaborar unas directrices de prevención adaptadas al medio en que nos encontremos. En tercer lugar se capacitará al personal implicado en todo el proceso asistencial impartiendo la formación adecuada. En cuarto lugar deberemos vigilar la evolución de las infecciones y el cumplimiento de la normativa que hemos establecido para su prevención. En quinto lugar daremos prioridad a normalizar el laboratorio de microbiología estableciendo unas normas de bioseguridad. En sexto lugar se establecerán unos requisitos mínimos en el medio físico que comentaremos más extensamente a continuación. En séptimo lugar haremos un seguimiento y una

evaluación de los resultados de los programas que hemos establecido. Y por último estableceremos un vínculo entre los servicios de salud pública y el resto de medios implicados y afectados.

Como indicamos anteriormente, entre las medidas que debemos tener en cuenta para garantizar una buena profilaxis de las IAAS se encuentran por un lado las medidas de higiene estándar como pueden ser: fundamental el lavado de manos, limpieza del hospital, el lavado de la lencería que se usa en camas, batas, etc y el uso tanto de desinfectantes como de antisépticos. También se deberá hacer periódicamente una desinsectación y desratización del centro sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las IAAS o Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria o también llamadas infecciones nosocomiales son de gran importancia en el medio hospitalario tanto para los pacientes del mismo como para los trabajadores que desempeñan su labor en el hospital. Aunque en tiempos no muy lejanos se consideraban infecciones no deseadas pero inevitables, recientemente en todos los hospitales se implantan medidas de profilaxis de obligado cumplimiento que hacen que mejore de manera considerable la calidad asistencial y se reduzcan al mínimo los efectos de estas adversos que en muchos casos conducían al aumento de casos de morbilidad y mortalidad.

6 Bibliografía

- Fernández, F. J. L. (Ed.). (1998). Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos.
- Llanos-Méndez, A., Díaz-Molina, C., Luis Barranco-Quintana, J., García-Ortúzar, V., & Fernández-Crehueta, R. (2004). Factores que influyen sobre la aparición de infecciones hospitalarias en los pacientes de cuidados intensivos. *Gaceta Sanitaria*, 18(3), 190-196.
- Montalvo Varela, V. M. (2013). Estandarización de los procesos de lavado de prendas de uso hospitalario, a fin de evitar la propagación de enfermedades infecto contagiosas.
- Pérez, V., & Amador, J. 3.4. Lavado de la ropa hospitalaria. Y control de la infección nosocomial, 53.

Capítulo 1011

RECONSTRUCCIÓN DE UNA IMAGEN DE RESONANCIA MAGNÉTICA

LAURA BLANCO PANCORBO

1 Introducción

La resonancia magnética tiene la ventaja de realizar cortes en cualquier dirección del espacio, los pulsos de radiofrecuencia de la resonancia magnética afectan todo el cuerpo del paciente inclinándose el vector de magnetización de todos los tejidos del paciente que estén expuestos.

Para formar una imagen de resonancia magnética, hay que definir un corte aplicando pulsos selectivos de radiofrecuencia y también hay que separar las señales que vienen de los vóxel para asignar el tono o la densidad.

Para entender la reconstrucción de la imagen debemos relacionar la frecuencia con la intensidad del campo magnético. Los protones que hay dentro del cuerpo del paciente tienen que ser distintos para que el campo magnético no sea constante en todo el volumen de la muestra.

La variación del campo magnético se consigue usando bobinas de gradiente, de esta manera el campo magnético es más fuerte en unas zonas que en otras. Estos gradientes se pueden colocar en cualquier dirección del espacio, por ello obtenemos imágenes en cualquier plano sin tener que mover al paciente.

Obtenemos cortes coronales colocando una antena en la parte anterior del paciente y otra antena en la parte posterior del paciente, sin necesidad de moverlo. Para obtener cortes sagitales. Cuando se realiza un estudio de resonancia magnética se genera una imagen del paciente en los tres planos y luego ya se selecciona el plano en el que se quieren obtener las imágenes.

2 Objetivos

- Conocer los pasos para la obtención de una imagen de resonancia magnética.
- Estudiar la manera de reconstruir una imagen.

3 Metodología

Se ha desarrollado una revisión bibliográfica sistemática, buscando la información relacionada con, resonancia magnética, bobinas, reconstrucción de imagen, pixel.

4 Resultados

La imagen se reconstruye y se llama matriz, que es un conjunto de píxeles. La matriz utilizada en resonancia magnética es de 246cm x 246cm. Cuantos más píxeles tenga la matriz mayor será la resolución de la imagen. La imagen se ve plana, pero es un conjunto de vóxeles.

Un corte emite señales, esas señales son la suma de todos los vóxeles del corte, para la reconstrucción hay que separar la información de cada vóxel aplicando un sistema de gradientes magnéticos. Estos gradientes se aplican en la relajación del corte.

Los pasos a seguir para la reconstrucción de la imagen de resonancia magnética son los siguiente: hay que programar los valores adecuados e indicar en el ordenador el tamaño de la matriz, el plano que se quiere, número de cortes, el grosor de esos cortes, hay que crear un gradiente de selección de corte, hay que enviar los pulsos de radiofrecuencia, cuando llega la fase de relajación hay que aplicar el gradiente de codificación de frecuencia y finalmente se recoge la señal que va a generar la imagen.

5 Discusión-Conclusión

Al realizar un estudio de resonancia magnética el objetivo es obtener una buena imagen con buena señal, buen contraste, buena resolución y no emplear demasiado tiempo en la prueba, para evitar que el paciente desarrolle ansiedad o inquietudes al desarrollar la prueba.

Hay que tener en cuenta que los factores que favorecen a la calidad de la imagen son los siguientes, relación señal/ruido, relación contraste/ruido, la resolución espacial y el tiempo de adquisición. La relación de la señal y la amplitud media del ruido es recogida por la misma antena. El ruido es un inconveniente en la imagen de resonancia magnética ya que afecta en la calidad de la imagen empeorándola.

La relación de contraste y el ruido, es la diferencia de señal que hay entre dos áreas de estudio distintas.

En una imagen hay contraste si hay áreas de alta y baja intensidad de señal. La resolución espacial facilita ver estructuras anatómicas de pequeño tamaño. El movimiento del paciente no facilita la buena adquisición de imágenes, por ello cuanto menos tiempo de adquisición menos movimiento habrá por parte del paciente.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003335.htm>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 1012

APLICACIONES DEL TC EN EL DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA

BELEN GALAN ALVAREZ

ANDREA GONZALEZ GARCIA

NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ

ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO

1 Introducción

La diverticulosis es una patología muy frecuente que está presente en hasta un 70% de pacientes mayores de 80 años, sobre todo a nivel del colon sigmoide, y su prevalencia está en aumento debido al estilo de vida. La inflamación de estos divertículos, diverticulitis aguda, es una de las causas frecuentes de abdomen agudo en los servicios de urgencias, por lo que todo radiólogo debe estar familiarizado con esta patología. Aproximadamente, de un 10-25% de los pacientes con diverticulosis desarrollarán al menos un episodio de diverticulitis aguda a lo largo de su vida.

La diverticulitis aguda ocurre por la obstrucción de la luz de uno o varios divertículos lo que ocasiona la proliferación de bacterias (aerobias y anaerobias) y la consecuente inflamación. Factores de riesgo relacionados con la presencia

de divertículos y la diverticulitis aguda son la edad, dieta baja en fibra y rica en carbohidratos, poca actividad física y el estreñimiento. Suele presentarse en pacientes de edad avanzada, pero en los últimos años ha aumentado su incidencia en pacientes menores de 50 años.

Clasificación:

- Formas no complicadas (70%).
- Formas complicadas (30%): Abscesos, perforación, pileflebitis, obstrucción intestinal, hemorragia o fistulización, que deben ser tratadas de forma temprana para disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad asociada a esta patología.

Diagnóstico:

El diagnóstico clínico es poco preciso ya que la triada clásica (dolor en FII, fiebre y leucocitosis) sólo se encuentra en un 25% de los casos, de ahí la importancia del diagnóstico por imagen (ecografía o TC).

Ecografía: La ecografía suele ser la primera prueba a realizar por su bajo coste y debido a que es inocua y no es invasiva. Debería ser de primera línea en mujeres en edad fértil, pacientes jóvenes y diagnóstico dudoso.

Criterios diagnósticos por ecografía:

- Engrosamiento mural de un segmento corto del colon con presencia de divertículos inflamados.
- Cambios en la ecogenicidad de la grasa adyacente.

Si se sospecha diverticulitis complicada debería realizarse TC.

Tomografía computarizada (TC): Confirma el diagnóstico y nos ayuda a realizar un estadiaje en los pacientes con diverticulitis aguda complicada, importante para la toma de decisiones terapéuticas y que puedan llevarse a cabo de una manera temprana (Tratamiento médico, drenaje percutáneo o cirugía). La mayoría de las guías sugieren que sea la primera prueba a realizar en caso de sospecha de diverticulitis aguda, sobre todo si puede ser complicada.

Entre las ventajas de esta prueba de imagen estarían:

- Mayor reproductibilidad.
- Operador independiente.
- Sensibilidad 90% y precisión en el diagnóstico de diverticulitis aguda del 98-99%
- Detección de complicaciones S 91-100% y E 97%.

Durante décadas, la clasificación de Hinchey por TC se ha utilizado para categorizar las formas complicadas de diverticulitis aguda en cinco estadios, con impli-

cación en el tratamiento y pronóstico del paciente. Han ido surgiendo distintas modificaciones de la clasificación inicial hasta la aceptada actualmente:

I: La enfermedad se localiza adyacente al colon.

- Ia: Inflamación pericólica: engrosamiento de la pared del colon con cambios inflamatorios en los tejidos circundantes, sin presencia de colecciones líquidas.

- Ib: Absceso pericólico/mesocólico: la más presencia de absceso adyacente a la zona inflamatoria. Se incluye perforación contenida.

II: Absceso pélvico, a distancia intraabdominal o retroperitoneal.

III: Peritonitis purulenta: presencia de gas extraluminal, líquido libre localizado o generalizado.

IV: Peritonitis fecaloidea: mismos hallazgos que el estadio III. Es muy difícil diferenciar un estadio III del IV en el TC.

Tratamiento.

El manejo de la diverticulitis aguda ha cambiado en los últimos años debido a la mejora de las pruebas de la imagen y al desarrollo de tratamientos no quirúrgicos. Diverticulitis no complicada. En las diverticulitis no complicadas hay controversia sobre si es necesario la utilización de antimicrobianos, en pacientes inmunocompetentes. En caso de ser necesario, es de elección la vía oral. En caso de pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidades es de elección la terapia antimicrobiana por vía intravenosa.

Diverticulitis complicada localizada.

Pacientes con hallazgos por imagen de estadios Ia deben ser tratados con antibioterapia intravenosa.

Absceso diverticular (Estadios Ib y II de la clasificación de Hinchey). Dependiendo del tamaño del absceso puede realizarse tratamiento con antibioterapia sólo o combinada con drenaje percutáneo. Abscesos menores de 4-5 cm pueden solucionarse con tratamiento médico sin necesidad de tratamiento intervencionista. Mayores de 4-5 cm sería necesario el drenaje percutáneo combinado con los antimicrobianos.

Tratamiento peritonitis generalizada (Estadios III y IV de la clasificación de Hinchey).

Hasta un 25% de los pacientes con diverticulitis aguda pueden requerir intervención quirúrgica urgente por peritonitis. En estos pacientes es de elección resucitación con fluidos, antibioterapia intravenosa e intervención quirúrgica urgente. En algunos casos seleccionados, sobre todo en pacientes hemodinámicamente estables, puede iniciarse manejo conservador, aunque el riesgo de fracaso

y de requerir cirugía urgente es elevado. En este caso sería necesario realizar pruebas de imagen de control y monitorización del paciente.

La elección de la cirugía (resección y anastomosis o cirugía de Hartman) depende de las características del paciente.

2 Objetivos

Conocer las aplicaciones de la Tomografía Computarizada (TC) y de la clasificación de Hinchey en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la diverticulitis aguda.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es necesaria una correcta evaluación de los pacientes con sospecha de diverticulitis aguda teniendo en cuenta los hallazgos clínicos, de laboratorio y las pruebas de imagen y así poder determinar el mejor tratamiento para cada paciente. El diagnóstico clínico exclusivo es poco preciso en caso de sospecha de diverticulitis aguda. La TC es una buena herramienta para el diagnóstico por imagen de la diverticulitis aguda y detectar las posibles complicaciones asociadas. La ecografía puede ser una alternativa inicial debido a su accesibilidad y completar con TC en caso de hallazgos no concluyentes o sospecha de diverticulitis complicada.

5 Discusión-Conclusión

Dada la elevada prevalencia de la diverticulitis aguda y las potenciales complicaciones asociadas es importante el conocimiento de la misma y la utilidad de

clasificaciones, como la de Hinchey, para optimizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

6 Bibliografía

- radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=diverticulitis.
- merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/diverticulitis-colonica.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 1013

HEMOCROMATOSIS Y SU IMPORTANCIA DIAGNOSTICA .

VANESA BLANCO ESPEJO

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

La hemocromatosis es una enfermedad producida por una sobrecarga de hierro en el organismo. El hierro es necesario, porque es un metal imprescindible para la vida pero, como suele suceder, si se da en exceso resulta muy nocivo y tóxico para nuestro organismo.

2 Objetivos

- Saber que tipo de hemocromatosis es la que esta desarrollando el paciente, ya que hay dos tipos existentes:

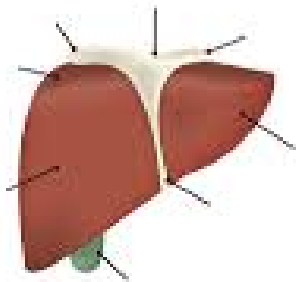
Hemocromatosis hereditaria, genética o primaria: es aquella que se produce por la mutación de un gen (HFE).

Hemocromatosis secundaria: está producida habitualmente por la acumulación de hierro procedente de transfusiones sanguíneas.

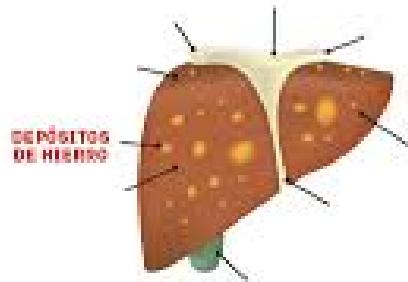
Se suele presentar en aquellos pacientes que lo requieran como parte de su tratamiento por otras patologías, como por ejemplo, por padecer anemias crónicas muy graves. Este segundo tipo de hemocromatosis también se produce por una absorción inadecuada y en exceso del hierro procedente de la dieta.

HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA

SALUDABLE



SOBRECARGA DE HIERRO



3 Metodología

Normalmente, la primera manifestación suele ser a nivel analítico con niveles altos de ferritina y del índice de saturación de transferrina, generalmente de forma fortuita, ya que es una patología que no suele dar afectación clínica manifiesta hasta pasado bastante tiempo. Los varones suelen presentar síntomas antes que las mujeres, las mujeres en concreto no empiezan a notar síntomas hasta pasada la menopausia.

Otros factores que influyen en la aparición más o menos temprana son el consumo de alcohol o las infecciones.

Los síntomas frecuentes de la hemocromatosis son:

- Dolor articular y abdominal.
- Fatiga.
- Debilidad.

Una vez se desarrolla la enfermedad también pueden aparecer:

- Pérdida de deseo sexual.
- Insuficiencia cardíaca y hepática.
- Diabetes.

4 Resultados

Para diagnosticar con resultados una hemocromatosis se requieren de diferentes pruebas.

La primera alarma es la analítica en la cual aparecerán los niveles de ferritina altos, tenemos también que contar con el factor hereditario del paciente. Tras confirmar esos niveles se procedería a realizar las pruebas pertinentes como es una de gran importancia en el diagnóstico:

- La RM es una técnica que permite la evaluación de la sobrecarga férrica en órganos diana como el hígado y el corazón de forma no invasiva.

La técnica precisa un aparato generador de un elevado campo magnético. Recientemente se ha diseñado un software capaz de permitir la evaluación del hierro hepático por cualquier aparato de RM de potencia mínima 1.5 T que ha sido un avance importante en su diagnóstico. Se analizarían los puntos donde están los ROI en la imagen adjunta.

5 Discusión-Conclusión

Si la hemocromatosis no se diagnostica con el tiempo suficiente se podrían desarrollar otro tipo de enfermedades como pueden ser: cirrosis hepática, cáncer de hígado, artritis, afectaciones cutáneas... Por eso su importancia de diagnóstico temprana y proceder al tratamiento adecuado farmacológico y lo más importante es dieta, el ejercicio físico y la abstención de bebidas alcohólicas.

Lo primero que tiene que aprender una persona con diagnóstico de hemocromatosis es a llevar una dieta equilibrada y saber qué alimentos son los "prohibidos" y cuáles sus aliados.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1014

FRACTURAS POR STRESS

VANESA BLANCO ESPEJO

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

Una fractura por estrés es una pequeña rotura en el hueso. En una fractura por estrés, se desarrolla una fisura delgada debido a una fuerza repetitiva, normalmente causada por sobrecarga. La mayoría de las fracturas por estrés ocurren en los huesos del pie y la parte inferior de la pierna, que llevan el peso del cuerpo.

2 Objetivos

La ausencia de traumatismo previo y la normalidad inicial en la radiología simple dificultan el diagnóstico en el servicio de Urgencias y de atención primaria. Siempre se debe preguntar al paciente si es habitualmente deportista, ya que este tipo de lesiones son muy frecuentes en atletas.

3 Caso clínico

Varón de 38 años que acude al servicio de Urgencias por referir dolor profundo dentro del pie en la zona del 2º y 3º metatarso del pie e hinchazón evidente, sin traumatismo previo. Se le realizan las pruebas pertinentes diagnósticas de RX en las cuales no se ve ninguna irregularidad, en cambio el paciente refiere que es atleta desde hace años lo que hace presagiar al médico que quizás necesite otro tipo de prueba diagnóstica más completa que los RX y es derivado al traumatólogo.

4 Resultados

El especialista le realiza un RM en la cual se demuestra que tiene una fractura por stress , sin la resonancia magnética seria casi imposible diagnosticar una pequeña fractura por stress dentro de un hueso, ya que en las radiografías simples suelen pasar desapercibidas por completo a no ser que estén comenzando a curarse. Una fractura por estrés toma de 6-8 semanas para curarse, así que es importante parar de hacer las actividades que causaron la fractura. Siempre habrá que hacer controles evolutivos de la lesión antes de comenzar a realizar actividades que desenlazaran en esa fractura.

5 Discusión-Conclusión

En este caso es fundamental saber muy bien la historia clínica del paciente ya que podría pasar desapercibida y que la fractura se llegara a desplazar y tendría un pronostico peor. Si ha padecido más fracturas de este tipo y demás antecedentes. En este caso ante la duda y el dolor referido siempre es recomendado hacer una Resonancia Magnética que es la que nos va a aportar toda la información necesaria para este tipo de diagnóstico.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1015

LA RADIOLOGÍA PORTÁTIL: TORAX Y ABDOMEN

RAQUEL ALONSO ALONSO

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

AIDA GOMEZ COYA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La radiología portátil se realiza con equipos móviles y se desarrolla principalmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), urgencias y quirófano.

Las características principales:

- Se trabaja fuera del servicio de radiología.
- Equipos específicos: portátiles o arcos en C.
- Ambientes con problemas de espacio y maniobrabilidad, estériles y con gran importancia la radioprotección. El delantal plomado debe exigirse a todo el personal expuesto a los rayos x.

Los equipos portátiles se componen principalmente de:

- Tubo de RX.
- Generador.
- Consola para seleccionar los factores de exposición.

- Brazo articulado.
- Colimador.
- Disparador.
- Sistema de transporte.
- Receptor digital o convencional.

Las radiografías que se adquieren con equipos portátiles son: Rx tórax, Rx abdomen y esqueléticas.

Principales indicaciones de RX tórax portátil:

- Evaluación de elementos invasivos.
- Evaluación de derrame pleural o neumotórax.
- Sospecha de neumonía.
- Control de edema pulmonar.

Principales indicaciones de la radiografía de abdomen portátil (RAP):

- Valoración de elementos invasivos.
- Evaluación de neumoperitoneo.
- Sospecha de obstrucción intestinal
- Sospecha de cuerpo extraño intraabdominal.

Para la realización de la radiología portátil cubriremos el receptor para evitar el contacto directo con la piel por motivos de higiene y facilitar la manipulación. Se ajustarán los parámetros en la consola según la proyección a realizar poniendo el tubo a la distancia necesaria para la misma. Se revisa al paciente retirando los objetos que puedan incluirse en el campo de exploración. No se puede obviar la radioprotección al paciente siempre que sea posible.

Para la radiografía portátil de tórax (RPT) se coloca el receptor de imagen de 35*43 levantando ligeramente al paciente y situándolo en contacto con su espalda. Situar el plano mediosagital del tórax en el centro del receptor. Los hombros han de quedar a unos 4 cm por debajo del borde del receptor. Se aconseja que el paciente extienda ligeramente el cuello para evitar la superposición de la mandíbula en los vértices pulmonares, asegurarse de que no haya rotación y que el plano coronal del paciente sea lo más paralelo posible al receptor. El haz de rayos x se centrará de 7 a 10 cm por debajo de la incisura yugular, y se alzarán ligeramente la cama o de inclinará caudalmente el tubo 3-5 grados para conseguir un plano perpendicular al esternón. Se realizará en sedestación siempre que sea posible. Se adquiere al final de la inspiración. Se incluirán ambos campos pulmonares en la exploración.

Para la radiografía de abdomen portátil (RAP): paciente en decúbito supino con el receptor debajo centrado en crestas ilíacas al igual que el haz de rx. Y con el plano sagital del abdomen. Se adquiere al final de la espiración. Se ha de incluir todo el abdomen en la exploración sin rotaciones.

Proyecciones adicionales:

- RTP lateral en inspiración con rayo horizontal: sospecha de derrame no visible en AP. Apoyar el lado afectado.
- RTP lateral en espiración: sospecha de neumotórax no visible en AP. Apoyar sobre lado sano.
- RAP en decúbito lateral con rayo horizontal: sospecha de neumoperitoneo en paciente grave movilizable.
- RAP en supino y rayo lateral: sospecha de neumoperitoneo en paciente grave no movilizable.



2 Objetivos

Manejo clínico de pacientes en los casos que no sea posible su traslado a las instalaciones de radiología. Son de adquisición rápida y sus hallazgos suelen determinar decisiones terapéuticas inmediatas e importantes.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- La radiografía de tórax en la unidad de cuidados intensivos. Jordi Galimany Masclans, Raquel Berlanga Olalla, Juan Carlos Pernas Canadell. *Imagen Diag.* 2013; 4: 13-9.
- Radiología básica: Aspectos fundamentales, 3e. Herring. 2016.
- Radiografía portátil – Slideshare. Disponible en: <https://es.slideshare.net>

Capítulo 1016

TAC DE ARTERIAS PULMONARES EN LA PATOLOGÍA DEL TROMBOEMBOLISMO

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

ROSA MAR NIETO MORAN

FRANCISCA TORRU BEJAR

1 Introducción

Un TEPA (tromboembolismo pulmonar agudo) consiste en la obstrucción del flujo sanguíneo arterial pulmonar por embolismo de un coágulo. Su incidencia es variable dependiendo de la fuente analizada, la mayoría de los datos existentes son de pacientes hospitalizados.

La presentación clínica tiene un puede variar, desde asintomática, hasta un shock cardiogénico con muerte súbita debido a fallo ventricular derecho agudo. De forma reciente se ha empleado al dímero D como un ensayo de laboratorio útil y con un gran valor predictivo negativo en el diagnóstico de TEP. Los esquemas de clasificación actuales recomiendan guiarse en parámetros clínicos, de laboratorio e imagen. El TAC o tomografía axial de tórax actualmente es el método diagnóstico más empleado para la confirmación de TEP, sin embargo, el estándar sigue siendo la arteriografía.

La angiografía pulmonar por tomografía computarizada coronaria (TAC) ha sido adoptada rápidamente para la evaluación de la enfermedad coronaria (EC) y la presencia de un trombo en el torrente circulatorio coronario en los pacientes con dolor torácico agudo, que refieren también clínica asociada de dificultad respiratoria o dolor en hemitórax uni o bilateral.

El rendimiento diagnóstico de la angiografía por TAC depende en cierta medida de la prevalencia de la EC, y se observa una mayor exactitud (con cifras de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo del 95, el 83, el 64 y el 99%, respectivamente) en pacientes sin EC previa conocida. En cambio, la severidad cuantitativa de las lesiones en la angiografía no se traduce directamente en el grado de estenosis en la angiografía invasiva, posiblemente porque la angiografía tiene una flexibilidad muy superior en la evaluación de las lesiones desde múltiples ángulos de visión, y ello permite aclarar con facilidad la extensión de la enfermedad en segmentos que presentan afección difusa.

La mayoría de pacientes que acuden a un servicio de urgencias con características dolorosas en el tórax, sensación de fatig, una analítica alterada, principalmente el parámetro del dímero D, el cuál es un producto de degradación de la proteína fibrina detectado cuando el trombo, en un proceso de coagulación, es proteolizado por la plasmina. Es llamado así porque contiene dos fragmentos D de fibrina entrecruzados, son sometidos a un TAC de arterias coronarias para descartar el tromboembolismo. Los técnicos en radiodiagnóstico son los encargados de realizar esta prueba en todo su proceso para el posterior diagnóstico clínico por parte del radiólogo.

Los técnicos en radiodiagnóstico deben de conocer todo el proceso, desde la colocación del paciente, el ritmo de infusión del contraste necesario para la exploración de las coronarias, la colocación del scanner y el momento de inyección del contraste para una máxima visualización del recorrido coronario a estudiar.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste la prueba.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos científicas mediante el

uso de descriptores de la salud y se han elegido varios artículos para incluir en el trabajo. Artículos en castellano y de lengua inglesa de bases científicas sanitarias.

4 Resultados

Para las exploraciones por TC, múltiples fuentes de haces de rayos X y detectores de rayos X giran alrededor del cuerpo a alta velocidad. Las fuentes de haces de rayos X envían varios pequeños haces de rayos X de alta energía a través del cuerpo. Los detectores captan aquellos rayos X que atraviesan y salen del cuerpo. Durante el examen, la persona estará sobre una camilla que se mueve a través del explorador de TC de manera tal que los haces de rayos X puedan examinar diferentes áreas del cuerpo. Luego, una computadora rápida tomará la información generada por el explorador para producir imágenes del cuerpo. La computadora procesa un volumen grande de datos de la exploración por TC para crear imágenes bi o tri-dimensionales del cuerpo.

Los radiólogos analizarán estas imágenes utilizando sofisticados programas de computación y monitores de alta calidad para detectar enfermedades en el cuerpo. Las imágenes por TAC a veces se comparan con mirar dentro de un pan que se corta en finas rodajas. Cuando las finas imágenes son rearmadas por medio de un software informático, el resultado consiste en una visualización tridimensional (3D) muy detallada del interior del cuerpo.

Cuando se introduce un material de contraste en el torrente sanguíneo durante el procedimiento, dicho material define con claridad los vasos sanguíneos que se examinan haciendo que aparezcan de color blanco brillante.

Durante el procedimiento un enfermero insertará un catéter intravenoso (IV) dentro de una vena, generalmente, de la mano o del brazo. El técnico comienza colocando al paciente en la mesa de examen de TAC, generalmente boca arriba. Es posible que se utilicen correas y cojines para ayudar en que se mantenga una posición correcta y para ayudar a que permanezca inmóvil durante el examen. Una bomba de inyección automática conectada a la línea IV inyectará material de contraste a una velocidad especificada. En algunos casos, especialmente en niños y en pacientes con venas frágiles o pequeñas, el contraste se podría inyectar a mano usando una jeringa. Durante la exploración, la mesa se ubicará en el punto de partida de la toma de imágenes y se moverá relativamente rápido, a través de la abertura de la máquina, a medida que se realiza la exploración por TC. Una exploración lleva aproximadamente entre uno a dos minutos, pero se podrían necesitar de varias exploraciones.

Si se utiliza material de contraste intravenoso, el paciente sentirá un pinchazo cuando se inserta la aguja en su vena. Podría sentir calor o enrojecimiento mientras se inyecta el medio de contraste. También podría tener un gusto metálico en su boca. Se le pasará. Podría experimentar una sensación como de que tiene que orinar. Sin embargo, la sensación se debe al efecto del contraste y se pasa rápidamente.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, la angiotomografía de la vasculatura pulmonar es actualmente el estudio de elección para el diagnóstico de TEP debido a su alta sensibilidad y especificidad, no es operador dependiente y su interpretación es relativamente sencilla; permite además valorar el parénquima pulmonar y estructuras torácicas en búsqueda de otras causas que expliquen el cuadro clínico del paciente.

En caso de probabilidad clínica baja una tomografía computarizada (TAC) negativa es suficiente para excluir el diagnóstico, sin embargo para el raro caso de que en probabilidad clínica alta el estudio sea negativo no está bien establecida la necesidad de otros métodos.

6 Bibliografía

- Di Nisio M, Squizzato A, Rutjes AW, et al. Diagnostic accuracy of D-dimer test for exclusion of venous thromboembolism: A systematic review. *J Thromb Haemost* 2007;5:296-304.
- Miniati M, Prediletto R, Formichi B, et al. Accuracy of clinical assessment in the diagnosis of pulmonary embolism. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;159:864-871
- Juan Carlos Claro, René Baudrand, Cristián Baeza, Luz María Letelier. Angio-TAC como método de diagnóstico y decisión quirúrgica en el tromboembolismo pulmonar crónico. Discusión a propósito de un caso. *Rev Méd Chile* 2005; 133: 565-569.

Capítulo 1017

EL USO DE LAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES IMPLANTADOS

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

ROSA MAR NIETO MORAN

FRANCISCA TORRU BEJAR

1 Introducción

En este artículo se hablará de forma general de la existencia de los dispositivos implantables subcutáneos y de la ayuda de las técnicas en radiología para la colocación de catéteres implantados de varios tipos, a la vez que se explicará la importante función que tienen los técnicos en radiodiagnóstico en este proceso, que de forma interdisciplinar junto al resto de equipo sanitario logran una mayor eficacia en la colocación de estos dispositivos.

Los catéteres implantables son dispositivos de larga duración que nos permiten y facilitan el trabajo principalmente a la hora de poner tratamiento a pacientes con patologías complicadas y de difícil acceso venoso periférico. Estos dispositivos han experimentado una evolución tecnológica importante de manera que actualmente permiten su utilización de forma repetida, en régimen ambulatorio y para diferentes aplicaciones médicas, (administración de nutrición parenteral, administración de medicamentos o para la simple extracción de muestras sanguíneas).

Gracias a esta evolución tecnológica, se ha incrementado la calidad de vida de los pacientes tanto por la mayor facilidad de utilización, como en la reducción del número de ingresos hospitalarios, mejorando así su balance coste/beneficio.

Al igual que en cualquier otra técnica médico-quirúrgica, no están exentos de complicaciones derivadas bien del implante, utilización o mantenimiento en el tiempo de estos dispositivos. Los sistemas totalmente implantables consisten en unos catéteres de silicona o poliuretano cuyo extremo distal se posiciona en el punto de unión de la vena cava superior con la aurícula derecha, cuyo extremo proximal se conecta a un dispositivo insertado en un bolsillo subcutáneo, confeccionado con material de titanio o plástico y posicionado generalmente en la pared anterior del tórax. Esto proporciona un acceso sencillo, seguro y permanente al sistema vascular para la realización de tratamientos endovenosos prolongados.

El uso de una guía ecográfica en estas operaciones ha demostrado ser de gran eficacia. Reduce las complicaciones inmediatas de las inserciones de los catéteres para hemodiálisis, como el neumotórax o la punción arterial. Se identificaron siete estudios que incluyeron más de 700 pacientes y compararon la inserción del catéter para hemodiálisis mediante el método tradicional sin uso ecográfico, con puntos de referencia con la inserción mediante ecografía.

Se encontró que el uso de la guía ecográfica se asoció significativamente con un menor riesgo de punción arterial y hematomas y con un menor tiempo para insertar el catéter, así como con una mayor tasa de éxito para insertar el catéter en el primer intento.

2 Objetivos

- Conocer la existencia de los dispositivos implantables subcutáneos, su función, su implantación, y en qué pacientes se utilizan.
- Resaltar la importante función del servicio de radiología en el proceso de implantación y revisión del dispositivo.
- Conocer y explicar el papel del técnico de radiodiagnóstico en el proceso, que se explica a continuación.

El uso de la guía ecográfica Doppler 2-D en tiempo real tiene efectos beneficiosos significativos con respecto al número de catéteres insertados con éxito en el primero intento, la reducción del riesgo de punción arterial y de hematomas y el tiempo utilizado para la punción exitosa de la vena. Esta se realiza mediante un

equipo multidisciplinar formado por diferentes servicios y en el que se precisa de la colaboración de técnicos de radiodiagnóstico, no solo en la implantación sino también en posteriores revisiones del dispositivo y su funcionamiento. Las técnicas de imagen utilizadas más comúnmente durante su posicionamiento son los ultrasonidos y la fluoroscopia.

Existen múltiples complicaciones: infección, vaina de fibrina, trombosis, rotura del catéter, acodamiento. Una de las más comunes y menos agresivas para el paciente es el desplazamiento del dispositivo, el cual mediante radiografía y ecografía se puede diagnosticar de forma no invasiva para prevenir mayores problemas.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas mediante el uso de descriptores de la salud como palabras clave y se han elegido varios artículos para incluir en el trabajo. Artículos en castellano y en inglés bastante actuales, desde el 2008 hasta la actualidad.

4 Resultados

Se ha demostrado en diversos artículos y estudios la efectividad del uso de técnicas radiológicas en la implantación de catéteres subcutáneos de cualquier tipo, evitando muchas complicaciones que surgen cuando se realiza de forma anatómica sin uso de ecografías ni fluoroscopias. La ecografía proporciona información morfológica y funcional con rapidez, fiabilidad y de forma no invasiva, que ayuda a decidir la realización de tratamiento percutáneo o quirúrgico.

5 Discusión-Conclusión

El técnico de radiodiagnóstico no solo está presente en los quirófanos ayudando de forma presencial en la técnica del implante sino que ayuda en todo el proceso de recuperación, revisión y en caso de que fuera necesario informar de desplazamientos o problemas que puedan surgir en el dispositivo.

A pesar de cierta dependencia de especialidades como cirugía vascular, radiología intervencionista en este campo, es responsabilidad final equipo de radiología asegurar el buen funcionamiento del dispositivo y detectar complicaciones. Esta re-

sponsabilidad implica un seguimiento estricto y tratamiento precoz de las complicaciones en un campo multidisciplinar con frecuentes obstáculos administrativos. Un entrenamiento adecuado en exploraciones ecográficas permitiría una mayor agilidad en la toma de decisiones terapéuticas.

6 Bibliografía

1. Martín Navarro J, Petkov V, Ríos F, Gutiérrez Sánchez MJ, Alcázar de la Ossa JM. Acceso vascular para HD: elección en mayores de 75 años. *Nefrología* 2011;31 supl 2:80.
2. Kannaiyan S Rabindranath, Emil Kumar, Ranjit Shail, Emma C Vaux. Uso de ecografía para colocación de catéteres para hemodiálisis. Revisión sistemática Cochrane.
3. E. Freiré, A. De la Iglesia, C. Rodríguez, M. A. López, M. González, R. Peleteiro, M. A. Camba. Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Scielo, Madrid Oct.2008.

Capítulo 1018

ESTUDIO DE LAS VIAS URINARIAS. PIELOGRAFIA RETROGRADA O ASCENDENTE.

RAQUEL ALONSO ALONSO

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

AIDA GOMEZ COYA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Es un estudio seriado retrógrado del sistema pielocalicial y del uréter con la colocación por cistoscopia de un catéter uretral. El estudio se realiza en quirófano en el mismo momento en el que el urólogo canaliza mediante cistoscopia el uréter.

PIELOGRAFIA RETROGRADA



2 Objetivos

Valorar casos de uropatía obstructiva tratada con catéter uretral.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- Petrone, E. G. (1975). Urograma excretor, pielografía ascendente. *Revista Argentina de Urología*, 44(2), 63-65.
- Bernardi, R., Wainberg, S., & Candia, O. J. (1962). La ureteropielografía ascendente. *Revista Argentina de Urología*, 31(10-12), 238-240.

Capítulo 1019

ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA - TÉCNICAS NOVEDOSAS.

VANESA BLANCO ESPEJO

SARA LOZANO MERA

1 Introducción

La elastografía de transición es una técnica de exploración novedosa, incruenta, sencilla y rápida, que permite mejorar el diagnóstico y seguimiento evolutivo de la fibrosis hepática sin necesidad de realizar una biopsia. La fibrosis es una afección que reduce el flujo de sangre hacia y desde el hígado. Esto hace que se acumule tejido cicatricial. Si no se trata, puede causar problemas de hígado graves como cirrosis, cáncer de hígado e insuficiencia hepática.

Cuando las células del hígado se inflaman de forma crónica (por ejemplo, por la infección de un virus o por el alcohol) se produce un tejido más fibroso parecido a una cicatriz. A medida que las células del hígado son sustituidas por este tejido, se vuelve más rígido y disminuye la capacidad normal de funcionamiento. De la extensión de esta fibrosis depende el pronóstico y la gravedad de la enfermedad hepática. Hasta ahora la única técnica para determinar el grado de fibrosis era la biopsia hepática (una punción para obtener un trozo de tejido hepático).

2 Objetivos

Analizar las técnicas de elastografía hepática.

3 Metodología

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

4 Resultados

La biopsia hepática, tradicionalmente considerada «estándar de oro» para el diagnóstico, cuenta con varias limitaciones: es invasiva, costosa, está sujeta a complicaciones, permite examinar solamente una porción muy pequeña del órgano y el paciente requiere de hospitalización. Ahora hay diferentes técnicas que ya la sustituyen como: algunos métodos de imagen el ultrasonido (US), la tomografía computada (TC), la resonancia magnética (RM) y la elastografía por ultrasonido (EUS) superan algunas o varias de estas limitantes y han venido utilizándose con frecuencia creciente en los últimos años, brindando una nueva opción de diagnóstico no invasivo.

A diferencia de la biopsia, la elastografía no tiene ningún tipo de efecto secundario ni riesgo para el paciente: la prueba dura apenas 15 minutos, no requiere anestesia y es indolora, y con ella conseguimos saber con certeza el grado de elasticidad hepática, que guarda relación con el grado de fibrosis: a menor elasticidad, mayor fibrosis.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a los avances el paciente no tiene que sufrir una intervención en la cual se requiere hospitalización, ya que con apenas 15 minutos de prueba podríamos diagnosticar el grado de fibrosis. Es importante recalcar que muchas personas con fibrosis no tienen síntomas. Sin embargo, si la fibrosis no se trata, sigue causando cicatrización en el hígado hasta convertirse en cirrosis y los casos graves pueden poner la vida en peligro.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- https://www.google.com/search?q=FIBROSCAN&rlz=1C1CHBD_es.

Capítulo 1020

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL QUIRÓFANO

LIDIA RODRIGUEZ CADENAS

1 Introducción

La protección radiológica tiene por finalidad la protección de los individuos de los riesgos derivados de actividades y de equipos o materiales que utilizan la exposición a radiaciones ionizantes sin que se limite los beneficios que se obtienen de su uso. En la radioprotección, existen algunos organismos relacionados con la protección radiológica son el Consejo de Seguridad Nuclear (nacional) y la Comisión internacional de Protección Radiológica (Internacional). Dichas instituciones consideran que el objetivo principal de la protección radiológica es evitar la aparición de efectos biológicos deterministas y limitar al máximo la probabilidad de aparición de los estocásticos. Basándose en 3 principios básicos:

1. Justificación:

- Justificación global de la práctica
- Justificación de las técnicas
- Justificación individual

2. optimización (ALARA) tan bajo como sea razonablemente posible.

- Instalaciones
- Procedimientos
- Programas de Calidad

3. Límite de dosis. La radiación recibida no debe superar los límites establecidos por las normativas.

- Trabajadores expuestos
- Cuerpo completo 100 mSv en 5 años
- Extremidades 500 mSv/año
- Ojos 150 mSv/año
- Embarazadas 1 mSv/embarazo
- Público 1 mSv/año

Actualmente, estas normas y medidas permiten trabajar con radiaciones ionizantes en el quirófano en condiciones de seguridad y con los mínimos riesgos para la salud.

En el ámbito del quirófano, el uso de rayos X ha permitido realizar procedimientos intervencionistas y técnicas terapéuticas cada vez más avanzadas con la máxima seguridad en protección radiológica, pero no exentos de la totalidad de radiación.

Debido al equipo de RX por su forma, la estructura de la sala y los profesionales implicados en dicho procedimiento quirúrgico, se debe tener especial vigilancia en la radioprotección en este tipo de intervenciones.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es, contribuir al uso adecuado y seguro de los Rx en el quirófano mediante la revisión de los conceptos sobre y las principales medidas de protección, que se deben adoptar para proteger al paciente y al personal de estas radiaciones, y reducir la emisión mediante el uso adecuado de los equipos Rx en base a los principios generales de protección radiológica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las radiologías intervencionistas y técnicas terapéuticas bajo control radioscópico requieren largos tiempos de escopia, por lo que, deben estar presentes en todo el proceso tanto el diseño de las instalaciones, como el diseño del equipo las barreras primarias como las secundarias.

En este tipo de procedimientos intervienen un mayor número de personas, aumentando la exposición a varios individuos de la sala, por lo que es necesario extremar la protección radiológica de los trabajadores expuestos.

Como primera medida de protección, hay que limitar el número de personas necesarias en la sala cuando exista radiación ionizante.

Medidas generales de protección: la distancia, el tiempo y el blindaje son los elementos primarios de radio protección operacional, así como tener en cuenta los tipos de radiación implicados.

1- Radiación primaria: es la radiación ionizante emitida directamente por el blanco o por una fuente radiactiva. La intensidad del haz primario es de 100 y 1000 veces mayor que la radiación dispersa por lo que hay que evitar la fuente primaria de radiación. Para ello:

- El tubo ha de estar al menos a 30cm de la piel del paciente
- Tubo de rayos X debajo del paciente.
- Intensificador lo más cerca posible del paciente.
- Campo de radiación lo más pequeño posible.
- Colimar alrededor del área de interés.

2- Radiación dispersa: residual y secundaria, son las emitidas por la materia como resultado de una interacción de la radiación primaria con dicha materia. La radiación dispersa es mayor al lado del paciente. La mayor parte de la radiación se dispersa desde el paciente hacia el tubo de rayos X, lo que hace que la principal fuente de dosis de radiación al personal sea el paciente. La posición más favorable del tubo de rayos X durante la fluoroscopia es, debajo del paciente y el intensificador lo más cerca posible del mismo. Igualmente, la colimación del campo es efectiva para reducir este tipo de radiación secundaria.

3-Tiempo: el tiempo de escopia debe ser lo más corto posible. Se recomienda el uso de equipos con fluoroscopia pulsada o golpes de radioscopia, mejor que de forma continua. Tener presente la relación de 1:2 en radiación-pausa. Asimismo, la memorización en los monitores de imagen reduce considerablemente la exposi-

ción.

4-Distancia: disminuir el tiempo de exposición todo lo posible reduce las dosis. La radiación dispersa es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia desde la fuente. Esto quiere decir, que si nos alejamos del haz incidente (fuente), la radiación se reduce a $\frac{1}{4}$. Esto se resume, en que para el paciente las distancias cortas entre el foco y la piel pueden provocar altas dosis de radiación en la piel del paciente y Para el personal...

5-Blindaje: es necesario añadir un material absorbente, blindaje, sobre los profesionales, equipos y salas quirúrgicas y la fuente de radiación, con un determinado espesor plomado o barrera de protección.

- Los profesionales presentes durante el procedimiento intervencionista con RX deberán llevar delantales plomados. Según el RD 1891/1991, es obligatorio el uso de delantal plomado y se recomiendan que sean de un grosor mínimo de 0,25 mm de plomo. Igualmente, recomienda que el delantal cubra desde el esternón hasta la pantorrilla (esternón, tórax y abdomen), que revistan, tanto la parte anterior como la posterior de su cuerpo. Esto reduce la dosis de radiación a una décima parte aproximadamente. Los médicos que permanezcan estáticos junto al paciente, se aconseja el uso de gafas, guantes plomados y protectores de tiroides, siempre que con ellos no se comprometa la finalidad perseguida por la exploración.

- Equipo: el equipo que se usa generalmente en quirófano es el arco en C, que consta de tubo de Rx y enfrentado a este, el intensificador de imagen, lo que le proporciona una amplia variedad de movimientos. Tenemos que tener en consideración las distintas zonas de exposición a la hora de la radioprotección, ya que puede existir distintos tipos de dirección en el haz. Debemos tener en cuenta en exploraciones a pie de tubo, que la disposición de tubo arriba de la mesa e intensificador abajo, produce más radiación dispersa. En esos casos se colocará algún dispositivo de protección (pantallas, cortinas, etc.). Recordar que la distancia del tubo Rx con piel nunca debe ser inferior a 30 cm, recomendándose que sea superior a 45 cm.

- Sala de quirófano. En cuanto al diseño del blindaje estructural de la sala, hay que tener en cuenta que el tubo de RX y el sistema de imagen puede dirigir el haz en cualquier dirección del espacio, debido a su forma. Por lo que hay que tener en cuenta las paredes, el suelo y el techo que se consideraran como barreras secundarias.

6-Protección del paciente: La CIPN en relación con evitar dosis innecesarias a los pacientes, recomienda tener en cuenta unos factores técnicos y físicos que

contribuyen a la reducción de la irradiación.

Subrayar que tomar las medidas de protección sobre la radiación primaria es también proteger al paciente.

- Reducir tanto como sea posible la irradiación de otras partes del cuerpo.
- Tratar de evitar las repeticiones innecesarias de irradiaciones
- Proteger los órganos del cuerpo que puedan ser afectados (gónadas, cristalino, etc.).
- No disminuir la distancia foco-piel o foco-sistema de imagen por debajo de los valores recomendado.
- No disminuir la filtración total por debajo de los valores recomendados.
- Controlar los tiempos de irradiación. A menos tiempo de radiación menor dosis para el paciente.
- Usar cartulinas reforzadoras conteniendo materiales fosforescentes de alta eficiencia, tales como tierras raras reduce dosis al paciente.
- Utilizar rejillas anti difusoras entre paciente-sistema de imagen en la medida de lo posible para controlar la radiación de fuga.
- Reducir el número de repeticiones de irradiaciones.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión con esta publicación es proporcionar la necesaria formación y la buena práctica en protección radiológica, en la sala quirúrgica al operador de imagen. El TSID se encuentra en situación de proteger tanto al paciente, como al personal que desempeña su labor en el quirófano. Trabajando en condiciones de seguridad eliminando y minimizando las radiaciones ionizantes innecesarias, que pudieran afectar a los individuos de la sala.

6 Bibliografía

- <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proteccion%20Radiologica>
- <https://www.csn.es/documents/>
- <http://piramidenormativa.sne.es/Repositorio/CSN/GSG>
- Legislación: RD 815/2001. Justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.
- RD 1085/2009. Reglamento sobre instalación y utilización de aparatos de rayos X con fines de diagnóstico médico.

- RD 35/2008 modificación RD 1836/1999. Reglamento sobre instalaciones nucleares y radiactivas.
- RD 783/2001. Reglamento sobre protección sanitaria contra radiaciones ionizantes.

Capítulo 1021

ARTEFACTOS EN TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA

PABLO MACHO JUNQUERA

VANESA ARJONA TUYA

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS

1 Introducción

El TAC o tomografía axial computerizada es, en esencia, un aparato de rayos x, pero en el que la radiación que atraviesa al paciente es recogida por un conjunto de detectores en vez de por la película radiográfica tradicional.

Estos detectores se colocan en un anillo circular denominado Gantry, que realiza un movimiento giratorio alrededor del paciente. La información que recogen los detectores es analizada en una computadora, que mediante un procesado digital reconstruye la imagen y la muestra en un monitor.

El TAC realiza cortes perpendiculares al eje transversal del cuerpo, denominados axiales o transversales, estos cortes se componen de un número determinado de elementos volumétricos; en el monitor se representan imágenes bidimensionales (píxeles) de esos elementos de volumen (vóxel).

Desde su lanzamiento en 1972, el TAC ha presentado numerosas innovaciones que han conseguido acortar los tiempos de estudio y mejorar la calidad de las imágenes.

El TAC más utilizado es el de tipo helicoidal, en el cual se produce un movimiento simultáneo del Gantry y de la mesa de exploración, así se eliminan pausas y se reduce el tiempo de exploración.

El TAC es la prueba de referencia en diversas patologías y exploraciones, por ejemplo en el estudio de los accidentes cerebrovasculares, o en el estudio de tumores primitivos o metastáticos de pulmón, derrames pleurales y en patologías de mediastino.

También se pueden realizar, con TC Helicoidal, estudios vasculares con contraste y reconstrucciones en todos los planos y tridimensionales.

Sin embargo, la interacción entre el paciente y los equipos pueden producir artefactos, que dificultan el visionado de las imágenes y reducen su calidad. Es necesario tomar medidas para evitar la presencia de estos, o al menos de paliar sus efectos perjudiciales para las imágenes.

2 Objetivos

Reconocer estos artefactos para evitar su aparición, ya que pueden inducir a informes erróneos o incluso a la confusión en el diagnóstico de patologías. Es necesario emplear técnicas para eliminarlos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión en bibliografía referida a este tema, consultando diversas publicaciones, libros y artículos, siendo el buscador de referencia Google Académico de 2004 a 2018, seleccionando los textos más comprensibles para el lector. Se han utilizado descriptores como: "Tomografía Axial", "artefactos" o "helicoidal".

4 Resultados

La relación de artefactos que pueden surgir en el TAC son:

- De Movimiento: Los producen movimientos en el paciente (latidos del corazón, respiración, movimientos involuntarios, etc) y suelen ser habituales en estudios en los que es necesario aguantar la respiración. Se manifiestan con bandas blancas y negras, manchas o lunares negros, pérdida de la resolución, des-

doblamiento de los contornos de las diferentes estructuras o distorsión de la anatomía. Se solucionan tranquilizando al paciente, explicándole bien el proceso a seguir, o incluso inmovilizándole o administrándole sedación.

- Falta de Linealidad: Si la alineación entre los detectores y los rayos x del tubo es inadecuada se produce una penumbra en la imagen que es proporcional a la medida del foco. Se soluciona mediante una correcta calibración del aparato y un buen mantenimiento del mismo.
- Error de Estabilidad: Ocurren por una alteración en la calibración y balance de los detectores. Si estos no se encuentran intercalibrados o alineados, la proyección individual de cada anillo de datos es diferente, causando múltiples anillos concéntricos de intensidad variable. Se evitan mediante la adecuada calibración y mantenimiento del aparato.
- Endurecimiento del haz de rayos: Se produce por la absorción de fotones de baja energía, en particular en zonas de gran atenuación como el hueso. Se aprecian líneas o bandas espiculadas e intercaladas, claras y oscuras. Se evitan mediante el empleo de filtros metálicos en la salida del haz, empleando un algoritmo matemático en la reconstrucción de la imagen en la computadora, o incluso aumentando el KV.
- Estrella: Se producen por elementos compuestos por algún metal, presentes en el cuerpo del paciente, como utensilios médicos, quirúrgicos, elementos de ropa, contrastes, etc. Se manifiesta con un halo de falsa absorción en una o varias direcciones, como consecuencia de la variación abrupta de densidad. Aparece como bandas o "rayos de sol" o como líneas de transición hipo e hiperdensas centradas en las imágenes metálicas presentes en el corte estudiado. Se evitan retirando esos elementos si fuera posible, o con un algoritmo de reconstrucción de supresión metálica.
- Entrada de Flujo: Se produce en el TAC de Tórax con contraste intravascular debido al periodo entre la administración de dicho contraste y la adquisición de los datos. Para evitarlo se debe retrasar el inicio del scout o escaneo.
- Volumen Parcial: Se produce cuando el haz atraviesa estructuras heterogéneas y de alta densidad, dispuestas de forma paralela al eje de giro del sistema. Para evitarlo se utilizan cortes finos en una sección central del elemento a estudiar.
- Factores ambientales: El exceso de temperatura, grado de humedad o incluso el polvo, pueden causar errores en el algoritmo de reconstrucción. Se evitan tomando medidas de higiene y de climatización de la sala.
- Ruido: Se produce por un fallo de cálculo estadístico que genera rayas en la imagen. Se evita aumentando el miliamperaje o combinando la información de diferentes escaneos.

- Proyección incompleta: Ocurre cuando una parte del paciente se encuentra lejos del área de interés pero son también escaneadas, esto produce bandas en la imagen. Se evitan impidiendo que otras partes del organismo se interpongan entre el Gantry y el área de estudio, o mediante procedimiento informático que elimine dicha zona del estudio.
- Desborde o salida de campo: Se produce cuando la zona a estudio sobrepasa el campo de medida. Se evita adaptando dicho campo de medida a las medidas del paciente, o mediante algoritmos de reconstrucción.
- Efecto del haz cónico: Se produce en equipos de tipo “multicorte” debido a la elevada conicidad del haz de rayos (multilíneas) y a la utilización de un paso de hélice elevado
- Escalonado: Se produce en imágenes que requieren gran colimación y una reconstrucción no solapada, y se puede evitar con cortes finos reformateados.
- En “Cebra”: Se produce por un grosor de corte excesivo que origina una falta de homogeneidad a lo largo del eje. Se evita mediante algoritmos informáticos.
- “Molino de Viento”: Se produce cuando hay una gran diferencia de contraste entre los detectores, creando una imagen distorsionada en forma de anillos. Se evita disminuyendo el paso de la hélice o empleando algoritmos informáticos.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante evitar o paliar los efectos de todos estos artefactos en el TAC, para así garantizar una buena calidad de las imágenes y un buen diagnóstico a partir de las mismas.

Gracias a los avances informáticos muchos de estos artefactos pueden ser evitados o atenuados gracias a los diferentes algoritmos matemáticos de que disponen las computadoras a la hora de reconstruir las imágenes obtenidas.

Otra medida muy a tener en cuenta es la correcta calibración del sistema, y el buen mantenimiento del mismo, así como el correcto acondicionamiento de las instalaciones y la higiene de las mismas.

Para ello es muy importante la labor del Técnico en Imagen para el Diagnóstico, en colaboración con los facultativos y personal de mantenimiento de la empresa suministradora del aparato, para que todo funcione optimamente y se minimicen esos artefactos en las imágenes así como otros posibles fallos.

6 Bibliografía

- Muñiz, S. H., & Casanovas, M. M. (2006). Introducción a la tomografía computarizada. *Revista Española de Medicina Nuclear*, 25(3), 206-214.
- Martins, M. G. (2004). tomografía axial computada en el diagnóstico de patologías pulmonares. Universidad Nacional de General San Martín(Arg).
- Sartori, P., Rozowykniat, M., Siviero, L., et al. (2015). Artefactos y artificios frecuentes en tomografía computada y resonancia magnética. *Revista argentina de radiología*, 79(4), 192-204.
- Fernández, D. M., Armentia, E. S., Fiore, A. B., et al. (2018). Utilidad de la tomografía computarizada de energía dual en la reducción del artefacto metálico generado por clips y coils intracraneales. *Radiología*, 60(4), 312-319.

Capítulo 1022

QUE ES LA ACREDITACIÓN JOINT COMISSION INTERNACIONAL EXPLICADA POR UN TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO

MARIA JOSEFA FERNÁNDEZ ROSAL

1 Introducción

La Joint Commission International (JCI) nace en 1996, que se divide de la Joint Commision que lleva mas de 50 años dedicándose a mejorar la seguridad y calidad de las organizaciones tanto sanitarias como sociosanitarias.

El Hospital del Valle del Nalón (Asturias) es el primer hospital español con modelo de gestión dependiente de un Servicio de Salud en ser acreditado por la Joint Commission. La apuesta por la calidad del Hospital Valle del Nalón, centro que cuenta con una plantilla de 959 trabajadores y 250 camas, se ha traducido también en la progresiva implantación de la Certificación ISO 9001:2000. Mostraremos los Estándares requeridos a nuestro Servicio de Radiología.

Estándares centrados en el paciente.

- Acceso a la atención y continuidad de la misma.
- Derechos del paciente y de su familia.
- Atención de pacientes.
- Anestesia y atención quirúrgica.

- Manejo y uso de medicamentos.
- Educación del paciente y de su familia.

Estándares de gestión de organización de atención sanitaria.

- Mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Prevención y control de infecciones.
- Gobierno, liderazgo y dirección.
- Gestión y seguridad de la instalación.
- Cualificación y educación del personal.
- Manejo de la comunicación y la información.

Estándares del servicio de radiología.

- El Servicio está disponible para atender las necesidades de los pacientes en cualquier momento. Cumple con los estándares, leyes y reglamentaciones locales y nacionales.
- Hay un programa de seguridad radiológica implementado que se sigue y documenta.
- La realización de estudios, la interpretación y el informe, están a cargo de personas con la capacitación, las destrezas, la orientación y la experiencia adecuada.
- Los resultados de los estudios están disponibles en forma oportuna como lo define la organización.
- Todo el equipo se inspecciona, mantiene y calibra con regularidad y se registra.
- Habitualmente hay disponibles películas radiográficas y demás suministros.
- Habrá una o más personas responsables de gestionar los servicios de radiología con capacitación documentada.
- Los procedimientos de control de calidad están implementados, se cumplen y documentan.

Contenido de los estándares. Cada estándar contiene tres partes:

- El estándar.
- Descripción de la intención.
- El elemento medible que se registrará 368 estándares 1033 elementos medibles.

2 Objetivos

Explicar la acreditación Joint Commission International por un técnico especialista en radiodiagnóstico.

3 Metodología

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

4 Resultados

El proceso de acreditación desarrollado por la Joint Commission es exhaustivo, con elementos de medición relacionados con once funciones vinculadas a aspectos como:

- Accesibilidad y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y su familia.
- Evaluación, atención y educación del paciente y su familia.
- Gestión y mejora de la calidad.
- Gestión de la formación y cualificación del personal.
- Gestión y seguridad de las instalaciones.
- Órganos de gobierno, Dirección y liderazgo.
- Prevención y control de las infecciones.

El proceso de acreditación desarrollado por la Joint Commission es exhaustivo, con elementos de medición relacionados con once funciones vinculadas a aspectos como:

- Accesibilidad y continuidad de la atención.
- Derechos del paciente y su familia.
- Evaluación, atención y educación del paciente y su familia.
- Gestión y mejora de la calidad.
- Gestión de la formación y cualificación del personal.
- Gestión y seguridad de las instalaciones.
- Órganos de gobierno, Dirección y liderazgo.
- Prevención y control de las infecciones.

5 Discusión-Conclusión

La primera acreditación ha sido concedida en el año 2008 y estamos orgullosos de seguir siendo un centro acreditado hoy en día, lo que nos hace estar siempre dedicados a la calidad y seguridad de nuestro Servicio de Radiología y de todo Hospital, ya que es un trabajo de todos los que nos dedicamos a la Atención Sanitaria, sin exceptuar ningún Servicio de nuestro Hospital. Con dedicación y deseo de mejora es posible conseguir esta prestigiosa acreditación que avala el buen trabajo y la dedicación de todos los profesionales de la salud.

6 Bibliografía

- Revilla Ramos, F. (2014). Acreditación de la Calidad basada en el modelo de la Joint Commission International. Ediciones Díaz de Santos.
- Estándares para la acreditación de Hospitales (Official translation of the original work in English titled: Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, Fourth Edition©2010 by Joint Commission International).

Capítulo 1023

DIAGNOSTICO DE ANEMIAS EN EL LABORATORIO

MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ

M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA

INMACULADA JUNCO LARIA

ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE

ALICIA VALLES TORRICO

1 Introducción

La anemia es el desorden hematológico más común. Conceptualmente significa disminución de la masa eritrocitaria, es decir del número de glóbulos rojos o hematíes, sin embargo en la práctica se define como un valor anormal del laboratorio y para determinar su presencia se utilizan los niveles de hemoglobina, número de hematíes por milímetro cúbico o el hematocrito (tanto por ciento del volumen de sangre ocupada por los eritrocitos)

Los límites de referencia pueden variar dependiendo de la población analizada y de múltiples factores siendo necesario establecer unos valores de referencia para cada grupo poblacional

2 Objetivos

El objetivo es llegar a una correcta tipificación de la anemia que puede presentar un paciente en un momento dado utilizando como herramientas los parámetros que se determinan en el laboratorio de análisis clínicos que permitan una adecuada clasificación del trastorno y su correspondiente diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

El hemograma es la prueba más solicitada en el laboratorio de hematología como procedimiento de screening o cribado para obtener una visión general del estado de salud del paciente. Para ello utilizamos como muestra sangre total anticoagulada con EDTA.

Actualmente su realización está totalmente automatizada mediante los autoanalizadores que son capaces de determinar a partir de 3ml de sangre veintidós parámetros hematológicos para las series roja, leucocitaria y plaquetaria.

Las células vivas en suspensión como los hematíes gracias a sus propiedades ofrecen la posibilidad de que el autoanalizador sea capaz de extraer de la muestra la máxima información, cuantificarla y ofrecer unos resultados en forma numérica y/o gráfica.

Todos los autoanalizadores toman la muestra de sangre, la alicotan, diluyen y distribuyen en dos circuitos independientes ; uno para hematíes y plaquetas y otro para leucocitos y hemoglobina.

La hemoglobina obtenida de las lisis de los hematíes se evalúa directamente por colorimetría en la mayoría de los analizadores pudiendo aplicarse técnicas difer-

entes según el autoanализador utilizado. Destacan los autoanализadores más modernos por utilizar métodos electrónicos y ópticos para reconocer los distintos parámetros a los que suman técnicas de citometría de flujo, fluorescencia y lisis diferencial.

Dentro de los índices aportados por estos equipos tienen especial importancia en el diagnóstico de anemia los siguientes:

- Hemoglobina: es uno de los datos más importantes del hemograma y probablemente el que mejor debemos saber interpretar para evitar situaciones graves. Hay que tener en cuenta que sus valores varían en función de muchos aspectos como sexo, localización geográfica, edad, enfermedades crónicas, etc.
- Volumen corpuscular medio (VCM): Determina el tamaño medio de los hematíes y es el cociente del hematocrito / número de hematíes. Los valores normales oscilan entre el 80-100 fentolitros.
- Hemoglobina corpuscular media (HCM) : Determina la masa de hemoglobina contenida en un hematíe y se calcula dividiendo la concentración del hemoglobina entre el número total de hematíes. Los valores normales oscilan entre 32-36 gr/dl
- Hematocrito : Es la relación entre el volumen ocupado por los hematíes y el que corresponde a la sangre total expresado en porcentaje. El valor normal es 47% en hombres y 42% en mujeres y depende del número de hematíes así como de su forma y tamaño.
- Reticulocitos: Los autoanализadores modernos nos permiten conocer el porcentaje de reticulocitos o hematíes inmaduros que se encuentran en sangre periférica cuando son expulsados al torrente sanguíneo antes de completar su proceso de maduración y que cobran especial relevancia en el diagnóstico diferencial de algunas anemias. Su valor normal oscila entre 0.5 – 1.5 % del conteo total de glóbulos rojos.
- ADE (Amplitud de distribución eritrocitaria) : Este índice nos ofrece una medida de la dispersión del tamaño de los hematíes aumentando cuando existen diferentes poblaciones de hematíes. Los valores normales oscilan entre 13 +/- 2%

Los resultados obtenidos tras la realización del hemograma permiten realizar un primer diagnóstico diferencial del tipo de anemia ante la que nos encontramos, teniendo en cuenta el volumen corpuscular medio. En relación a este podemos diferenciar :

- Anemias microcíticas: cuando el VCM es inferior a 80 fentolitros (hematíes de pequeño tamaño).

- Anemias normocíticas: el VCM se encuentra entre 80 -100 fentolitros (hematíes de tamaño normal).
- Anemias macrocíticas. El VCM es superior a 100 fentolitros (hematíes de gran tamaño).

En relación a la hemoglobina contenida en los hematíes y utilizando la HCM y la CHCM se realiza otra clasificación que distingue:

- Anemias hipocromicas : cuando la HCM es inferior a 27 picogramos o la CHCM es inferior a 32 gr/dl.
- Anemias nomocrómicas: la HCM esta entre 27-32 picogramos o la CHCM entre 32-36 gr /dl.
- Anemias hiperchromicas: la HCM es superior a 32 picogramos o la CHCM superior a 36 gr/dl.

Ante la aparición de una anemia es de vital importancia descartar un fallo en los precursores hematológicos excluyendo un fallo medular que requeriría estudios más concretos y exhaustivos.

La mejor herramienta de la que dispone el laboratorio por ser una prueba no invasiva y que se puede realizar en el tubo de hemograma es el conteo de reticulocitos que servirá para clasificar las anemias en REGENERATIVAS O ARREGENERATIVAS.

- Anemias regenerativas o periféricas: los valores de reticulocitos están aumentados.
- Anemias arregenerativas o centrales: Los valores de reticulocitos están disminuidos.

El ADE tiende a elevarse en las anemias puesto que coexisten hematíes de diferentes tamaños especialmente en las anemias arregenerativas. Permite diferenciar anemias de causa mixta o de una única causa.

5 Discusión-Conclusión

Resulta muy diferente desde el punto de vista clínico la situación en la que aparece una anemia, no es lo mismo que se produzca de forma brusca y rápida que puede derivar en una situación grave para el paciente (shock) que la que aparece de forma progresiva o crónica que le permite al organismo poner en marcha un mecanismo de adaptación.

Los parámetros de laboratorio y a la clasificación que nos ofrece permiten re-

alizer una orientación diagnóstica inicial y un diagnóstico etiológico derivando al paciente al servicio correspondiente.

Hay que tener en cuenta que para llegar a un diagnóstico preciso hay que valorar otros parámetros analíticos como hierro, ferritina, transferrina, vitamina B12, LDH en combinación con los datos arrojados por el hemograma.

En el caso de tener que realizar más estudios complementarios atendiendo al resto de datos del paciente como puede ser la historia clínica, resultados analíticos previos, sintomatología puede ser preciso realizar un estudio de médula ósea para llegar a un diagnóstico correcto.

6 Bibliografía

- Interpretación básica de las pruebas del laboratorio de hematología. Panizo Santos C. ; Lecumberri Villamediana R. ; Rodriguez Wihelmi P. ; Merino Roncal J
- Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Vives Corrons JL. Hematología Clínica 5ª edición Madrid: Elsevier 2006
- Sanz MA, Carreras E. Manual práctico de Hematología clínica 3ª edición Barcelona: Escofet Zamora; 2008

Capítulo 1024

PRUEBAS DE LABORATORIO Y EMBARAZO.

ALICIA VALLES TORRICO

MARIA BEGOÑA GARCIA MENDEZ

M.AMPARO RODRIGUEZ BRAGA

INMACULADA JUNCO LARIA

ALMUDENA GUTIÉRREZ ALLENDE

1 Introducción

La gestación es una etapa muy especial y que conlleva un proceso de cambios en la mujer que se irán sucediendo hasta el nacimiento del bebe. Además de los cambios físicos que se van a producir tendrán lugar también variaciones de gran importancia a nivel analítico que requieren un control de seguimiento. Las pruebas de laboratorio tienen fines preventivos, de control y de seguimiento y se utilizan en numerosas situaciones clínicas ayudando al médico en el diagnóstico de la enfermedad.

- Primer trimestre.

Se realizan pruebas a las gestantes para descartar enfermedades infecciosas causadas por virus como HIV, Hepatitis B y C. Se buscan anticuerpos específicos en el suero de la paciente o la presencia de alguno de los antígenos presentes en estos virus. Las determinaciones se realizan por técnicas de ELISA o enzimo-inmunoanálisis.

Además, dada su importancia en el embarazo se conocerá el estado inmunitario de la gestante frente a la rubeola y toxoplasmosis para identificar si la mujer presenta en el suero anticuerpos contra estas enfermedades. La presencia de anticuerpos de tipo IgG nos confirma que la gestante ya ha padecido la enfermedad y no tiene riesgo de contraerla en el embarazo. Si por el contrario no es inmune a rubeola y toxoplasma deberá evitar el contagio durante el embarazo adoptando medidas higiénicas y preventivas y evitando el consumo de algunos alimentos que no están aconsejados en esta situación.

Marcadores Bioquímicos: En los últimos años y con un alto valor predictivo negativo se realiza el cribado prenatal que nos permite conocer el riesgo que tiene el feto de presentar alguna alteración cromosómica pudiendo realizar pruebas complementarias en los casos en que se informe un riesgo alto.

En el laboratorio se realiza la determinación cuantitativa en suero en la semana 10 de gestación de BhCG (hormona gonadotropina corionica) y PAPP-A (proteína plasmática asociada al embarazo) que junto a la prueba ecográfica de la semana 12 permite calcular el riesgo de cromosomopatías.

Pruebas Genéticas: Entre las pruebas no invasivas que la mujer puede realizar en el primer trimestre se encuentra la cuantificación de ADN fetal en sangre materna. En el laboratorio se realizará una extracción de sangre con EDTA a la madre en la que se puede identificar el ADN fetal mediante la extracción y amplificación de este en la muestra de la madre.

Este análisis presenta una alta sensibilidad para síndrome de Down y síndrome de Edwards principales cromosomopatías detectadas. Se pueden realizar también fish genéticos más avanzados que permiten poner de manifiesto la presencia de microdeleciones presentes en enfermedades como el síndrome de Angelman o el síndrome de Prader- Willi que cursan con retraso mental severo.

Pruebas de Radioinmunoanálisis: El eje hormonal es uno de los que más cambios sufre en el embarazo. Es por esta razón por la que uno de los primeros cambios que se observan es en la función tiroidea y es muy frecuente la aparición de hipotiroidismo en el embarazo. Es preciso realizar una determinación de TSH en el primer trimestre que permita poner en tratamiento a la mujer ante la presencia de hipotiroidismo gestacional que puede provocar daños en el feto e incluso abortos.

Hemograma: la realización del hemograma permite el conteo de las células san-

guíneas hematíes , leucocitos y plaquetas así como la distribución de la serie blanca. Por otro lado es posible la determinación de la hemoglobina que permite evaluar si la gestante presenta anemia, siendo la anemia por falta de hierro la más habitual en el embarazo y que se agudiza especialmente en el tercer trimestre por las necesidades nutricionales del feto.

Grupo sanguíneo y Rh: La determinación del grupo sanguíneo y del Rh de la madre es necesaria tanto para el momento del parto como para evitar, mediante la inmunización, la incompatibilidad Rh causante de la eritroblastosis fetal una de las complicaciones más graves que pueden ocasionar la muerte del bebe.

Sistemático y sedimento: Un análisis de sedimento patológico donde se observen leucocitos y nitritos podría indicar la existencia de una infección urinaria que es especialmente peligrosa en el embarazo pudiendo llegar a causar daño en el feto o incluso un aborto.

- Segundo trimestre.

Test O'Sullivan: La diabetes gestacional afecta aproximadamente a un 10% de las mujeres embarazadas. El test de O'Sullivan es una determinación de la glucosa en sangre una hora después de que la gestante hay ingerido una sobrecarga oral de 50 gramos de glucosa. Si se obtienen valores superiores a 140 se precisará realizar el test de tolerancia a la glucosa que determinará si existe diabetes gestacional.

Alfafetoproteína: La alfafetoproteína es una proteína producida por el hígado del feto cuyo valor se eleva o disminuye en defectos congénitos del tubo neural una anomalía grave que hace que el cerebro o la columna vertebral del feto se desarrolle anormalmente. Los niveles de esta proteína se determinan en el suero materno en la semana 16 de gestación.

- Tercer trimestre.

Las pruebas de laboratorio que se realizan a la gestante en el tercer trimestre son pruebas que sirven fundamentalmente para verificar que no ha habido cambios importantes desde el inicio del embarazo.

Es por ello que se realiza nuevamente la serología de enfermedades infecciosas así como un hemograma y sistemático de orina.

En aquellos casos en los que exista riesgo de preeclampsia se podrá realizar también un estudio de proteínas en orina de 24 horas que valoraran el nivel de gravedad de esta situación.

La prueba más importante del tercer trimestre se realiza entre las semanas 36 y 37 y es el cultivo de un exudado vagino-rectal para descartar la presencia de *Streptococo agalactiae* por el riesgo que presentaría que se transmitiera al feto pudiendo provocar una meningitis neonatal que podría dar consecuencias graves. Así mismo en el embarazo el laboratorio juega un papel clave puesto que ofrece datos de suma importancia en el seguimiento del bienestar materno-fetal.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enumerar y evaluar las pruebas de laboratorio que se emplean durante la gestación y que complementan a los exámenes ginecológicos permitiendo llevar un buen control del embarazo.

Objetivos secundarios:

- Detectar posibles anomalías en el feto y todas aquellas patologías de la madre que puedan provocar enfermedad en el feto.
- Realizar pruebas de laboratorio en los tres trimestres del embarazo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Realizar pruebas de laboratorio durante la gestación da como resultado la detección de alteraciones genéticas importantes en el feto. Permiten poder controlar de forma adecuada al 10% diabéticas gestacionales evitando las posibles complicaciones como pueden ser fetos macrosómicos o hipoglucemias neonatales.

Desde el punto de vista serológico permite al ginecólogo abordar el parto de forma diferente en el caso que exista una enfermedad infecciosa minimizando el contagio del virus para el feto.

5 Discusión-Conclusión

El seguimiento desde el laboratorio de las mujeres gestantes ha permitido en los últimos años solventar muchos de los problemas que hace décadas producían daño fetal y eran insalvables.

Así mismo el desarrollo de nuevas técnicas de laboratorio especialmente las de genética molecular han revolucionado el diagnóstico prenatal existiendo también muchas más alternativas terapéuticas.

6 Bibliografía

1. J.Díaz Portillo, M^a. T. Fernandez Del Barrio y F. Paredes Salido, 1997; Willians Obstetrici. F.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
5. Dialnet Uniroja.

Capítulo 1025

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

CARMEN VALBUENA ENCINAS

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

CRISTINA ARCE DÍAZ

JOANA SERRANO ORTIZ

1 Introducción

En los últimos años puede decirse que la Enfermedad de Crohn (EC) ha aumentado su incidencia en muchas áreas de España. Las Enfermedades Inflammatorias Intestinales (EII) han experimentado un aumento en su incidencia en las tres últimas décadas, dentro de una tendencia global en la que crece el número de casos de enfermedades alérgicas y autoinmunes.

Actualmente se desconoce la causa de la EC. La mayoría de expertos defiende que algún tipo de sustancia o factor ambiental altera el sistema inmunológico, probablemente debido a las características genéticas de la persona, desencadenando de manera anómala los mecanismos inflamatorios en el intestino y provocando así la enfermedad.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía reciente sobre la enfermedad de crohn para conocer cómo se manifiesta esta enfermedad y en qué consiste su diagnóstico mediante el

análisis microscópico de las biopsias endoscópicas en el laboratorio de Anatomía Patológica (AP).

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva buscando información disponible en páginas web de las unidades especialista en enfermedades inflamatorias intestinales de varios hospitales así como en artículos científicos en bases de datos como PubMed o la biblioteca electrónica Scielo, tanto en español como en inglés.

4 Resultados

Características y Síntomas de la Enfermedad de Crohn.

La Enfermedad de Crohn (EC) es una Enfermedad Inflamatoria Intestinal de carácter crónico cuyas causas aún no están completamente determinadas. La EC puede afectar a cualquier tramo del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano, pero la zonas afectadas con mayor frecuencia son el íleon terminal (parte final del intestino delgado) y colon ascendente. Esta enfermedad surge como consecuencia de una respuesta inadecuada del sistema inmunitario frente al propio organismo. El origen de dicha respuesta aún no está determinado, pero se cree que sea consecuencia de la combinación de factores ambientales (dieta, hábitos, medicamentos, ...) y genéticos (ciertas alteraciones genéticas).

La EC es una enfermedad crónica que cursa con periodos activos o brotes y periodos de inactividad o remisión. Esta manifestación intermitente de la enfermedad en ocasiones tiende a provocar retrasos en su diagnóstico inicial debido a que sus síntomas son poco específicos y suelen confundirse con una simple diarrea o gastroenteritis. La EC puede afectar a cualquier tramo del tubo digestivo (boca, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, recto y ano), lo que se traduce en una gran variedad de síntomas clínicos.

Los síntomas más frecuentes son:

- Diarrea.
- Dolor abdominal.
- Hemorragia rectal.
- Fiebre.
- Anemia.
- Pérdida de peso.

- Fatiga.
- Alteraciones psicológicas
- Enfermedad perianal
- Manifestaciones extraintestinales (articulaciones, piel, ojos, etc).

- Métodos diagnósticos.

Dado que no es lo mismo un paciente con afectación de tramos digestivos superiores que uno con afectación del colon, es lógico pensar que no se aplicarán los mismos métodos diagnósticos en todos los pacientes. Para el diagnóstico de la EC se puede recurrir a: pruebas analíticas (sangre y heces); pruebas endoscópicas (gastroscopia, ileocolonoscopía, enteroscopia, ecografía endoanal y cápsula endoscópica); pruebas radiológicas (radiografía simple de abdomen, ecografía abdominal, tránsito intestinal, enema opaco, TAC de abdomen o resonancia nuclear magnética).

De todos los métodos de los que se dispone actualmente para el diagnóstico de la EC, la endoscopia es uno fundamental y de gran utilidad, ya que además de permitir una visión directa del estado de la mucosa gastrointestinal permite, a su vez, la toma in situ de biopsias para ser analizadas en el laboratorio de AP.

Diagnóstico en anatomía patológica. Macroscópicamente, la EC en periodo activo se caracteriza por la presencia de ulceraciones y edema que afecta a la mucosa y submucosa. Dicho edema se traduce en la aparición de unas lesiones nodulares de amplia base de implantación y poca altura, que confieren un aspecto adoquinado a la pared intestinal, a lo que se conoce como patrón “en empedrado” (signo patognomónico de la EC).

El examen histológico de biopsias endoscópicas o resecciones quirúrgicas juega un rol importante en el estudio de los pacientes para corroborar el diagnóstico, específicamente para diferenciar colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. La evaluación de patrones de daño, como la celularidad de la lámina propia y arquitecturas de las criptas, en biopsias colorrectales, se realizan mejor a bajo aumento. A bajo aumento se permite comparar mucho mejor los cambios histológicos en y entre fragmentos de tejido dentro de un mismo bloque. Microscópicamente, en la EC se aprecia una afectación transmural con predominio de un infiltrado inflamatorio mononuclear, distorsión focal de la arquitectura de las criptas intestinales, presencia de folículos linfoides prominentes y fisuras con fibrosis.

Los granulomas no caseificantes son un hallazgo característico en la EC, sin em-

bargo sólo se detectan en el 10-25% de las biopsias. Estos granulomas consisten en agrupamientos bien definidos de histiocitos epiteloideos que rodean un área de necrosis central. La actividad inflamatoria viene dada por daño en el epitelio tanto por neutrófilos como por eosinófilos en la forma de criptitis, microabscesos crípticos, erosión y ulceración de la mucosa y cambios epitelales degenerativos. La actividad inflamatoria se gradúa mediante el Índice de Actividad Histológica (IAH), descrito por Gupta, Harpaz y col.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia de la EC en España es notable, ya que se estima que cada año se dan 116,5 casos por cada 100 000 habitantes. Esto supone más de un tercio de personas que padecen algún tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (300 personas por cada 100 000 habitantes).

La EC por el momento, es crónica, y carece de cura definitiva, pero existen tratamientos adecuados que consiguen mantenerla controlada. Por eso la detección precoz de la enfermedad es clave para contribuir a que las lesiones producidas sean menores y la respuesta a los tratamientos, mejores.

Estudios recientes en Europa han revelado que aproximadamente en el 45% de los nuevos casos, se tarda más de un año en recibir un diagnóstico definitivo y que en el 17% de los pacientes el periodo es superior a los 5 años, lo que se considera un gran problema, ya que:

- Existen pacientes que presentan sintomatología durante años antes de ser diagnosticados.
- Cada vez hay mayor evidencia que apunta a que el éxito del tratamiento aumenta si es administrado en fases tempranas.

6 Bibliografía

- Carrasco-Avino, Gonzalo. Histología en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2019;30:283-98
- <http://www.educainflamatoria.com/>
- <http://endoinflamatoria.com/>
- <https://www.msdsalud.es/>
- Diagnóstico Crohn y Colitis Ulcerosa (actualizado 12 Ago 2019).

Capítulo 1026

DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

CARMEN VALBUENA ENCINAS

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

CRISTINA ARCE DÍAZ

JOANA SERRANO ORTIZ

1 Introducción

La Enfermedad Celíaca (EC) es una enfermedad crónica que ha pasado de definirse como una mera intolerancia alimenticia, a reconocerse como una patología sistémica de base autoinmune.

La EC afecta a entre el 1 y 2% de la población, pudiéndose presentar a cualquier edad, siendo más frecuente en mujeres. Aproximadamente el 30% de la población tiene predisposición genética a esta enfermedad.

En cuanto al diagnóstico, salvo en pacientes pediátricos muy concretos, requiere una biopsia duodenal que muestre los hallazgos clásicamente descritos para la enfermedad celíaca (aumento de linfocitos, hiperplasia, atrofia de la mucosa, etc) así como una respuesta clínica y humoral favorable a la retirada del gluten de la dieta.

2 Objetivos

- Evaluar las manifestaciones de la enfermedad celiaca, así como las técnicas para su diagnóstico.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva buscando información disponible en páginas web de diferentes asociaciones de pacientes celíacos así como en artículos científicos en revistas médicas, protocolos y documentos del Ministerio de Sanidad de España, y la biblioteca electrónica Scielo, tanto en español como en inglés. Todas las fuentes empleadas son citadas como corresponde en el apartado de “Bibliografía”.

4 Resultados

La EC se puede definir como una intolerancia permanente a determinadas proteínas que forman el gluten (gliadinas, secalinas, hordeínas, y posiblemente, aveninas) contenidas en diversos cereales tales como el trigo, la cebada, el centeno y la avena.

Como consecuencia, se produce una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado superior, con acortamiento de las vellosidades intestinales, lo que se traduce en un defecto de absorción de los nutrientes, cuya repercusión clínica y funcional va a depender de la edad y la situación fisiopatológica del paciente. La EC puede evolucionar de las siguientes formas:

A). Forma sintomática o clínicamente activa: la EC cursa con un amplio espectro de síntomas, entre los que destacan la diarrea crónica, la pérdida de peso, el malestar general, la distensión abdominal, hasta desnutrición importante. En el adulto, existen también síntomas extraintestinales como anemia ferropénica, déficit de vitamina B12, mal absorción de vitamina K, osteopenia y osteoporosis, amenorrea e infertilidad, alteraciones psiquiátricas (esquizofrenia, ansiedad y depresión) y neurológicas (epilepsia, neuropatía periférica, parestesias, ataxia, etc.) y afecciones cutáneas como la dermatitis herpetiforme.

B). Forma asintomática, subclínica o silente: pacientes que están prácticamente asintomáticos a pesar de consumir una dieta con gluten y tener las lesiones típicas de la mucosa intestinal en grado variable de afectación. Esta peculiar forma de evolución hace que estos pacientes sean diagnosticados tardíamente y sigan

una dieta inadecuada durante mucho tiempo, lo que hace que el riesgo de complicaciones a medio y largo plazo sea más elevado. Dentro de este grupo se incluyen principalmente los familiares de primer grado de pacientes celíacos en los que es muy importante descartar la enfermedad lo antes posible, ya que constituyen el principal grupo de riesgo.

C). Forma latente: la lesión del intestino delgado se desarrolla de forma gradual partiendo desde una mucosa morfológicamente normal hasta la aparición de una atrofia manifiesta de las vellosidades con hiperplasia de las criptas. Estos pacientes, frente a factores desencadenantes todavía no bien conocidos pueden desarrollar en cualquier momento una enfermedad clínicamente activa y presentar las lesiones características de la biopsia intestinal. Por esta razón, deben seguirse periódicamente para poder detectar la activación de la enfermedad lo antes posible, en el caso de que se produzca.

Métodos diagnósticos de la enfermedad celíaca.

El diagnóstico de la EC se basa en los síntomas del paciente, su historia clínica y familiar, y en la existencia de posibles enfermedades asociadas. Principalmente los métodos diagnósticos empleados son:

- Pruebas serológicas: detectan y cuantifican los anticuerpos “antigluten” y “anti-transglutaminasa”, generados específicamente contra el gluten y contra la enzima intestinal transglutaminasa intestinal respectivamente.
- Pruebas Genéticas: para averiguar si una persona posee alguna de las 2 variantes proteicas de riesgo: HLA-DQ2 o HLA-DQ8.
- Pruebas histológicas: la clasificación es la que estableció el patólogo Michael Marsh en 1992.

4.3. Diagnóstico en Anatomía Patológica

La realización de biopsias del intestino delgado es parte fundamental del proceso diagnóstico de la EC, siendo imprescindible una recogida, transporte e interpretación correcta de las muestras. En cualquier caso, el procedimiento siempre debe llevarse a cabo antes de proceder a la retirada del gluten de la dieta. El resultado del estudio anatomopatológico permite confirmar la existencia de lesiones compatibles y establecer el estadio de la lesión según la clasificación de Marsh. Aunque las lesiones Marsh 1, 2 y 3 se consideran compatibles con el diagnóstico, ningún tipo de lesión histológica descrito para la EC es patognomónico de esta entidad, lo que comporta el riesgo de diagnosticar erróneamente a un paciente si no se realiza un diagnóstico diferencial.

De acuerdo con las recomendaciones establecidas por la Sociedad Europea de

Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), las biopsias intestinales únicamente pueden omitirse en niños y adolescentes claramente sintomáticos, con niveles de Anti-TG2 ≥ 10 veces al valor de referencia en dos momentos distintos verificados por anticuerpos anti-endomisio (anti-EmA) y positividad de HLA DQ2 (DQ2.5 y/o DQ2.2) y/o DQ8. En todos los demás casos la biopsia intestinal es necesaria para evitar diagnósticos incorrectos. En adultos, sin embargo, la biopsia intestinal sigue siendo obligatoria en todos los casos.

La biopsia intestinal detectará además distintos grados de acortamiento de las vellosidades intestinales así como un aumento de la población de linfocitos dentro del mismo. Una vez demostrada la lesión intestinal, el diagnóstico definitivo se establece cuando el paciente responde a la dieta sin gluten.

5 Discusión-Conclusión

Ya que la EC es una enfermedad que exige el mantenimiento de una dieta sin gluten y un seguimiento médico de por vida, es importante conocerla y establecer adecuadamente su diagnóstico. Se estima que un porcentaje muy elevado de pacientes (>80%) están sin diagnosticar debido en gran medida al desconocimiento de los médicos de atención primaria, que son el primer filtro por el que pasan las personas celíacas. La inconsciencia de la heterogeneidad de la posible sintomatología asociada a la EC por parte del colectivo médico puede conllevar a un retraso o incluso a un no diagnóstico de esta patología.

No obstante el reconocimiento de otras formas atípicas de manifestarse y asintomáticas, combinadas con la mayor y mejor utilización de las pruebas complementarias disponibles, ha permitido poner de manifiesto la existencia de diferentes tipos de EC.

La participación de nutricionistas profesionales es de gran importancia en el manejo de la enfermedad a largo plazo y ayuda a que los pacientes sigan una dieta equilibrada y nutricionalmente correcta. Asimismo, el abordaje multidisciplinar de la enfermedad garantiza una asistencia más individualizada. Es de gran utilidad la colaboración desinteresada de las Asociaciones de Celíacos, que ofrecen a padres y pacientes información y asesoramiento sobre cómo llevar a cabo una correcta dieta, a la vez que facilitan una mejor comprensión y adaptación a la enfermedad.

6 Bibliografía

- Polanco Allúe Isabel, Ribes Koninchx Carmen. Enfermedad Celíaca.
- Humbert Yagüe P., Yuste Yuste R. Nuevos Conceptos sobre la Enfermedad Celíaca, vol.23, nº 6, pág 290-299, Jun. 2000
- Olivencia Palomar MP. Enfermedad Celíaca. Revista Española de Enfermedades Digestivas, vol.97, nº 9. Madrid Sep. 2005
- <https://celiacos.org/>
- <https://www.celiacosmadrid.org/>
- Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celíaca.

Capítulo 1027

ECOGRAFÍA ESCROTAL

ADRIÁN SUÁREZ MERINO

NATALIA TOCINO PRIETO

1 Introducción

El estudio por imágenes ecográficas del escroto es el método más usado para evaluar problemas en los testículos, el epidídimo y el escroto. Permite el seguimiento de quistes intratesticulares o de albugínea, la dilatación de la rete testis, algunos quistes epidermoides, microlitiasis y tumores benignos.

2 Objetivos

- Describir las patologías más frecuentes detectadas en las imágenes ecográficas en el escroto.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los ultrasonidos producen imágenes del interior del cuerpo mediante ondas de sonido. Se utiliza una sonda llamada transductor y un gel que se vierte sobre la piel. Las ondas sonoras viajan a través del gel. La sonda recoge los sonidos que rebotan y un ordenador utiliza los sonidos para crear una imagen.

Cuando los testículos tienen una apariencia normal los resultados son normales. En cambio, los resultados son anormales por los siguientes motivos:

- Varicocele.
- Infección o absceso.
- Quiste benigno.
- Torsión testicular.
- Tumor testicular.

5 Discusión-Conclusión

La ecografía escrotal es una prueba sencilla, no es dolorosa y se puede repetir cuando sea necesario ya que no emite radiación, por lo que suele ser la primera prueba elegida ante cualquier problema de escroto.

6 Bibliografía

- <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=us-scrotal>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142006000400013
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003780.htm>

Capítulo 1028

RIESGOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA REALIZACIÓN DE UNA AUTOPSIA.

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

LUZ PEREZ GONZALEZ

1 Introducción

Las autopsias clínicas que se realizan en un hospital, a cargo del Servicio de Anatomía Patológica, presentan un momento crítico de seguridad. Todos los que intervienen en el proceso, patólogos, técnicos y personal subalterno, se exponen a muchos riesgos. Dichos riesgos van desde una caída en la sala de autopsias, sobreesfuerzos, cortes con las herramientas utilizadas, hasta exposición a agentes químicos, radiaciones y agentes biológicos.

Dada la numerosa variedad de riesgos que podemos encontrar en una sala de autopsias para el personal, que podrían desencadenar a su vez una cadena de peligros, se hace un repaso a la bibliografía sobre el tema. Se plantean los riesgos y los métodos de precaución que se deben tomar de forma preventiva.

2 Objetivos

Analizar los riesgos y medidas de seguridad en la realización de una autopsia.

3 Metodología

Se realiza un estudio de revisión bibliográfica sobre los riesgos en la sala de autopsias, por parte del personal de Anatomía Patológica en las autopsias clínicas de un hospital. Búsqueda en libros y artículos que hacen referencia al tema, recopilando los puntos más importantes de dichos riesgos, las consecuencias y la prevención.

4 Resultados

A priori puede parecer que la realización de una autopsia no entrañe ningún riesgo, puesto que muchas veces se entiende en el ámbito clínico “riesgo” como peligro para la salud del paciente. La realización de autopsias conlleva una serie de riesgos para el personal que las realiza: (1)

- Caídas.
- Cortes con herramientas.
- Contactos eléctricos.
- Sobreesfuerzos.
- Exposición a agentes químicos.
- Exposición a radiaciones ionizantes.
- Exposición a agentes biológicos.

Caídas.

Las caídas durante la realización de una autopsia pueden ser producidas por situaciones como suelo mojado o cables que atraviesen la sala de manera desorganizada. Como medida preventiva deberá existir en la sala un buen funcionamiento del desagüe, con cierto desnivel del suelo para que los líquidos se dirijan a él. Suelo despejado y calzado adecuado antideslizante del personal.

Cortes con herramientas.

El riesgo de cortarse con una herramienta utilizada en una autopsia es ligeramente alto, pues se usan muchos objetos cortantes, bisturís, tijeras, sierras, etc. Cuando la herramienta entra en contacto con el cadáver, el corte de una herramienta, puede presentar un riesgo biológico para el personal, aparte de la herida en sí que pueda causar. Las medidas de prevención ante estos casos se enfocan en ser organizado a la hora de colocar la herramienta, para evitar accidentes con ellas. Disponer de contenedores rígidos para tirar los objetos cortantes y punzantes. Comprobar siempre la colocación de las cuchillas, y en su caso, de la

sierra eléctrica manipulándola al hacerle cualquier mantenimiento siempre apagada.

Contactos eléctricos.

El uso de herramientas eléctricas conlleva un riesgo incrementado por la presencia de agua en el proceso. Así como desconocer que el cadáver lleve un marca-pasos, para lo que un experto debería acudir a desactivarlo antes de proceder con cualquier aparato eléctrico.

Sobreesfuerzos.

El peso del cadáver en las movilizaciones es un riesgo directo para el personal que debe realizarlo, por lo que es recomendable usar medios mecánicos como grúas y medios de transferencia para transportarlo hasta la mesa de autopsias.

Exposición a agentes químicos.

El principal agente químico que encontraremos en esta situación, es el formol. Se usa para la conservación de los órganos y muestras que se extraen para estudio. La exposición al formol produce irritación de las mucosas, alteraciones neurológicas irreversibles, intoxicación por inhalación, ingestión y contacto con la piel, quemaduras, es fácilmente inflamable y puede presentar efectos cancerígenos. Los posibles efectos cancerígenos, aunque no sean visiblemente inmediatos, son el mayor riesgo de la exposición al formol. Fue reclasificado de grupo 2 (probablemente carcinógeno en humanos) a grupo 1 (carcinógeno en humanos). Organizaciones como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en España, marcan valores límites ambientales de exposición laboral a formaldehído.

La normativa española establece una medida preventiva que consiste en sustituir los agentes cancerígenos por otros agentes menos peligrosos, disminuyendo la exposición al mínimo posible cuando no se puedan sustituir. Las medidas de prevención con el formol serán mantenerlo en recipientes cerrados que únicamente se abrirán en el momento necesario, protección individual con mascarilla, y manipulación de los botes en vitrinas específicas con campana extractora.

Exposición a radiaciones ionizantes.

Los tratamientos de radiación interna con implantes radiactivos utilizados en algunos tratamientos contra el cáncer pueden suponer un riesgo de exposición en el personal que realiza la autopsia. En estos casos se debe consultar a los profesionales responsables de radiología para tomar las medidas de seguridad necesarias, teniendo muy en cuenta también que mujeres embarazadas o en periodo

de lactancia no deben someterse a esta exposición.

Exposición a agentes biológicos.

Es el riesgo más peligroso, ya que se produce la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas producidas por bacterias, virus y otros agentes biológicos. Según el nivel de riesgo se clasifican cuatro grupos de agentes biológicos: (4).

1. Los que tienen poca probabilidad de causar enfermedad, no hay riesgo de propagación y es innecesario el tratamiento.
2. Pueden causar enfermedad y presentar un peligro para los trabajadores, con poca probabilidad de que se propague y generalmente reciben tratamiento.
3. Pueden provocar enfermedades graves y presentar riesgos graves para los trabajadores, con alta probabilidad de propagación y con tratamiento.
4. Provocan una enfermedad grave y serio peligro para el trabajador, con muy alto riesgo de propagación y se desconocen sus tratamientos.

Medidas de seguridad preventivas.

En cuanto a las instalaciones de la sala, realizando las actividades que de forma metódica y secuencial. Reducir el riesgo de contaminación con una buena rutina de limpieza y desinfección. Disponer de una zona de trabajo bien ventilada, con un sistema de tuberías bien sellado y una organización de mobiliario adecuada para el material estrictamente necesario. Los equipos de protección individual (EPI) también estipulados por protocolos de seguridad. Guantes, gafas protectoras, mascarillas quirúrgicas o autofiltrantes desechables, ropa impermeable, gorro y calzado antideslizante, cerrado y resistente a desinfectantes. (5).

Se tienen en cuenta también las medidas de seguridad ante los objetos punzantes y cortantes, así como la prevención ante posibles cortes con huesos rotos o astillas que puedan realizar un corte en el personal. (6).

Disminución de la formación de aerosoles, como puede darse con la utilización de la sierra mecánica. La medida ante esta situación es contar con un buen sistema de aspiración en la sala. (7).

Medidas higiénicas individuales, como taparse heridas en las manos con apósitos, aunque se pongan guantes; lavado de manos y ducha tras la autopsia.

5 Discusión-Conclusión

Queda patente que existen muchos más riesgos de los que se pueden presuponer a la hora de realizar una autopsia. Desde conocer bien la historia clínica del paciente al que se le va a realizar, a los pequeños detalles en la sala, que podrían

ocasionar un peligro para el personal. Por ello han de tomarse medidas de seguridad muy específicas. No confiar de la destreza del personal al realizar las técnicas, pues muchos de estos peligros no son evitables a pesar de tener un buen conocimiento para la realización de una autopsia. Por tanto, la gran cantidad de peligros existentes y el nivel de riesgo que suponen, exigen un compromiso por parte de la organización de la correcta dotación de las instalaciones, y la concienciación del patólogo y los técnicos para proteger su salud.

6 Bibliografía

1. Charles V, Welti MD. Autopsy Safety. *Laboratory Medicine*. 2001; 32:2-4.
2. Límites de Exposición Profesional para Agentes Químicos en España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España. 2006.
3. Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo. España.
4. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España.
5. Martí Solé MC, Alonso Espadalé RM, Constans Aubert A. NTP 571: Exposición a agentes biológicos: equipos de protección individual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. España.
6. Walker JEC, Ruddy GN, Rodger B, Woodford NWF. How should the chest wall be opened at necropsy?. *Journal of Clinical Pathology*. 2002; 55: 72-75.
7. Capó de Paz V. Bioseguridad en la Autopsia. Conferencia del VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2004.

Capítulo 1029

AISLAMIENTO PROTECTOR O INVERSO. RECURSOS MATERIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

El aislamiento protector o inverso es el utilizado en los hospitales para aislar a pacientes que sufren una deficiencia en su sistema de defensa, (como por ejemplo, aquellos que han sido trasplantados, que están en tratamiento con quimioterapia, que padecen leucemias, etc...), para protegerlos del entorno y evitar que se les transmita alguna infección protegiéndolos de su entorno.

2 Objetivos

Establecer a través de los recursos materiales con los que cuentan los hospitales, unos protocolos de actuación y garantizar la adecuada protección a estos pacientes.

3 Metodología

Recursos materiales:

- Habitación individual. A ser posible con antesala. Con presión positiva.
- Puerta cerrada siempre.
- Material e instrumental estéril.

- Jabón antiséptico.
- Gorro, mascarilla, bata, guantes estériles y calzas.
- Esfigmomanómetro, fonendoscopio y termómetros de uso exclusivo para el paciente mientras dure el aislamiento.
- Material de limpieza exclusivo para esta habitación.
- En ocasiones se emplea la comida "en olla".

Protocolo de actuación:

- El personal sanitario que atienda a estos pacientes, no debe padecer ningún proceso infeccioso.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia en los cuidados de enfermería.
- Los utensilios para la comida serán de un solo uso.
- Restringir el número de profesionales que atiende al paciente, así como el número de visitantes.
- Instrumental médico y de limpieza de uso exclusivo para esa habitación.
- Lavado de manos antes de entrar y al salir de la misma, con jabón antiséptico.
- Antes de entrar en la habitación el personal sanitario se colocará bata, mascarilla, gorro, calzas y guantes estériles. El empleo de gorro y calzas depende del protocolo de cada hospital.
- Las visitas también adoptarán todas estas medidas de protección.
- Asegurar una limpieza esmerada y la descontaminación de diaria de la habitación con los productos recomendados.
- Al salir de la habitación se depositarán las prendas del aislamiento en un contenedor específico para ello.
- Puerta siempre cerrada con letrero visible en el que se lea: aislamiento protector.

4 Resultados

Aplicando estos protocolos en el aislamiento protector o inverso se consigue una disminución de las enfermedades infecciosas contraídas en el medio hospitalario por estos pacientes inmunodeprimidos.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal sanitario tiene la responsabilidad de conocer lo que es un aislamiento protector y aplicar el protocolo de actuación de una manera correcta y así disminuir el contagio con algún germen del ambiente.

6 Bibliografía

- Protocolos del centro hospitalario del Hospital Universitario Central de Asturias y diversos textos de academias de estudios como Tamargo o Rivas y Mengar.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 1030

AISLAMIENTO CUTÁNEO-MUCOSO. RECURSOS MATERIALES Y PROTOCOLO DE ACTUACION.

PATRICIA MARIA APARICIO ROBLES

1 Introducción

El aislamiento cutáneo-mucoso se aplica a pacientes con enfermedades que se transmiten por contacto directo con heridas infectadas, quemaduras extensas contaminadas y drenajes virulentos. Estas enfermedades serían por ejemplo: gangrena gaseosa, infecciones de heridas no cubiertas, infecciones cutáneas, sífilis primaria o secundaria, herpes zóster localizado, sepsis puerperal por *Streptococcus* del grupo A, impetigo y piiodermas estafilococos.

2 Objetivos

El objetivo del aislamiento cutáneo- mucoso, es la separación de la persona con una enfermedad durante el periodo de tiempo en que pueden transmitirla junto con la aplicación de otras medidas, como son los protocolos de actuación y recursos materiales, para impedir esta transmisión.

3 Metodología

Recursos materiales:

- Se aconseja habitación individual.

- Bata, mascarilla, y guantes estériles.
- Instrumental quirúrgico estéril.

Protocolo de actuación:

- Es aconsejable utilizar una habitación individual.
- Lavado de manos antes de entrar en la habitación y al salir de ella.
- No tocar nunca con las manos las heridas o lesiones.
- Todo personal debe ponerse mascarilla, bata y guantes para estar en contacto con el paciente.
- Todo el material de aislamiento estará preparado dentro de la habitación, depositando se en un contenedor específico antes de salir de la habitación.
- El instrumental quirúrgico utilizado será estéril y se procesará como material contaminado.
- Las curas de estos pacientes se harán en último lugar.
- Los residuos se clasificarán como grupo III. Según la clasificación general de residuos sanitarios.
- La ropa de cama se tratará como contaminada. Se emplea la técnica de la doble bolsa .
- Limpiar y desinfectar cuidadosamente los objetos manchados con heces del paciente con lejía.
- desechar los guantes y la bata en un recipiente específico para ello, antes de salir de la habitación.
- En la puerta de la habitación se colocará un letrero visible que indique " Aislamiento cutáneo mucoso".

4 Resultados

El resultado del aislamiento cutáneo-mucoso y la aplicación de los recursos materiales y protocolos de actuación es una disminución considerable de la transmisión de enfermedades infecciosas y el contagio de infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

Aunque es imposible erradicar el 100% de las enfermedades infecciosas, si hay medidas encaminadas a disminuir el riesgo de su aparición. Recordamos que es necesario el conocimiento y la aplicación de estos aislamientos y protocolos por parte del personal sanitario para preservar la salud de las personas.

6 Bibliografía

- Hemos consultado y estudiado textos de protocolo del Hospital Universitario Central de Asturias y textos de academias como Tamargo y Rivas y Mengar.

Capítulo 1031

PATOLOGÍA LITIASICA EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESA CANDANO GARRIDO

1 Introducción

Las litiasis o cálculos renales son la formación mineral que se producen en el interior de la vía urinaria a causa del depósito de cristales minerales que van creciendo hasta formar “la piedra”. Obstruyen el paso de la orina desde el riñón hasta su expulsión a través de la uretra. Las litiasis afectan al 12% de la población, son más frecuentes en varones, entre 30 y 60 años. Hay múltiples causas de formación de litiasis, como puede ser: la genética, la dieta, antecedentes de infecciones, hipercalciuria, hiperoxaluria, cistinuria, .La estasis urinaria favorece su formación en casos de riñón en herradura o ectópico, enfermedad poliquística o reflujo vesiculoureteral.

- Radiografía simple de abdomen. Se buscan densidades de calcio(litiasis) en la vía urinaria. Aporta información adicional sobre la presencia de íleo, líquido y gas libre en la cavidad peritoneal. Valoramos localización, tamaño y radiodensidad de los cálculos (si los hubiese).El 90% de las litiasis son radiopacas, la sensibilidad es del 45% y la especificidad del 77%.
- Ecografía abdominal (vías urinarias): Es un estudio no invasor, no usa radiaciones ionizantes, no usa contrastes yodados, es de bajo coste y rapida.Aporta información sobre la dilatación de los riñones(hidronefrosis), presencia de líquido

perirenal y evaluación de otras vísceras. Diagnostica litiasis radiotransparentes no visibles en radiografía simple de abdomen o procesos tumorales que comprometen el vaciado ureteral. La sensibilidad es alta en las litiasis renales del 96%, pero menor en la ureteral. La sensibilidad es baja si hay mucha presencia de gas.

- Eco Doppler: Estudia el índice de resistencia renal lo que nos permite detectar la obstrucción con elevada sensibilidad y especificidad, también la evaluación de los meta ureterales (presencia y simetría de los eyaculados de ambos uréteres).
- Urografía intravenosa (UIV): Se realiza diferentes radiografías después de la introducción de contraste yodado intravenoso. Proporciona información morfológica y funcional. Actualmente en desuso por el Tc helicoidal multidetector.
- TC helicoidal multidetector (Uro Tc): Sensibilidad del 98% y una especificidad del 100%. Es una técnica rápida y permite detectar causas extrauterinas (diverticulitis, apendicitis, etc). Se realiza sin contraste yodado (en principio) por lo que es idóneo para pacientes alérgicos o con insuficiencia renal previa. Se hace estudio desde polo superior renal hasta sínfisis pubica. Se pueden visualizar pequeños cálculos (incluidos los radiotransparentes) y si la litiasis es suficientemente pequeña se observan diferentes signos indirectos como dilatación ureteral, renal, trazos de líneas de grasa perirenal, signo de anillo en partes blandas.

2 Objetivos

Determinar la presencia de litiasis o cálculos renales en las vías urinarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es una patología de tipo urgente, por lo que hay que estudiar el caso para averiguar si hay litiasis o signos de obstrucción, a fin de disminuir las complicaciones y evitar recurrencias.

5 Discusión-Conclusión

Dar tratamiento adecuado: hidratación, calor local, antiinflamatorios no esteroideos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1032

FRACTURA DE CADERA

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESA CANDANO GARRIDO

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Paciente de 60 años, mujer, acude a urgencias por caída accidental de dos metros de altura. Presenta dolor en ingle izquierda, acortamiento de miembros inferiores (MII) e imposibilidad de mover la pierna.

2 Objetivos

Se realiza radiografía de pelvis y axial de cadera izquierda.

3 Caso clínico

Se visualiza línea de fractura a nivel del cuello quirúrgico del fémur.

4 Resultados

Se inmoviliza el MII y se coloca tracción hasta ser intervenida quirúrgicamente. Se le administra analgesia posteriormente, tras la intervención se le aplicaran ejercicios de rehabilitación.

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas de cadera se producen con mayor frecuencia en mujeres con menopausia y con cierto grado de osteoporosis.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1033

NODULO BENIGNO EN MAMA: FIBROADENOMA.

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESA CANDANO GARRIDO

1 Introducción

Los fibroadenomas son los tumores benignos más frecuentes y probables en mujeres jóvenes, antes de los 35 años. Son nódulos que se forman a partir de la glándula mamaria normal, que crece de forma irregular y forma un bulto que se puede notar bajo la piel. Su tamaño suele ser sobre 1-3 cm, tacto liso pero consistencia elástica. Son asintomáticos aunque pueden volverse sensibles antes del período menstrual. Se cree que pueden ser consecuencia de hipersensibilidad a los estrógenos. Cuando superan los 5 cm se denominan fibroadenomas gigantes.

2 Objetivos

Diagnosticar nódulo en mama, realizando las diferentes pruebas de radiodiagnóstico dependiendo de lo que vayamos observando.

3 Caso clínico

Paciente de 39 años que nota nódulo en mamá izquierda en el cuadrante superoexterno.

- Imagen radiologica: Se realiza mamografía de ambas mamas, en proyecciones craneocaudal (cc) y proyecciones oblicuas mediolateral (oml). Resultado: mamas de elevada densidad, constituidas principalmente por tejido fibroglandular engrosado. Se observa nódulo sin distorsiones del parénquima, ni microcalcificaciones sospechosas de malignidad.
- Ecografía de mama: Técnica radiológica no invasiva, que no usa radiaciones ionizantes y rápida. Se extiende gel sobre la mama a explorar para pasar transductor sobre los cuatro cuadrantes de la mama (cuadrante supero externo-cuadrante superoinferior-cuadrante interno inferior y cuadrante superior interno). Se observa fibroadenoma de pequeño tamaño, redondo, con bordes suaves definidos.

4 Resultados

Se cree que es un fibroadenoma benigno, BI-RADS 3 (lesión probablemente benigna: nódulo sólido único, circunscrito y no calcificado (en mamografía), y nódulo hipoeocogénico y sin características posteriores o refuerzo posterior (en ecografía)).

5 Discusión-Conclusión

Se decide hacer control ecográfico de la mama a los 6 meses. Se vuelve a repetír a los 6 meses y sino hay cambios vuelve hacerse control ecográfico a los 12 meses. Primero se realiza mamografía y luego ecografía, dependiendo de los casos.

6 Bibliografía

- www.mayoclinic.com.
- www.crboard.com.
- www.cáncer.org.
- www.astursalud.com.

Capítulo 1034

TAC TEPA

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

VANESA CANDANO GARRIDO

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Paciente de 70 años que acude al servicio de urgencias con disnea, presión torácica y tos con hemoptisis.

Se realiza ecocardiograma siendo este normal (30% de los casos), analítica y Rx de tórax. El resultado de las pruebas son normales, presentando la analítica un dímero elevado, por lo que se solicita TAC.

2 Objetivos

- Realizar TAC helicoidal desde vértices pulmonares hasta diafragma.
- Administrar contraste intravenoso y colocar el ROI en la arteria pulmonar.

3 Caso clínico

Se visualiza un trombo en el bronquio pulmonar derecho.

4 Resultados

Se administra anticoagulantes y oxígeno.

5 Discusión-Conclusión

El TAC de tórax en concreto el protocolo de TEPA es el mas indicado para ver tromboembolismos pulmonares, siendo una prueba rápida y poco invasiva.

6 Bibliografía

- <https://radiodiagnosticando.com/2014/07/08/caso-tromboembolismo-pulmonar-tep-agudo-y-cronico/>.

Capítulo 1035

TAC ABDOMEN PEDIATRICO

VANESA CANDANO GARRIDO

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Paciente pediátrico de 1 año de edad diagnosticado de neoplasia de colon derecho acude al servicio de radiodiagnóstico para realizar control en TAC.

2 Objetivos

Se realiza TAC de abdomen de control en el que se observa el bazo de tamaño normal, lesión hipodensa de 21 cm, probablemente quística, en polo inferior in específica . En tercio medio se identifica una lesión focal hipodensa de 8 mm. Clínicamente bien, sin dolores, come de todo y hábito intestinal normal.

3 Caso clínico

Control de Neo de colon se detectan dos lesiones hipodensas,el resto con normalidad y sin cambios.

4 Resultados

Se solicita eco abdominal para el análisis y control de las lesiones diagnosticadas.

5 Discusión-Conclusión

El TAC de abdomen nos permite observar con detalle el abdomen y así controlar la evolución de la enfermedad y localizar nuevos hallazgos , si los hay. Hay que tener en cuenta que en un paciente pediátrico hay que reducir al mínimo la radiación, por lo que se tiene que intentar recurrir a ella lo menos posible utilizando ,si es posible, otras pruebas coma la ecografía.

6 Bibliografía

- <http://www.oncologia.org.ve>.

Capítulo 1036

TAC DE TÓRAX

VANESA CANDANO GARRIDO

BELEN FERNÁNDEZ DÍAZ

CAROLINA FERNANDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Paciente varón de 63 años con carcinoma epidermoide de pulmón estadio IIIA tratado con quimioterapia hasta junio 2019. Ahora ingreso por neumonía a tratamiento con varios antibióticos y continua con febrícula .

2 Objetivos

- Solicitar TAC de tórax sin/con contraste para ver el pulmón en su totalidad, en el que no se observan nuevos hallazgos radiológicos.

3 Caso clínico

Se descarta progresión tumoral y se confirma como único diagnóstico neumonía.

4 Resultados

Se recomienda tratamiento con antibiótico de amplio espectro para tratar la neumonía.

5 Discusión-Conclusión

El tac de tórax es una prueba rápida, indolora, no invasiva y precisa. Tiene la capacidad de detectar nódulos muy pequeños en el pulmón por lo que es la prueba más efectiva para descartar tumoraciones.

6 Bibliografía

1. <https://www.guttman.com>>traumatismo.
2. RadiologyInfo.org.

Capítulo 1037

LA ARTICULACIÓN DEL CODO: CONSIDERACIONES RADIOLÓGICAS

NATALIA TOCINO PRIETO

ADRIÁN SUÁREZ MERINO

1 Introducción

La articulación del codo está compuesta del hueso, cartílago, ligamentos y líquidos. Son los músculos y los tendones los que dan movilidad al codo. Está compuesta a su vez por tres articulaciones: la humero-radial, la humeral-cubital y la radio-cubital. A través de pruebas radiológicas se pueden diagnosticar distintas patologías del codo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la anatomía del codo, ya que se trata de una articulación compleja.

Objetivos secundarios:

- Diferenciar entre las distintas pruebas radiológicas que pueden ser útiles para diagnosticar posibles patologías en el codo.
- Conocer las patologías más frecuentes de la articulación del codo, y porqué son producidas.
- Saber interpretar entre una imagen normal y una patológica.

3 Metodología

Se ha realizado búsqueda bibliográfica sobre las patologías mas comunes del codo, de su anatomía, así como la de las pruebas radiológicas más frecuentes realizadas para su diagnóstico.

4 Resultados

Pruebas radiológicas comunes:

- Radiografía: La cápsula articular es laxa, tanto posterior como anterior, por lo que el derrame distiende la cápsula en esas dos direcciones. Si existe derrame en la radiografía aparecerán líneas radiolúcidas separadas de las estructuras óseas por una densidad de partes blandas, en proyección lateral. Si aparece paquete graso posterior es patológico.
- Artrografía: Consiste en la inyección de contraste entre la cabeza radial y el cóndilo humeral. La cavidad de la articulación se extiende en sentido proximal adoptando forma de "orejas de conejo" en la proyección AP, en lateral hay un receso coronoideo anterior al extremo distal del humero y un receso olecraniano posterior.
- Resonancia Magnética. Las indicaciones más comunes para una resonancia de codo son las siguientes:
Lesiones de ligamentos: ligamento colateral cubital: se ha demostrado que la sensibilidad de la RM an el diagnóstico de la lesión completa de este ligamento es hasta del 100%. El ligamento lateral del cúbito es hipointenso en todas las secuencias, despues de un traumatismo la presencia de un edema da lugar a pérdida de hipointensidad.
Ligamento colateral radial : se identifica fácilmente en imagenes coronales.
- Epicondilitis medial y lateral: causas más frecuentes del dolor en el codo en la población adulta.
- Luxaciones
- Neuropatías por pinzamiento.
- Osteocondritis.
- Bursitis.
- Artrosis.
- Artritis reumatoide.

5 Discusión-Conclusión

La articulación del codo es una articulación compleja. Con la resonancia magnética podemos adquirir imágenes de desgarros muy pequeños, lesiones tendinosas, ligamentos y músculos, y hasta algunas fracturas que no se pueden ver en la radiografía simple. Además, nos puede proporcionar imágenes claras de trastornos degenerativos, artritis y deterioros de las superficies articulares, por lo que podemos concluir que es la mejor prueba de elección para el diagnóstico de patologías relacionadas con la articulación del codo.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/elbowinjuriesanddisorders.html>
2. <https://mejorconsalud.com/articulacion-del-codo/>.
3. "Radiología Anatómica", Ryan, McNicholas, Eustace/ Marban.

Capítulo 1038

INTERVENCIONISMO MAMARIO GUIADO CON IMAGEN

ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO

RAQUEL RUIZ TURRADO

ESTEFANIA BLANCO GARCÍA

ELIZABET GARCIA GRANDA

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

1 Introducción

El cáncer de mama se origina por una anomalía genética, es el resultado de mutaciones o cambios anómalos en los genes que regulan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Los programas de screening, que sería el conjunto de pruebas diseñadas para poder realizar un diagnóstico precoz de cáncer de mama entre la población, ha incrementado significativamente el descubrimiento de lesiones mamarias no palpables. Gracias a técnicas de biopsia, que han ido desarrollándose y mejorando notablemente con el tiempo, se toman varias muestras de tejido mamario sospechoso de malignidad para su posterior análisis histopatológico. Existen multitud de técnicas en intervencionismo mamario que son guiadas con precisión gracias a la ecografía, la tomosíntesis y la resonancia magnética. Ninguno de los procedimientos que aparecen a continuación requieren hospitalización, se realizan amenudo en el consultorio médico con anestesia local, despues de re-

alzar alguna prueba de imagen en la que se aprecie una anomalía en el tejido mamario.

PAAF (biopsia por aspiración con aguja fina) Utiliza una aguja hueca, muy fina, con calibres 21-20G, adherida a una jeringa, se extraen cantidades muy pequeñas de células de tejido mamario. Se introduce la aguja varias veces en el tejido que va a ser examinado. Este tipo de procedimiento se emplea para aspiración de lesiones líquidas (quísticas) o diagnóstico de tumores, probablemente benignos. Este tipo de punción tiene menor riesgo de sangrado.

BAG (biopsia por punción con aguja gruesa). Extrae más tejido mamario que la aspiración con aguja fina, es el método más utilizado en lesiones sólidas mamarias. Dentro de este tipo de técnicas, la BAG es la más extendida y es un método preciso, seguro y en la mayoría de los casos no doloroso; se lleva a cabo con una aguja hueca con calibres comprendidos entre 18-14G, que extrae muestras de la zona sospechosa de malignidad, con un mecanismo de corte que encierra en su interior un pequeño cilindro de tejido; el mecanismo es ruidoso y emite un chasquido metálico, es importante advertir y adiestrar a la paciente para que no se asuste ni se mueva.

BAV (biopsia por aspiración al vacío). Permite obtener múltiples especímenes con una sola inserción de la aguja, puede incluso llegar a hacer desaparecer la totalidad de la lesión sin falta de cirugía, utiliza agujas de gran calibre entre 11-9G, mediante de mecanismo de corte y aspirado por vacío.

2 Objetivos

- Localizar la zona afectada en la mama con exactitud guiados, en muchos casos, por ecografía (ultrasonidos), otras veces por estereotaxia, que es un tipo específico de toma de imágenes de la mama usando rayos x de baja dosis, está se utiliza sobre todo en casos en los que la lesión no es visible por ultrasonidos, como la mayoría de las microcalcificaciones y algunas distorsiones, o incluso, con resonancia magnética.
- Conseguir una buena muestra de la zona afectada para su posterior análisis patológico.
- Señalar, en la mayoría de los casos, la zona biopsiada con marcadores que permitan su posterior seguimiento sabiendo con certeza donde se encontraba.
- Ofrecer confianza al paciente, para contar con su total colaboración, y, mantenerle en todo momento informado de cualquier paso que vayamos a realizar.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica empleando como descriptores: biopsia de mama, biopsia por aspiración al vacío, estereotaxia, biopsia con aguja gruesa, biopsia con aguja fina, arpón localizador, intervencionismo mamario, en diferentes bases de datos: Scielo, Cochrane, Pubmed; revistas científicas; artículos académicos y científicos. Se emplean como criterios de inclusión aquellos textos tanto en castellano como en inglés, posteriores a 2011

4 Resultados

El intervencionismo mamario guiado por imagen:

- Establece un diagnóstico anatómico-patológico, micro-biológico y genético
- No distorsiona el tejido mamario ni dificulta la lectura de futuras mamografías
- El procedimiento es menos invasivo que la biopsia quirúrgica, deja poca o ninguna cicatriz, la recuperación es rápida, la paciente regresa a casa el mismo día de la prueba con unas pequeñas pautas a seguir durante las siguientes 24h.
- Menor coste

El intervencionismo mamario puede tener una faceta terapéutica, como en el caso de las BAV, con la extirpación de lesiones benignas o en algunas lesiones de potencial incierto.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama constituye la segunda neoplasia maligna más frecuente en el mundo y es la quinta causa de muerte por cáncer en las mujeres, por eso, la importancia de la concienciación de la población en la detección precoz de esta enfermedad, acudiendo con la regularidad necesaria para llevar un seguimiento adecuado de su salud y una actuación rápida en caso de aparición de alguna anomalía en el tejido mamario.

Existe el riesgo de sangrado y formación de hematomas, aunque la aparición de complicaciones es insignificante y cuando estas aparecen son de escasa importancia. La biopsia de mama guiada por ultrasonido proporciona de forma segura muestras de tejido, siendo más rápido y evitando la necesidad de exposición a radiación ionizante, al contrario que la localización por estereotaxia, que implica el uso de radiación, los ultrasonidos, pueden evaluar además nódulos que se en-

cuentren debajo del brazo o cercanos a la pared torácica, a los que no se puede llegar con facilidad mediante una biopsia estereotáctica.

6 Bibliografía

- Julio Abugattas Saba, Javier Manrique Hinojosa, Tatiana Vidaurre Rojas. Mammografía como instrumento de tamizaje en cáncer de mama. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia vol.61; Lima 2015
- A.Bosquet Dazaa, JM. Garófano Jereza, J. Checa Martíneza, P. Parras Padillaa, P. Torné Poyatosb.Punción biopsia de una lesión mamaria dirigida por tomografía computarizada.vol. 15; 2002.p.28-31
- A.Vega Bolívar. Intervencionismo diagnóstico en patología de mama. Elsevier; 2011.
- Breastcancer.org. Jamie DePolo, Brian Wojciechowski, M.D. 3D Mammography Reduces Breast Biopsy Rates. 25 de Marzo de 2019-

Capítulo 1039

LA IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN EL TRABAJO DE PARTO

NURIA PELÁEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trabajo de parto y el parto es un acontecimiento importante en la vida de las mujeres y su familia, se describen sentimientos como entre angustia, miedo y ansiedad por parte de la mujer, y por ello ésta ser cuidada, sentirse protegida y acompañada. Por esta razón, es fundamental resaltar el rol de enfermería en este suceso relevante, siendo necesario actuar desde la humanización, proporcionándoles a las madres los cuidados correspondientes para que se sientan cómodas y satisfechas con el trato recibido.

La enfermería cuenta con un sin número de conocimientos científicos, que posiblemente han sido infravalorados durante décadas, posiblemente por no saber cómo aplicarlos en la práctica, o tal vez, el interés ha sido siempre enfocado al modelo biomédico. A lo largo del tiempo, se ha observado que la enfermería ha estado enfocada en el cumplimiento de otras funciones enlazadas con el actuar médico, desvirtuando su quehacer. De igual forma Durán de Villalobos realiza una crítica al cuidado que se ha venido llevando a cabo: “se dice que cuidar es la esencia de la enfermería, y que el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de salud. Pero no se puede pasar por alto el que muchas enfermeras enfatizan más en los aspectos relacionados con la curación y han mantenido sus intervenciones más hacia la línea del curar que en la del cuidar.

La Organización Mundial de la salud (OMS) en su declaración de fortaleza, dictó, las principales recomendaciones de lo que debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo. Atención centrada en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos eran fundamentales y complementaban una atención perinatal de calidad. Desde un punto de vista psicológico, el embarazo en la mujer, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste requiere, pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones. En años anteriores los partos se producían en el domicilio y formaban parte de los acontecimientos vividos entre los miembros de la familia, donde el soporte y el apoyo de los suyos estaban asegurado para la mujer. A partir de mediados de los sesenta, con la construcción de grandes hospitales, el parto medicalizado, como tantos otros aspectos de la vida, pasa a convertirse en un acto público, vivido entre extraños.

Resulta curioso el hecho contrastado de que, durante el parto, la mujer está intermitentemente acompañada, ya que van entrando y saliendo de la dilatación un variado número de profesionales: obstetras, enfermeras, estudiantes de enfermería o medicina, auxiliares de enfermería, que se interesan por ella. No obstante, la gestante tiene sensación de soledad. En ese sentido, parece fundamental recordar el artículo R. Bayés respecto a las vivencias de una parturienta y su familia en un hospital público de Barcelona, en el que la gestante valora muy positivamente el acompañamiento realizado durante esos momentos por una estudiante de auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Reconocer la importancia del rol de enfermería en el trabajo de parto.

Objetivos específicos:

-Identificar los beneficios del acompañamiento del auxiliar de enfermería en el trabajo de parto.

-Reconocer las funciones que realiza el auxiliar de enfermería en el trabajo de parto.

-Reconocer las etapas del trabajo de parto y la actuación del auxiliar de enfermería en cada uno de ellos.

-Identificar la importancia de mantener el bienestar madre e hijo, a través de nuestras acciones.

3 Metodología

La metodología utilizada fue una revisión documental mediante la búsqueda de la literatura, disponible en las bases de datos de Scielo, Google Académico, revista de enfermería (ENE), revista de investigación de salud en Boyacá, así mismo trabajos de investigación y artículos de investigación sobre el acompañamiento del personal de enfermería en el trabajo de parto. De esta forma, fueron utilizados para la búsqueda los artículos referidos descriptores en idioma español e inglés.

4 Resultados

El adiestramiento de las parteras se constituyó en una pionera aspiración de la élite política que, al organizar la República, luego del proceso independentista, veía con preocupación la amenaza que representaban los altos índices de mortalidad materno-infantil durante el parto y el puerperio para el necesario crecimiento demográfico. El primer curso para instruir matronas en Santiago, con financiamiento estatal, se dictó formalmente en 1834. El número de las que accedieron a esa preparación creció y aunque no fue abrumadoramente significativo, aproximadamente 200 mujeres hacia fines del siglo XIX, la aparición de esta nueva profesional introdujo límites y variaciones a la oferta obstétrica, circunscribiéndola, legal y exclusivamente, a la asistencia del parto normal.

En el transcurso de la historia podemos encontrar registros bíblicos sobre las comadronas en tres historias del antiguo testamento, en dos de ellas son consideradas como diestras y valiosas profesionales. En la era egipcia la ocupación de matrona era reconocida, era quien solía atender los nacimientos normales, incluidos los de la realeza. En el período griego existen pocas contribuciones a la obstetricia, sin embargo, en la época de Hipócrates y Sócrates (año 500 a.C.) se las reconocía socialmente y recibían honores, incluso estaban especializadas en dos grados, las de mayor experiencia y habilidad, quienes eran consultadas para los partos complicados, y las que atendían únicamente partos normales. La era romana acuna los conocimientos y prácticas heredadas de los egipcios a los griegos y de los griegos a los romanos, pero se sabe poco de las comadronas romanas, aunque se supone que en la era cristiana fue una profesión establecida y que requería personas educadas para su práctica. Antes del siglo XVI no era posible que un hombre fuera partero. Como la medicina y la cirugía aún se diferenciaban en los siglos XV y XVI, algunos barberos cirujanos empezaron a practicar el arte de partear. Si bien en un principio el partero o comadrón era "el cirujano que asiste

a partos” para extraer un feto fallecido, detener un flujo copioso de sangre o practicar una cesárea después de morir la madre. En el siglo XVII se autorizó en París a los cirujanos para que asistieran partos normales. Años después se utiliza en algunos documentos el adjetivo ”capacitado”, en otros ”calificado”, o incluso ambos indistintamente en el mismo documento. En el informe de UNFPA, Estado de la población mundial 2008, aparece una nueva definición: el personal de partería calificado está constituido por profesionales de la salud acreditados, parteras, médicos o enfermeras, dotados de conocimientos para atender embarazos y partos normales (sin complicaciones) y el período postnatal inmediato; detectar y tratar complicaciones en la mujer y el recién nacido; y remitir a las pacientes a servicios apropiados de atención obstétrica y de emergencia. Esta definición excluye a las parteras tradicionales, dotadas o no de capacitación.

En la actualidad el cuidado de enfermería durante el trabajo de parto y el parto requiere de consideraciones especiales hacia la mujer, dado por los cambios inherentes a este proceso, en el cuál la intervención del equipo de salud y en específico del profesional de enfermería, juegan un papel importante en la evolución y resultados satisfactorios. El proceso del parto representa una de las experiencias más paradójicas que vive la mujer. Por un lado crea vida, constituye para algunas lo mejor que pudo pasar tras el embarazo, pero a la vez puede ser el evento más doloroso que experimenta e implica una experiencia psicosocial profunda, que pone a prueba su feminidad y competencias personales y limita sus habilidades funcionales, principalmente en la disminución del control que ella puede mantener frente a su propia fisiología. La necesidad de mejorar la atención perinatal abarca no sólo avances científicos sino, también, la posibilidad de una atención humanizada a la gestante, considera a ésta, sus niños y su pareja como los personajes claves en la atención.

La preparación integral del profesional de enfermería en diferentes ciencias, al igual que su preparación en las técnicas de educación para la salud, hacen que sea un colaborador ideal en la prestación de servicios en un área tan delicada como lo son las mujeres durante el trabajo de parto y parto. Este profesional, no sólo debe prepararse en los conocimientos y técnicas propias de la enfermería, sino también, en áreas que son necesarias para poder cuidar a la persona que está a su cargo, desde su integridad biológica, psicológica, social y espiritual. La función asistencial para la atención al trabajo de parto y parto va a ser una función primordial de los médicos y el personal de enfermería, independientemente que existan otros miembros que indistintamente se incorporen a la prestación de servicios según necesidad de atención, constituyen éstos los miembros del equipo

de salud definido para la atención al trabajo de parto. En 2004, Andreoni expresó que el profesional de salud deberá estar abierto al diálogo, a los cambios, a compartir e incorporar nuevos conocimientos provenientes de otros profesionales o disciplinas que hablen el mismo lenguaje. Dentro de los autores estudiados que centran sus análisis en el enfoque humanizado de la atención al parto: Garzón en 1999 y en 2005,¹⁰ Declaración de Ceará en 2000 en Brasil, Trevizan en 2003,⁸ Andreoni en 2004, entre otros, evidencian elementos coincidentes:

- Humanizada, basada en los derechos y necesidades emocionales, físicas, psíquicas y sociales de la mujer, su bebé y su familia.
- Basada en evidencia científica y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Enfoque Intercultural.
- Realizada por personal calificado y conducido por la mujer con autonomía y libertad.
- Respeto a los derechos humanos, reproductivos, a la cultura, rituales y conocimientos ancestrales.
- Visión del parto como un hecho fisiológico.
- Vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
- Respeto de la elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán en el parto, a su privacidad, dignidad y confidencialidad.
- Cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido.

Por otro lado existen variables que modifican la atención al parto, por ejemplo una misma mujer puede acabar su parto de muy diferentes maneras en función del hospital que elija para dar a luz. Las posibilidades de una cesárea, un parto instrumental, una episiotomía o una inducción se duplicarán o triplicarán dependiendo de la comunidad autónoma en la que se atiende el parto y con bastante seguridad se puede afirmar, que sufrirá más intervenciones si se decanta por parir en un hospital privado en lugar de hacerlo en un hospital público. Además, los números constatan que, con respecto a sus vecinos europeos, España es un país especialmente intervencionista pues aunque no sobresale en cesáreas, sí lo hace en partos instrumentales, episiotomías e inducciones, sin por ello tener unos resultados especialmente mejores en cuanto a mortalidad perinatal. Por otro lado, al contrastar las prácticas a las que habitualmente son sometidas las mujeres durante el parto con las recomendaciones de OMS y el Ministerio de Sanidad, encontramos un fuerte desfase entre teoría y práctica y se comprueba de forma generalizada que la actuación asistencial no se corresponde con las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar la revisión bibliográfica sobre el rol del auxiliar de enfermería en el procedimiento de trabajo de parto, resalta algo importante, en el cual hoy en día se observa mucha falencia, pues el personal de enfermería ha desviado su objetivo el cual desde el inicio ha sido cuidar, acompañar al enfermo y no de curar, en este enfoque de atención al parto es importante el rol de cuidar a la gestante, pues investigaciones realizadas por diferentes autores coinciden que se manejan altos niveles de estrés y ansiedad. En el artículo de investigación: ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: y la importancia de su detección, arrojó que el 30,77% de las mujeres del estudio presentaron un nivel de ansiedad alto antes del parto. Sin embargo no se pudo asociar el nivel de ansiedad previo al parto con el tipo de parto, el apgar o el peso de los niños de forma significativa. En cambio, si se apreció, de un modo significativo, que las mujeres con un mayor nivel de ansiedad, presentaron mayor miedo al dolor, lo que comportó a su vez una peor tolerancia del mismo y una peor valoración del tratamiento administrado para aliviarlo, resaltando en este sentido la importancia de una buena preparación maternal previa al parto, ya que minimizaba, en general, estos efectos.

Así mismo es necesario que el personal de enfermería realice introspección, que reconozca la importancia de su quehacer el cual implica brindar cuidados basados en la empatía y en el conocimiento científico; esto para sustentar que no debería ser necesario que entidades externas u otras profesiones, establezcan lo que debería hacer la enfermería en cuanto al cuidado. Una de las grandes falencias que se pueden evidenciar actualmente en el cuidar es la falta de acompañamiento. La enfermería se ha visto afectada por las exigencias de las instituciones en las que se ejerce, en donde su campo de acción se ha desplazado a las actividades administrativas del cuidado y la administración de medicamentos.

Por otro lado investigaciones muestran un impacto positivo del acompañamiento por parte del personal en enfermería durante el parto, disminuyendo el uso tanto de inductores como de procedimientos invasivos, igualmente disminuyendo la morbimortalidad materna y perinatal. Además, el acompañamiento del profesional de enfermería aumenta los partos satisfactorios y la tranquilidad de la madre, ofreciendo un parto humanizado y sustentado en el conocimiento científico, holístico y ético, basado en el respeto por la gestante y por sus derechos y dignidad como mujer. Se encentra muy necesario el rol de la enfermería durante el trabajo de parto, no sólo para que la gestante y su hijo, sino también para su familia, brindando apoyo, comprensión y educación para esta etapa. En los difer-

entes artículos se evidencia que la enfermería es la encargada de velar porque se respeten los derechos de la madre, tanto en el caso del personal de salud como de personas externas que tengan algún tipo de contacto con ella durante el trabajo de parto y parto.

6 Bibliografía

- Angarita Navarro, A. (2018). El acompañamiento por enfermería en la atención del trabajo de parto y parto: Una revisión narrativa de la literatura. *Revista Investigación En Salud Universidad De Boyacá*, [Internet]. 2018 Sep. [citado 2020 Jan. 05] 5(2), 323-344.
- Durán de Villalobos, M. (1994). El cuidado: pilar fundamental de enfermería. *Avances en Enfermería*, [Internet]. 1994. [citado 2020 Jan. 05] 12(1), 16-23.
- Molina-Fernández Inmaculada de, Rubio-Rico Lourdes, Roca-Biosca Alba, Jiménez-Herrera María, Flor-López Miriam de la, Sirgo Agustina. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2015 Jun [citado 2020 Jan 05] ; (13): 17-24.
- Alemany, M. J., & Velasco, J. (2005). Aspectos emocionales que rodean al nacimiento. Estado de la cuestión. *Matronas profesión*, [Internet]. 2005 [citado 2020 Jan 05] (4), 23-27.
- Zárate, M. (2007). De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX.. *Calidad en la Educación*, [Internet]. 2007 J [citado 2020 Jan 05] (27), 284-297.
- Argüello-Avenidaño, Hilda E., & Mateo-González, Ana. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*, 12(2), 13-29.
- Borges Damas L, Sixto Pérez A, Sánchez Machado R. Influencia del desempeño de los profesionales de enfermería en la atención humanizada al parto. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 [citado 5 Ene 2020];34(2).
- Recio Alcaide, A. "La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dialnet [Internet]. 2015 [citado 07 May 2016]; 18: 13-26."

Capítulo 1040

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE HOSPITALIZADO

ULISES GARZÓN DÍAZ

1 Introducción

En este capítulo de libro detallamos las habilidades de comunicación por parte del celador ante un paciente hospitalizado, los distintos elementos de la misma y la influencia que tiene dar una buena primera impresión. Así como la importancia que tiene dicha comunicación en nuestra relación con el paciente y la mejora que implica en su estado de salud.

2 Objetivos

Exponer y explicar las habilidades sociales y de comunicación del celador dentro de una institución sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Elementos de comunicación:

Existen los siguientes elementos de comunicación:

- Emisor: Es la persona que crea y manda el mensaje a la vez que lo codifica.
- Receptor: Persona que recibe el mensaje a la vez que lo descodifica, por lo tanto debe de comprender el mensaje para que la comunicación sea óptima.
- Referente: es la causa o el motivo que lleva al emisor a emitir un mensaje.
- Mensaje: Ordenación de elementos dentro de un repertorio de manera estructurada para que éste resulte entendible por parte del receptor. El mensaje puede ser verbal o no verbal.
- Canal: Es el medio a través del cual se transmite el mensaje. Existen distintos tipos de canales y cuantos más se utilicen para transmitir el mensaje mejor será la comprensión final por parte del receptor.
- Código: Es el conjunto de signos sistematizado que permiten al emisor elaborar el mensaje y al receptor interpretarlo.
- Retroalimentación: Es la reformulación o comprobación de que el mensaje a sido captado y comprendido.

Estado emocional en los procesos de comunicación:

En la mayoría de las ocasiones el proceso de comunicación se suele ver afectado por el estado emocional del emisor y del receptor, en el caso de un paciente que precisa de asistencia sanitaria, esos sentimientos y emociones ante ciertas situaciones o acontecimientos hace que cobre vital importancia la capacidad comunicativa del celador para que el paciente comprenda y asimile que actuaciones y comportamientos pueden beneficiara su estado de salud y en muchas ocasiones acortar su estancia en el centro sanitario.

Por lo tanto, ya que esas emociones juegan un papel importante dentro de la comunicación, el celador tiene que cuidar al máximo no sólo la comunicación verbal, sino también la no verbal, así como controlar sus propias emociones ante situaciones que se puedan dar y evitar que interfieran en una relación profesional con pacientes y familiares.

Primera impresión:

Los pacientes tendrán ideas preconcebidas y expectativas sobre lo que les puede esperar. Por lo general, tardarán unos segundos en determinarse les agrada o no un lugar o una persona; por ese motivo es importante generar una muy buena primera impresión, esto ayudará en todo el proceso comunicativo.

Según el Efecto Saliencia lo que más destaca entre los seres humanos son los estímulos visuales, especialmente los rasgos de la cara, la expresión, mirada, gestos, posturas corporales y vestimenta.

Para favorecer esa primera impresión es inspirador ciertos comportamientos de la cultura japonesa, que utilizan en muchos de sus establecimientos comerciales y hacen extensible a sus organizaciones empresariales, "La regla de los dos metros"

- Saludar a todos los pacientes que se encuentren a una distancia igual o inferior a dos metros.
- Establecer contacto visual y saludar con "buenos días o buenas tardes".
- Ofrecer asistencia si el paciente está buscando ayuda, independientemente de si es nuestra área de atención o nos encontramos en una pausa reglamentaria.

Relación de ayuda:

Es la relación que se establece entre el paciente y el personal de un centro sanitario, independientemente de su estado. Para que la relación de ayuda sea terapéutica ha de presentar cercanía, empatía y calidez. El ser o no capaz de realizar las actividades de la vida cotidiana se relaciona con la capacidad de cubrir las necesidades humanas.

Se tendrá que tener en cuenta la siguiente clasificación:

- Paciente autónomo: Es capaz de decidir por sí mismo lo que quiere hacer y además lo puede realizar por í mismo.
- Paciente independiente: Es capaz de realizar las actividades de la vida diaria.
- Paciente dependiente: No es capaz de realizar las actividades de la vida diaria.

Empatía:

Llamada también inteligencia interpersonales. Consiste en ponerse en el lugar de la otra persona y es la característica imprescindible que debe tener un celador con los pacientes para poder entender su situación y además transmitirle esa comprensión.

Consta de dos fases:

- El celador es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente.
- Le da a entender que lo comprende.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta que el celador habitualmente es el primer contacto que tiene el paciente dentro de un centro sanitario y que la comunicación es la base de todas las relaciones sociales, debemos dar la suficiente importancia a conocer y dominar los diferentes estilos de comunicación.

También resalto la gran importancia que tiene el manejo de las emociones tanto propias como del paciente para que la comunicación se desarrolle en términos constructivos.

Como conclusión final se aporta una frase célebre del gran Sigmund Freud, médico neurólogo, padre del psicoanálisis y una de las mayores figuras intelectuales del siglo XX: "La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas".

6 Bibliografía

- www.aixomafv.com/primera-impresion/
- El celador en los servicios hospitalarios depósito legal: J-1375-2012 ISBN: 978-84-940251-7-4
- Trinidad Olivero, L. adiestramiento: Estilos de comunicación. Rea.LRG NOC.2003.
- [http://sju.albizu.edu/correccion/estilos%20de%20comunicacion/portuario%20estilos%20de%](http://sju.albizu.edu/correccion/estilos%20de%20comunicacion/portuario%20estilos%20de%20)

Capítulo 1041

LA UNIDAD DE FARMACIA HOSPITALARIA Y EL PERSONAL NO SANITARIO: AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES.

ALEJANDRO MARTIN MANJON

1 Introducción

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley.

Las unidades de farmacia están integradas por: Farmacéuticos, FIR, DUE, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos y Celadores.

2 Objetivos

Identificar las funciones que se desempeñan en la farmacia hospitalaria. Identificar las funciones por personal.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores google y google académico; siendo los términos usados: “unidad de farmacia”, “el celador

en la unidad de farmacia”, “funciones celador farmacia hospitalaria”, “planificación y organización de un servicio de farmacia”, “personal no sanitario en unidad de farmacia”, “función administrativa en farmacia”.

Criterios de inclusión: Libros, publicaciones, artículos y leyes o decretos aprobados hasta el momento (llevadas a cabo en el contexto español hasta el año 2019).

Criterios de exclusión: Documentos publicados en idiomas distintos al español.

Palabras clave empleadas como descriptores: farmacia, hospital, personal no sanitario, celador, auxiliar administrativo.

4 Resultados

La función principal del servicio de farmacia, presente en cualquier hospital, será tener disponible los medicamentos y demás productos galénicos, para ser administrados a los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización, y para aquellos que en régimen ambulatorio lo precisen.

Las actividades que se llevan a cabo dentro de la farmacia son: a) Preparación y dispensación de:

- Fórmulas magistrales y soluciones desinfectantes
- Nutriciones parenterales
- Medicamentos citostáticos
- Material estéril para curas
- Los compuestos consignados en la farmacopea y formularios oficiales del Hospital
- La dispensación de medicamentos se realizará por stocks o por unidosis a los diferentes servicios b) Control y dispensación de estupefacientes, psicótropos y medicamentos extranjeros. c) Control de los botiquines existentes en los distintos servicios. d) Propuesta de la adquisición de ciertos medicamentos, material de curas o productos. e) Elaboración de sistemas de registro de información para control de consumos, gastos y costes. f) Establecer registros de información acerca de los efectos de los medicamentos, farmacovigilancia.

Funciones del celador en la unidad de farmacia:

- Recepción del material: se encarga de comprobar que el material servido corresponde con el que figura en los albaranes de entrega. No debe recogerlo en caso de no coincidir y debe consultar con el responsable de farmacia.
- Acondicionamiento del material: entrega el material y una copia del albarán

al personal sanitario, para que lo clasifique y coloque en los estantes. Algunos materiales son colocados directamente por los Celadores, como es el alcohol y los botes de suero, pero en ningún caso medicamentos.

- Distribución de medicación y demás productos a las Unidades de Hospitalización: se encarga del traslado de las peticiones de los distintos servicios hasta la farmacia y de los envases de unidosis desde la farmacia hasta las plantas, esto último en un carro denominado “carro de unidosis”.
- El traslado se suele realizar por la tarde, una vez que se han registrado los cambios de medicación de cada paciente, la información ha llegado a la farmacia y ésta ha preparado los envases. Cada carro contiene la medicación correspondiente al turno de tarde, noche y mañana del día siguiente de cada paciente. El Celador debe dejar el carro a cargo del personal de Enfermería que tenga asignados esos pacientes.
- Transporte de material dentro de la farmacia: en caso de cargas de gran volumen o peso.
- Transporte de productos desde otras Unidades hasta la farmacia: determinados productos se encuentran en el almacén general y deben ser transportados hasta la farmacia. En el caso de que haya más de una farmacia, el Celador se encargará de distribuir a las mismas el material necesario.
- Dispensación de determinado material: el Celador de farmacia puede dispensar determinado material que él haya preparado o no (alcohol, nutriciones parenterales, fórmulas magistrales). Pero en caso de que se le solicite dispensar algún medicamento debe comunicarlo al farmacéutico responsable.
- Preparación de alcohol: el Celador es el encargado de preparar el alcohol rebajado a 70o que se emplea en las Unidades del Hospital. Para ello, vierte en un recipiente el alcohol y agua destilada correspondiente para la correcta proporción. También le corresponde el traslado de los recipientes vacíos desde las unidades hasta la farmacia, prepararlos y repartirlos de nuevo. Además normalmente debe llevar el agua destilada procedente del laboratorio hasta la farmacia.
- Controles e inventarios: el Celador realizará recuentos periódicos del material que dispensa, para comprobar existencias reales de los productos almacenados, y colaborará en el recuento del Inventario General que se realice en la Farmacia.

La función administrativa en la unidad de farmacia:

– Emisión, seguimiento, recepción y conservación de los pedidos de los medicamentos incluidos en la guía, de acuerdo a las decisiones de la Comisión de Farmacia y

Terapéutica y sobre la base de mantener los stocks adecuados a los consumos.

– Emitir y difundir los informes oportunos de consumos de medicamentos, de acuerdo a diferentes criterios: unidades de enfermería, servicios médicos, por patologías, por laboratorios y por medicamentos.

– Remitir a la Dirección Médica los informes oportunos justificativos del estado presupuestario y del cumplimiento del mismo.

5 Discusión-Conclusión

El Servicio de Farmacia de un hospital es un Servicio General Clínico, integrado funcional y jerárquicamente en el hospital. Las actividades farmacéuticas que se realizan son de tipo asistencial, administrativo, tecnológico y científico. Es decir, cumplen funciones de gestión, logísticas, y clínicas tanto con fines asistenciales, docentes como de investigación.

Su responsabilidad es la de adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos así como de la selección y evaluación de medicamentos, la información farmacoterapéutica, las actividades de farmacocinética clínica, de farmacovigilancia, el control de productos en fase de investigación clínica y la realización de estudios de utilización de medicamentos.

6 Bibliografía

1. Del Castillo Torres L., Martos Navarro F., Gómez Martínez D., González Rabanal J. M., Vidal Ramírez R., Alés Reina M.; “Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud”; Octava Edición; Sevilla; Editorial MAD; diciembre, 1999.
2. Celadores. Temario Oficial de Oposiciones al Insalud. Ediciones Sanitarias 2000.
3. Estatuto Marco del Personal no Sanitario al Servicio de la Seguridad Social.
4. Palom FJ. Técnicas actualizadas de organización administrativa. 2a edición. Ed. Index. 1982.

5. Bases para el desarrollo y aprovechamiento sanitario de la Farmacia Hospitalaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Diciembre 1986.
6. Qué es una farmacia hospitalaria. Engenerico. Publicado el 22 de mayo de 2012.
7. Conocimientos básicos y Funciones del Celador. Ángela Comas Hermoso y Virginia Cano Iñiguez. Tema 8. Funciones del celador. Julio 2010.

Capítulo 1042

LA GESTIÓN DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO

GEMMA ARIAS ALVAREZ

MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ

1 Introducción

En las instituciones sanitarias u hospitales debido a la diversidad de procedimientos, acciones, etc., que se hacen en ellos, se generan distintos tipos de residuos. Esos residuos pueden ser peligrosos o no, por lo que es importante reconocerlos para poder realizar el tratamiento adecuado a cada tipo de residuo.

Según la Ley 22/2011 de 28 de junio, de residuos y suelos contaminados los hospitales deben:

- Realizar el tratamiento de residuos por sí mismos.
- Encargar dicho tratamiento a otra entidad.

2 Objetivos

- Definir el concepto de residuo sanitario.
- Identificar la clasificación y gestión de los residuos sanitarios para dar a los mismos el tratamiento más adecuado, lo cual comprende las operaciones de clasificación, manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte y almacenamiento.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, en distintos libros y en bases de datos PubMed y Scielo utilizando las palabras clave: residuo, sanitario, tratamiento y hospital. Se han encontrado 67 artículos de los cuales se han tenido en cuenta 15.

4 Resultados

CONCEPTO : Se consideran residuos sanitarios aquellos generados por actividades sanitarias.

CLASIFICACIÓN : Los residuos se clasifican en dos grupos:

- NO PELIGROSOS:
 - Grupo I: Asimilables a urbanos.
 - Grupo II: Residuos sanitarios no específicos.
- PELIGROSOS:
 - Grupo III: Residuos sanitarios específicos con riesgo.
 - Grupo IV: Residuos peligrosos de origen no sanitario.
 - Grupo V : Residuos radiactivos.

RESIDUOS NO PELIGROSOS :

- Grupo I:

Se trata de residuos generales asimilables a los domésticos. Dentro de éste grupo se incluyen : papel, cartón, envases, restos de comida, . . .

No necesitan un tratamiento especial ni dentro ni fuera del centro y se desechan en bolsas de color negro o gris. Estos residuos bien clasificados pueden ser reciclados como es el caso del vidrio o el papel.

- Grupo II:

Son residuos sanitarios asimilables a los domésticos, como pueden ser : material de curas, restos de piel, pañales, empapadores, sondas, bolsas de recogida de orina, vacunas inactivas, medicamentos caducados, . . .

Estos residuos requieren una gestión dentro del centro para evitar riesgos a trabajadores y pacientes, fuera del centro no requieren gestión especial para su eliminación. Para recogerlos se utilizan bolsas de color verde.

RESIDUOS PELIGROSOS :

- Grupo III:

Estos residuos conllevan un riesgo potencial para los trabajadores expuestos o para el medio ambiente y requieren unas medidas de gestión específicas. Se distinguen tres subgrupos:

- Residuos biológicos: agujas y material cortante o punzante, vacunas vivas, fluidos corporales, sangre, residuos infecciosos, . . . Para éstos residuos se utilizan bolsas y contenedores rígidos de diferentes capacidades y de color amarillo.
- Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos: restos de medicamentos anticancerosos y todo el material que haya estado en contacto con el fármaco. Los envases han de ser rígidos, opacos e impermeables y de color rojo.
- Residuos químicos: se refiere a residuos procedentes de productos químicos que hayan sido catalogados como sustancias peligrosas, ya sean sólidos, líquidos o gases. Como envases se utilizan garrafas y bidones de color azul.

Grupo IV:

- Residuos peligrosos de origen no sanitario. Dentro de éste grupo se encontrarían: pilas, aceites industriales, pequeños y grandes electrodomésticos, equipos de vigilancia y control, tóner, pinturas, ...
- Para éstos residuos se utilizará el envasado que se considere adecuado según sea el producto. Pueden ser bidones, palets, garrafas, big bags, . . .

Grupo V:

- Son desechos con componentes químicos radiactivos sin un propósito práctico.
- La gestión es realizada por una empresa autorizada en manipulación y tratamiento de residuos radiactivos : ENRESA.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos hospitalarios han de recibir un tratamiento y una gestión adecuada a cada tipo de residuo.

Es imprescindible la formación a todo el personal que esté vinculado al proceso de producción y/o gestión intracentro del residuo. Una correcta manipulación de los mismos es necesaria para :

- Disminuir los riesgos para la salud de la comunidad hospitalaria y extrahospitalaria.
- Disminuir además la contaminación ambiental.

6 Bibliografía

- Manual básico de residuos sanitarios del SESPA .
- Ley10/1998, de 21 de abril, de residuos.
- Real Decreto 1.217/1997, de 18 de julio, sobre incineración de residuos peligrosos.
- Ley 22/2011,de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados.
- La NTP 372 de tratamiento de residuos sanitarios (guía de buenas prácticas).
- Las bases de datos PubMed y Scielo.

Capítulo 1043

EL LAVADO DE MANOS HOSPITALARIO

ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO

MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ

GEMMA ARIAS ALVAREZ

1 Introducción

La vía de transmisión más frecuente de infecciones hospitalarias es a través de las manos, por ello están importante el lavado de manos y el uso de guantes. Aunque parezcan medidas muy sencillas está comprobado que la rutina hace que el personal no siga de forma estricta éstas medidas de asepsia.

2 Objetivos

- Definir el lavado de manos.
- Enumerar los objetivos q se tratan conseguir con el lavado de manos.
- Indicar los distintos tipos de lavado de manos y cuando se usa cada uno.

3 Metodología

Se ha buscado información en las bases de datos (Google Académico, Scielo y PubMed) utilizando las palabras clave: lavado, manos, hospitalario y prevención.

Se han obtenido 93 artículos y se han tenido en cuenta 14. También se han consultado los manuales que aparecen en el apartado de bibliografía. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4 Resultados

DEFINICIÓN

El lavado de manos consiste en la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y la resistente, y así evitar la transmisión de éstos microorganismos de persona a persona.

OBJETIVOS DEL LAVADO

- Disminuir el número de microorganismos en las manos.
- Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a pacientes.
- Disminuir el riesgo de transmisión cruzada.
- Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores.
- Disminuir el riesgo de transmisión de infecciones a uno mismo.

TIPOS DE LAVADOS DE MANOS

- Lavado de rutina: tiene como objetivo eliminarla suciedad, la materia orgánica y la flora transitoria de las manos. Se utiliza un jabón normal en dispensador con dosificador y una toalla de papel desechable para el secado de las manos. Dura entre 15 y 30 segundos. Está indicado para hacerlo antes y después del contacto con el paciente.
- Lavado especial o antiséptico: es el indicado para eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y parte de la flora residente, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual. Se emplea jabón líquido con antiséptico en dispensador con dosificador y toalla desechable para secar. Dura 1 minuto. Este lavado está indicado para antes de hacer procedimientos invasivos, como pueden ser: inserción de catéteres, sondas,... y para antes y después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha que están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicos importantes.
- Lavado quirúrgico: elimina la flora transitoria y al máximo la flora residente de las manos. Se utiliza jabón líquido antiséptico en dispensador desechable, cepillo de uñas desechable y toalla o compresa estéril para secar. Dura unos seis minutos. Está indicado para antes de una intervención quirúrgica y para antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

5 Discusión-Conclusión

Un correcto lavado de manos es una de las medidas más eficaces y eficientes de prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas dentro de un hospital.

Debe realizarlo todo el personal y se debe hacer antes y después del contacto con el paciente. El hecho de usar guantes no sustituye la necesidad de la higiene de manos.

6 Bibliografía

- Protocolo de Lavado de Manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M. J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.
- Control de Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
- La higiene de manos y el recorrido del paciente quirúrgico. OMS 2.016
- Bases de datos : Google Académico, Scielo y PubMed.

Capítulo 1044

LA ASERTIVIDAD DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL CENTRO SANITARIO

JOSE MANUEL GARCIA PEREZ

BENJAMIN CASTAÑO COTA

1 Introducción

La RAE define una persona asertiva como aquella que expresa su opinión de manera firme. La asertividad es una habilidad social que se trabaja desde el interior de uno mismo. Es la habilidad para ser claros, francos y directos, sin herir los sentimientos de los demás, ni menospreciar la valía de los otros. Podemos decir que la asertividad se encontraría en el centro, y en los extremos a un lado y a otro de ella, se encontrarían la pasividad y la agresividad.

Afortunadamente la asertividad no es una cosa con la que nace o no se nace, es un comportamiento que puede aprenderse y mejorarse con el tiempo.

Es conveniente también decir que la asertividad tampoco es el remedio a todos los problemas ni la solución perfecta para todas las situaciones ya que pueden plantearse situaciones es las que nos tocará ceder en contra de lo que nosotros hubiésemos hecho en otro ámbito que no sea el centro de trabajo. Sin embargo si que es muy útil para ganar más confianza en uno mismo y saber expresar más efectivamente los pensamientos.

2 Objetivos

Identificar las medidas que se llevan a cabo en el ámbito sanitario para tener un comportamiento asertivo.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed, además de libros de texto. Los términos empleados han sido: asertividad, asertivo, comportamiento, administrativo, sanitario, pautas, finalidad. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés.

4 Resultados

Vamos a dar unas pautas para poner en práctica un comportamiento basado en la asertividad:

- Valórate a ti mismo

El hecho de no ser asertivos viene en muchos casos marcado por la educación que hemos recibido en la infancia o por la vida que nos ha llevado a adoptar otro tipo de respuestas. Aprender a ser asertivos nos llevará un tiempo, el pilar fundamental es saber valorarse a uno mismo y a partir de ahí podremos tener valentía para dar nuestras opiniones de una manera clara y concisa, sin tener amor propio no se podrá expresar con libertad lo que sentimos. Mejora tu autoestima.

- Aprende a controlar la ansiedad

Las personas introvertidas y con problemas de nerviosismo o ansiedad son más proclives a esconder sus sentimientos y no lograr expresarse adecuadamente en público.

Hay que saber controlar, dentro de lo posible, los nervios que pueden provocar situaciones de conflicto o nuevos problemas que nos podamos encontrar en el centro laboral. Es muy útil mentalizarse y hacer ejercicios de respiración o estiramientos, así como tener pensamientos positivos.

- Entrenar y dominar la técnica

Es recomendable hacer cada cierto tiempo una lista con aquellas situaciones que pueden provocar algún problema y apuntar la respuestas que queremos darles.

De esta forma no nos pillarán de improviso y podremos anticiparnos a futuras situaciones incómodas o de conflicto.

Todo esto ayudará a sentirte más liberado y tranquilo ya que de alguna manera podrás tener más controlada la situación.

- La importancia de saber decir que “no”

¿Cuántas veces querríamos decir que no ante un mandato que consideramos desproporcionado o simplemente cuando un amigo o compañero quiere involucrarte en una tarea o plan de ocio y contestas que si aunque no te apetezca?. Pues hay que aprender a decir que “no” más a menudo. Al principio puede que te sientas incómodo pero con el tiempo te sentirás más liberado y podrás vivir la vida con total libertad eligiendo lo que más te apetezca.

- Elegir el momento

Un error muy habitual en el camino hacia la asertividad es mantener firme todo el tiempo. Tenemos que entender que la asertividad es algo contextual y situacional, como hemos dicho antes hay que saber cuando ponerla en práctica y cuando saber adoptar otro tipo de actitud frente a un problema concreto. Como auxiliares administrativos, nos encontramos en ciertos momentos con situaciones que requieren otras respuestas por nuestra parte, incluso aunque no sean las que haríamos con nuestro círculo de amigos. En ocasiones hay que saber “ceder” o quizás ser más “agresivo” o simplemente decir las cosas de distinta manera.

En definitiva, para tener un comportamiento asertivo, se debe de:

- Saber adoptar una posición de respeto y comprensión hacia los demás.
- Tratar de minimizar las posibles situaciones de conflicto que se puedan dar en el centro de trabajo, ya sea con los pacientes o compañeros de trabajo.
- Alcanzar un doble grado de satisfacción, por un lado el de los pacientes y por otro el del propio administrativo por haber hecho de manera satisfactoria su trabajo.

Promoviendo un comportamiento asertivo seremos capaces de entablar una mejor relación con las personas que vienen demandando nuestra atención y con los compañeros del centro de trabajo. Es también una forma de ganar en satisfacción laboral y prevenir el estrés ya sea con subordinados, supervisores, amigos o pacientes.

La asertividad se orienta hacia la comunicación efectiva y afectiva a la vez, y se relaciona con la capacidad de generar sentimientos agradables y la práctica de valores tan esenciales para la convivencia como la empatía, la honestidad, la

libertad, la responsabilidad, el respeto..

Una persona asertiva suele ser tolerante, acepta los errores, propone soluciones factibles sin ira, se encuentra segura de sí misma y frena pacíficamente a las personas que les atacan verbalmente. La asertividad impide que seamos manipulados por los demás en cualquier aspecto y es un factor decisivo en la conservación y el aumento de nuestra autoestima, además de valorar y respetar a los demás recíprocamente.

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de las personas aceptamos pasivamente situaciones que se dan en el centro de trabajo y mientras sentimos como perdemos el respeto por nosotros mismos. Hasta que a veces llegamos al límite y estallamos de ira, lo cual tiene unas consecuencias nefastas. Es precisamente a este punto no debemos llegar nunca, ya que seguramente nos arrepentiremos de la actitud tomada con el paso de las horas.

La asertividad permite decir lo que uno piensa y actuar en consecuencia, haciendo lo que se considera más apropiado para uno mismo, defendiendo los propios derechos, intereses o necesidades sin agredir u ofender a nadie, ni permitir ser agredido u ofendido y evitando situaciones que causen ansiedad.

En definitiva, si mejoramos nuestra respuesta asertiva en el entorno de trabajo, no sólo nos sentiremos mejor con nosotros mismos, reduciremos nuestro estrés y mejoraremos nuestra satisfacción con el trabajo, sino que también contribuiremos a mejorar las relaciones sociales y el clima laboral de nuestro centro sanitario.

6 Bibliografía

- Bach Cobacho, Eva; Forés Miravalles, Anna. La asertividad. Para gente extraordinaria. Plataforma editorial, 250-253-254-255 (2008)
- Alonso Alonso, M.; Cantero Díaz, I.F.; González Martínez, M^a.D. La asertividad laboral . Centro de Especialidades A Doblada, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (2012)
- Olga Castanyer, Estela Ortega. Asertividad en el trabajo: Cómo decir lo que siento y defender lo que pienso. Ed Conecta (2003)

- Riso, W., Pérez, G., Roldán, L. y Ferrer, A. Diferencias en ansiedad social, creencias irracionales y variables de personalidad en sujetos altos y bajos en asertividad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(3), 391-400 (1988).
- Flores, M. Asertividad: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis inédita de Doctorado en Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México (1994)

Capítulo 1045

COMUNICACIÓN SANITARIA

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

1 Introducción

Las habilidades sociales y de comunicación son un elemento esencial en la sociedad, y en el ámbito sanitario dónde prima el estrés y la confusión, los profesionales sanitarios deben de emplear la comunicación como herramienta de trabajo. Podemos distinguir distintos tipos de comunicación.

2 Objetivos

Analizar la comunicación en el ámbito sanitario y su relevancia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline, preevid, scielo y Pubmed. Los términos empleados han sido: scomunicación, lenguaje, herramienta, auxiliar enfermería, tipos. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1990.

4 Resultados

Mediante el lenguaje y la comunicación, intentamos los profesionales sanitarios: informar, persuadir, motivar y hacer entretener al paciente la situación, mediante un lenguaje claro, conciso directo y no muy largo.

HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN

La comunicación se define como el intercambio de información entre dos o más personas de forma que, es un proceso dinámico fundamental para la existencia, el crecimiento, el cambio y el desarrollo de la conducta de todos los seres vivos.

Dos premisas básicas de la comunicación son:

- Toda forma de comunicación es un proceso
- Es imposible no comunicar, cualquier conducta significa comunicación

La comunicación humana se caracteriza por los siguientes puntos:

- Es un proceso circular, configurado por la retroalimentación o feed-back (información que inmediatamente genera el emisor al recibir un mensaje). La comunicación es irreversible una vez emitido el mensaje, no se puede volver atrás.
- La comunicación es continua, se da siempre que hay más de una persona aunque estén en silencio.
- La comunicación es personal, cada persona es única.
- La comunicación implica a la persona en su globalidad.

En la comunicación intervienen los siguientes elementos:

- Emisor, formula un mensaje con un conjunto de signos inteligibles para la persona destinataria.
- La calidad, de la comunicación radica en que el emisor utilice unos signos y los estructura de forma que signifiquen lo mismo para el receptor.
- Receptor, es el sujeto final al que va dirigido el mensaje y del que se espera una respuesta. -
- Mensaje, es el conjunto de símbolos en que el emisor codifica los significados que quiere transmitir.
- Canal, es el medio por el cual se transmite un mensaje, se corresponde con el soporte físico de la información, puede ser la voz en la comunicación presencial, el teléfono o los hilos del telégrafo en los telegramas...
- Código, se corresponde con la forma de comunicar, en la expresión verbal se correspondería con el idioma, la escritura...
- Retroalimentación o feed-back, es la información que inmediatamente genera el emisor al recibir un mensaje, puede ser verbal o no verbal, como la expresión

de la cara, gestos, posturas...

- Respuesta, sería la emisión de mensaje concreto por parte del receptor al planteamiento realizado por el emisor.

Tipos de comunicación

- Comunicación verbal

Es aquella que emplea palabras, ya sean habladas o escritas. Esto supone la necesidad de elegir las palabras que se usan y van a componer el mensaje. Un elemento muy importante en la comunicación verbal es el tono y la inflexión de la voz; no es tan importante lo que se dice, sino, como se dice.

- Comunicación no verbal

La comunicación no verbal o también llamada "lenguaje corporal", viene definida por todo tipo de movimientos corporales, gestos, apariencia física, silencios, etc. No se tiene tanto control consciente como la comunicación verbal. La importancia de la comunicación no verbal viene dada no solo porque es mucho más fiel a la realidad, sino también porque constituye aproximadamente el 80% de toda la información que se transmite. La comunicación no verbal está compuesta de los siguientes elementos: a -Expresión facial, la cara es la parte del cuerpo más expresiva. b-Movimientos de manos, postura y marcha. La forma de movernos, gesticular con las manos, etc., demostrará malestar, dolor, nerviosismos, respeto... c-Contacto físico, dependiendo de la cultura de cada uno, actúa como facilitador de la relación o como barrera sino es entendido de la misma manera por los interlocutores. d- Vestimenta y aspecto, son elementos muy importantes porque delatan rasgos de la personalidad de cada cual.

Habilidades para obtener información:

- Escuchar activamente
- Mostrar interés
- Crear clima grato y de confianza
- No realizar juicios
- Observar atentamente al interlocutor

Habilidades para transmitir información

.Transmitir confianza, credibilidad y sinceridad

. Ser positivo

. Transmitir mensajes que susciten interés y aceptación

. Utilizar palabras y frases cortas y claras

. Evitar jergas técnicas

. Decir en primer lugar los mensajes que se desea sean recordados por el receptor

. Permitir que las personas obtengan sus propias conclusiones

LA COMUNICACIÓN COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

La relación terapéutica se define como: “Una interacción planificada, emocionalmente íntima y confidencial que se establece entre alguien socialmente cualificado y entrenado para ayudar y alguien que sufre”. La calidad de los cuidados sanitarios, no solo se debe tener en cuenta el lado técnico, sino el lado humano de los mismos. Dos características definen la relación de ayuda:

- La no directividad, permitir a la otra persona encontrar sus propias soluciones,
- Relación de ayuda centrada en el otro. El centro en torno al cual gira la relación, es el paciente, no quien le atiende.

Para llevar a cabo la relación con los usuarios es necesario que la persona que les atiende posea unas actitudes sin las cuales no llegará a conectar con el paciente, estas actitudes determinarán la calidad de la relación. El concepto de actitud se define como: hábito interno que indica la tendencia real de la conducta que se manifiesta. Las actitudes no son innatas, se aprenden.

Las actitudes son:

- Autenticidad, exige a las personas que se conozcan a sí mismas con el fin de comprender los propios valores, creencias y objetivos. La autenticidad conlleva inherentemente la congruencia es la actitud con la cual la persona sabe lo que siente y dice lo que sabe.. La autenticidad capacita al profesional a transmitir mensajes auténticos y verdaderos
- El respeto cálido. Respeto entendido desde la perspectiva de reconocer al cliente como una persona única en cuanto a sus sentimientos, ideas, emociones, su forma de vivir y estar en el mundo, lo que exige mostrar el reconocimiento y respeto que merece cada persona.
- Comprensión empática (empatía). Es la comprensión de sentimientos y vivencias desde la escucha activa. El paciente desea que le entiendan y reconozcan aquello que siente, pero también necesita saber que le han comprendido; por que para desarrollar la empatía son necesarias las condiciones de comprender y expresar.
- Inmediatez. Es una actitud del ayudante por la que este vive intensamente el momento presente de su relación con el ayudado.

El paciente reconocerá en quien le atiende si está viviendo o no su situación a través de la preocupación, atención y comprensión que se sea capaz de mostrar.

ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Se clasifican según las formas de expresión que utilizan:

- Estilo no asertivo, caracterizado por presentar un comportamiento verbal vacilante.
- Estilo agresivo, caracterizado por presentar un comportamiento verbal impositivo.
- Estilo asertivo, caracterizado por presentar un comportamiento verbal firme y directo

5 Discusión-Conclusión

Para una comunicación eficaz como técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, debemos:

- Iniciar la conversación sobre temas superficiales.
- Comprender las percepciones del usuario sobre su enfermedad.
- Estimular al paciente a expresar sus sentimientos.
- Escuchar atentamente los mensajes emitidos.
- Mantener continuo feedback para una comunicación fluida -Permitir los silencios.
- Utilizar aclaraciones.
- Detectar incongruencias.
- Tener en cuenta la comunicación no verbal - Respetar la confidencialidad.
- No forzar la comunicación.
- Hablar sobre el paciente, nunca sobre la vida del profesional.
- Tener en cuenta los sentimientos, tanto del paciente como de la familia.

6 Bibliografía

- Benedicto, M.A, Pinazo, S. y Musitu, González (1996). Habilidades sociales y asertividad: Un programa de entrenamiento. Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.
- Carrasco, N. y Capello, R (1999). < La comunicación, un valor de la calidad asistencial. Enfermería Nefrológica. N°5: 44-45.
- D' Ambra, M. (2004). Técnicas de comunicación. Barcelona: Editorial de Vecchi.
- Davis, F. (1998). La comunicación no verbal. El libro de bolsillo. Madrid: Alianza.
- Loscertales, F. (1999). La comunicación con el enfermo un instrumento al servicio de los profesionales de la salud. Salobreña: Alhulia, D.L.
- Prados, J.A. (1999). < Nuevos modelos comunicacionales que mejoran los resultados clínicos. La comunicación centrada en el paciente>. El médico, N°730: 32-36.

Capítulo 1046

MEDIDAS DE HIGIENE EN HOSPITALES

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

En España las infecciones hospitalarias son registradas y comunicadas al Comité de Higiene del Hospital. Los comités de los hospitales determinan medidas de prevención. Las infecciones hospitalarias provocan más costos sociales y más mortalidad. Las estimaciones indican para España una cuota de 6,54% que sufren de una infección hospitalaria como paciente en un hospital. La cuota de infecciones depende del número de camas y la frecuencia, de la existencia de una Unidad de Cuidados intensivos. Según un estudio realizado en España el 60% de los muertos relacionados con infecciones nosocomiales son debidas a neumonías.

2 Objetivos

Identificar medidas para educar al personal sanitario, así como concienciar al paciente como a la familia de las buenas practicas de higiene en el área hospitalaria

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline, preevvid, scielo y Pubmed. Los términos empleados han sido: salud hospitalaria, higiene, cuidados, auxiliar enfermería, funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

Según lo analizado en los distintos artículos, podemos indicar que los métodos de implantación de prácticas para prevenir infecciones hospitalarias son:

- Educar al personal.
- Educar al paciente y la familia.
- Implantar normas para reducir el riesgo y aumentar los resultados.
- Anotación en diferentes libros el cumplimiento de las normas.
- Lavar manos con una técnica clara con jabón; si es antes de una acción quirúrgica con jabón antiséptico durante 5 minutos, o con productos antisépticos.
- Limpieza del ambiente: limpieza, desinfección, esterilización, desinfección con productos o maquinaria de empresas especiales, desratización (con empresa especializada y homologada)
- Limpiar acciones con material biológico al mínimo en condiciones de asepsia, tan efectivo que posible, usando el menor tiempo posible.
- Reducir contactos con pacientes contagiosos: medidas de aislamiento, reducir visitas, proteger a los pacientes con riesgo elevado.
- Otra medida simple es ponerse mascarillas protectoras; Pero muchos pacientes con enfermedades contagiosas no saben lo que es una máscara, ni son obligados de ponerse una.

Aspectos a tener muy en cuenta antes de la desinfección.

Cuidado con el desinfectante que utilicemos, pues algunos son altamente tóxicos y tanto la piel por contacto, como los pulmones por inhalación, pueden verse afectados. A parte de que en general, se deben usar guantes para evitar que la piel de las manos se vea afectada así como mascarillas, también hay que tomar medidas fundamentales como dejar tapado el envase del desinfectante. Asimismo, nunca se deben mezclar productos desinfectantes, ya que además de dañar el medio ambiente, la inhalación resulta peligrosa.

En primer lugar, debemos evitar la contaminación a través de manos o instrumentos que puedan estar contaminados. Por ello una buena higiene de manos será un primer paso básico. Para la desinfección de la piel del personal sanitario en su trabajo se pueden utilizar sustancias como alcohol, triclosán para las manos, o tintura de yodo. Eso sí, hay que conocer la diferencia entre antisépticos y desinfectantes.

Diferencia entre limpieza y desinfección hospitalaria.

1. Limpieza

El agua, los jabones y detergentes son los productos más utilizados para una simple limpieza. La mejor técnica es la del barrido húmedo. No se deben barrer superficies en seco porque los microorganismos se dispersan. Para superficies normales será suficiente con utilizar jabón o detergente.

2. Desinfección de superficies

Podemos usar tres técnicas para desinfectar: por fricción de la superficie, aplicando temperatura o químicos. La desinfección con químicos desinfectantes se utiliza tras una limpieza, y está indicada para superficies que contengan materia orgánica o microorganismos difíciles de eliminar. También, en zonas con aislamiento de contacto o riesgo biológico.

Tipos de desinfectantes

- Agua oxigenada o Peróxido de Hidrógeno: sirve para la esterilización del material sanitario o heridas.
- Alcohol: es uno de los principales desinfectantes utilizados en limpieza de hospitales y clínicas. Sirve tanto para superficies y equipamiento, objetos o piel. Elimina bacterias, hongos, virus, pero no así, esporas. También se usa en la piel o material sanitario.
- Compuestos fenólicos: Son muy tóxicos y contaminantes ambientales y por tanto cada vez se usan menos. Destruyen todo tipo de bacterias pero no esporas. Su uso es para superficies.
- Compuestos que liberan cloro activo: entre ellos tenemos los inorgánicos, por ejemplo hipoclorito de sodio, de calcio o de litio, y los orgánicos, como el DCCA y el TCCA. Los dos tipos acaban con bacterias y esporas, y sirven para descontaminación de superficies. Los inorgánicos son corrosivos para metales y pueden causar inflamación en ojos.
- Compuestos de amonio: el amonio cuaternario elimina algunas bacterias y virus, pero no elimina esporas. Puede desinfectar instrumental médico. Son poco corrosivos y poco tóxicos. Se usan para superficies.

- Monopersulfato de potasio: actúa sobre materia orgánica pero no es corrosivo en los metales. Sirve para superficies.

Entre otros desinfectantes tenemos la Povidona Iodada, de baja toxicidad, el Gluconato de clorhexidina, el Hexa clorofeno o el Formaldehído y Glutaraldehído, este último muy usado en desinfección hospitalaria. o Técnicas de limpieza y desinfección hospitalaria. Cualquier empresa de limpieza de hospitales tiene en cuenta los distintos tipos de superficies. Según ellas, se deben aplicar unas técnicas u otras.

- Barrido húmedo para superficies sin materia orgánica

- En superficies sin materia orgánica hay que remover el exceso de polvo con agua, enjabonar con jabón o detergente y por último enjuagar con agua y secar. El barrido húmedo es la técnica más utilizada. También, el uso de la mopa, paños de limpieza y carritos de limpieza, además de aspiradoras de polvo o líquidos.

- Desinfectantes y máquinas para superficies con materia orgánica

- En superficies con materia orgánica (por ejemplo sangre), primero hay que remover la materia orgánica con un papel, paño o pala, según su densidad. Después pasaremos a retirar el exceso de polvo con agua, enjabonar con jabón o detergente y enjuagar con agua y secar. El último paso será aplicar el desinfectante apropiado. La desinfección la realizaremos siempre después de la limpieza de la superficie que estuvo en contacto con la materia orgánica.

En este tipo de superficies se pueden aplicar máquinas lavadoras y extractoras, máquinas con inyección de solución química automática, máquinas de vapor caliente, o máquinas de rotación enceradoras.

Transporte de residuos seguro

Para el transporte de residuos existen contenedores específicos que deben ser impermeables. Además, se recomienda el uso de carteles de señalización para identificar cuando se está trabajando en una zona y evitar accidentes.

5 Discusión-Conclusión

La higiene en los hospitales es esencial para evitar infecciones (infecciones nosocomiales). Es por ello que todo el personal sanitario debe de estar formado en su prevención, y deben de ser capaces de transmitir dichos conocimientos a los pacientes y sus familiares.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1047

FATIGA FÍSICA DEL PERSONAL DE LOS HOSPITALES

VERONICA VILLA CASTRESANA

1 Introducción

En España contamos con mas de 2000 hospitales en los cuales trabajan gran numero de personas como celadores, auxiliares de enfermería que realizan un trabajo que les obliga a realizar determinados esfuerzos y adoptar posturas forzadas durante tiempo prolongado, unido a los horarios de trabajo y la nocturnidad . El dolor de espalda es la principal dolencia que presenta el personal del hospital. Este tipo de riesgo también afecta a personal del hospital que gran parte de su trabajo lo realiza sentado mucho tiempo frente a ordenadores, con malas posturas de cuello, espalda, etc.

Todo esto trae como consecuencia lesiones músculo esqueléticas, síndrome del túnel carpiano(pérdida de sensibilidad en los dedos), lumbalgia y raquialgia.

En este caso nos centraremos en las tareas que realizan los celadores en el Hospital Alvarez Buylla en Mieres en la planta de medicina interna (en la cual hay una gran mayoría de pacientes dependientes debido a su estado o a sus dolencias),las cuales están directamente relacionadas con la movilización de pacientes , manipulación de cargas, y que presentan habitualmente lesiones debido a esto.

2 Objetivos

- Establecer y analizar los principales factores de riesgo
- Describir medidas preventivas adecuadas y facilitar al personal el acceso a las mismas.

3 Caso clínico

Al preguntarle si es consciente de haber realizado un sobreesfuerzo mayor de lo normal, Manuel relata que tres o cuatro días atrás trasladó un paciente de constitución gruesa, que no hacía nada de pie de la cama a la silla sin ayuda, ya que la TCAE de la zona estaba muy ocupada y la grúa que emplean normalmente en estos casos, estaba estropeada. Por no perder el tiempo en conseguir otra de algún lugar del hospital, decidió hacer sin ayuda esta transferencia, notando inmediatamente un latigazo en la zona lumbar, pero como el dolor era leve, siguió haciendo vida normal con la esperanza de que le fuera remitiendo.

Sin embargo, observaba que no sólo no se le quitaba sino que iba a más. Refiere que anteriormente a este incidente había sufrido dolores en la espalda y fuertes contracturas, sin una causa concreta pero debido a las diferentes tareas realizadas a lo largo del día en su trabajo. Ese mismo día Manuel acude al médico que le diagnostica una lumbalgia y está diez días de baja.

4 Resultados

- Para realizar la transferencia (trasladar una persona de una superficie a otra) de un paciente que no colabora y no hace nada de pie, es imprescindible el empleo de grúa o la ayuda de un compañero, sobre todo si el paciente es de complexión fuerte, para evitar lesiones y además se corre el riesgo de que fallen las fuerzas y de que el paciente pueda sufrir una caída o un golpe. También se observa que el traslado de camas con pacientes a radioterapia o para la realización de otras pruebas a distintas dependencias del hospital, son realizadas por un solo celador, lo cual supone un sobreesfuerzo sobre todo al realizar giros o cuando la cama está defectuosa; lo adecuado sería que esta tarea se efectuara entre dos celadores.

Una de las tareas de Manuel es colaborar con la TCAE en la realización de la higiene diaria de los pacientes en la cama ayudando a movilizarlos durante el baño y el cambio de pañal, para lo cual es necesario subir las camas a una altura necesaria para realizar esta tarea de manera que haya que doblar la espalda lo menos posible. Ocurre que con las prisas unido a que la TCAE es de baja estatura, no se suben las camas lo necesario, por lo que Manuel adopta una postura mala doblando su espalda en exceso.

- La prevención es de vital importancia. Es fundamental tener una buena higiene postural, adoptar posturas correctas para evitar lesiones: los músculos de las piernas son los más potentes de nuestro cuerpo y debemos de sacar partido de ellos,

en cuanto a los movimientos de espalda a la hora de realizar un esfuerzo, es necesario contraer los músculos de la misma para moverla como un bloque. Tener una buena higiene postural tendrá como consecuencia la disminución de la fatiga física, el ahorro de energía y evita lesiones o reduce el riesgo de lesiones.

La manipulación de cargas puede dar lugar al aumento de la fatiga física, lo cual trae como consecuencia una lesión que pueden tener lugar de forma repentina o debido a pequeños traumatismos que se han ido acumulando y que desembocan en una lesión más grave.

La ergonomía del puesto de trabajo da lugar a una disminución de la fatiga tanto física como mental, en este aspecto se incluye : un adecuado ambiente laboral (nivel de ruidos adecuado, buena temperatura, iluminación, etc.), turnos de trabajo bien organizados, con sus pausas y días de descanso, un espacio de trabajo adaptado al personal con un equipamiento adecuado(sillas.grúas, camas, etc.)

Adoptar medidas preventivas es necesario para prevenir patologías cuando se manejan cargas, tales como: intentar disminuir el tiempo de pie, separar las piernas y flexionarlas al coger pesos, no forzar las articulaciones más del 50% de su extensión , mantener rectas las muñecas y los codos en 90° , trabajar a una altura adecuada.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de la jornada laboral los celadores recorren entre 5 y 10 km, aumentando así la fatiga física, las medidas preventivas en este caso consistirán en el aumento de pausas y descansos, el empleo de sistemas móviles y una adecuada organización de trabajo para reducir desplazamientos. La consecuencia final son las bajas y el absentismo laboral elevado en los hospitales lo cual da lugar a la disminución de la calidad asistencial. Esto se puede prevenir tomando las medidas que hemos apuntado en esta conclusión además de la promoción de la salud para evitar la obesidad.

6 Bibliografía

- Rioja Salud. Gobierno de la Rioja.
- Guía Hospitales TWO graf3
- Alvarez Casado,E. Hernández Soto.El riesgo asociado a la movilización de pacientes. Gestión práctica de riesgos laborales.

- Medicina y Seguridad en el trabajo. Vol 63-nº248 Madrid julio/septiembre 2017.
- Dotte Paul.(1999) Método de manutención manual de enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario.

Capítulo 1048

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS

LYDIA WARNER PALLAS

MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ

ELENA VIDAL GARCIA

1 Introducción

La intervención del celador es necesaria y a menudo imprescindible en la realización de intervenciones quirúrgicas, ya que la colocación correcta del paciente en la mesa de quirófano es de suma importancia.

En toda cirugía, los celadores se encargarán de:

- 1- Trasladar al paciente al quirófano o sala de partos.
- 2- Movilizar desde la camilla o cama a la mesa quirúrgica y colaborar con el resto del equipo en colocarlo según la cirugía a que se va a someter.
- 3- Tras de la operación, trasladarlo de la mesa de quirófano a la cama, normalmente sin la cooperación del paciente, que se encuentra todavía bajo los efectos de la anestesia.

Además tiene que trasladarlo desde el quirófano a la unidad de reanimación. Y finalmente, lo trasladarán desde allí a la ubicación que indique el anestesista, ya sea habitación, UCI, etc.

2 Objetivos

Describir la función del celador en quirófano en cuanto a la movilización de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

I. Traslado a quirófano: las operaciones programadas suelen realizarse por la mañana, aunque hay ocasiones en que se programan por la tarde. Por otra parte, en las operaciones de urgencias, el paciente puede estar en diferentes lugares: habitación, UCI, box de urgencias, etc.

Las normas generales del traslado a quirófano suelen ser las mismas:

1- En la ubicación de origen, preguntar al personal de enfermería por el paciente a trasladar. Cuando se trata de intervenciones programadas, normalmente el celador tiene un listado con los datos del paciente, número de habitación y orden. En planta pedirá la historia clínica del paciente que irá con él a quirófano, ya que ésta incluye documentos necesarios como: evolución clínica, estudio de anestesia, consentimiento informado, etc.

2- Después de recoger la HC, iremos a buscar al paciente a su habitación y nos dirigiremos a él por su nombre.

3- Traslado del paciente en su propia cama.

4- En general, suelen ser trasladados con la vía puesta y portando suero. Si el paciente llevara bomba de perfusión, acompañará al celador un enfermero en el traslado. En casos graves de urgencias en los que además el paciente lleva conectados respirador, monitores, pulsioxímetro etc, acompañará también el médico intensivista.

II. Movilización a la mesa quirúrgica:

El primer paso consiste en comprobar la identificación del paciente y el quirófano que le corresponde. A continuación entregaremos al personal de quirófano su historia clínica.

A la hora de colocar al paciente en la mesa, tendremos en cuenta lo siguiente:

- 1- Colocar la cama y la mesa en paralelo, y frenar ambas.
- 2- Colocarlos a la misma altura.
- 3- Trasladar al paciente de la cama a la mesa teniendo cuidado de no lesionarlo. Se movilizará en bloque.
- 4- Tomar precaución con los dispositivos que lleve conectados para no obstruirlos ni desconectarlos.
- 5- Ninguna parte de su cuerpo debe sobresalir por fuera de los bordes de la mesa ni sobre las partes metálicas.
- 6- Cuidar de su intimidad, cubriendo su cuerpo con mantas, sábanas etc.

III. Movilización de la mesa a la cama o camilla: no se realizará ninguna movilización ni transferencia a la camilla sin la autorización y supervisión del anestesista.

- 1- En primer lugar, se colocará en decúbito supino.
- 2- Cuando recibamos indicación de que lo podemos trasladar, pondremos en paralelo y al mismo nivel la cama y la mesa y nos aseguraremos de que ambos estén frenados.
- 3- Utilizaremos el transfer o rulo para moverlo en bloque y evitando movimientos bruscos. Una vez en la cama o camilla colocaremos todos los dispositivos que porte el paciente.
- 4- Recogeremos toda la documentación y lo trasladaremos a reanimación acompañados por el anestesista.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador son heterogéneas y necesarias para el correcto funcionamiento de la unidad. Cada vez el trabajo es más complejo, necesitando el reciclaje y nueva adquisición de conocimientos como por ejemplo saber las posiciones del paciente en la mesa quirúrgica:

1- Decubito supino:

Variaciones: posición de Trendelenburg, posición de antitrendelenburg, posición de Roser y posición ginecológica.

2- Decubito prono:

Variaciones: posición de Kraske, posición de laminectomía y posición genupectoral o mahometana.

3- Decubito lateral o de Sims:

Variaciones: posición raquídea y posición de Fowler.

Es por todo, que la función del celador dentro del equipo multidisciplinar de salud, un trabajo cada vez más complejo y que necesita de su conocimiento para un cuidado integral del paciente.

6 Bibliografía

- Ania Palacio, Jose Manuel Actuación del celador en el área de quirófano. Ed Mad, S.L. Sevilla, 20110
- Hilda Arias Vera. Importancia de la posición quirúrgica y sus complicaciones. Hospital Clínico Regional Concepción. 2002. Disponible en: <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl>
- Martinez Guerrero, Vanesa; Villodres Gálvez, M.J. Y Gago Alvarez, Francisca. El celador en quirófano. Editorial Edita. Badajoz, 2012
- Diaz Contreras, María del Carmen; Carrillo Padilla, M.Dolores y Gonzalez Cante, M.Trinidad. El celador sanitario: movilizaciones y traslados en el ámbito sanitario. Madrid:M.C. Díaz; 2011

Capítulo 1049

ASEPSIA Y VESTIMENTA DEL CELADOR DE QUIRÓFANO

MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ

LYDIA WARNER PALLAS

ELENA VIDAL GARCIA

1 Introducción

Entendemos por asepsia "la condición libre de microorganismo que producen enfermedades o infecciones". La práctica de mantener en estado aséptico un área, se denomina técnica aséptica. La asepsia quirúrgica es la esterilización total y la ausencia total de bacterias en un área. Es de importancia fundamental en la sala de operaciones. La asepsia clínica es la protección de los pacientes y del personal del hospital contra la infección o la reinfección por la transferencia de microorganismos patógenos de una persona a otra. ¿Cuál es la base de la asepsia? el lavado de manos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer la normas de la técnica de asepsia y antisepsia en las salas de cirugía.

Objetivos secundarios:

- Describir el lavado quirúrgico, así como su duración y agentes antisépticos.
- Detallar la ropa como vestimenta quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las normas de técnicas de asepsia y antisepsia en las salas de cirugía son:

- No beba, fume, coma o se maquille en los recintos donde se manipulen fluidos corporales o sangre y elementos usados con pacientes.* Se deben utilizar elementos adecuados para evitar el contacto de la piel o mucosas con líquidos o fluidos corporales. Utilice las siguientes barreras de protección: mascarillas, guantes, gorro, vestido quirúrgico y gafas.
- Lavado inicial de 5 minutos realizado por todos los miembros de salas de cirugía incluido el anestesiólogo antes de iniciar el trabajo.
- Evitar el uso de anillos, joyas, pulseras dentro del área quirúrgica y retirarlos antes del lavado. Las uñas deben estar cortas y sin pintar.
- Las heridas en la piel deben ser cubiertas y protegidas con apósitos para evitar su posible contaminación.

- El lavado quirúrgico, así como su duración y agentes antisépticos. Como características generales, el lugar de lavado debe de estar próximo al quirófano. Los fregaderos deben de ser profundos y anchos para evitar las salpicaduras. No se puede poner una bata estéril sobre un pijama mojado puesto que se produce contaminación por el paso de la humedad. La técnica de lavado quirúrgico se clasifica en método de frotación con cepillo y método del tiempo:
 - Método de frotar con el cepillo: se emplea un número predeterminado de pases con el cepillo, en toda la longitud del mismo, en cada superficie de los dedos, manos y antebrazos.
 1. Mojar las manos y antebrazos.
 2. Lavar las manos y antebrazos abundantemente hasta 5cm por encima del codo con un agente antiséptico.
 3. Manteniendo las manos bajo el agua corriente, limpiar cuidadosamente la superficie bajo las uñas con un limpiador de metal o de plástico desechable. Tirarlo

una vez usado.

4. Enjuagar abundantemente las manos y antebrazos bajo el agua corriente, manteniendo elevadas las manos, permitiendo que el agua resbale hacia los codos.
5. Coger un cepillo o esponja estéril y aplicar el agente antiséptico.
6. Cepillar las uñas de una mano 30 veces, todas las superficies de cada dedo 20 veces.
7. Repetir el paso 6 para la otra mano.
8. Enjuagar abundantemente ambas manos y antebrazos.
9. , Aclarado con los dedos hacia arriba.
10. Secado final

- Método del tiempo: en el que se frotran los dedos, manos y antebrazos asignando un tiempo predeterminado a cada región anatómica en cada paso de la técnica .
Cepillado durante 5 minutos.

1. Mojar las manos y antebrazos.
2. Aplicar en las manos 2-3 ml de agente antiséptico.
3. Lavar las manos y antebrazos varias veces de forma exhaustiva hasta 5 cm por encima del codo. Enjuagar abundantemente bajo agua corriente , con las manos hacia arriba, permitiendo que el agua caiga hacia los codos flexionados.
4. Coger un cepillo o esponja estéril y verter sobre él un agente antiséptico. Frotar cada dedo, uña y mano , medio minuto para cada mano.
5. Mantener el cepillo en una mano y ambas manos bajo el agua corriente.
6. Frotar de nuevo cada dedo, uña y mano.
7. Enjuagar las manos y el cepillo y soltarlos.
8. Volver a verter el agente antimicrobiano sobre las manos y lavar las manos y los antebrazos friccionando hasta el codo duranre 3 minutos.
- 9.Enjuagar las manos y antebrazos como antes.

- Las principales características de los agentes antimicrobianos han de ser.
- De acción rápida y eficaz.
- Antimicrobianos de amplio espectro.
- No irritante y sensibilizante.
- Con acción prolongada.
- Independiente de la acción acumulativa.

Por último, respecto a la duración del lavado es relevante decir que es variable, depende de la frecuencia, del agente utilizado y del sistema. Un lavado enérgico durante 5 minutos con un agente fiable puede ser tan eficaz como un lavado durante 10 minutos con otro de menor efecto mecánico. Hay que tener cuidado de no erosionar la piel durante el cepillado. Cuando se retiren los guantes al final

de la operación las manos se encuentran contaminadas. Por lo tanto, es esencial llevar a cabo un lavado de manos.

- La ropa quirúrgica: la vestimenta de quirófano respecto al resto de unidades es especial, ya que el uniforme quirúrgico debido a las medidas de asepsia que debemos mantener nunca debe salir de esta unidad para realizar otras labores y volver a realizar las tareas de la jornada de la unidad quirúrgica con la misma ropa. La vestimenta es un pijama igual que el de planta, compuesto por pantalón y una camisola de color verde. Existen varios tipos de mascarillas; su uso es obligatorio. Las calzas son desechables, deben cambiarse en las intervenciones. El gorro es conveniente colocárselo antes de la ropa de quirófano. De este modo evitamos la contaminación de la casaca del uniforme. Las batas estériles sólo se las colocan el personal que forma parte del grupo estéril. Los guantes se usan siempre.

5 Discusión-Conclusión

A modo de discusión y conclusión, se puede concluir que el celador es un trabajador con un importante papel en la prevención de infecciones mediante el control riguroso de la asepsia clínica. Con las normas anteriormente descritas así como sus técnicas se consigue:

- Mantener la mínima población de microorganismos durante la intervención quirúrgica mediante inhibición del crecimiento.
- Reducir el número de microorganismos de la piel hasta su mínimo irreducible.
- Reducir el riesgo de contaminación biológica de la herida quirúrgica por la flora de la piel.

6 Bibliografía

- <http://ar.Geocities,Com>
- Casado Siles, Matilde; Casado Siles, Antonia y Rodríguez Gómez, Rosa María. El Quirófano, concepto de cirugía, sala de reanimación: actuación del celador en el quirófano. Rey Ali servicios gráficos y publicaciones, S.L. Jaén, 2010
- Cortés Ridaura, L. y Buforn Valero, J. Control de infección y esterilización de material. Metas de enfermería; 9:33-35.
- Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. EPINE- 2012. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

Capítulo 1050

LA MULTIDISCIPLINARIDAD PROFESIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

MONICA AMADO MENÉNDEZ

MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ

LETICIA AMADO MENÉNDEZ

ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ

VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El sistema de trabajo en equipo aparece recogido en la norma como pilar básico en la organización para la prestación de los servicios en Atención Primaria y para conformar un nuevo modelo asistencial dirigido a mejorar la asistencia y la eficiencia de los servicios. Por otro lado, la actual configuración del Sistema Nacional de Salud (realizadas las transferencias de competencias en la gestión de la asistencia sanitaria a las comunidades autónomas), los avances científicos, la mayor tecnificación y la continuidad asistencial, hacen necesario un cambio en los modelos organizativos que permita una mayor eficiencia y mejora de la calidad de los servicios.

Frente a las estructuras lineales, basadas en tradicionales escalones de autoridad (jerarquía) y asunción de tareas por los individuos, se imponen los modelos que

centrados en los procesos, fomentan la participación multidisciplinar de diferentes personas, con un mayor grado de autonomía, implementando sistemas de trabajo que mejoren la eficiencia y aporten valor añadido, formando, en definitiva, organizaciones modernas donde la horizontabilidad es un cimiento básico de su estructura. La propia evolución del sistema sanitario y el avance de las técnicas sanitarias, donde no podemos olvidar, se garantiza la continuidad de la atención, en la que no solo se ven implicados los centros de Atención Primaria, sino que también la Especializada, obliga a que las organizaciones sean más flexibles.

Un primer aspecto esencial es la definición del nivel de descentralización y la autonomía de los EAP en su propia organización interna . Se debe fomentar la autorresponsabilización de los profesionales, otorgándoles un mayor grado de delegación. Los EAP, consecuentemente, se pueden enfrentar a retos propios, no contradictorios con los que pueda establecer el propio servicio de salud, de manera que han de contar con un necesario margen y “libertad” para afrontar esos problemas o retos.

2 Objetivos

- Establecer medidas para mejorar el trabajo de multidisciplinar de los equipos de atención primaria (EAP).

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las medidas de mejora en los EAP son:
. Desarrollar la figura de los líderes de los EAP , que incluían potenciar la figura del director/coordinador de centro de salud, apoyando su papel de liderazgo participativo, dotándole de mayor capacidad ejecutiva para distribuir las actividades,

mayor autonomía en la toma de decisiones y en el manejo de los conflictos en el centro y desarrollar actuaciones.

. Estimular el trabajo en equipo, entendiendo la aportación de cada uno como la suma de valores, con un resultado sinérgico mayor que la suma de cada una de las partes, ha de estar capacitado para asumir funciones como las de planificar su propio trabajo, fijar objetivos, autoestablecer sistemas de trabajo y su revisión, repartir tareas, controlar sus resultados o niveles de mejora alcanzados.

- Realizar reuniones e introducir medidas correctoras, gestionar presupuestos. Todos estos aspectos, con el debido apoyo por parte de los directivos, pueden ser asumidos por los EAP.

5 Discusión-Conclusión

La necesaria adaptación a las nuevas estrategias de calidad obliga además a dotar de una mayor flexibilidad a la organización, dando mayor participación a los profesionales y alcanzando mayores niveles de eficacia y eficiencia, y para ello, el equipo de trabajo debe ser capaz de actuar como un “líder de sí mismo”, es decir, fijarse sus propios objetivos, sus pautas de trabajo y de comportamiento y, luego, controlar que se cumplan.

Para ello, los servicios públicos han de fijar el necesario marco que establezca cuál sea el papel de los equipos, su grado de delegación y deberá, asimismo, abordar aspectos tan importantes como el papel de los coordinadores de los centros de salud del cual se echa en falta una actualización de sus cometidos y funciones, o el de otras figuras que puedan actuar en los EAP.

6 Bibliografía

*Real Decreto 137/1984.

*Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre, para el Personal Médico.

*Orden Ministerial de 5 de julio de 1971 para el Personal no Sanitario .

*Orden Ministerial de 26 de abril de 1973, para el Personal Auxiliar Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica .

*Orden Ministerial 26 de diciembre de 1986 Personal no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

*Ley 55/2003 de 16 de diciembre del personal estatutario de los servicios de salud.

Capítulo 1051

PAPEL DEL CELADOR PARA PREVENIR LOS RIESGOS LABORALES EN QUIRÓFANO

ELENA VIDAL GARCIA

LYDIA WARNER PALLAS

MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ

1 Introducción

En el caso de los celadores, que desempeñan su labor en quirófono, los riesgos derivados de su labor asistencial son muchos, pudiéndoles ocasionar daños graves. Los daños o accidentes laborales no solo afectan a la persona que lo padece, sino que afectan de modo indirecto a todos sus compañeros, empresa e incluso paciente y/o usuarios. Se pueden agrupar en 2 tipos: por un lado los que están relacionados con la realización de la labor, como por ejemplo las exigencias, cualificación, y por otro lado las relacionadas con el entorno laboral, en todas sus dimensiones, física, psíquica y social, entre ellas incluye el ruido, la iluminación, clima social, etc.

Es a esto lo que llamamos "condiciones de trabajo". Cuando estas condiciones de trabajo pueden ser perjudiciales para la salud se pasa a utilizar el término "factores de riesgo", los determinantes de las condiciones de trabajo son:

- Trabajador: Condiciones personales (edad, aspectos fisiológicos, estado de salud y físico y aspectos psicológicos. Experiencia profesional. Estudios y formación).

- Trabajo: Nivel de trabajo, tarea , situación del trabajo y horarios.
- Entorno: Equipos de trabajo, relaciones laborales, ambiente sociocultural, medio ambiente físico.
- Empresa: Remuneración, sistemas de motivación, condiciones de empleo, incentivos sociales.
- Externos: Condiciones sociales, culturales y económicas.

2 Objetivos

- Establecer los tipos de riesgos existentes para el celador, tanto en quirófano como en la central de esterilización y su prevención.
- Indicar las prevenciones universales de riesgos.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Los tipos de riesgos existentes para el celador, tanto en quirófano como en la central de esterilización y su prevención son:
 - I. Riesgos químicos: los líquidos utilizados para la limpieza y desinfección del aparataje e instrumental , productos desinfectantes, esterilizaciones etc, de la unidad quirúrgica, serían los llamados agentes o sustancias químicas. Los riesgos químicos son un factor de riesgo importante en los servicios hospitalarios, ya que el personal puede absorber sustancias químicas durante su jornada laboral bien por mantenerse cerca de ellos o mediante su manejo.
 - II. Riesgos eléctricos: pueden ser consecuencia de que la instalación eléctrica sea deficiente. Las tomas de la sala de operaciones deben de tener toma de tierra y estar a prueba de explosiones. Los quirófanos disponen de alarmas de riesgo eléctrico.

III. Riesgos psicosociales: son aquellas características de las condiciones de trabajo y sobre todo de su organización que pueden afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos. Serían: exceso de demandas, falta de apoyo, falta de control, sobrecarga emocional. Una de las principales alteraciones de las personas es el estrés.

IV. Riesgos biológicos: son los derivados de la manipulación de pacientes o muestras contaminadas, por lo tanto las protecciones generales recomendadas son: el uso adecuado de la ropa de trabajo y guantes de solo uso. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo recomienda como protecciones: Gorro, mascarilla quirúrgica, guantes desechables, delantal impermeable, gafas protectoras , mascarillas.

Respecto a los riesgos laborales en la central de esterilización: los que con más frecuencia se dan son los siguientes: tropiezo, caídas, resbalones, estos se pueden controlar con una buena disposición de los elementos físicos, una buena iluminación, calzado antideslizante. Otros accidentes son la heridas, cortes, contusiones, etc. que se producen al manipular materiales que se van a esterilizar.

- Las precauciones universales: son aquellas que se desarrollan para proteger al personal sanitario de cualquier exposición ocupacional con sangre y líquidos corporales de cualquier paciente. La precaución más universal que existe para la prevención de infecciones es el lavado de manos. Este es importante realizarlo siempre antes y después de tener contacto con: sangre, secreciones, sudor... aunque hayamos utilizado guantes para la realización de la manipulación.

Cualquier personal sanitario que pueda estar expuesto a materiales potencialmente infecciosos debe de usar un equipo de protección personal. Los materiales de barrera deben prevenir el paso de la sangre y otros líquidos a la piel del usuario o a la ropa. El equipo de protección es : mascarillas, guantes, calzas, batas, gafas protectoras y guantes.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye con que el papel del celador dentro del equipo multidisciplinar sanitario es fundamental en la prevención de riesgos, derivados de la actividad laboral.

6 Bibliografía

Pablo Hernández, Carmela de Prevención de riesgos laborales en quirófano. Jaén 2010

Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. Ed 15 Ed.

Lex Nova. 2009

Carlos Calero Jaén y Rogelio Navarro Domenichelli. Factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales: el estrés ocupacional. Consultado el 20 de marzo de 2012,

Disponible en : <http://www,ugt-pv.org/docu/estres/estresimp.htm>

Capítulo 1052

EL CELADOR EN EL CENTRO HOSPITALARIO, TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS.

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o los que se encuentran internadas en los mismos, tienen disminuidas sus capacidades a causa de su enfermedad, por lo que no pueden movilizarse por ellos mismos, con lo cual necesitan de la ayuda del personal sanitario para realizar los movimientos imprescindibles. Dichos movimientos, deben ser realizados siguiendo unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad. La movilización de los enfermos comprende las técnicas para colocarles y moverles correctamente en la cama, así como el movimiento que deban realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital, a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

Todas las personas que son conscientes de la presión que las partes de su cuerpo ejercen cambian de postura a menudo. No obstante, hay personas que no son capaces de darse cuenta o que no pueden moverse en el caso de personas que tengan paralizadas, por ejemplo sus extremidades inferiores y por tanto son frecuentes la aparición de úlceras por presión en determinados puntos de su cuerpo.

2 Objetivos

- Determinar cómo realizar las movilizaciones para movilizar a los pacientes, sin ocasionar ninguna molestia o posible lesión y las franjas de tiempo que pueden pasar entre ellas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el traslado de los pacientes por parte del celador.

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

4 Resultados

Los cambios posturales, son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios, se deben seguir unas normas generales tales como:

- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

*Movimiento del paciente en el borde la cama.

- Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al paciente (antes pondremos biombos, para preservar la intimidad del paciente).
- Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al paciente, y colocaremos el brazo más próximo de los enfermos sobre su tórax.
- Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta asir el hombro más lejano y con el otro brazo, agarraremos, bajo su cuerpo, la zona lumbar.

-Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultáneamente y suavemente del paciente hacia la orilla de la cama.

Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al paciente hacia el borde de la cama.

*Movimiento del paciente para situarlo en el borde de la cama.

-Colocaremos la cama en la posición de Fowler.

-Sujetaremos con una mano el hombro más lejano del paciente, pasándola por debajo de su cabeza. Con la otra mano sujetaremos las piernas pasando nuestro brazo por encima de sus rodillas.

-En un solo movimiento, debemos de elevar sus hombros y rotar su cuerpo moviendo con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado con las piernas colgando en la cama.

*Transporte mediante silla de ruedas o camilla.

Cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requieran, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas. Si para su traslado, es necesario usar la camilla se colocará ésta, paralela a la cama, poniendo el freno a ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de dos o tres personas, las cuales colocarán los brazos del paciente sobre su tórax, y le sujetarán colocándole uno de los brazos bajo el cuello, otro bajo los hombros, otro bajo la cintura y otro bajo los glúteos. Primero desplazarán al enfermo al unísono, a la orilla de la cama (como vimos anteriormente) y posteriormente, de la misma forma a la camilla, donde se le colocará cómodamente, y se le tatará. Si para el traslado fuese necesario usar una silla de ruedas, procederemos a colocarla frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentaremos al paciente en la orilla de la misma, colocándonos frente a él. Procederemos a sujetarle por la cintura ayudándole a bajar de la cama, le desplazaremos lateralmente hasta sentarlo en la silla.

Tanto para el traslado en cama, camilla o silla de ruedas, deberemos de tener en cuenta que:

-El paciente deberá de estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.

-Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.

-Cuando se tengan que bajar rampas, debemos situarnos en la parte inferior caminando hacia atrás, de tal forma que el paciente encamado mire hacia nosotros,

y si va en silla de ruedas, mirando en la misma posición que nosotros.

-Para entrar en el ascensor, primero entrará el celador y tirará de la camilla haciendo pasar en primer lugar la cabecera.

* Deambulación.

Cuando por motivos de tratamiento, traslado a otra unidad, etc. se ha de movilizar a un paciente, cuyas facultades para moverse independientemente se encuentran mermadas, se han de emplear medios auxiliares para realizarlo sin peligro. Si lo que se pretende es que el enfermo empiece a caminar por sus propios medios, debe ayudarse a deambular con la ayuda de andadores, muletas, etc. pero siempre acompañado. Al acompañarlo, siempre mantendremos su cadencia de paso.

5 Discusión-Conclusión

Durante los cambios posturales y la movilización del paciente es muy importante tener en cuenta tanto la salud del mismo como la de los celadores que se encargan de ello, es muy importante la optimización del trabajo basado en la ergonomía del celador.

6 Bibliografía

Cotejados y revisados las publicaciones en los siguientes espacios en la web:

· Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Artículos académicos de GOOGLE, Scielo y PubMed

Capítulo 1053

EL CELADOR EN ATENCION PRIMARIA

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La Constitución Española reconoce, en el artículo 43, el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de la prestación de servicios necesarios. En desarrollo de este mandato constitucional se dictó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece las bases y la coordinación general de la sanidad en España.

La organización territorial deberá asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y promover la efectiva aproximación de los servicios al usuario, así como la eficiencia y coordinación de todos los recursos, siendo las Comunidades Autónomas las que delimiten y constituyan las estructuras fundamentales del sistema sanitario, las llamadas Áreas de Salud, donde se prestará la Atención Primaria y la Atención Especializada.

Las Áreas de Salud a su vez se dividirán en Zonas Básicas de Salud para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario. Siendo la Zona Básica de Salud el marco territorial de la Atención Primaria y sus Centros de Salud (centros integrales de Atención Primaria) donde se desarrollarán las actividades sanitarias, mediante el trabajo en equipo, encam-

inadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva de los habitantes de la Zona Básica de Salud.

2 Objetivos

- Determinar y analizar las funciones propias de su categoría profesional y el ámbito de sus competencias.
- Señalar las funciones compartidas que en la práctica habitual puede desarrollar con otros estamentos profesionales dentro del equipo de atención primaria.

3 Metodología

Revisión bibliográfica (Pubmed, Google académico, Scielo). Criterios inclusivos los procedimientos realizados sin los criterios pertinentes la realización del protocolo marcado y la cumplimentación de los criterios de calidad en el ámbito profesional dentro del equipo de atención primaria en las zonas básicas de salud (ZBS).. Estudios realizados en esta última década con continua investigación en la actualidad.

4 Resultados

- Personalizar la relación mediante nuestra identificación para que el cliente tenga un referente.
- Escuchar activamente: el cliente ha de tener la seguridad de que hemos entendido su petición, lo que favorecerá que su reacción al oír nuestra negativa sea mas positiva. Recordemos que la mirada es muy importante para transmitir sensación de escucha. Cuando no miramos al cliente mientras nos cuenta su problema y acto seguido recibe una negación, tiene la sensación de que se la ha negado la petición porque ni siquiera se le ha escuchado.
- Asegurarnos de la demanda con exactitud: es muy importante puntualizar lo que el cliente está demandando para comprobar que hemos entendido exactamente lo que ha querido transmitir. De lo contrario corremos el riesgo de negar algo que es perfectamente factible.
- Ser claros y explicar el porque de nuestra negativa cuando la respuesta depende en gran medida de nosotros y no es posible resolver la demanda.
- Si no depende de nosotros, debemos informar, derivar o gestionar lo que sea conveniente aclarando que la respuesta no es de nuestra competencia, pero siempre

tratando al cliente adecuadamente. No es aconsejable la argumentación y justificación en exceso ya que pueden mermar la comprensión del mensaje que queremos transmitir.

- Escuchar las réplicas y acceder a las alternativas en caso de que sea posible. Si no lo es o si el cliente no acepta las alternativas, podemos repetirle el mensaje hasta que lo entienda y acepte. Se recomienda ignorar los posibles ataques personales y no responder a las críticas. Sólo repetir la negativa y las alternativas posibles.
- Estar preparados para la reacción emocional del cliente mostrando comprensión ante ella. Debemos dejarle hablar y no intentar que se calle porque esto genera agresividad. Debemos escucharle activamente.
- Intentar buscar alternativas dando información apropiada. Las falsas expectativas favorecerán conflictos posteriores.
- Si nos comprometemos en alguna cuestión concreta (volver a intentar algo posteriormente, etc.) hay que cumplirla. No debemos crearle al cliente falsas expectativas que después no podemos cumplir.

5 Discusión-Conclusión

Cuando un individuo se acerca a un centro de Salud, normalmente la primera persona con la que se encuentra es el celador, que es el encargado de informarle de todo lo relacionado a consultas, facultativos, petición de citas, ubicación de dependencias o cualquier otro aspecto que desconozca. El trato que el individuo reciba en este primer contacto va a influir decisivamente tanto en su percepción global del Equipo de Salud como en su actitud hacia el proceso de atención en general (así podrá estar más o menos receptivo, susceptible, etc.).

Lógicamente, el grado de influencia de la primera impresión en el individuo dependerá de sus características personales. En este caso, el celador deberá potenciar al máximo determinadas cualidades como son:

- Facilidad de palabra.
- Paciencia.
- Extroversión.
- Amabilidad.
- Comprensión (para atender y contestar las preguntas que puedan formularle y estén dentro de su competencia).

6 Bibliografía

- Curso: "Comunicación, trato al usuario e imagen del hospital". Hospital General de Especialidades "Ciudad de Jaén". 9-18 de diciembre de 1997. Jaén.
- Habilidades de comunicación interpersonal en las Unidades de Atención al Usuario del S.A.S.
- León Rubio, J.M; Medina Anzano, J.S. Habilidades de información y comunicación en la atención al usuario. 1a - Edición. Sevilla. Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas Tecnologías (Universidad de Sevilla). 1997. Págs. 26, 27.
- Talavera Pleguezuelos, Clemente. Atención al usuario de la Administración Pública. Págs. 82-122.

Capítulo 1054

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN EL CELADOR.

PATRICIA ISABEL PIRES PELÁEZ

CARMEN VERÓNICA HERRANZ PELÁEZ

DIANA HERNÁNDEZ MONTERO

1 Introducción

El contagio a través de las manos del personal es la principal fuente para transmitir las infecciones nosocomiales, por lo que el lavado de las mismas se considera la mejor medida para evitarlas.

2 Objetivos

Conocer la estrategia mundial de la OMS para la mejora de la higiene de manos.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el tema usando diferentes bases de datos como Cinhal, Pubmed y Cuiden.

4 Resultados

La OMS afirma que es necesario aplicar múltiples medidas para abordar los obstáculos y las barreras conductuales que interfieren en el lavado de manos de los profesionales.

Los componentes de la estrategia de la OMS son cinco:

- Cambio del sistema: garantizar que se cuenta con una infraestructura necesaria.
- Formación del personal.
- Evaluación y retroalimentación: hacer un seguimiento de la infraestructura y prácticas de higiene de manos.
- Recordatorios en el lugar de trabajo: señalar y recordar a los profesionales la importancia de la higiene de manos.
- Clima institucional de seguridad: garantizar que la higiene de manos se considere una gran prioridad a nivel institucional a todos los niveles.

En dicha estrategia, la OMS define también los cinco momentos para la higiene de manos:

- Antes del contacto directo con el paciente.
- Antes de realizar una tarea simple o aséptica.
- Después de la exposición a fluidos corporales.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

El lavado de manos puede realizarse con agua y jabón o con solución hidroalcohólica. Se empleará el agua y jabón cuando haya suciedad visible y la solución hidroalcohólica en el resto de situaciones.

Según las recomendaciones de la OMS:

- El lavado de manos con agua y jabón debe tener una duración de 40-60 segundos.
- El lavado de manos con solución hidroalcohólica debe durar 20-30 segundos.

5 Discusión-Conclusión

Destacamos que un método tan simple como el lavado de manos reduce notablemente las enfermedades transmitidas por contacto con su consiguiente ahorro económico y personal.

6 Bibliografía

- Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria.
- CDC: Guideline for Hand Hygiene in Health- Care Settings. Center for Disease Control and Prevention.
- Kilpatrick C, Allegranzi B, Pittet D. 2009. The global impact of hand hygiene campaigning. *Euro Surveill.* 30;14(17).
- Magiorakos AP, Suetens C, Boyd L, et al. 2009. National hand hygiene campaigns in Europe, 2000-2009. *Euro Surveill.* 30;14(17).
- Sánchez-Payá J, Fuster-Pérez M, García-González C, et al. 2007. Evaluation of a program for updating recommendations about hand hygiene. *AnSist Sanit Navar.* 30(3):343-52.

Capítulo 1055

TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS

VERONICA VILLA CASTRESANA

1 Introducción

La unidad de cuidados intensivos, es aquella en la que profesionales con alta cualificación proporcionan a pacientes que se encuentran en estado crítico, cuidados muy especializados; aunque los pacientes de esta unidad se encuentran en un estado de gravedad, el 80% de los pacientes tratados en esta unidad se dan de alta. El celador en la UCI, supone un refuerzo para el personal de la unidad, sirve de conexión con el resto del hospital.

En unidades como la UCI, el celador es un eslabón clave entre el médico y el enfermero. por lo que es fundamental que tengan una contrastada experiencia y que conozca las técnicas de movilización, pues en caso contrario existe un gran riesgo de sufrir lesiones, sobre todo en la columna vertebral, debido a que se necesita fuerza y también que haya una buena coordinación en los movimientos; además es necesario una adecuada formación, ya que en esta unidad, los pacientes suelen tener muchas conexiones y es necesario tener cuidados extremos y habilidades para no causar ningún daño a los pacientes.

El celador que se encuentra en esta unidad debe de utilizar correctamente los EPIS, tanto para entrar como para salir de esta unidad, utilizando batas asépticas, gorro, calzas y guantes; y tiene que aplicar correctamente las medidas de higiene.

Las principales funciones del celador en la UCI son:

- Ayudar a la auxiliar de enfermería a realizar la higiene del paciente.

- Trasladar a los pacientes para la realización de pruebas a otros servicios del hospital.
- Son los encargados del manejo de las grúas.
- Traslado de mobiliario o equipos de trabajo siempre que sea necesario.
- Controlar que las balas de oxígeno estén cargadas.
- Conocer la organización o estructura interna del personal.
- Traslado de muestras al laboratorio, anatomía patológica.
- Llevar las muestras de hemoderivados al banco de sangre y devolver las usadas.
- Llevar y recoger el material a esterilizar.
- Son los encargados de controlar la entrada y salida de las visitas.
- Conocer el protocolo de defunción del hospital.
- Procurar una mejor calidad asistencial.

2 Objetivos

- Definir las posturas habituales de los pacientes en la UCI
- Describir los principios básicos de mecánica corporal.
- Recibir una formación adecuada y conocer las técnicas de movilización.
- Conocer y aplicar las estrictas medidas higiénicas especiales de esta unidad.

3 Caso clínico

Una mujer de 38 años, tras sufrir un accidente y ser trasladada por una ambulancia a urgencias del Hospital de Cabueñes en Gijón, y ser examinada por el facultativo correspondiente, se procede a ingresarlo en la UCI. La paciente se encuentra en estado grave, tiene una lesión en la columna vertebral y se encuentra monitorizada. Es necesario trasladarla a radiología para hacerle un TAC (tomografía axial computerizada). El celador de la UCI, acompañado de una TCAE, una enfermera y un médico serán los encargados de realizar este traslado.

El celador tiene poca experiencia, ya que nunca ha trabajado anteriormente en este servicio y no sabe muy bien cómo actuar, aunque decide esperar a recibir instrucciones.

Mientras están realizando el traslado intrahospitalario del paciente, el celador frena bruscamente y el monitor cae al suelo, por lo que se vive una situación de nerviosismo y tensión, que por suerte no tiene ninguna consecuencia negativa. Una vez llegan a la sala donde va a realizarse el TAC, el facultativo indica que debido a su lesión de columna, se debe trasladar a la paciente de la cama al

TAC en bloque, para lo que es necesario la colaboración del celador de rayos, del técnico de rayos y de la TCAE, esta última, procede a mantener la sonda vesical y los tubos de drenaje por debajo de la paciente, maniobra que es observada atentamente por el celador nuevo.

Una vez realizada la prueba, se coloca a la paciente de nuevo en su cama de la misma manera que se explicó anteriormente y se retorna a la UCI. Una vez allí, la supervisora indica que se debe de realizar un cambio postural a un paciente que está en decúbito supino y pasarlo a decúbito lateral derecho, tarea que se realiza entre la enfermera, la TCAE y el celador, de forma cuidadosa y vigilando las conexiones.

4 Resultados

Tras la experiencia de este celador tras trabajar en un servicio especial como la UCI, decide que debe mejorar su formación, sobre todo en la movilización de pacientes, para lo que decide apuntarse a un curso práctico que imparten en el propio hospital. En la primera clase le explican las principales posiciones de los pacientes de la UCI, son las siguientes:

- Decúbito supino: cama en posición horizontal con la espalda sobre la cama y los brazos estirados a lo largo del cuerpo.
- Decúbito lateral: cama en posición horizontal, se colocará el cuerpo girándolo hacia uno de los lados.
- Fowler: el paciente está tumbado en la cama y se incorpora 45° el cabecero y las piernas flexionadas.
- Semifowler: el paciente está tumbado y se incorpora 30° el cabecero y las piernas flexionadas.
- Trendelenburg: el paciente está tumbado y la cama se inclina de manera que la cabeza está más baja que los pies.
- Antitrendelenburg: el paciente está tumbado y la cama se inclina de manera que la cabeza queda más baja que los pies.

En clases posteriores se estuvo trabajando sobre las técnicas de movilización, para lo cual es fundamental tener en cuenta los principios de la mecánica corporal, son los siguientes:

- Mantener la espalda recta
- Sujetar la carga lo más cerca posible del cuerpo.
- Separar los pies para mantener el equilibrio, posicionando uno de ellos en dirección al movimiento.

- Sujetar fuertemente el objeto.
 - Doblar las rodillas y la cadera para coger los pesos y no la cintura.
 - No girar en tronco, hacer el giro moviendo las piernas.
 - Arrastrar o empujar antes que levantar.
 - Pedir ayuda si es necesario de un compañero, o emplear grúas, entremetidas..
 - No levantar la carga de una vez por encima de la cintura.
 - Utilizar calzado adecuado.
 - El suelo debe ser antideslizante.
 - Contraer los músculos abdominales y glúteos antes de realizar la movilización.
- El resultado de aplicar estos conocimientos da como resultado la reducción del cansancio, aumentar la seguridad del paciente y cuidar la espalda.
- Como principal medida estricta de higiene se encuentra el lavado de manos, que como mínimo se deberá de hacer antes y después de tocar al paciente.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la UCI, realiza sus tareas formando parte de un equipo multidisciplinar, que actúan siempre de forma coordinada.

Para realizar cualquier movilización o traslado de los pacientes siempre se hará acompañado de enfermera, tcae y médico, que darán instrucciones al celador dependiendo de las características y patologías de los pacientes.

Hay que prestar atención a las conexiones que presente el paciente, ya que en algunos casos la desconexión de las mismas puede suponer la pérdida de la vida. También hay que observar los protocolos de aislamiento para evitar la transmisión de enfermedades.

Se debe cumplir las medidas de asepsia según la patología que presente el paciente.

6 Bibliografía

- www.potales médicos.com
- Real Decreto 1790/2011, del 16 de diciembre.
- Humanizando los cuidados intensivos.
- www.opositatest.com

Capítulo 1056

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUATRIA

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

1 Introducción

El celador juega un papel muy importante es ésta unidad como profesional dentro del equipo multidisciplinar de esta unidad de cuidados. Es por ello la relevancia de exponer de forma detallada todas y cada una de las funciones realizada por este profesional dentro de la unidad psiquiátrica.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en el área de psiquiatría.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

Campustraining

Cgtsanidadlpa

Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1057

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE FALLECIDO.

CARMEN VERÓNICA HERRANZ PELÁEZ

PATRICIA ISABEL PIRES PELÁEZ

DIANA HERNÁNDEZ MONTERO

1 Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea. La muerte o fallecimiento de una persona recibe distintos nombres como éxitus, óbito o deceso.

Amortajamiento: es la preparación del cadáver que debe realizarse lo antes posible, antes de que aparezca el rigor mortis, y después de la autorización del personal facultativo. Con este acto se prepara al cadáver para que pueda ser velado por sus familiares, también recibe el nombre de cuidados post-mortem.

2 Objetivos

Describir la actuación del celador ante un paciente fallecido.

3 Metodología

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

4 Resultados

Protocolo a seguir:

- No se debe efectuar antes de que el médico haya certificado el fallecimiento.
- Se realiza con la mayor intimidad posible y antes que aparezca el rigor cadavérico (rigor mortis o rigidez cadavérica).
- Se coloca la cama en posición horizontal.
- El cadáver se manipula con guantes.
- Colocar al cadáver en posición de decúbito supino, con los brazos a los lados, las palmas hacia abajo o cruzando las manos sobre el abdomen.
- Se deja la almohada de la cabeza para evitar estancamiento de sangre.
- Retirar drenajes y sondas.
- Retirar los objetos personales del cuerpo
- Higiene del cadáver.
- Cerrar los ojos y la boca del cadáver.
- Se pueden taponar orificios naturales, si estos expulsan líquidos.

Se precisa de:

- Mortaja o sudario para envolver el cuerpo (la vestimenta que se le pone al cadáver para ser velado por sus familiares).
- Material de aseo: recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo.
- Toalla para secar el cuerpo.
- Vendas.
- Bolsas de basura.
- Etiquetas identificativas del paciente

Una vez finalizado el amortajamiento, la familia podrá permanecer con la persona fallecida hasta que considere oportuno. Procediendo posteriormente al traslado, por el celador al mortuorio. Cuando dicha acción se efectúe, será preciso que

todas las puertas de las habitaciones de la planta estén cerradas y el pasillo despejado.

5 Discusión-Conclusión

El Celador debe de conocer las pautas de actuación respecto al paciente fallecido ya que es quien colabora en la práctica del amortajamiento ayudando a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.

6 Bibliografía

- www.endoflifecareforadults.nhs.uk
- Cuidados Post-Mortem. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz. Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura. Febrero de 2010. V. 1. 1 www.areasaludbadajoz.com
- Cuidados post-mortem/amortajamiento de un paciente fallecido. Procedimiento recomendado. Instituto Joanna Briggs. 19/01/2012

Capítulo 1058

EL /LA CELADOR/A Y SU TRABAJO ENTORNO A LA OXIGENOTERAPIA

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

RAQUEL CAMPORRO LLANA

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

NATALIA CASTRO LÓPEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es una técnica que aporta al paciente una concentración de oxígeno mayor que la del aire (21%), con la finalidad de recuperar un nivel de oxigenación en sangre y tejidos normal. Los pacientes que suelen precisarla pueden ser los que sufren enfermedades respiratorias descompensadas, hemorragias intensas, infartos de miocardio...

Para medir la concentración de oxígeno en sangre se realiza la gasometría arterial que mide el nivel de oxígeno y dióxido de carbono en sangre arterial. De una manera indirecta, se utiliza la pulsioximetría, que mide la cantidad de oxígeno que lleva la hemoglobina (cifras normales serían entre el 95-100%).

Los objetivos que se pretenden conseguir con la oxigenoterapia son:

- Mantener unos niveles de oxigenación apropiados en sangre y tejidos.

- Proporcionar bienestar al paciente facilitándole la ventilación y el aporte de oxígeno adecuados cuando así lo precisan.

Desde la central de oxígeno del hospital, éste se distribuye a través de unas tuberías, a presión constante. Se encuentra en la cabecera de la cama, junto a la toma de vacío, y en otras dependencias del hospital.

Para administrar oxígeno a través de la toma central, es necesario:

- Flujómetro ó caudalímetro: Dispositivo que regula el flujo ó caudal de oxígeno que se mide en litros/min. El más utilizado es el de bola, que flota indicando en una escala, la cantidad que está recibiendo el paciente.

- Vaso humidificador: Se llenan 2/3 partes de agua destilada estéril, cuya función es humedecer el oxígeno cuando sale de la toma, antes de llegar al paciente. Se utiliza cuando se administra oxígeno con sistemas de alto flujo. El agua destilada debe cambiarse a diario lavando bien el vaso para evitar contaminaciones(no debe rellenarse). Actualmente hay sistemas de humidificador desechables, se cambian por uno nuevo cuando se consume el agua.

La botella o bala de oxígeno es un recipiente cilíndrico que almacena el oxígeno a una presión mayor que la atmosférica, ya que si se igualara, el oxígeno dejaría de fluir y habría que recargarla.

Para la administración de oxígeno por botella es necesario:

- Manómetro: Mide la presión de oxígeno de la botella.

- Manorreductor ó regulador: se abrirá más o menos según la presión de oxígeno que nos indique el manómetro.

- Caudalímetro ó flujómetro.

- Humidificador: Si se precisa.

Dispositivos de administración de oxígeno.

Es muy importante administrar el oxígeno con el flujo y dispositivo adecuados.

- Sistemas de bajo flujo. Con estos sistemas no podemos conocer la concentración exacta de oxígeno que inspira el paciente, ya que depende también de la profundidad y frecuencia con que respira.

*Gafas ó cánulas nasales: Es el sistema más sencillo de administración de oxígeno. Consiste en un tubo que se conecta por un extremo a la toma de oxígeno, y por el otro lleva acopladas 2 canulillas que se introducen en los orificios de la nariz. Se utilizan con concentraciones bajas y con pacientes que controlan. Permite bastante autonomía al paciente, permitiéndole hablar, comer... Aconsejarle de que debe respirar por la nariz.

* Mascarilla simple: Dispositivo de plástico suave y transparente (actualmente los hay de silicona). Deben cubrir nariz, boca y mentón. Permiten administrar

oxígeno a un flujo más elevado que las cánulas nasales.

* Mascarilla con reservorio: Se utiliza cuando se precisan mayores concentraciones de oxígeno. Es una mascarilla simple con una bolsa de volumen aproximado de $\frac{3}{4}$ de litro que se llena de oxígeno en el momento de abrir la llave de la toma y debe permanecer siempre llena. Se utiliza en pacientes con intoxicaciones por monóxido de carbono, insuficiencia respiratoria severa...

- Sistemas de alto flujo.

* Mascarilla de efecto Venturi: Permite concentraciones de oxígeno inspirado más estable, independientemente de la forma de ventilar del paciente. Igual que la mascarilla simple, pero en su parte inferior tiene un dispositivo que permite regular la concentración de oxígeno que se administra. Está especialmente indicada en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave.

* Mascarilla para traqueostomía: Se utiliza en pacientes con traqueostomía ya que se puede adaptar al cuello. Se coloca la parte redondeada hacia abajo, y la aplanada hacia arriba. A esta mascarilla se le acopla dispositivo Venturi.

2 Objetivos

- Describir el método de administrar oxígeno en la oxigenoterapia.
- Enumerar las funciones del celador con las balas de oxígeno.

3 Metodología

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

Criterios de inclusión:

- Temática acerca de las funciones del celador con respecto a los pacientes que precisan oxigenoterapia.
- Temática acerca de dispositivos de administración de oxígeno.
- Texto en español y gratuito.

Criterios de exclusión:

- Textos de idiomas distintos al español.
- Palabras clave: Oxígeno, celadores, dispositivos.

4 Resultados

Para administrar oxígeno, se deben tener en cuenta unas precauciones como:

- No fumar; no usar cerca de aparatos eléctricos en mal estado; no usar productos inflamables en la limpieza del sistema, evitar golpear la botella...
- Se deben respetar siempre las pautas establecidas por el médico.

El protocolo de actuación sería:

- Preparar el equipo necesario, lavarse manos y ponerse guantes (si fuese preciso).
- Explicar el procedimiento al paciente y colocarle en posición Fowler ó decúbito supino.
- Comprobar el funcionamiento del sistema de oxígeno y llenar el humidificador (si se va a utilizar).
- Seleccionar la cantidad de oxígeno prescrita en litros/minutos. Si se utilizara una mascarilla con regulador de concentración, también habría que ajustarla.
- Preparar el dispositivo de administración de oxígeno y adaptarlo al paciente.
- Observar el funcionamiento del sistema y la tolerancia del paciente.
- Acomodar al paciente y vigilarle durante las primeras horas por si apareciera somnolencia, disminución de frecuencia cardiaca, cianosis, cefalea.

Las funciones del celador con las balas de oxígeno son:

- Traslado de balas de oxígeno y tenerlas listas siempre que se precisen.
- Cambiarlas cuando estén vacías . Se llevarán al almacén correspondiente y se reemplazan por otras.
- Cuando se trata de un traslado desde urgencias, de un paciente que precisa oxigenoterapia, a la unidad del paciente, el celador de dicha unidad será el encargado de suministrar la bala de oxígeno.
- El celador lleva y coloca la botella del oxígeno al cabecero de la cama del paciente adaptando el manómetro y abriendo la botella bajo la supervisión del personal de enfermería.
- Si el traslado del paciente fuera en silla de ruedas, coloca la bala de oxígeno en los dispositivos con los que cuenta la silla.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores/as juegan un papel importante en el tratamiento de oxigenoterapia en pacientes que necesitan ser trasladados de un sitio a otro dentro del hospital. Son los encargados de que las balas de oxígeno, necesarias en estos transportes, estén en perfectas condiciones para su uso. Colaboran con el resto de personal

en que el/la paciente se encuentre lo más cómodo posible durante estas terapias, colocándole las gafas nasales y mascarillas de manera correcta, incorporándolo para facilitarle la ventilación...

6 Bibliografía

- www.Celadoresonline.blogspot.com.
- <https://www.celadores.club>.
- <https://www.enbuenasmanos.com>.

Capítulo 1059

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

FERNANDO CARBALLO COYA

1 Introducción

El Bloque Quirúrgico está distribuido en diferentes zonas:

- Zonas Sin Limitaciones.
- Zonas de Intercambio.
- Zonas Semilimitadas.
- Zonas Limitadas o Prohibidas.

Antequirófono.

Zonas de Lavado Prequirúrgico.

Quirófono. Es cualquier lugar que está destinado a la realización de intervenciones de tipo quirúrgico. En el quirófono es obligatorio permanecer quirúrgicamente vestido y con mascarilla. Es el Celador quien llevará a los pacientes para su intervención.

2 Objetivos

- Describir las funciones del Celador en el Bloque Quirúrgico

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica sobre el tema, usando diferentes bases de datos: Scielo, Cuiden, Cinhal y Pubmed.

Para ello se han utilizado las palabras clave: Celador, quirófano y funciones

4 Resultados

Aunque en algunas instituciones dependerá de la administración del hospital en el marco jerárquico, deberá colaborar en equipo con el resto de estamentos del quirófano, aceptando las órdenes que en su momento se le emitan. Pudiendo ser funciones del celador, aunque variables dependiendo de la institución en la que éste trabaje:

- Conducir al enfermo al quirófano adecuado, según lo marque el parte de quirófano, comprobando en todo momento que la historia clínica del mismo sea la correcta.
- Ayudar al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones.
- Colaborar con el anestesista en posicionar al enfermo de la forma adecuada que se requiera antes de la intervención.
- Llevar al quirófano los instrumentos que se requiera: aspiradores, aparatos de radioscopia, etc.
- Estar atento durante la intervención por si fuera requerido.
- Velar por documentos y analíticas que se realicen durante el acto quirúrgico, transportándolas al laboratorio si así se le requiere.
- Ayudar en la colocación de los pedidos.
- Conducir al enfermo a la sala de reanimación o sala de despertar.
- Conducir al paciente a su habitación de destino.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que, aunque el área quirúrgica tiene normas muy estrictas de higiene que hay que cumplir, el celador es una figura muy importante para que se puedan llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas. Por eso debe estar perfectamente formado para llevar a cabo sus funciones.

El quirófano es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad, y en general, no se introducirán objetos del exterior (libros, revistas, periódicos, ropa...). La vestimenta es el pijama verde limpio, cubriéndose el pelo (con un gorro) y la barba. Asimismo, el calzado será el específico para el quirófano (verde) o en su defecto, se usarán calzas.

6 Bibliografía

- Concepto definicion.de, Redacción. (Última edición:23 de agosto del 2019). Definición de Quirófano.
- Guía de Celadores - Área Quirúrgica. Hospital San Eloy (Barakaldo)
- Temario Celadores Online: Tema 14. Normas de actuación del Celador en los Quirófanos. Parte I
- Temario Celadores Online: Tema 15. Normas de actuación del Celador en los Quirófanos. Parte II
- Temario Celadores Online: Tema 16. Normas de actuación del Celador en los Quirófanos. Parte III

Capítulo 1060

MANEJO Y MOVILIZACIÓN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y POSTQUIRÚRGICOS PARA CELADORES

MONICA SÁNCHEZ CARCABA

JAVIER VÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

En el ámbito hospitalario, es habitual la realización de intervenciones quirúrgicas a diario, bien sean intervenciones programadas o de urgencia. En todo caso es necesaria la intervención de los celadores, ya que una colocación correcta del paciente en la mesa de quirófano es tan importante como un preoperatorio adecuado. La preparación del paciente para el acto quirúrgico y el traslado del paciente al quirófano son dos procesos prioritarios.

Los celadores serán los encargados de:

- El traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano y posteriormente a la sala de reanimación post-anestésica (URPA), cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.
- Ayudar al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones

- Colaborar con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada. Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesista indique, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente.
- Ayudar en la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.
- Una vez concluida la intervención quirúrgica movilizarán al paciente desde la mesa de quirófano hacia la cama, teniendo especial cuidado dado que normalmente el paciente llevará sondas, férula y bombas de perfusión. Finalmente, una vez dado de alta en la URPA se trasladará a la UVI o habitación según se le indique en cada caso.

La figura del celador en quirófano es sumamente importante, por ello vemos a hacer una descripción de las posiciones quirúrgicas más habituales, así como de las técnicas de movilización de los pacientes en las distintas etapas del proceso.

2 Objetivos

- Describir cómo transferir a un paciente desde la camilla a la mesa de operaciones.
- Detallar la colocación del paciente en la mesa de quirófano. Posiciones quirúrgicas.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en Google académico y distintos buscadores (scielo, Dialnet...) para recopilar artículos e información sobre técnicas de movilización, posiciones más frecuentes del paciente en la mesa de operaciones, funciones del celador en quirófano con la finalidad de hacer una exposición sobre el tema.

4 Resultados

El primer paso será el traslado del paciente desde la unidad donde se encuentre hasta el quirófano (normalmente desde la habitación o desde la sala de urgencias, UCI de tratarse de una urgencia), se realizará en su propia cama, cada centro sanitario tendrá su propio protocolo. Una vez en quirófano se procede a colocar al paciente en la mesa quirúrgica, teniendo siempre en cuenta si el paciente está

consciente, inconsciente y su movilidad. Durante la colocación en posición del paciente se busca siempre reducir los efectos fisiológicos adversos y evitar lesiones mecánicas, proporcionar acceso a la zona a intervenir y permitir al anestesista el acceso a vías intravenosas, arteriales y respiratorias.

La posición quirúrgica en la que coloquemos al paciente va a depender de la intervención a la que vaya a ser sometido.

Las posiciones quirúrgicas más frecuentes son:

- Decúbito supino o dorsal, se utiliza en intervenciones abdominales, urológicas, ginecológicas, de cara y cuello, de tórax, de hombro, vasculares y ortopédicas, cabeza alineada con el cuerpo, manos y brazos alineados con el cuerpo o sobre un apoyabrazos en un ángulo no mayor de 90°, los pies no deben cruzarse.
- Decúbito lateral, lumbotomía o nefrectomía, se utiliza en cirugía de riñón, uréteres y pulmón, se coloca al paciente sobre el lado no afectado con la espalda la borde de la mesa, brazos extendidos sobre los apoyabrazos, la pierna que está sobre la mesa flexionada y la de arriba en extensión.
- Decúbito prono o ventral, se utiliza para intervenciones de la parte superior del tórax, tronco, piernas, columna, coxis y cráneo, el paciente se voltea sobre el abdomen, se flexionan los brazos hacia delante sobre la cabeza.
- Trendelenburg, se utiliza en intervenciones de cirugía abdominal, pelvis y alguna retroperitoneal, decúbito supino en un plano de unos 45° con el suelo, con la cabeza mas baja que los pies, las rodillas coinciden con la articulación inferior de la mesa, esta se quiebra dejando caer los pies libremente.
- Trendelenburg invertido, se utiliza para la cirugía de cabeza y cuello y procedimientos que comprometen el diafragma y la cavidad abdominal superior, , en este caso la mesa se inclina para que la cabeza quede más elevada que el tronco, se recomienda poner apoya pie para que el paciente no se deslice hacia abajo
- Kraske o Jacknife, se usa en cirugía rectal y coxígea, partiendo de la posición prona, se quiebra la mesa a la altura de la cadera, se coloca una almohada bajos las piernas y otra bajo los pies.
- Laminectomía, se utiliza en laminectomías de la columna torácica y lumbar, paciente en posición prona, se coloca un soporte que eleve el tronco sobre la mesa
- Litotomía, se utiliza para cirugía rectal, vaginal, urológica y perineal, partiendo de la posición supina, se colocan las piernas sobre unas perneras, las nalgas del paciente deben sobresalir unos cm de la mesa
- Fowler, sentado o sedente, se utiliza para operaciones de columna cervical, cráneo posterior, cara o boca, paciente semisentado, se utiliza un soporte para el cráneo.

- Craneotomía, se utiliza para operaciones de cráneo, partiendo de posición prono con la cabeza saliendo de la mesa apoyando la frente sobre un soporte especial en el que la cabeza queda suspendida y alineada con el resto del cuerpo.
- Mesa ortopédica, se utiliza para procedimientos de reducción ortopédica y algunas cirugías de cadera, fémur y pierna, se parte de posición supina, se coloca un pivote en la mesa y las piernas en las perneras, se retira la parte inferior de la mesa y se recoloca al paciente.

Es importante mencionar que a los pacientes que van a ser intervenidos bajo anestesia general, independientemente de la posición en que vayan a ser colocados, se les inducirá dicha anestesia en posición de decúbito supino, una vez el paciente se encuentre bajo anestesia e intubado y siempre bajo las órdenes del anestesista, se procederá a colocar en la posición correcta. Al igual que una vez finalizada la intervención no se realizará ninguna movilización del paciente ni se transferirá a la cama sin la autorización y supervisión del anestesista. Para proceder a movilizar al paciente se extremarán las precauciones para evitar desconexiones accidentales, agravamiento de lesiones, caídas fortuitas, etc.

Finalmente se procede al traslado del paciente a la unidad de reanimación, siguiendo normas generales de traslado, siempre nos acompañará el anestesista, una vez en dicha unidad lo dejaremos a cargo del personal de dicha unidad.

5 Discusión-Conclusión

La figura del celador es sumamente importante en todo el proceso de una intervención quirúrgica, por este motivo es fundamental conocer las diferentes posiciones quirúrgicas adoptadas habitualmente, así como todas las peculiaridades del paciente, tanto antes como después de la intervención, así evitaremos lesiones que pueden producirse por una mala praxis tales como, lesiones nerviosas y vasculares, lesiones por desgarramiento, lesiones esqueléticas, embolismo, compromiso en la ventilación, caída de la mesa de operaciones, alteraciones físicas que aumentan el riesgo de lesiones, etc.

En una intervención quirúrgica, la posición del paciente facilita el desarrollo de la operación, pero también debe respetar las funciones vitales y la integridad corporal. En este sentido, la posición del paciente en la mesa de operaciones forma parte de la cirugía. Una negligencia en esta etapa quirúrgica puede tener consecuencias funcionales e incluso vitales.

La elección de una posición correcta y una distribución del peso adecuada sobre la mesa de operaciones es vital para la protección del paciente. Por lo que es fundamental:

- Recordar los principios para trasladar y transferir al paciente de forma segura.
- Conocer la mesa de operaciones y las distintas posiciones quirúrgicas
- Prevenir las lesiones que pueden aparecer por un mal posicionamiento.
- Colocar correctamente en la posición deseada al paciente en la mesa de operaciones.

Por último y no por ello menos importante hacer mención a la importancia del trabajo en equipo.

6 Bibliografía

- Tipos de posicionamientos quirúrgicos y sus intervenciones (parte 1). Por Elsevier Connect
- David A. Rincón-Valenzuela, Bibiana Escobar. Manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano
- SP Jiménez, MJP Antón, ST Manzano. Posiciones quirúrgicas: cuidados de enfermería y prevención de complicaciones.
- DA Llorca. Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud.

Capítulo 1061

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN CENTROS HOSPITALARIOS

MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ

1 Introducción

Según se establece en el Estatuto del Personal No Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971, el Auxiliar Administrativo de sanidad tiene como función principal la del apoyo material, ejercicio y desarrollo de las tareas administrativas-asistenciales propias de la Institución, así como las de Secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática.

Es decir, tratará con la atención al público, recepción de llamadas, preparación y tratamiento de los datos informáticos de pacientes, organización de expedientes, mecanografía de documentos y otras tareas administrativas.

2 Objetivos

Conocer los diferentes puestos en los que desarrolla su actividad el auxiliar administrativo así como las principales funciones.

3 Metodología

Experiencia propia adquirida durante los años trabajados como auxiliar administrativo en distintos servicios de un hospital.

4 Resultados

El auxiliar administrativo ejerce su labor en numerosos departamentos hospitalarios como son (entre otros):

- Centralita
- Admisiones
- Citaciones de consultas externas
- Urgencias
- Atención al paciente
- Archivo
- Laboratorio
- Rayos X
- Anatomía Patológica
- Farmacia
- Almacén
- Suministros
- Registro de entrada y salida
- Departamentos de Contrataciones, Nóminas, Facturación...
- Secretarías de dirección, gestión, recursos humanos...

Dependiendo del departamento en el que preste sus servicios las tareas variarán. Algunos ejemplos de funciones de un auxiliar administrativo en un centro hospitalario son: atención al público, recepción de llamadas, preparación de los datos informáticos, organización de expedientes y su tramitación, gestión de las citas en el servidor, utilización de programas de ofimática y específicos del sistema sanitario de su Comunidad Autónoma, gestión del transporte sanitario, incorporación de documentos a los expedientes de la unidad administrativa así como su archivo y registro, elaboración de facturas, escritura digital de todo tipo de documentos....

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad son más que necesarias. Sus obligaciones pueden parecer sencillas y, sin embargo, la carga y el sinfín de cometidos a los que hacer frente hacen que su figura sea imprescindible. En buena medida, el correcto funcionamiento de un hospital depende también de su trabajo.

6 Bibliografía

www.boe.es www.appf.edu.es/

Capítulo 1062

EL CELADOR ANTE EL ENFERMO PSIQUIÁTRICO

MONICA SÁNCHEZ CARCABA

JAVIER VÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Es fundamental entender la enfermedad mental como una parte de nuestra vida y una circunstancia más de la persona, y no como un elemento que anula el resto de nuestras capacidades.

El trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Las enfermedades mentales se pueden tratar para lograr la recuperación o permitir que la persona que la padece pueda tener una mejor calidad de vida.

2 Objetivos

Analizar la actuación del celador en la atención al enfermo psiquiátrico, cual debe ser su actitud, sus funciones y las pautas que ha de seguir en las unidades de psiquiatría

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en Google académico y varios buscadores (Scielo, ScienceDirect,...) con el fin de analizar el comportamiento del paciente psiquiátrico y los distintos protocolos y normas que existen sobre como actuar ante este tipo de pacientes, técnicas de reducción y procedimientos de retención

4 Resultados

El celador forma parte del equipo terapéutico y es el encargado de mantener un ambiente apropiado, en colaboración con el paciente. Este ambiente comprende un entorno físico seguro, en el que no haya situaciones ni objetos que puedan utilizar para hacerse daño a si mismos o a otros.

El ámbito de trabajo del celador en la mayoría de los casos se encuentra en el hospital, por lo que los cuadros psiquiátricos con carácter de urgencia se pueden limitar a aquellos en los que realmente sea necesario el ingreso del paciente. Las urgencias psiquiátricas que requieren ingreso pueden ser motivadas por la necesidad inicial de parar una situación de riesgo tanto para el paciente como para los que le rodean.

El celador basándose en las indicaciones médicas deberá de informar al paciente de las medidas que se van a realizar, evitando en todo momento lesiones.

Existen tres tipos de reducción del paciente agitado:

- Reducción verbal, primera medida terapéutica que se tiene presente ante un paciente agresivo, y donde se debe fomentar la verbalización mostrándose relajada/o, empatizando y en todo momento actuando de la manera más natural posible, evitando las amenazas y elevaciones de voz.
- Reducción farmacológica, segunda actuación cuando la contención psíquica no ha sido eficaz, por tanto el objetivo principal de esta contención es evitar que el

paciente se autolesione o lastime a los que se encuentran en su entorno. El facultativo es quien indica la medicación que se le debe administrar teniendo en cuenta el estado de conmoción en el que se encuentre el paciente, los antecedentes de este, y las características del fármaco a elegir. La vía de administración de la medicación más utilizada en esta situación es la intramuscular.

- Reducción física, tercera medida terapéutica, mediante la que se restringen parcial o totalmente la movilidad de todo el cuerpo con ayuda de dispositivos físicos con el fin de evitar que el enfermo se autolesione. Cabe añadir que en aquellas situaciones en las que el estado de agitación es grave es la primera en considerarse. Se debe tener en cuenta que antes de llevar a cabo la técnica, esta debe ser planificada ya que de no ser así podría resultar un fracaso realizarla. Del mismo modo, el paciente debe estar informado del motivo por el cual se va a contener, y se le debe aclarar que la realización de la técnica es una medida terapéutica y no un castigo.

El celador realiza las siguientes funciones:

- Cuida el entorno ambiental de los pacientes
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen y vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
- Controla el acceso y la circulación de las personas por la Unidad.
- Recoge medicación y otros productos de la farmacia.
- Acompaña y vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen en recintos acotados.
- Vigila el orden y la armonía entre los pacientes.
- Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
- Colabora con otros profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados.
- Vigila la puerta de acceso a la unidad. Controla entradas y salidas.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro que sean precisas.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental adoptar una actitud positiva ante el enfermo mental, el personal multidisciplinar que atiende a este tipo de pacientes ha de tener conocimientos en psiquiatría. Se podría decir que el trabajar en el área salud, al igual que el

conocer a un enfermo mental, se relacionan con una menor estigmatización de los enfermos mentales. El celador desempeña una importante labor de ayuda y acompañamiento de este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

1. M.Arrillaga, Arizaga,C.Sarasqueta Eizaguirre, M.Ruiz Feliu, A.Sánchez Etxeberria, Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental.
2. Lagunas Navidad F. Las unidades de hospitalización de salud mental.
3. Aznar Esposito L, González Artilés AR, Hernández Sicilia CN, San Gil Curbelo CN. Protocolo para la Contención Mecánica.
4. Anar Crespo, Mát Alamillo, Br Ortuño, Funciones del celador en la atención sanitaria
5. A Pérez Alcoce. El papel del celador en el hospital

Capítulo 1063

HIGIENE DE MANOS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE

MONICA SÁNCHEZ CARCABA

JAVIER VÁZQUEZ RUIZ

1 Introducción

Una medida tan sencilla como un adecuado lavado de manos puede ser muy eficaz para la prevención de infecciones en el ámbito sanitario.

El 5 de mayo de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó como parte del programa de seguridad del paciente, la iniciativa: 'Salva vidas: lávese las manos'. El objetivo de la campaña es concienciar a nivel mundial sobre la importancia de la higiene de manos e incitar al personal sanitario a mejorar y mantener esta práctica, contribuyendo así a reducir la propagación de las infecciones.

Desde entonces, la OMS dedica el 5 de mayo a una jornada destinada a llamar la atención acerca de la mejora en la práctica de higiene de manos a nivel mundial. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria siguen siendo un problema serio en todo el mundo, ya que complican el tratamiento, prolongan las estancias, incrementan los costes y amenazan tanto el bienestar, como la vida de los pacientes.

Teniendo en cuenta que las manos del personal sanitario son el principal vehículo de transmisión de microorganismos, el lavado de manos es la medida universal más sencilla, efectiva y económica para prevenir la transmisión de enfermedades. A pesar de esto, la adherencia a la higiene de manos por parte del personal sanitario es bastante baja.

2 Objetivos

- Analizar y promover la higiene de manos en el ámbito hospitalario.
- Conocer las percepciones y creencias asociadas al lavado de manos entre profesionales sanitarios.
- Describir la clasificación de la higiene de manos y cómo llevarla a cabo.

3 Metodología

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

4 Resultados

La utilización de guantes en los cuidados sanitarios es una medida que reduce la transmisión de patógenos entre pacientes. Su uso disminuye la contaminación de las manos del personal sanitario y la consiguiente posibilidad de transmisión de patógenos a otros pacientes.

Sin embargo, en muchas ocasiones el uso de guantes es percibido únicamente como un sistema de protección personal para evitar la transmisión desde los enfermos de patógenos sanguíneos, como el virus de la inmunodeficiencia humana o los virus de la hepatitis, no acompañándose su utilización de las medidas adecuadas de higiene de manos.

Los guantes pueden contaminarse durante el cuidado de los pacientes y se han de cambiar al realizar procedimientos de una zona limpia, si previamente se ha actuado sobre una zona contaminada. Durante los cuidados sanitarios puede producirse la rotura de los guantes o durante su retirada, por lo que la higiene de manos es también necesaria después de la retirada de los guantes.

En definitiva, el uso de guantes es un importante factor pero no exime de una posterior y correcta higiene de manos.

En el ámbito sanitario es importante prestar atención a 5 momentos clave:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea de limpia/aséptica.

-Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.

-Después de tocar al paciente.

-Después del contacto con el entorno del paciente.

Para la higiene de manos existen dos métodos fundamentales: a base de una solución hidroalcohólica o con agua y jabón.

El primero se utiliza en el ámbito sanitario sobre todo cuando las manos no están visiblemente sucias, es una manera rápida y sencilla de lograr una correcta higiene siempre y cuando el proceso dure entre 20 y 30 segundos y se haga a conciencia.

El segundo es el tradicional lavado de manos que debe durar hasta 60 segundos repasando bien todos los recovecos de la mano.

La OMS propone seis maneras fundamentales para que los centros de atención de salud puedan mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de enfermedades transmisibles:

-Utilización de desinfectantes para las manos.

-Disponibilidad de agua, jabón y toallas desechables.

-Capacitación y educación del personal sobre la forma de proceder correctamente.

-Observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño.

-Uso de recordatorios en el lugar de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos es la medida primaria para prevenir las infecciones hospitalarias y ayudará a disminuir la diseminación de resistencia antimicrobiana.

Los factores que contribuyen al escaso cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal sanitario son variados, incluyendo :la ausencia del conocimiento de su importancia para prevenir las infecciones hospitalarias y de los mecanismos de contaminación de las manos, la falta de comprensión de la técnica adecuada para su realización, la escasez de personal y la sobre-ocupación de las instituciones sanitarias, el acceso difícil a los puntos destinados tradicionalmente a la higiene convencional de las manos, la aparición de dermatitis de contacto asociadas con la frecuente exposición al agua y jabón y por último, la ausencia de un compromiso institucional para mejorar de forma global la higiene de manos.

Las infecciones hospitalarias se difunden a través de las manos del personal sanitario y de personas en contacto con los pacientes, así como con las superficies

que están en sus cercanías, sin olvidar que el personal sanitario también puede ser una posible vía de transmisión.

Sería fundamental realizar en los centros sanitarios talleres de higiene de manos con el fin de concienciar y formar a todo el personal sanitario con el fin de prevenir enfermedades y promocionar la salud.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 5 Ene 2014] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf?ua=1
- Higiene de manos: una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados Carmen Ferrer y Benito Almirante Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.
- Carmen Lupión, Luis Eduardo López-Cortés, Jesús Rodríguez-Baño. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes hospitalizados. Higiene de manos.
- Hernández-Orozco HG, Castañeda-Narváez JL, González-Saldaña N, Ascarrunz L. Higiene de manos antes de la atención del paciente.

Capítulo 1064

BURNOUT Y EL PERSONAL NO SANITARIO

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

ELENA URÍA CUERVO

1 Introducción

El síndrome de burnout o agotamiento profesional significa sentirse quemado, agotado, sobrecargado y exhausto.

Es un síndrome que se caracteriza por el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal.

El celador dentro de su trabajo diario, se puede enfrentar a situaciones complicadas en las que tenga que movilizar pacientes que se encuentren en situaciones de vida o muerte. Su trabajo puede ser físicamente y emocionalmente agotador, no sólo estamos hablando por el trabajo físico que realiza, sino por todas las esferas psicológicas en las que se encuentra inmerso.

Los celadores están en contacto directo con los pacientes, son las primeras personas con las que el paciente se encuentra en un hospital, a veces los abrazan para levantar a los pacientes del sillón o de la cama, en otras ocasiones son ellos quienes abrazan a los celadores.

2 Objetivos

Analizar el desgaste emocional del celador en el mundo hospitalario en cada una de sus etapas.

3 Metodología

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

4 Resultados

La realidad es que el celador puede llevar una carga emocional importante a consecuencia de empatizar con los pacientes.

Debido a las largas estancias que pueden pasar los pacientes en el hospital, los celadores pueden llegar a conectar con ellos, debido al trato tan cercano que realizan por esto y por otras muchas razones, los celadores pueden llegar a vincularse emocionalmente en determinadas situaciones con el paciente, en las que se hacen partícipes de su proceso hospitalario.

Puesto que trabajan con una gran cantidad de pacientes durante el día, puede producirles cierto estrés y agotamiento.

Dormir bien, comer sano y disfrutar del ocio, son algunas de las cosas que también ayudarían a disminuir el burnout y el estrés fuera de la jornada laboral.

5 Discusión-Conclusión

Son muchos los estudios acerca del síndrome de burnout, existe la certeza de que un amplio porcentaje del personal sanitario de emergencias sufra éste síndrome. También se demuestra que a mayor experiencia y mayor estancia en el mismo puesto, mayor es la prevalencia de éste síndrome. Sería necesario poder tratar a tiempo el problema, porque a largo plazo sería muy perjudicial para la salud tanto para el personal sanitario como no sanitario.

6 Bibliografía

-Ácimas M Patricia, Burnout y desgaste por empatía de profesionales en cuidados paliativos, revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia.

-Dr. José Francisco Campos Vidal, M Elena Cuartero Castañer, Dra Josefa Cardona cuidado profesional y mecanismo paliativos del desgaste por empatía, Universidad de las Islas Baleares.

-Médicos y pacientes.com.

-Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional: Revisión de estudios. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría 1991: Vol 11.39.257-265.

Capítulo 1065

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN AL ENFERMO MENTAL

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

RAQUEL CAMPORRO LLANA

NATALIA CASTRO LÓPEZ

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

En los últimos años, la asistencia psiquiátrica, ha sufrido una gran variación. El enfermo mental se podrá tratar tanto en los ambulatorios como en los hospitales, siempre que éste se encuentre en una situación de crisis y se requiera su internamiento.

Como causas más generales para el ingreso hospitalario del enfermo señalaremos:

- La presencia de una serie de conductas que pongan en peligro la integridad física del paciente, así como la de las personas que lo rodean.
- El aislamiento.

Por último, señalar que, en los últimos tiempos, en los últimos años la asistencia psiquiátrica ha cambiado en muchos aspectos. Se han creado centros de salud mental, hospital de día, pisos protegidos, comunidades terapéuticas... estando en

vías de desaparecer el llamado manicomio, donde se intentaba encerrar y alejar al enfermo mental de la población sana. Actualmente los manicomios están dando paso a las unidades de agudos de los hospitales, donde se tratan casos de carácter temporal.

Hasta hace poco tiempo, toda la atención sanitaria estaba centrada en la enfermedad; actualmente, el énfasis se sitúa cada vez más en la promoción y prevención de la salud. La definición de la OMS sobre la salud deja claro que el estado mental forma parte de la idea de salud de las personas y de las sociedades. Según la OMS, se define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedades. ¿Es posible tener un adecuado nivel de salud sin salud mental?

La respuesta es claramente negativa. A pesar de ello, la sociedad sigue marcando unas líneas de comportamiento y de pensamiento, unos elementos culturales que sistemáticamente excluyen esta parte del ser humano relegándola a lo marginal. La asistencia psiquiátrica ha estado segregada del resto de la atención sanitaria, hasta que la Ley General de Sanidad lo recuperó en la red asistencial general.

El objetivo fundamental sería analizar el papel del celador en relación al enfermo mental pero antes de abordar las funciones de los celadores en las Unidades de Salud Mental, hay que indicar que el antiguo Estatuto de Personal no Sanitario no hacía referencia alguna a tareas relacionadas con los enfermos psiquiátricos y Unidades de Salud Mental. Y ello por una sencilla razón: cuando el Estatuto se promulgó en 1971, la asistencia psiquiátrica de la población no se prestaba en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, sino en un dispositivo propio que era competencia de las Diputaciones Provinciales.

La integración de la salud mental en la Seguridad Social se ha producido sólo después de la publicación en 1986 de la Ley General de Sanidad. Sin embargo, desde entonces no se ha producido ninguna adecuación normativa (a la espera de posteriores desarrollos en el nuevo Estatuto Marco que no especifica ninguna de las funciones de los celadores) de las funciones que corresponden al personal sanitario y no sanitario respecto a los enfermos mentales, que ahora ya son asistidos en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, funciones que estaban bien determinadas para el personal que prestaba sus servicios en la red de Hospitales psiquiátricos.

Así pues, las funciones a desarrollar en las Unidades de Psiquiatría se recogen en los Protocolos de actuación y Normas de Régimen Interior que, basándose en las

necesidades asistenciales de este tipo de enfermos, han de tener en cuenta también las previsiones de los Estatutos de Personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. En los antiguos Hospitales Psiquiátricos, había una categoría profesional no prevista en el régimen de la Seguridad Social que eran los Mozos, categoría resultante de lo que en la Seguridad Social realizan los celadores y los auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

Analizar y describir las actuaciones del celador en relación con el paciente que padece algún tipo de enfermedad mental.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de bibliografía exhaustiva en las principales bases de datos de sanidad.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en español

Documentos publicados en los últimos 10 años

Criterios de exclusión:

Documentos publicados en distintos idiomas al español.

Palabras clave:

Celador.

Unidad de psiquiatría.

Enfermo mental.

Salud mental.

Enfermedad mental.

Asistencia psiquiátrica.

Funciones del celador.

4 Resultados

En una Unidad de Psiquiatría el celador realiza las siguientes funciones:

1. Vigila la puerta de acceso a la Unidad y controla las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas, cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.
2. Cuida del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
3. Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes evitando toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la unidad.
4. Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen.
5. Vigila a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
6. Colabora con el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Unidad, evitando su deterioro.
7. Colabora con el personal sanitario para mantener el orden y la compostura en el comedor, prestando especial interés a los cubiertos y la vajilla, aún siendo éstos de plástico.
8. Recoge medicación y otros productos de la Farmacia, reponiendo la farmacia pesada.
9. Traslada los aparatos o mobiliario que se requiera.
10. Tramita las comunicaciones verbales, documentos o correspondencia confiados por sus superiores.
11. Acompaña a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del Centro sanitario.
12. Traslada pacientes a las Unidades y Consultas del Centro que sea preciso, siempre que no haya un compañero expresamente para esas funciones.
13. Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados.
14. Vigila el orden y la armonía entre los pacientes.
15. Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces que se niegan a colaborar.
16. Colabora con otros profesionales de la Unidad en la reducción de pacientes agitados, ayudando al personal sanitario a sujetar a los pacientes alterados a los que hay que aplicar una sujeción mecánica.
17. Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
18. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos, y mucho menos sobre los pronósticos de la enfermedad.

19. Se abstendrán de realizar funciones impropias de su categoría, toda vez que podrán ser denunciados por usurpación de funciones e intrusismo profesional.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que tener claro que en cuanto a la actuación del celador con una persona que tiene una enfermedad mental hay que prestar mucha atención a aspectos muy diferentes como son:

La higiene.

La alimentación.

Actividad y ejercicio.

Reposo y sueño.

Autoimagen y autoconcepto.

Sexualidad y reproducción.

Relaciones y ocio.

Seguridad, tanto física como emocional.

Para ello, hay que tener presente siempre los principios básicos de los cuidados psiquiátricos que son los siguientes:

Aceptación del paciente y su enfermedad; no juzgar.

Escuchar al paciente.

No mentir, ni dar falsas promesas, ganar la confianza del paciente.

Respetar al enfermo e informarle que tiene derecho a ser respetado.

6 Bibliografía

- Editorial CEP - Temario específico Celador Tema 15 págs.222-233
- www.cgtsanidadlpa.org
- www.celadoresonline.blogspot.com
- www.auxiliar-enfermeria.com
- www.cvpepemoreno.files.wordpress.com

Capítulo 1066

LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

RAQUEL CAMPORRO LLANA

NATALIA CASTRO LÓPEZ

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

La unidad de farmacia es aquella unidad donde se expenden fórmulas magistrales, especialidades y efectos accesorios farmacéuticos.

El encargado de tal unidad será un farmacéutico de carrera asistido por un auxiliar de farmacia o una enfermera.

La propia unidad elaborará en algunos casos soluciones que se introducirán en envases perfectamente limpios.

Estas soluciones deberán ajustarse a los métodos establecidos normativamente y siempre que sea posible se hará un solo lote común para reenvasarlo posteriormente en su envase.

Para ello se utilizarán bidones. En caso contrario cada elaboración en garrafa, frasco, etc., será un lote independiente.

Los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y las estructuras de atención a la salud, están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones, legal y reglamentariamente establecidas.

La custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá:

- A las oficinas de farmacia abiertas al público legalmente autorizadas.
- A los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria.

Los hospitales:

- Deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria.
- Los de más alto nivel y aquellos que se determinen, deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica.

Deben lograr un uso racional de los medicamentos.

2 Objetivos

- Analizar la actuación del celador en relación al servicio de farmacia, teniendo en cuenta las funciones de farmacia especialmente en los hospitales.
- Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales, dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias, tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.
- Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos.
- Tomar las medidas para garantizar la correcta distribución.
- Custodiar y dispensar los productos que están en fase de investigación clínica.
- Hacer cumplir la legislación sobre estupefacientes y psicótrópos (toda petición a la farmacia de cualquier unidad de estos productos debe ir firmada por un facultativo).
- Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital.
- Formar parte de las comisiones hospitalarias.
- Establecer un sistema de farmacovigilancia intrahospitalario.
- Efectuar trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios.
- Participar en los ensayos clínicos con medicamentos.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda de bibliografía exhaustiva en las principales bases de datos de sanidad.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español
- Documentos publicados en los últimos 10 años

Criterios de exclusión:

- Documentos publicados en distintos idiomas al español.

Palabras clave:

- Celador.
- Farmacia.
- Servicio de farmacia.
- Farmacología.
- Servicio de farmacia en hospital.
- Servicio de farmacia en centros de atención primaria.

4 Resultados

Las funciones del celador dentro de esta unidad serán las siguientes:

- Recepción del material.
- Movilizará el material pesado.
- Transportará el material dentro de la farmacia.
- Acondicionará suero y alcohol, procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Trasladará desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias los carros con la medicación.
- Trasladará o transportará los productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Preparación del alcohol.
- Custodia de la farmacia.
- Colabora en los inventarios.

La farmacia ligera consiste en la cantidad diaria de medicación que se suministra al paciente y que se denomina unidosis, es decir, la dispensación del producto farmacéutico individualizado para cada enfermo.

La distribución de medicamentos se realiza por Dosis/día a través de carros provistos de cajetines numerados, cada uno de ellos correspondiente a un paciente, donde va la medicación precisa para él.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios tienen el deber de comunicar a las autoridades sanitarias, los efectos inesperados o tóxicos para las personas o la salud pública que pudieran haber sido causados por los medicamentos.

Será la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, quien coordine el sistema de farmacovigilancia.

La Administración sanitaria del Estado, es el organismo competente para valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios.

Corresponde al Ministerio de Sanidad el ejercicio de las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, como organismo autónomo, es el organismo técnico especializado en asumir la evaluación, registro, autorización, inspección, vigilancia y control de medicamentos.

El Ministerio de Sanidad, junto con las comunidades autónomas, acometerá acciones encaminadas al uso racional del medicamento que comprenderán, entre otras:

1. Programas de educación sanitaria dirigidos a la población general para la prevención de la automedicación, el buen uso de los medicamentos y la concienciación social e individual sobre su coste.
2. Programas de formación continua de los profesionales, que les permita una constante incorporación de conocimientos sobre nuevos medicamentos y la actualización sobre la eficacia y efectividad de éstos.

6 Bibliografía

- Editorial CEP- temario específico celador Tema 15 págs. 233-234.
- www.cgtsanidadlpa.org
- www.celadoresonline.blogspot.com

- www.auxiliar-enfermeria.com
- www.goconqr.com

Capítulo 1067

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias es un área que forma parte del hospital. Está ubicado próximo a la puerta de acceso al mismo. Las funciones del celador en este servicio son:

Salir a recibir a los pacientes que vengan tanto en ambulancia como en vehículo particular. Dirigir al paciente al servicio de admisión siempre que sea posible.

Mantendrá la entrada y la salida de urgencias provista de sillas de ruedas y de camillas.

Avisarán al personal sanitario cuando sea preciso.

Vigilarán las entradas al área de urgencias, permitiendo el acceso solo a las personas autorizadas a ello.

Transportarán a los pacientes en sillas de ruedas, cama, camillas o por su propio pie.

Trasladarán a los pacientes al servicio de radiología, quirófano, al servicio de endoscopias, a las unidades de hospitalización y a todos aquellos servicios y unidades que sea preciso.

Ayudarán al personal sanitario en las funciones que les sean propias, así como las que le sean ordenadas por médicos, supervisoras o enfermeras.

Trasladarán la documentación a los distintos laboratorios, bancos de sangre, a la farmacia, al servicio de admisión, etc. Y recogida de los resultados.

Tramitaran o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales que les sean transmitidas por sus supervisores.

Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio en las salas de espera y espacios comunes.

Trasladaran los aparatos o mobiliario y objetos de unos servicios a otros.

Avisaran siempre a los familiares de los pacientes que se encuentran en la sala de espera cuando se realice un traslado del paciente, sea para la realización de pruebas de servicio de urgencias como cuando se efectúe el ingreso en una planta hospitalaria.

Cuidaran que los familiares y visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias del servicio de urgencias más que lo necesario para llegar al lugar donde se dirijan, acompañándoles al lugar si fuese necesario.

Se abstendrán de hacer comentarios con las familias de los pacientes sobre sus diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se están realizando a los mismos, no informaran sobre pronósticos de la enfermedad del paciente, debiendo siempre orientarlos a la consulta del médico encargado de la asistencia del enfermo.

2 Objetivos

Dar a conocer el papel importante que realizan los celadores en el servicio de urgencias.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <http://www.revistaenfermeriacyl.com>
- <https://www.sciencedirect.com>

Capítulo 1068

LA VACUNACION DEL PERSONAL SANITARIO/NO SANITARIO

ELENA URÍA CUERVO

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

VERONICA MENENDEZ FEITO

1 Introducción

Tanto el personal sanitario/no sanitario está expuesto continuamente al contagio de distintas enfermedades infecciosas y a su vez es un transmisor de éstas. Por lo tanto una de las medidas de protección sería la vacunación, sin olvidar las medidas de higiene .

Una parte esencial serían los programas de vacunación dirigidos a todo el personal que trabaja en el ámbito hospitalario, ya que la vacunación se considera una medida muy efectiva y eficaz para prevenir ciertas enfermedades infecciosas. Siendo los servicios sanitarios de prevención los encargados de la vacunación del personal trabajador. Las vacunas suministradas al cada individuo debe de quedar adecuadamente registrada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proteger a los trabajadores de contraer y transmitir determinadas enfermedades.

Objetivos secundarios:

- Evitar enfermedades infecciosas.
- Mostrar ejemplo ante la población y profesionalidad.
- Exponer las medidas de control específicas basadas en la transmisión (pacientes en los que se sospecha ó esta diagnosticada la infección)
- Exponer las medidas de control de visitas y acompañantes.
- Exponer las medidas de prevención y control de la infección en la atención médica a domicilio.

3 Metodología

Metodología que se propone:

- Formación reglada.
- Información y revisión periódica.
- Que la vacunación sea un aspecto más de la seguridad y salud en el trabajo.
- Registro de vacunaciones.

4 Resultados

Los profesionales sanitarios/no sanitarios cuyo trabajo se desarrolla en el campo de atención sanitaria, en contacto directo con pacientes, con sangre, tejidos, aparatos, equipos y superficies posiblemente contaminadas, debe de estar adecuadamente inmunizados para enfermedades que son prevenibles con las vacunas correspondientes, por la salud y seguridad en el trabajo.

A causa de las bajas coberturas de la vacunación en los trabajadores sanitarios/no sanitarios, la baja apreciación del riesgo en aquellos que trabajan en contacto con los enfermos y el entorno que los rodea, el escaso conocimiento en relación a los grandes beneficios y seguridad para la salud que nos proporciona, en motivo para bajas del personal por enfermedad a la escasa vacunación.

5 Discusión-Conclusión

Tener una vida laboral sin riesgos, acerca de enfermedades infecciosas que se pueden evitar con una vacunación y unos hábitos de higiene adecuados.

6 Bibliografía

- <http://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-19>
- Franco Cendejas R, Leal P, Galindo Fraga A. Vacunas para el personal de salud y su relación con la salud de los pacientes. Revista Digital Universitaria. 2012;13(9):1-16

Capítulo 1069

ESTUDIO SOBRE PREVENCIÓN DE LESIONES DORSO-LUMBARES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DE LOS CELADORES DE LA CUARTA PLANTA DEL HOSPITAL VITAL ALVAREZ BUYLLA.

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

1 Introducción

Los trastornos músculo- esqueléticos en el entorno hospitalario constituyen uno de los principales problemas entre el personal que moviliza pacientes, como es el caso de los celadores, siendo las lesiones dorso-lumbares las mas comunes, y las que objetivamente mas incapacita a dicho personal. los trastornos musculoesqueléticos de la zona dorso-lumbar, se deben como se demuestra en este estudio a diversos condicionantes, tales como adoptar posturas incorrectas, equipamientos obsoletos, poco uso de ayudas mecánica, por falta de tiempo, número inadecuado de profesionales o trabajo en espacios limitados.

En este capitulo se pretende analizar los factores y circunstancias que concurren a la hora de manipular pacientes, en la cuarte planta de hospital Álvarez Buylla

de Mieres, por parte de celadores y que son los causantes de la mayor parte de lesiones dorso-lumbares de estos profesionales.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos ergonómicos a los que se exponen los celadores de la planta de hospitalización.
- Detectar carencias de formación e información de estos profesionales, para poder subsanarlas.
- Evaluar problemas estructurales que dificulten el trabajo.
- Proponer y desarrollar acciones para minimizar los factores de riesgo y proteger la salud y seguridad de los trabajadores.

3 Metodología

- Observación directa del entorno de trabajo.
- Observación sistemática de como se realizan los tareas de movilización de pacientes. cuestionario anónimo cubierto por los celadores de la planta de hospitalización.
- Revisión bibliográfica sistemática, sobre normativa referente a la prevención de riesgos, ergonomía del trabajo y realización de un proyecto de investigación.

4 Resultados

Tras el análisis de datos obtenidos, se obtienen los siguientes resultados:

- En la planta hospitalaria existen dos grúas para 40 unidades de hospitalización ,con dos arneses cada una, cada arnés suele ser de uso individual por paciente, teniendo que solicitar a otras plantas cuando hay mas de cuatro enfermos asistidos por grúa, siendo este un número escaso de arneses. no existe manual e instrucciones de uso de estos dispositivos, por lo tanto cuando llega personal novato lo deben de instruir sus compañeros.
- Se observa que aunque existen medios mecánicos, grúas, trasfer, etc, estos se usan en menos ocasiones de las que se debiera, porque retrasan las tareas.
- Existe y se observa malestar y dificultad a la hora de trabajar, por el exceso de mobiliario en el espacio físico de cada unidad de hospitalización.
- Falta de formación real por parte de los trabajadores sobre movilización y manipulación de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Tras los resultados obtenidos podemos concluir, que la mayor parte de las lesiones dorso-lumbares de los celadores de la cuarta planta de hospitalización de hospital Alvarez Buylla de Mieres, se deben a mal uso y escaso uso de los medios mecánicos con los que cuenta el hospital, exceso de mobiliario en las unidades de hospitalización, en proporción con el espacio existente, falta de manuales de uso de los medios mecánicos, sobre todo para el personal de nueva incorporación, escasez de arneses para grúas, y sobre todo y lo más importante falta de formación e información para movilizar correctamente a pacientes, evitando así sobrecargas en la zona dorsolumbar y tirones bruscos evitando así la mayor parte de las lesiones de esta zona.

Como propuestas de mejora se sugiere la reorganización del espacio, el aumento del uso de medios mecánicos, solicitando más arneses y manuales de uso, instrucción y formación, en el manejo y movilización de pacientes.

6 Bibliografía

- Alvarez-Casado E; Hernandez-Soto,A; Rayo García,V. (2010).”El riesgo asociado a la movilización de pacientes”. Gestión Práctica de Riesgos Laborales.
- Hernandez Samperi y otros(2006).Metodología de la investigación. (4rd ed). MexicoMc Graw-Hill.

Capítulo 1070

LA IMPORTANCIA DE LA MECÁNICA CORPORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARGARITA SERRANO SUAREZ

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

1 Introducción

La buena mecánica corporal es el uso eficiente, coordinado y seguro del cuerpo para producir el movimiento y mantener el equilibrio durante la actividad. La puesta en práctica de esta técnica asegura el correcto desempeño de la actividad del personal que trabaja en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

Analizar y determinar la postura adecuada para cada acción que desempeñan las personas que trabajan en el ámbito sanitario y así poder aplicar los fundamentos de la mecánica corporal logrando menos lesiones y mayor efectividad en el desempeño de su actividad.

3 Metodología

Utilizando variada bibliografía y Webgrafía, la experiencia personal y la consulta directa a diferentes profesionales en activo se realizó una recogida de información que permitió elaborar una relación de las diferentes posiciones anatómicas de los pacientes ingresados en planta.

4 Resultados

Podemos asegurar tras el estudio que la mecánica corporal se aplica correctamente cuando se interioriza el procedimiento es decir se aprende y se convierte en hábito. Es necesario para ello elaborar un programa de formación de aplicación transversal que contenga tres pilares fundamentales: alineación corporal (trabajar sin forzar las articulaciones), equilibrio (aumentando la base de apoyo y bajando el centro de gravedad) y movimiento corporal coordinado (coordinación músculo esquelética y sistema nervioso). Su puesta en práctica aumenta la calidad asistencial, disminuye el riesgo de lesiones y accidentes con el consiguiente bienestar para el trabajador/a traduciéndose todo ello en una reducción del coste económico al disminuir las bajas laborales y las posibles indemnizaciones por la mala praxis con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

El correcto uso de la técnica de mecánica corporal es imprescindible para los profesionales del ámbito sanitario debido a que muchos de ellos tienen una alta exigencia física en el desempeño de su trabajo proporcionándole una buena higiene postural así como el paciente se beneficia al ser objeto de una correcta y segura movilización y manipulación.

6 Bibliografía

- Revista más que Mayores: ¿Cómo trabajar una buena mecánica corporal?
- Ilustre Colegio de Médicos de Guadalajara: "Principios de Mecánica Corporal"
"autor: Nuria Esther Sanz Bonacho.
- Servicio Andaluz de Salud: Movilización Manual de Pacientes.
- Luis Bernal.es: Ergonomía.
- Entrevistas y observación de numerosos compañeros de profesión.

Capítulo 1071

CELADOR EN SERVICIO DE URGENCIAS

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

ELENA URÍA CUERVO

VERONICA MENENDEZ FEITO

1 Introducción

El celador, es la primera persona con la que el paciente se encuentra en un hospital. Cuando llega al servicio de urgencias, si el paciente no puede defenderse por sí solo, el celador sale a recibirlo, o bien ayudado por la misma familia o sino puede valerse por sí mismo le sacaría una silla de ruedas, camilla,...

Le conducirá hasta el servicio de admisión para dar los datos y una vez hecho esto esperaremos en la salita hasta que el médico nos indique que lo podemos pasar. Una vez en la sala o box correspondiente ayudaremos al paciente a desvestirse y cada vez que nos solicite ayuda la enfermera, el médico... el celador sería el que acompaña al paciente en todo momento cuando no lo pueda hacer por sí sólo a la sala de rx, o a cualquier consulta médica, cualquier especialista, etc.

Otras funciones que tiene el celador de urgencias serían trasladar a los paciente desde urgencias hasta la ambulancia para algún traslado en silla o camilla. Acompañar al paciente en la ambulancia si la situación lo requiere. Ayudar en la colocación de yesos, férulas ,etc. Ayuda con la higiene de los pacientes. Ayuda con la movilización. Al transporte de objetos u aparatos. Traslado de documentos, cor-

responsabilidad, etc. Traslado de cadáveres al mortuario. Y todas aquellas tareas que le encomiende sus superiores (médicos, enfermeras...), y sean sus funciones.

2 Objetivos

Analizar las funciones que debe realizar el celador en el servicio de Urgencias y saber los conocimientos específicos que debe tener para llevar a cabo esta labor.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática y teórica del tema, habiendo utilizado bases de datos fiables de últimos artículos y publicaciones y demás información actualizada y contrastada del celador en urgencias.

4 Resultados

Podemos decir con toda seguridad que el celador, pertenece al grupo de personal no sanitario y que sin su ayuda el trabajo en un hospital sería muy complicado o prácticamente inexistente, aunque a día de hoy todavía se siga considerando como personal No Sanitario.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que se saca es que, el celador es la persona que acompaña al paciente desde su llegada al hospital, hasta que marcha de éste con un diagnóstico, una cura, etc... Es el profesional que ayuda en todas las tareas propias que se le encomiende, entre las que destaca la movilización, el traslado de pacientes y el trato directo con los distintos tipos de usuarios del sistema sanitario, así como son: movilización, transporte, ayuda en aseo, ayuda vestirse o desvestirse, ayuda para realización de pruebas, etc.

6 Bibliografía

- Libros de funciones específicas del celador en el servicio de urgencias ISBN 978-84-9818-712-0.
- Jimenez, L; Montero ,FJ. Protocolo de actuación de medicina de urgencia.
- [www.elgotero.com/funciones del celador](http://www.elgotero.com/funciones-del-celador).

- www.fernocas.com

Capítulo 1072

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN SALUD HOSPITALARIA

RUBÉN LAGAR OSORIO

LUCIA COUSO MENENDEZ

1 Introducción

Habitualmente en las empresas públicas y en las privadas de cierta importancia existe un Servicio de Atención al Cliente que persigue, sobre todo, conseguir mejorar el nivel de la calidad de atención al público, en el cuál los clientes ó usuarios pueden hacer reclamaciones y que estas sirvan para mejorar su atención y conocer mucho mejor sus necesidades y expectativas del sistema sanitario. Debe entenderse la atención al usuario ó paciente como un servicio directo dónde este se sienta protegido y también asesorado antes sus planteamientos ó dudas acerca del Sistema Sanitario.

En definitiva, cualquier Servicio de de Salud, nacional ó autonómico, buscará tener como principal objetivo ofertar unos servicios sanitarios orientados al usuario, teniendo presente en todo momento que éste es el protagonista real del servicio, con derecho a escoger y usar aquellos servicios personalizados de mayor calidad técnica y humana. Es por eso primordial promover una política de calidad total, centrada en el paciente ó usuario, que además de maximizar la calidad científico-técnica, se ocupe también de todos los aspectos de calidad percibida por el mismo.

La satisfacción del usuario ó paciente se evaluará y será el indicador fundamental del éxito ó fracaso de la gestión. Desde el contacto inicial con el centro sanitario, el usuario ó paciente deberá percibir que se le oferta un servicio de máxima calidad, mediante una relación y atención directa y personalizada. También se le deberá permitir un grado alto de accesibilidad a los servicios mediante programas y servicios de información.

Es fundamental que esta orientación del Servicio Sanitario al usuario ó paciente, necesite de la implicación de todos los profesionales (Aux. Administrativos, médicos, enfermeros, aux. de enfermería, celadores, etc.) y deberá potenciarse la implicación del personal en el logro de estos objetivos, siendo participes y responsables en la parte profesional que les corresponda.

Todos los centros que dependen del Hospital y el propio Hospital tienen a disposición del usuario ó paciente un modelo de Hoja de Reclamación, documento en el que podrán exponer los problemas que hayan tenido en la utilización de los servicios sanitarios. El personal administrativo custodiará estas Hojas de Reclamaciones y se las facilitará a todo usuario ó paciente que la solicite.

2 Objetivos

Dar a conocer al auxiliar administrativo por parte del personal no sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura sobre el Servicio de Atención al Paciente desde el punto de vista del Auxiliar Administrativo. Se realiza una búsqueda de bibliografía exhaustiva, en las principales base de datos de sanidad, fue completada con los resultados obtenidos, en buscadores, como en Google Académico, Scielo, PubMed español y en páginas web como www.gestionformativa.es y seguridaddelpaciente.sespa.es.

Criterios de inclusión: documentos escritos en español y gratuitos. Temática sobre Servicio de Atención al paciente.

Criterios de exclusión: documentos escritos en idiomas distintos al español.

Palabras clave: servicio de Atención al Paciente, Auxiliar administrativo.

4 Resultados

Aspectos clave:

- El servicio de Atención al Paciente estará a disposición de atender personalmente al mismo, o a sus parientes próximos, representantes o acompañantes.
- Proporcionará información a los pacientes y a sus familiares sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y de visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.
- Las reclamaciones a que hubiere lugar se tramitarán por escrito a través de este servicio, siendo estas sometidas a los responsables de la División que corresponda, debiendo darles respuestas por escrito, firmada por el Director Gerente, o persona en quien delegue.
- Intentar disminuir la preocupación de los familiares.
- Dar información a los familiares sobre la Planta o Servicio en el que se encuentran los pacientes, incidencias, tiempos de espera, traslados, etc.
- Localización de familiares por el servicio de megafonía para traslado de avisos, información o llamadas telefónicas del exterior.
- Proponer a la Dirección y gestionar las normas y condiciones de estancia en el Centro en lo relativo a: Normas de régimen interno, recomendaciones de estancia, organización del sistema de visitas.
- Acreditación de los visitantes en horarios especiales.
- Confección y entrega a los usuarios de protocolos conteniendo documentación relativa a los Servicios de Admisión, Plantas, Urgencias, Servicios Generales, etc., y toda la información y servicios que puede ofrecer, incluyendo la información sobre la Carta de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud.

La función realizada por los Auxiliares Administrativos en los Servicios de Atención al Paciente responde a la necesidad institucional de poder ofrecer un lugar centralizado de información donde se puedan aglutinar todos los elementos que los usuarios o sus familiares necesitan para su relación con la institución.

Dependen directamente del Área de Gerencia y tienen la función, entre otras, de la recepción, derivación y resolución de todas las quejas y reclamaciones que el usuario pueda realizar durante su contacto con el centro.

En cuanto al profesional no sanitario (Aux. Administrativo) como responsable de la información individualizada a los usuarios, en este punto hay que hacer dos consideraciones:

- La primera tiene que ver con el rol que juega el Auxiliar Administrativo en relación con los usuarios para facilitar su capacidad de elegir. Es preciso definir, también la responsabilidad de la Administración de cómo debe facilitarle la información precisa para que éste, a su vez, pueda cumplir con su obligación de informar a los usuarios.
- La segunda cuestión es que cuando hablamos de los ciudadanos que hacen uso de los servicios sanitarios, lo estamos haciendo en realidad de pacientes ó "enfermos", los derechos de éstos adquieren ciertas peculiaridades, que requieren una mentalidad y unas actitudes especiales por parte de los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios encargados de su atención, de modo que se deben compatibilizar los avances biomédicos y los procesos tecnológicos y administrativos al alcance del usuario, con una asistencia humanizada. Destacaremos aquí el derecho del enfermo a la información. La información general del centro tiene como objetivo principal la participación activa del enfermo dentro del hospital. Esto, solo será posible mediante una información completa, constante y coordinada por parte de todo el personal tanto profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, etc.) como profesionales no sanitarios (Aux. Administrativos, celadores, etc.) que lo rodea. Dicha información concierne a: servicios de que dispone el centro, normativa del centro que lo afecta directamente, nombre del facultativo responsable del servicio, información económica relativa a los gastos ocasionados durante su estancia en el hospital, independientemente de quien los financie, y las vías para obtener informaciones y aportar sugerencias o hacer reclamaciones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos definir un Servicio de Atención al Paciente como aquella unidad cuyo medio es el centro sanitario hospitalario, con una base asistencial como instrumento de acción, como es la comunicación y cuya misión fundamental se centra en la Protección de los Derechos y Deberes de los Usuarios legalmente reconocidos, la mejora de la calidad asistencial del centro, así como la integración de la opinión del usuario en la organización del centro.

Habitualmente el Servicio de Atención al Paciente se encuentra ubicado en el organigrama en el nivel de Dirección-Gerencia, dependiendo en jerarquía de este órgano directivo.

Dada la importancia de la función que tendrán que desempeñar los trabajadores auxiliares administrativos que formen parte de un Servicio de Atención al Pa-

ciente, deberán tener un perfil que incluya:

- Capacidad de negociación y de comunicación.
- Predisposición al trato con el público.
- Conocimiento general del sistema sanitario y del centro.
- Actitud favorable acerca de los derechos del enfermo.

Lo ideal es que un Servicio de Atención al Paciente estuviese integrado por personal sanitario, personal administrativo, trabajadores sociales, psicólogos, sociólogos, aunque no siempre se da dicha composición, siendo lo más habitual encontrar en su plantilla trabajadores sociales y personal administrativo.

6 Bibliografía

- R.D. 521/1987, de 15 de abril.
- Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los consumidores y Usuarios.
- Informe del 2004 del Defensor del Pueblo.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- La Constitución Española de 1978.
- Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria de 1984.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Capítulo 1073

RIESGOS LABORALES ERGONÓMICOS DEL PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS

JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO

PATRICIA VILLAMIL GARCÍA

ROSA MARIA LOPEZ COSMEA

ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

ROSARIO ANA MENÉNDEZ BLANCO

1 Introducción

Los profesionales de la sanidad encuadrados en el grupo de Gestión y servicios, debido a su formación no sanitaria, carecen en numerosos casos de los conocimientos necesarios que les permitan prevenir y actuar en el ámbito de los riesgos laborales de carácter ergonómico.

La presente revisión bibliográfica pretende analizar y dar a conocer a estos profesionales no sanitarios, concretamente a los celadores y los auxiliares administrativos que se encuadran en el grupo de Gestión y Servicios, las principales car-

acterísticas de los riesgos laborales de tipo ergonómico, además de las recomendaciones que les permitan evitar o paliar accidentes laborales en el ámbito de la ergonomía que pudieran afectar a su buen desempeño profesional.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la definición, aplicaciones y objetivos de la ergonomía.

Objetivos secundarios:

- Analizar los riesgos ergonómicos en los puestos de personal estatutario celador y auxiliar administrativo de gestión y servicios.
- Identificar las recomendaciones sobre los riesgos ergonómicos.
- Evaluar los riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo del personal no sanitario.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica exhaustiva sobre los riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo del personal celador y auxiliar administrativo en el ámbito sanitario, que nos ha permitido analizar en profundidad aspectos como las aplicaciones y los objetivos de la ergonomía, además de los riesgos ergonómicos en los puestos del personal estatutario celador y auxiliar administrativo de gestión y servicios. Para ello, hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: ergonomía, objetivos, aplicaciones, definición, sanidad. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Definición, aplicaciones y objetivos de la ergonomía:

Según la Asociación Internacional de Ergonomía es el “conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona”.

A su vez, la Asociación Española de Ergonomía la define como el “conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los

productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar”. Podemos pues afirmar pues, que la ergonomía utiliza métodos científicos y los aplica en ámbitos interdisciplinares para adaptar el medio de trabajo a las necesidades del trabajador.

Ámbitos de aplicación de la ergonomía:

- Ergonomía de puestos y de sistemas.
- Ergonomía de concepción o ergonomía de corrección.
- Ergonomía geométrica.
- Ergonomía ambiental.
- Ergonomía temporal o crono-ergonomía.
- Ergonomía informática: hardware y software.

Propósitos de la ergonomía:

- Amoldar el área laboral y su contexto a las peculiaridades del trabajador.
- Mejorar el confort laboral e intensificar la motivación del empleado.
- Ayudar a que las condiciones físicas y organizativas del entorno laboral ofrezcan comodidad y eficiencia al trabajador, y preserven su seguridad y su salud.
- Examinar, determinar y aminorar los riesgos laborales ergonómicos.
- Comprobar que las nuevas tecnologías se adapten a las características de los empleados.
- Fijar preceptos ergonómicos aplicables a los materiales y las herramientas de trabajo adquiridos.

Riesgos para el personal estatutario de gestión y servicios personal celador:

Los riesgos ergonómicos a los que está sometido un celador a lo largo de su jornada laboral son muy diversos y variados, y pueden tener como consecuencia lesiones musculoesqueléticas como tendinitis, luxaciones, esguinces, contracturas e incluso roturas, derivadas de la realización de posturas corporales poco naturales, movimientos corporales repetidos, manipulaciones de cargas o movilizaciones de pacientes. A continuación enumeramos los riesgos ergonómicos más habituales en el personal celador. a) Esfuerzos físicos inapropiados en la movilización y traslado de pacientes. b) Desplazamiento manual de cargas de más de tres kilos en sentido vertical durante una distancia superior a los 25 centímetros c) Realización de giros del tronco al levantar cargas. d) Elevación de cargas a una altura situada por encima de la altura de 175 cm. e) Elevación y desplazamiento de cargas de más de 25 kg para los hombres o de 15 para las mujeres. f) Constituyentes personales de riesgo como la poca aptitud física para efectuar

el trabajo o la falta de formación en materia de movilización y traslado de pacientes. g) Utilización de posturas corporales forzadas durante la realización de esfuerzos físicos. h) Ejecución de trabajos en espacios angostos e insuficientes. i) Realización de movimientos de forma repetida y prolongada en el tiempo. j) Realización del trabajo sometido a temperaturas ambientales cambiantes, superiores, o inferiores a la temperatura de confort. k) Uso inadecuado del material empleado para realizar su trabajo. l) Utilización de indumentaria y calzado inapropiados para la tarea a realizar.

Personal auxiliar administrativo:

Entre los factores de riesgo ergonómico para el personal que realiza tareas administrativas en los Servicios de Salud se encuentran los siguientes: a) Utilización inadecuada de las pantallas de ordenador, al no ajustar convenientemente su luminosidad, contraste, o la propia colocación de la pantalla para evitar reflejos o destellos. b) Mala colocación del teclado y el ratón, evitando que descansa la muñeca o colocándolos demasiado cerca o alejados del cuerpo. c) Mala regulación de la altura del asiento o postura inadecuada del cuerpo cuando está sentado. d) Dimensiones excesivas o escasas de la mesa de trabajo. e) Carencia de barreras físicas de protección ante potenciales agresiones verbales o físicas provenientes del usuario. f) Mala disposición de los elementos de trabajo sobre la mesa, en un radio que impide su acceso directo. g) Iluminación general y localizada poco apropiada que produce destellos y deslumbramientos. h) Incomodidad térmica debido a temperaturas excesivamente altas o bajas. i) Cansancio postural debido a la postura de sentado prolongada sin realizar ejercicios ni estiramientos. j) Fatiga visual derivada del largo tiempo de permanencia delante de las pantallas de visualización de datos. k) Incomodidad acústica debida al exceso de ruido ambiental tanto interno como externo. l) Excesiva carga física y mental derivadas de la atención directa al usuario o de la cantidad o tipo de información que se debe procesar. m) Factores intrínsecos al trabajador como pueden ser sus características conductuales, edad, estado de fatiga, motivación, inestabilidad emocional o alteraciones de tipo psicossomático. n) Requerimiento de un alto grado de concentración y mantenimiento del mismo durante largos períodos de tiempo. o) Realización sincronizada de múltiples labores como la utilización del ordenador, la atención telefónica o el examen y consulta de documentos. p) Insuficiencia de medios o carencia de la autonomía necesaria para responder a los requerimientos del usuario de la sanidad.

Recomendaciones sobre los riesgos ergonómicos para los celadores:

- Realizar la formación necesaria en técnicas de manipulación de cargas.

- Uso de dispositivos mecánicos en la manipulación manual de objetos pesados o, en su defecto, adaptar la carga a la capacidad de la persona, dividiéndola en cargas menores o pidiendo la colaboración de un compañero.
- Realizar levantamientos de cargas con la espalda recta y con ellas pegadas al cuerpo; nunca separadas.
- Ejecutar una higiene postural adecuada en la movilización y traslado de pacientes, siguiendo los principios básicos sobre cambios posturales y movilizaciones.
- Empujar las cargas, en lugar de tirar de ellas.
- Hacer uso de grúas, transfer y demás ayudas mecánicas, así como pedir la colaboración de compañeros para efectuar la movilización en caso necesario.
- Dominio de las técnicas de cambios posturales y de movilización y transferencia de pacientes.
- No adoptar posturas forzadas durante la manipulación de una carga.
- Tampoco se deben efectuar giros de cintura durante el manejo de pesos.
- Mantener la zona de trabajo despejada de obstáculos, y realizarlo de forma ordenada.
- Utilización del calzado y uniformidad adecuados, así como los equipos de protección individual necesarios para cada caso.

Para los auxiliares administrativos:

- Diseño ergonómico del puesto de trabajo adaptando el mobiliario al trabajador y a las atareas a realizar.
- Uso de sillas de ruedas, regulables en altura y con respaldo anatómico y regulable.
- Formación del trabajador sobre la postura ergonómica a mantener durante el trabajo.
- Situación de atriles para evitar los giros de cabeza.
- Apoyar los pies en el suelo, o usar plataformas reposapiés en caso necesario.
- Tener a mano únicamente los materiales imprescindibles para realizar el trabajo, y evitar el almacenamiento innecesario de objetos sobre la mesa, que debe estar dispuesta de una forma ordenada.
- Efectuar pausas cortas, para realizar ejercicios de relajación y estiramiento muscular.
- Mantener el teclado y el ratón de forma que la mano y brazo permanezcan relajados, y las muñecas rectas, sin flexionarse ni hacia arriba ni hacia abajo, utilizando, en caso de ser necesario, un reposamuñecas.
- Utilizar un sistema de iluminación con una intensidad lumínica adecuada que evite la fatiga visual y los dolores de cabeza.

- Situar la pantalla del ordenador regulada en inclinación y altura, en situación perpendicular a las ventanas y a las fuentes lumínicas, de forma que los datos sean legibles desde cualquier ángulo.
- Mantener una temperatura ambiente de entre 20 y 24 grados en invierno y entre 23 y 26 grados en verano.
- En la medida de lo posible, tratar de mantener el puesto de trabajo aislado de ruidos tanto internos como externos, en unos límites de entre 55 y 65 decibelios.
- Si es posible, promover el trabajo en equipo y las tareas de grupo en lugar de las labores individuales.
- Alternar labores que hayan de ser realizadas de pie o caminando con otras que puedan ser realizadas sentado, para evitar fatigas posturales y la aparición de dolencias músculo-esqueléticas.

Evaluación de riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo del personal no sanitario:

Para evaluar un puesto de trabajo bajo estándares ergonómicos adecuados, conviene efectuar un estudio sobre los siguientes aspectos, para detectar posibles riesgos ergonómicos del puesto estudiado:

- Los dispositivos mecánicos y electrónicos, el mobiliario, las herramientas de trabajo utilizadas y su disposición espacial.
- Los complementos ergonómicos necesarios para la correcta realización de la actividad laboral.
- La sobrecarga visual producida por las condiciones luminosas ambientales o por las tareas que deben ser realizadas.
- La sobrecarga postural recibida por el tipo de trabajo realizado.
- La manipulación de cargas y la clase de las mismas.
- El tipo, la intensidad y la calidad de la iluminación ambiental.
- El ambiente sonoro y la exposición al ruido que pueda causar molestias al trabajador.
- Las condiciones de temperatura, humedad y ventilación existentes en el puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Esta revisión bibliográfica nos ha permitido presentar una serie de recomendaciones sobre los riesgos ergonómicos a los que se pueden enfrentar los trabajadores del ámbito no sanitario pertenecientes al grupo profesional de gestión y servicios y, además, realizar una evaluación de riesgos ergonómicos asociados

a sus puestos de trabajo. Exponiendo así, la relevancia de su conocimiento para todo el personal, para garantizar una buena salud laboral.

6 Bibliografía

1. Asociación Española de Ergonomía [Internet]. Ergonomos.es. 2019 [cited 2 September 2019]. Available from: <http://www.ergonomos.es/ergonomia.php>
2. Polanco Serna M. Análisis Ergonómico del puesto de trabajo de Celador en la unidad de Medicina Interna del Hospital Río Ortega de Valladolid [Master oficial en Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales, Calidad y Medio Ambiente]. Universidad de Valladolid Escuela de Ingenierías Industriales; 2014.
3. Prevención de Riesgos Laborales Celadores de Instituciones Sanitarias [Internet]. Celadores.org. 2019 [cited 3 September 2019]. Available from: <http://www.auxiliar-enfermeria.com>
4. Online C, perfil V. Tema 10. Manipulación manual de cargas [Internet]. Celadoresonline.blogspot.com. 2019 [cited 3 September 2019]. Available from: <http://celadoresonline.blogspot.com>
5. GIRÓN CÓNUL M, FERNÁNDEZ GARCÍA R. Los riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo del personal administrativo. Gestión Práctica de Riesgos Laborales. 2011;(nº 78):50 a 55.
6. Documentos de formación | Ergodep [Internet]. Ergodep.ibv.org. 2019 [cited 3 September 2019]. Available from: <http://ergodep.ibv.org>

Capítulo 1074

COMUNICACIÓN Y EMPATÍA DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL PACIENTE EN EL ENTORNO SANITARIO

CRISTINA GONZALEZ

1 Introducción

La comunicación es una condición imprescindible para la existencia de los hombres y un factor muy importante en el desarrollo de su vida.

En la comunicación se refleja la necesidad objetiva de todos los seres humanos de cooperación mutua y asociación.

Toda comunicación es un proceso entre dos o más personas en el que se intercambian conocimientos. La comunicación es un elemento muy importante en la asistencia sanitaria pero debe ir acompañado de la empatía como elemento principal dentro de ésta.

El personal tanto sanitario como no sanitario en ocasiones debería ponerse más en la piel del enfermo para mostrar una actitud más humana en lo que respecta al trato del paciente y transmitirles tranquilidad independientemente de las tareas de trabajo que tengan que realizar.

Un enfermo en un entorno sanitario hostil se encuentra perdido y desorientado por lo que, necesitan un clima de confianza y tranquilidad que el personal del centro pueda darle mediante una comunicación acertada, la empatía y una sensibilidad en el trato.

El enfermo desarrolla una sensibilidad por el mero hecho de estar en esa condición que hace que las cosas por poco importantes que sean, le afecten en gran medida por lo que tiene más en cuenta qué se dice y cómo se dice.

Todo influye en la comunicación tanto la forma, como el fondo pero también el dónde, el lugar donde el enfermo recibe la información es importante en la medida que debe ser tranquilo, confortable un ambiente agradable para que ese enfermo pueda desarrollar todas sus emociones que le genera esa información.

2 Objetivos

- Analizar la comunicación verbal y no verbal.
- Relacionar comunicación y empatía.
- Describir las actuaciones más relevantes en el empatía.
- Analizar la relación personal no sanitario y sanitario con el paciente.
- Analizar la sensibilidad del enfermo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El entorno sanitario es un medio físico con un clima frío, desangelado que lo único que lo hace más confortable y agradable es el trato humano. Las personas humanizan estos lugares mediante la comunicación, la empatía y creando un ambiente cálido con el mobiliario.

Todo enfermo que llega a un centro sanitario lo que más necesita es comunicación tanto en cuanto llega para saber dónde se tiene que dirigir, como una vez en la consulta información sobre su estado de salud, todo esto es información.

En la comunicación verbal predomina la palabra. Ésta es un instrumento de gran poder para bien o para mal. Unas palabras mal usadas pueden provocar desasosiego, incertidumbre en el enfermo por el contrario encontrar las palabras

que transmitan amor, dulzura, compasión o comprensión pueden cambiar el estado de ánimo, esto es un instrumento básico en la curación. Para ello debemos encontrar palabras para dar esa información, por muy grave que sea, que sean de aliento, esperanzadoras, de ánimo y en ocasiones de alegría.

Dentro de esta comunicación también está la no verbal que es tan importante como la otra, ya que sin la palabra se expresan de igual manera muchas cosas tales como sensaciones, emociones, gestos mostrando un cariño y respeto por el enfermo para que éste se encuentre sobre todo acompañado y esperanzado. En muchas ocasiones un buen gesto como darle la mano a un paciente o una sonrisa hace de mejor medicina.

Para una comunicación completa debe existir una empatía por parte del personal que haga que este se ponga en el lugar del enfermo, pueda sentir y pensar como él. En esta relación empática entre de personal sanitario y no sanitario con el enfermo se crea un clima de respeto y dignidad en la que el enfermo se encuentra cómodo dentro de su dolencia, y no un medio hostil en el que no se encuentre confortable y comprendido porque esto puede llevar a que todo aquello que se le pueda decir lo interprete de una forma incorrecta y decaiga su estado de ánimo para ello influye los gestos, las palabras y el estado del personal.

No debemos olvidar que el enfermo no está bien anímicamente y se encuentra más sensible que en condiciones normales, por lo que puede hacer una mala interpretación de la información que se le está transmitiendo, por ello se tiene que ser claro, conciso y de fácil interpretación con el mensaje que se le transmite. El personal sanitario y no sanitario trabaja en un medio que la información no puede ser escasa, inadecuada y que genere dudas al enfermo, por lo que ésta tiene que ser consensuada por todos los profesionales, ya que tratamos con personas que tienen todo el derecho a saber la verdad de su dolencia de una forma clara. Los profesionales sanitarios tienen que ser asertivos, que es la habilidad que tienen las personas para transmitir la información de una forma amable, franca y directa, con la finalidad de comunicar algo pero sin dañar a la otra persona que en este caso es el paciente.

La comunicación y la empatía tienen efectos curativos y tranquilizadores siempre y cuando se usen correctamente, un contacto entre enfermo y personal hace que sea más humano en el que se puede transmitir un mensaje tranquilizador que, además los gestos, las formas, la aptitud con la que se comunica, la ropa que llevamos, ayudan a que el enfermo lo reciba de una u otra manera porque existe un contacto visual.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación juega un papel importante en la relación entre las personas pero sobre todo en la sanidad, que acuden muchas personas enfermas y sus familiares con una sensibilidad especial. Es importante guiar la comunicación por el camino de la asertividad y empatía.

No es suficiente con querer tratar bien a alguien también hay que saber cómo hacerlo. No existen unos protocolos de actuación general ya que cada persona es diferente y reacciona de diferente manera ante la misma situación pero se debe empatizar con el enfermo en una comunicación no verbal generando muestras de cariño, afecto y sensibilidad. Son gestos que significan mucho para quien los recibe.

Hacer más humano el entorno sanitario es una labor de todos, tanto personal no sanitario como sanitario es cuestión de mostrar respeto y empatizar con la otra persona, la base de todo es la comunicación.

6 Bibliografía

- Merayo, A., Curso práctico de técnicas de comunicación oral. Madrid: Tecnos, 1998.
- Comisión General de Formación Continua en las Administraciones Públicas (VVAA 2004
- Santillana S.L “Técnicas de Comunicación y Atención al Ciudadano” Plan de humanización de la Comunidad de Madrid.
- Vaamonde, L.M., Técnicas de comunicación hoy 1, Ed. MacGraw-Hill, Madrid 1993.
- Bautista Rodríguez, I. M.; Arias Velandia, M.F. Carreno Leiva, Z.O. Perception of relatives of hospitalized critical patients in relation to communication and emotional support. Rev Cuid [online]. 2016, vol.7, n.2, pp.1297-1309. ISSN 2216-0973.

Capítulo 1075

DOS YO

SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE

1 Introducción

El cerebro humano presenta dos sistemas o modos de pensamiento estudiados por psicólogos durante décadas:

- El primer sistema de la mente, o sistema 1, opera de forma rápida, automática, sin apenas esfuerzo consciente y sin impresión de voluntariedad. Es responsable o poseedor de la potestad de hacernos responder sinceramente y sin dudas a preguntas como: ¿cuál es tu color favorito?, ¿te gusta este olor? o ¿te cae bien esta persona?.
- El segundo sistema de la mente, o sistema 2, centra su atención en actividades mentales que demandan cálculos, comparaciones lógicas, elecciones racionales o toma de decisiones administrativas. Es el que utilizamos cuando calculamos un presupuesto que debe arrojar margen de beneficio, cuando encajamos piezas de un puzzle o contratamos un servicio de telefonía.

Estos términos fueron propuestos originalmente por los psicólogos Keith Stanovich y Richard West y a ellos nos referiremos en el presente capítulo: sistema 1 y sistema 2.

Cuando un paciente acude a un Centro Sanitario para ser atendido por una dolencia es habitualmente recibido en primera instancia por personal no sanitario:

- Administrativo: informa al paciente del proceso que se inicia, tramita el expediente que de inmediato genera el proceso de atención, recaba datos del paciente, etc.

- Celador: conduce al paciente a su inmediata próxima ubicación en las instalaciones del Centro Sanitario, coloca al paciente en la postura que se adecúe al procedimiento, etc.

Tras el primer contacto el paciente accede a la atención sanitaria donde será tratado por personal sanitario en todas las escalas o especialidades que requiera. La comunicación con el paciente es, por tanto, una materia tanto no sanitaria como sanitaria.

El paciente presentará ante el profesional un estilo de comunicación fruto de su propia personalidad, estado de ánimo, intensidad de su dolencia y muchos otros factores entre los que destaca la percepción subjetiva de la atención que en el momento está recibiendo y la impresión del recuerdo de la atención que el pasado pueda haber recibido, “los dos yo”: el yo que experimenta y el yo que recuerda. Estos dos yo están íntimamente imbricados con los sistemas 1 y 2 dado que la impronta de procesos médicos pasados y sobre todo los resultados de los mismos influyen significativamente en las expectativas que el paciente espera de su atención actual generando en el subconsciente del paciente (o sistema 1) una predisposición a toda comunicación que reciba del profesional, sanitario o no.

Una ilustración puede ser la siguiente: una tarde decidimos ir al cine y nos disponemos a sacar las entradas en la taquilla. De este particular no podemos esperar más que una atención limitada a un saludo de bienvenida, una solicitud de tickets, un intercambio de dinero y un saludo de despedida (el sistema 2 en acción). Puede pasar que percibamos que quien nos vende las entradas nos saluda poco efusivamente o sin sonreír -decepcionando nuestras expectativas-, que los asientos deseados ya estén ocupados, que el datáfono para pagar con tarjeta de crédito no funcione y que seamos saludados para despedirnos sin ser mirados a los ojos. Esta experiencia pondrá inmediatamente en funcionamiento a nuestro instintivo sistema 1 y sin análisis lógico, a pesar de que sí hemos recibido el servicio demandado, el taquillero o taquillera pasará a figurar muy arriba en nuestra particular lista de personas que nos caen mal.

2 Objetivos

Abordar el tema de la adaptación humana y de las peculiaridades de la mente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para limar los ángulos de la comunicación cuando el profesional de la Sanidad se enfrenta a situaciones influidas por los factores anteriormente descritos y que pueden desnaturalizar e incluso violentar la relación establecida entre profesional y paciente existen herramientas de comunicación: inteligencia emocional, utilización polarizada de la empatía, asertividad, etc.

Con un paciente prepotente el profesional no discutirá sino que se interesará empáticamente por sus asuntos, con un usuario indeciso el profesional utilizará argumentos aclaratorios, con un usuario desconfiado el profesional tomará una actitud conciliadora. Sin embargo si estas herramientas son utilizadas de forma aprendida por el profesional la empatía mostrada puede parecer “simulada” dado que tanto profesional como paciente poseen un sistema 1 instintivo, personal y muy íntimo.

En este trabajo se pretende mostrar esta realidad y trazar unas líneas de integración que intentan poner de manifiesto una comunicación asertiva empática desde una perspectiva humana y no psicológicamente técnica de modo que el profesional trate de conseguir una comunicación más coherente y natural incrementando inconscientemente tanto su propia satisfacción como la buena impresión del paciente. La búsqueda de la “calidad en la empatía” y su implementación en el subconsciente del profesional es un beneficio objetivo.

El entrenamiento psicológico que especialmente adiestra la empatía y la asertividad como comunicación es un beneficio para el profesional y una mejora implementada en la atención al paciente. Mediante repetición podemos lograr que nuestro inconsciente asuma una comunicación adecuada para todo tipo de pacientes bien sean prepotentes, desconfiados, discrepadores, indecisos o impulsivos, especialmente en situaciones de urgencia en las que el estrés puede influir

negativamente en nuestra toma de decisiones inmediatas relacionadas con la comunicación. Así la integración de la empatía con los intereses objetivo que todo proceso de atención requiere puede incidir positivamente en el control de la ansiedad o la expresión racional pero no fría de los sentimientos que afloran en una situación tan humana como es la atención sanitaria. Juzgando actitudes propias, con la vigilancia paralela de nuestro yo racional y escuchando con comprensión y cuidado podemos evaluar soluciones utilizando un lenguaje adecuado sin que el paciente reciba inmerecidamente fingimiento o engaño.

5 Discusión-Conclusión

La adaptación humana tiene en la automatización de determinados comportamientos una herramienta inconsciente que podemos considerar en buena medida responsable del desarrollo social complejo del ser humano. Sin embargo esta metodología es totalmente dependiente de la situación histórica y política en que el grupo humano en cuestión se encuentre. Son entonces los beneficios del aprendizaje repetitivo el fin que pueden justificar determinados medios, lo que maliciosamente nos puede llevar a pensar que el propio método podría haber justificado en el pasado la imposición de dogmas que en la actualidad consideramos aberrantes.

6 Bibliografía

- Introducción a los principios de moral y legislación -Jeremy Bentham.
- Pensar rápido, pensar despacio -Daniel Kahneman-.
- El nuevo inconsciente -John Bargh y otros autores-

Capítulo 1076

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y LA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

LUCIA COUSO MENENDEZ

RUBÉN LAGAR OSORIO

1 Introducción

En sentido etimológico, "documento" procede de la palabra latina documentum, que a su vez, viene de "docere" que significa enseñar o transmitir algo. Entendemos por documento en el sentido tradicional, el escrito con que se prueba, acredita o se hace constar una cosa. La definición elemental y básica de documento sería, según la Norma ISO5127/1-1983, "información registrada que puede considerarse como una unidad en un proceso de documentación".

La información clínica es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla, siendo la documentación clínica el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Por otro lado, la historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente

por los profesionales que le asisten, entre los cuales desempeña un papel fundamental el auxiliar administrativo. La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Analizar la función del auxiliar administrativo con respecto a la documentación clínica

Objetivos específicos.

- Describir los distintos componentes de una historia clínica.
- Analizar las funciones principales de la historia clínica.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica detallada en las principales bases de datos de la sanidad tales como Medline, Scielo y PubMed, en el buscador google académico, en el Boletín Oficial del Estado y en páginas relacionadas con la sanidad. Se utilizaron para ello distintas palabras clave tales como: historia clínica, información y documentación clínica.

Criterios de inclusión de la información:

- Documentos gratuitos y escritos en castellano.
- Temática sobre información y documentación clínica.

Criterios de exclusión:

- Documentos que hayan sido publicados en idiomas diferentes al castellano.

4 Resultados

Al frente de los servicios de admisión y documentación clínica suele haber un coordinador. La misión del coordinador es engranar la multiplicidad de profesionales que engloban el servicio: profesionales médicos, personal de enfermería,

personal de función administrativa (entre los que encontramos a los auxiliares administrativos) y personal subalterno. Este personal constituye el elemento clave para el funcionamiento del servicio. Por ello, una de las razones fundamentales de la existencia de los servicios de admisión y documentación clínica es el sistema de información clínico-asistencial, dentro de la gestión de pacientes, pues no cabe ninguna duda que el concentrar toda la información en un solo punto, permite la creación, mantenimiento y difusión de una base de datos asistencial, de indudable utilidad para la gestión clínica. El fin principal de un hospital es la gestión de pacientes. La atención a los pacientes o usuarios del centro sanitario, se enmarca como la gestión asistencial en torno a los mismos, en servir de apoyo a los distintos servicios clínicos en su gestión y a la dirección del hospital para la toma de decisiones. Podríamos definir el Servicio de admisión y documentación clínica (donde encontramos auxiliares administrativos) como los ojos a través de los cuales, los equipos directivos ven la gestión asistencial.

Por otro lado, la historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. Por ello, el contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- La autorización de ingreso.
- El informe de urgencia.
- La anamnesis y la exploración física.
- La evolución.
- Las órdenes médicas.
- La hoja de interconsulta.
- Los informes de exploraciones complementarias.
- El consentimiento informado.
- El informe de anestesia.
- El informe de quirófano o de registro del parto.
- El informe de anatomía patológica.
- La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- La aplicación terapéutica de enfermería.
- El gráfico de constantes.
- El informe clínico de alta.

Cada paciente debe tener una historia clínica única por hospital, que contendrá toda la información generada en los sucesivos contactos con el mismo, bien sea en régimen de hospitalización, de urgencias o de consultas externas. La histo-

ria clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

La función primordial que cumple la historia clínica es recoger toda la actividad asistencial que genera cada paciente, por lo que deberá procurarse una óptima gestión de la misma, buscando su mayor utilidad. Las funciones de la historia clínica son las siguientes:

- Asistencial: este conjunto de documentos contiene la información asistencial recogida y procedente de los distintos procesos patológicos del paciente, y permite que ésta información sea utilizada para dar una mejor asistencia al mismo.
- Docencia: cada historia clínica es un valioso instrumento de consulta por cuanto contiene las pautas de tratamiento de los distintos casos clínicos.
- Investigación clínica: cuando existe la posibilidad de localizar y consultar un número significativo de historias clínicas de pacientes que han padecido una misma patología, o que han sido objeto de un mismo tratamiento sobre los que se realiza una investigación.
- Investigación epidemiológica: cuando la investigación anterior se realiza sobre determinados denominadores poblacionales establecidos.
- Control de calidad asistencial: del mismo modo que en los dos casos anteriores, permite también evaluar los objetivos científicos y medir la calidad en la asistencia.
- Planificación y gestión de recursos asistenciales: permite la evaluación de la utilización de los recursos sanitarios así como el estudio de las necesidades futuras y la planificación de las inversiones necesarias.
- Jurídico-legal: es el testimonio documental de la asistencia prestada.

Por último, la historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial. (Artículo 15 de la Ley 41/2002).

Los documentos que componen la historia clínica deberán ser normalizados en su estructura física y lógica y diseñados de forma que resulten de fácil cumplimentación y uso. Esto es lo que conocemos con el nombre de Historia Clínica Normalizada. La estructura empleada ha de ser perfectamente legible y debe

utilizarse la terminología normalizada en la práctica profesional, evitándose el empleo de abreviaturas, enmiendas, tachaduras y anotaciones marginales (normativa del Instituto Nacional de la Salud, 1989). Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. No obstante, los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento del paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, no se destruirán, trasladándose una vez conocido el fallecimiento del paciente, a los archivos definitivos de la administración correspondiente, donde se conservarán con las debidas medidas de seguridad a los efectos de la legislación de protección de datos. (Artículo 17 de la ley 41/2002).

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica es el documento médico-legal en donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarias realizadas con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia. De aquí extraemos la importancia médico-legal de la historia clínica, puesto que incluye el derecho del paciente, el deber y derecho del médico, se trata de un elemento de prueba en los casos de responsabilidad médica profesional y el elemento fundamental en la elaboración de los informes periciales sobre responsabilidad profesional médica. Es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios, donde podemos encontrar auxiliares administrativos, sólo pueden acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- “Gestión de pacientes en el hospital” de Orencio López.

- Normativa del INSALUD, 1989.
- Norma ISO 5127/1-1983 (PNE 50-113/1)
- Auxiliar administrativo en el servicio de salud del Principado de Asturias, MAD.
- Gestión administrativa en el ámbito sanitario, Logoss.
- www.formacionegs.com.

Capítulo 1077

COMO UTILIZA UN CELADOR LA PULSERA ELECTRONICA O IDENTIFICATIVA

MARGARITA CISNEROS GONZALEZ

1 Introducción

Para evitar que se realicen errores en lo que viene a ser seguridad y control de los pacientes, se han de poder identificar de forma correcta y precisa a los pacientes. Con la implantación de la pulsera identificativa se reducirán casi hasta el mínimo estos errores. Gracias a las nuevas tecnologías en algunos centros ya están implantadas las pulseras electrónicas con su código de barras, esto nos es de gran ayuda ya que uno de los principales problemas es el poder identificar fácilmente a un paciente, si no se puede identificar de forma sencilla esto nos llevará a errores a la hora asistencial, porque no sabremos cuáles son sus datos identificativos y no sabremos decir porque se encuentra allí. Además de no poder facilitar y asegurar el correcto tratamiento

2 Objetivos

Con la utilización de la pulsera garantizamos la perfecta realización de nuestro trabajo. Tendremos que revisar y comprobar que la identificación (nombre apellidos...) del paciente es correcta. Utilizaremos el código de barras y comprobaremos que los datos que en ella figuran son correctos. DE esta manera aseguramos su identidad y garantizamos su acceso a todo tipo de pruebas

3 Metodología

Se han realizado pruebas, durante el periodo de una semana, encuestas entre celadores que tratan directamente con enfermos para la colocación de la pulsera identificativa. Se realizaron búsquedas en las bases de datos de seguridad del paciente. Y se usaron casos clínicos en los que se pueden ver claramente los errores y los malos resultados producidos por una mala identificación.

4 Resultados

Lo más importante y esencial siempre debe ser LA PRIORIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE y los errores identificativos representan un porcentaje importante, aunque el número de errores ocasionados sea bajo el número de pacientes atendidos es muy alto. Por lo que la mala gestión de parte de los celadores representa un porcentaje de errores de entre el 10% y el 15% y con una simple pulsera identificativa notaríamos una gran bajada del porcentaje de errores. Pero además una mala identificación de los pacientes puede dar lugar a grandes errores en otros apartados de la asistencia clínica, como por ejemplo errores en la toma de medicación.

5 Discusión-Conclusión

Si una vez implantada esta técnica en nuestro centro de trabajo, la utilizamos correctamente y nos aseguramos de no cometer errores a la hora de colocar dicha pulsera, comprobando los datos, evitaríamos errores: el hacer pruebas innecesarias a pacientes equivocadamente, porque a consecuencia de dicho error, alguna vez se han realizado pruebas a un paciente equivocado, mientras que los resultados de ambos pacientes retrasan el diagnóstico de ambos y además es una pérdida económica para el sistema de salud y si se tratase de una prueba radiológica, no estaríamos cumpliendo el principio ALARA. Con lo que con una buena identificación y revisando y utilizando correctamente este avance estos fallos serán minimizados.

6 Bibliografía

- Barrera Becerra Concepción, Del Río Urenda Susana, Dotor Gracia Marisa, Santana López Vicente, Suárez Alemán Gonzal. Estrategia para la seguridad del pa-

ciente. Conserjería de salud, junta andaluza: Artefacto;2011 [Consultado 28 Dic de 2019]

- Cotanda Sanchis M. José, Martínez-Sabater Antonio, Ballestar-Tarín M. Luisa, Casal Angulo M. Carmen. Análisis de la cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente por el alumnado de enfermería egresado de la Universidad. Gerokomos[Internet]. 2015Sep [Consultado 23 Dic 2019] ;26(3): 84-88.
- Juan José Cañas Sancho. Servicio de salud del Principado de Asturias, SESPA. Plan de confortabilidad del servicio de Salud del Principado de Asturias.Unidad de Apoyo Técnico y Comunicación del SESPA: Dirección Gerencia del Servicio de Salud;2004. [Consultado 27 Dic 2019].
- Esther Lerma Ortega, Inmaculada Moreno Almagro, Juan Diego Bayona Morales. Intervención en contextos clínicos y de la salud. ASUNIVEP;2016;24[157-163]. [Consultado 22 Dic 2019].

Capítulo 1078

MOVILIZACIÓN DEL CELADOR A PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR.

MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

LUIS BUENO PAZ

ELIAS GUTIERREZ GONZALEZ

LYS VÁZQUEZ MARTÍN

1 Introducción

La lesión medular espinal, es el daño en alguna parte de la médula espinal o en los nervios del extremo del conducto vertebral, a menudo causa cambios permanentes en la fortaleza, la sensibilidad y otras funciones corporales por debajo de la localización de la zona afectada.

La gravedad de la lesión suele llamarse "integridad", y se clasifica de las siguientes formas:

- Completa: si toda la función sensorial y motora se pierde por debajo de la lesión de la médula espinal.
- Incompleta: si se tiene cierta actividad sensorial y motora por debajo de la lesión.

Además la parálisis causada por la lesión de la médula, se denomina:

* Tetraplejía: esta afecta a brazos, manos, el tronco, las piernas y órganos pélvicos, que se encuentran todos afectados por la lesión.

* Paraplejía: esta parálisis, afecta a la totalidad del tronco, las piernas y órganos pélvicos.

Un personal debidamente formado, ayudará en todo lo necesario a su recuperación física y mental; para realizar algún tipo de movimiento, será necesaria la realización de la "técnica en bandeja", ya que por sus características, es la técnica que eleva al paciente y no lo rota en ningún momento, y de esta forma no se le ocasionaría ningún daño.

2 Objetivos

- Analizar el procedimiento que se debe llevar a cabo para realizar la movilización en pacientes con lesión medular.

3 Metodología

Realizamos una revisión bibliográfica sistemática, sobre este tipo de movilización de bandeja por cintas, en diversas bases de datos, medline, pubmed y sobre todo en las técnicas realizadas en esta materia en el hospital de parapléjicos de Toledo. Todo ello en publicaciones realizadas desde el año 2015 en adelante.

4 Resultados

- Para la realización de la movilización en el hospital a este tipo de pacientes, se realiza con la técnica de movilización en bandeja; se realiza con un mínimo de 3 personas:

La enfermera que velará en todo momento por la seguridad del paciente, la técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que realiza el aseo y el celador que es el encargado del montaje de las cintas, colaborando con la TCAE.

Conjuntamente celador y TCAE colocarán las cintas que no estén previamente colocadas bajo el paciente de forma transversal, a continuación se colocan unos largueros a los lados de la bandeja, a ambos lados del paciente y las dos barras cilíndricas que sujetan la estructura, introducimos las cintas en la presillas de uno de los lados del larguero y una vez nos aseguremos que están todas, se tensan las de ese lado, a continuación haremos lo mismo en el lado opuesto.

Una vez comprobado que la estructura está tensa, firme y segura para el paciente, con la ayuda de la grúa, se elevará al paciente sin riesgo de movimientos bruscos, pudiéndose realizar el aseo y adecuación de la cama.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer la técnica de movilización y montaje de la bandeja, para no ocasionar daño alguno al paciente mientras se le realizan procedimientos tales como: aseo, cambio de sábanas, hidratación del cuerpo....etc. Es por ello la importancia del trabajo multidisciplinar y en este caso, el trabajo del celador con la TCAE.

6 Bibliografía

- <https://www.aspymmadrid.org>.
- mayoclinic.org/es/diseases-conditions/spinal.
- <http://metlineplus.gov> intranet de lesionados medulares y protocolos del HUCA.

Capítulo 1079

EL CELADOR EN REHABILITACIÓN

PEDRO SUAREZ SUAREZ

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

AVELINA INFANTES LOPEZ

1 Introducción

El celador de rehabilitación tiene unos cuantos puestos, ya que como explicaremos, hay celador de puerta de gimnasio y de planta de rehabilitación. En cada puesto el celador hace unas tareas ya que aunque sea el mismo área, cada uno tiene su propio o propios celadores, depende del servicio.

2 Objetivos

- Explicar e informar en que consiste las funciones de celador en el servicio de rehabilitación.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Las funciones del celador en rehabilitación son:
 - . El celador de puerta es la primera persona que les recibe cuando llegan a las consultas de rehabilitación y la que ayuda a la ambulancia a bajar a los pacientes que tienen que ir al gimnasio, a los que trasladará hasta allí y cuando terminen la rehabilitación les volverán a llevar a la ambulancia y ayudará a subir.
 - . El celador en el gimnasio es la persona que ayuda a los fisioterapeutas en la colocación de los pacientes y a su movilidad si es necesario, desde el momento en que el compañero tanto de puerta como los de planta los dejan a la entrada del gimnasio. Desde ese momento ya se hace cargo del paciente el celador de gimnasio.
 - . El celador de planta a primera hora coge unas plantillas donde apuntan las habitaciones de los pacientes que tienen que bajar al gimnasio. A continuación, ayuda a las auxiliares a los aseos hasta las 10:00, que tienen que bajar a los pacientes al gimnasio y les subirán a las 13:00, donde acostarán al resto de pacientes.
 - . Por la tarde se rellenarán otras plantillas donde se anotarán a los pacientes que irán al gimnasio, al logopeda o terapia ocupacional.
 - . A los pacientes del gimnasio se les recogerá a las 18:00 horas y se les subirá a planta, donde los celadores ayudarán a los compañeros de planta a acostar a los pacientes.
 - . Los fines de semana y de noche, no hay gimnasio ni celador de puerta. Así que los celadores de planta del turno de noche, se quedarán en ella y ayudarán a las auxiliares con los cambios necesarios a los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Aunque sea el mismo servicio, como hemos comprobado, rehabilitación tiene varias tareas para los celadores, las cuales, cada una va por separado y al final tienen el mismo resultado que es, la comunicación y buen trato con el paciente. En resumen, el celador cumple con el traslado de los pacientes donde necesitan ir, además de ayudar al fisioterapeuta a la colocación y movilidad del paciente y a las auxiliares en planta a que el paciente después de estar aseado y cambiado esté más cómodo.

6 Bibliografía

- www.fabis.org <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com>
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 1080

CELADOR EN LA SALA DE URGENCIAS

PEDRO SUAREZ SUAREZ

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

AVELINA INFANTES LOPEZ

1 Introducción

El celador de urgencias es el primero que ve al paciente cuando entra por la puerta, tanto si llega por su propio pie o en ambulancia, en esta última, le suele ayudar a bajarlo. Aquí explicaré en que consiste su trabajo, ya que tiene que hacer varias tareas de forma profesional.

2 Objetivos

Establecer las funciones del celador en urgencias.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Las funciones del celador en urgencias son: el celador estará en la puerta de urgencias, para que cuando llegue algún paciente, el lo reciba para ayudarlo en lo que necesite y lo acercará a triaje, mientras sus acompañantes dan los datos administrativos en admisión . Si el paciente llegara solo , el mismo daría sus propios datos en admisión y en caso de que venga en ambulancia ,serían los mismos de la ambulancia los encargados de dar los datos del paciente en admisión. Después de dejar al paciente en triaje, el celador vuelve a la puerta. A partir de ahí, se encargará otro celador, el cuál, le llevará a donde le corresponde según su gravedad, que puede ser:
 - Box de críticos.
 - Box (de cierta importancia sin ser críticos).
 - Box rápido (dolencias sin importancia).
 - Unidad de observación: además, habrá otro celador que se encargará de llevar al paciente a hacer las radiografías o pruebas correspondientes según donde esté.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias, para nosotros los celadores tiene que estar bien planificado, ya que son muchos los trabajos que tenemos que hacer allí, y si no es así , es un verdadero caos, ya que a veces, se desborda de tantas urgencias que hay y somos nosotros a quienes reclaman ante los familiares.

El trabajo del celador en urgencias por tanto, puede resumirse en dar un buen recibimiento al paciente y una buena distribución y planificación del trabajo para el servicio de urgencias, ya que dependiendo de la gravedad de cada paciente será ingresado o no.

6 Bibliografía

- <https://formacionesgs.com>
- Bases de datos Pubmed, Medline y Scielo.

Capítulo 1081

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

JUAN JOSÉ DOGLIO

1 Introducción

Los celadores son trabajadores que múltiples funciones, que desarrollan en diversos servicios como pueden ser farmacia, urgencias, quirófanos, en las que las funciones básicas suelen ser similares, a las que se agregan las específicas de cada servicio.

2 Objetivos

- Definir e identificar cuales son las funciones del celador en el servicio de hospitalización.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Cuando un celador es asignado a la unidad de hospitalización deberá desempeñar las siguientes funciones:

- Ayudar a la auxiliar de enfermería (TCAE) en el aseo de los pacientes, concretamente en levantarlos de la cama, en hacer los cambios de posturales pertinentes.
- Colaborará con la enfermera para la realización de las curas, siempre dentro de sus funciones, por ejemplo si es necesario mover al paciente.
- Llevar a los pacientes a las pruebas pertinentes dentro del centro (rayos, rehabilitación, etc.).
- Trasladar las muestras al laboratorio y aparatos a diferentes zonas como puede ser el electrocardiograma, ecógrafo portátil, etc.

La supervisora es la máxima autoridad de la planta, por lo que el celador deberá presentarse ante ella antes de comenzar el servicio y seguir sus instrucciones.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el celador debe conocer muy bien sus funciones para desarrollarlas de forma correcta. Además de esto, es importante tener un buen clima laboral con el resto de personal, ya que entre todos forman un equipo, un entorno armónico, hace que el trabajo se más eficaz.

6 Bibliografía

- Motor de búsqueda de Google
- Temario Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Editorial MAD

Capítulo 1082

LAS COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO.

JUAN JOSÉ DOGLIO

1 Introducción

La figura del celador en un hospital es muy amplia ya que esta presente en todo tipo de servicios, incluso en áreas en las que no trata con pacientes. Hay zonas mas delicadas que otras, una de ellas es el servicio de quirófono. El quirófono es el área hospitalaria más compleja, que requiere un ambiente estéril por lo que todas las personas que circulen por el servicio deberán respetar las medidas de asepsia.

2 Objetivos

- Detallar las funciones que desarrolla el celador en el servicio de quirófono y especificar las medidas de asepsia que deberán adoptar para realizar sus tareas.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las funciones del celador en este servicio comienzan con el traslado del paciente desde la planta hasta el quirófano, es muy importante que el trabajador conozca las distintas zonas del servicio de quirófano, adaptando sus vestimentas y medidas de higiene a cada zona.

Una vez dentro del propio quirófano se encargara de posicionar al paciente (deberá conocer perfectamente las posiciones anatómicas) y de colocar los accesorios de la mesa quirúrgica necesarios, siguiendo las instrucciones del personal sanitario.

También serán los encargados de llevar todos los aparatos requeridos al quirófano y de llevar las muestras al laboratorio de anatomía patológica y microbiología.

Una vez terminada la intervención trasladará a los pacientes al área indicada por el personal sanitario (URPA, UCI, REA, etc).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el trabajo del celador en este servicio es tan importante como el del personal sanitario, por lo que deberá conocer muy bien sus funciones y las medidas de asepsia necesarias en cada área, para mantener la esterilidad necesaria en este servicio, siendo clave en el equipo multidisciplinar de salud.

6 Bibliografía

- Temario de Celador del SESPA - Editorial: Todos los test del Celador.
- El celador en quirófano - Editorial: Formación continuada Logoss.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1083

EL CELADOR Y LOS CAMBIOS POSTURALES.

JUAN JOSÉ DOGLIO

1 Introducción

Una de las tareas más importantes que tiene un celador es la movilización de pacientes. Hay casos en que estas movilizaciones son aún más importantes sobre todo en pacientes encamados de larga duración, en los que es fácil que aparezcan las temidas úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad.

2 Objetivos

- Determinar las funciones del celador con respecto a pacientes encamados de larga duración con poca o nula movilidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Los cambios posturales son aplicados a pacientes con poca o nula movilidad, por el personal sanitario y no sanitario, según un protocolo de actuación pautado por un facultativo. Tiene como objetivo mantener una correcta alineación corporal, previene lesiones y/o accidentes, conserva la integridad de la piel, previene problemas circulatorios y mantiene el tono muscular, etc.
- La función del celador es la de acompañar al TCAE y en caso necesario a un enfermero/a, dispondrán de almohadas y/o sacos de arena por si son necesarios para obtener una correcta alineación corporal del paciente. Se realizan cambios cada 2-3 horas en horario diurno y cada 4 horas en horario nocturno, siempre que sea posible. La secuencia usada de movilización del paciente es: decúbito supino, decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo y decúbito supino.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la tarea del celador con respecto a pacientes con poca movilidad es fundamentalmente de apoyo al personal sanitario. Aun así debe tener una formación adecuada en posiciones anatómicas, ya que es algo fundamental para el cuidado integral del paciente dentro del equipo de cuidados de enfermería.

6 Bibliografía

- Blog: <http://celadoresonline.blogspot.com>.
- Técnicas de Movilización e Inmovilización para celadores - Logoss.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1084

COMPETENCIAS DEL CELADOR EN EL QUIROFANO

JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La función del celador en el quirófano es la de introducir y sacar a los enfermos para intervenciones quirúrgicas, colocándolos y retirándolos de la mesa de operaciones con la ayuda del personal auxiliar sanitario. Para entrar en el área quirúrgica el celador deberá llevar un uniforme aséptico, con mascarilla y gorro y durante la intervención permanecerá en antequirófano para cualquier ayuda que se necesite.

2 Objetivos

- Conocer el papel que tiene el celador dentro del área quirúrgica así como analizar cuáles son sus competencias dentro del quirófano

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el papel del celador en quirófano.

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

4 Resultados

Adoptar y mantener la postura adecuada del paciente en la mesa de operación, saber posicionar al paciente dependiendo del tipo de anestesia que se vaya a utilizar, garantizar las mejores opciones ante un traslado teniendo en cuenta los tubos, catéteres, y sistemas de suero que se van a utilizar, preveer y vigilar los movimientos del enfermo para no obstruir catéteres, venoclisis y monitores y saber sujetar adecuadamente.

5 Discusión-Conclusión

La presión innata con la que se trabaja en el área quirúrgica puede aminorar y controlarse si el personal tiene la formación necesaria. Actuar con rapidez y eficacia ante cualquier imprevisto es fundamental y es así, para todos los miembros de los equipos quirúrgicos médicos, enfermeras, auxiliares, y también en este caso para los celadores.

La correcta movilización y colocación del paciente desde la preanestesia hasta la reanimación es fundamental para alcanzar buenos resultados quirúrgicos.

6 Bibliografía

- R. Arias, Ramírez, M. A. Jiménez Romero e J. M. Actuación del celador en Quirofano: procedimientos.
- Fernando Iglesias Ramos. El celador en el área quirúrgica; 2013
- Ania Palacio, José Manuel. Actuación celador en ele área de Quirofano. Editorial Mad, S.L. Sevilla, 2011

Capítulo 1085

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LA SALUD EN EL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

PILAR DE LA TORRE GONZALEZ

JORGE MARCOS RODRÍGUEZ

RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ

LAURA LÓPEZ SAMPEDRO

NURIA NOGALES URDIALES

1 Introducción

Los servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC), forman una estructura de apoyo en los hospitales. Este servicio ha aparecido y ha ido evolucionando por las necesidades que surgen y demandan los equipos de dirección, los profesionales de estos servicios, las necesidades que en particular surgen según el perfil de cada centro hospitalario y por las nuevas exigencias de gestión que se incorporan en los últimos años.

Este servicio lo integra tanto personal sanitario como no sanitario: médicos, enfermería, grupo técnico y de gestión, administrativos y subalterno. Todos desempeñan sus funciones integrados en un mismo equipo de trabajo con una única de-

pendencia funcional del coordinador del Servicio de Admisión y Documentación Clínica. El auxiliar administrativo, es el encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los distintos centros sanitarios, del mismo modo también es el responsable de manejar la documentación clínica de los mismo.

2 Objetivos

Definir las funciones que el auxiliar administrativo de la salud ha de desempeñar para desarrollar un trabajo adecuado dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como: Scielo, Medline, PubMed, Dialnet y Google Academy, introduciendo los descriptores: “funciones” “Servicio de Admisión y Documentación Clínica” “auxiliar administrativo”. También se han consultado guías clínicas relacionadas con la materia a estudio. Tras llevar a cabo la búsqueda, se han seleccionado los artículos que más se ajustaban a la información y descripciones establecidas.

4 Resultados

Para dar respuesta a una creciente demanda especializada, a la mayor complejidad de los procesos asistenciales y a la importancia de gestionar un sistema de información fiable, suficiente y homogéneo, se legisla y se crea el R.D. 866/2001 de 20 de julio, por el que se establece en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del INSALUD, la categoría de médico de admisión y documentación clínica.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica, se encargada de gestionar en el entorno de la Atención Primaria y Especializada de su área de salud, la coordinación, priorización y ordenación de las actividades que se producen en torno a la asistencia médica para procurar la eficiencia en la utilización de recursos y la coordinación de la organización con el paciente y su proceso asistencial, de esta forma se garantiza el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Por otra parte es necesario disponer, de sistemas de información fiables, suficientes y homogéneos, que hagan posibles los procesos de gestión, que permitan establecer indicadores de rendimiento y utilización y de igual forma los controles de demanda asistencial, permitiendo garantizar la protección de datos y el derecho a la intimidad de los usuarios. Las funciones de este servicio son variadas, se articulan en torno a dos ejes:

- Gestión de Pacientes
- Gestión de la Documentación Clínica

Como resultado de ambas áreas y el producto de ambas gestiones (pacientes y documentación) se configura el sistema de Información Asistencial. La participación del auxiliar administrativo dentro de este servicio, también es variada, sus funciones se orientan principalmente hacia la coordinación de acciones y recursos, respecto a la asistencia al paciente y también tiene una función de agilización y mejora de las tareas asistenciales. Sus funciones en las diferentes áreas básicas de atención se clasifican:

- Gestión de procesos administrativos de acceso y movilidad asistencial de pacientes para garantizar y facilitar una ágil accesibilidad.
- Evaluación y organización del proceso asistencial, procurando la coordinación de la organización sanitaria frente al paciente y gestionando una eficiente y adecuada utilización de los recursos.
- Recopilación de datos, que ofrezcan al centro sanitario información sobre la demanda que tiene y la actividad asistencial realizada.

Dentro de la Gestión de Paciente tenemos:

• HOSPITALIZACIÓN

La función del auxiliar administrativo es gestionar los ingresos, traslados y altas en el área hospitalaria y también coordinar la actividad de las unidades asistenciales.

• ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

El auxiliar administrativo es responsable de mantener actualizado y centralizar el registro de pacientes que estén a la espera de un procedimiento quirúrgico no urgente, y proporcionar el soporte organizativo e informativo a los distintos servicios para favorecer que el proceso asistencial del paciente sea más ágil, así como una utilización adecuada y eficiente de los recursos de dicha área.

• ATENCIÓN AMBULATORIA

El auxiliar administrativo regula y programa el acceso a la atención sanitaria am-

bulatoria, tanto en el hospital como en centros de especialidades dependientes de él. También se encarga de la gestión de pacientes en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnósticos terapéuticos que requieran programación previa.

- URGENCIAS

La función del auxiliar administrativo, también es dar apoyo organizativo a la demanda de atención en el servicio de urgencias del hospital, facilitando el soporte organizativo e informativo necesario para garantizar una asistencia a los pacientes adecuada.

- DERIVACIONES INTRACENTROS

El auxiliar administrativo debe coordinar las solicitudes de asistencia urgente y programada entre los centros y valorar que estas se adecuen a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento, proporciona el soporte organizativo e informativo necesario para mantener la cohesión de la organización sanitaria frente al paciente.

Por otra parte el otro eje, la Gestión de la Documentación Clínica, en este aspecto la responsabilidad del auxiliar administrativo es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, con independencia del centro sanitario en el que sea atendido. Desempeña tareas que van dirigidas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, conservar, custodiar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los distintos procesos asistenciales y a través de una serie de procesos de análisis documental, recuperar y difundir la información clínica solicitada por los distintos usuarios.

- GESTIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

El auxiliar administrativo del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, se encarga de organizar toda la información clínica en una historia clínica única del paciente y facilita su utilización por los usuarios definidos por el centro.

- ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

El auxiliar administrativo de la salud que forma parte del SADC, es responsable de la custodia y conservación de las historias clínicas que se confeccionan en el hospital. Este servicio es responsable de la autorización y ejecución de los movimientos y préstamos de la documentación clínica y mantiene actualizada su localización, garantizando la disponibilidad y su confidencialidad.

- CODIFICACIÓN

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica se encarga de obtener y difundir a los usuarios internos y externos la información solicitada de los datos

clínicos que deriven de la asistencia al paciente, con referencia a la información de la patología atendida y los procedimientos realizados, el auxiliar administrativo de la salud es el encargado del tratamiento de la información clínica.

El Servicio de Administración y Documentación Clínica, puede y debe ser evaluado en función de los productos que obtiene y en función de su capacidad y rendimiento. La evaluación se mantiene a través de indicadores de actividad y de calidad, que incluyen también los servicios clínicos, esto crea un ámbito de gestión compartida entre el SADC y las unidades asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

Los procedimientos de gestión de pacientes, se han ido adaptando para dar respuesta a nuevas formas de asistencia y se ha integrado la información en los sistemas de información clínica existentes que permiten la cohesión de la organización sanitaria frente al paciente y garantiza su acceso a las prestaciones sanitarias que ofrece el Sistema Nacional de Salud.

Los médicos del SADC dicen que “La información se conceptúa como un acto más del proceso asistencial”. Hay que seguir trabajando, buscando mejorar en aspectos como:

- La tendencia a la descentralización de la gestión: adaptando los procesos de gestión de pacientes, totalmente centralizados y confeccionando un sistema de información que resuelva las demandas de estas unidades de gestión en la toma de decisiones.
- Facilitar la gestión entorno al paciente: coordinando todas las acciones y recursos centrados en el paciente, así como integrar toda la información generada en los sucesivos procesos asistenciales del mismo.
- Desarrollo de la historia clínica informatizada: que incluya toda la información clínica que favorezca una mayor integración de esta y que facilite el acceso y disponibilidad de la misma con independencia del momento y lugar en el que se precise.

Por lo que teniendo en cuenta, la función que desempeña el auxiliar administrativo de la salud, dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, se hace conveniente la creación de una guía o catálogo de actividades que comprende una relación exhaustiva, ordenada, consensuada y normalizada de las actividades del SADC. Los catálogos se refieren a las actividades dirigidas tanto a externos (pacientes) como internos (profesionales, servicios centrales, etc.). La información recogida en este catálogo, proporcionará las pautas para la formación

y distribución de los recursos humanos de forma óptima. Su aplicación facilitará la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional.

6 Bibliografía

- Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica, Instituto Nacional de la Salud, Subdirección general de coordinación administrativa. Disponible en: http://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/documentos/guia_sadc_definitiva.pdf
- Funciones del Servicio de Gestión y Documentación Clínica, Gerencia del Área de Salud de Cáceres. <https://www.areasaludcaceres.es>
- Admisión y Gestión de Pacientes en Atención Especializada, M^a Luisa Tamayo Canillas, Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital de Cabueñes (Gijón).
- Admisión y Documentación Clínica, Govern de les Illes Balears, Área de salut de Manorca.
- Servicios de Admisión y Documentación Clínica (M^a Luisa Tamayo Canilla, Ramón Romero Serrano). <https://accessmedicina.mhmedical.com/>.
- Asenjo, M.A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M...& Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública. 73, 417-419.
- López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
- Álvarez, M.T. (2004). Documentación Clínica y Archivo. Ediciones Díaz de Santos.
- Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., Suarez, P., (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles Médicos, 19(2), 4.

Capítulo 1086

LA PRESIÓN ASISTENCIAL, UN MAL DE LA SANIDAD PÚBLICA.

NURIA NOGALES URDIALES

PILAR DE LA TORRE GONZALEZ

JORGE MARCOS RODRÍGUEZ

RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ

LAURA LÓPEZ SAMPEDRO

1 Introducción

La presión asistencial en el ámbito de la atención primaria hace referencia al número medio de consultas que los profesionales de este sector deben atender a lo largo de una jornada laboral. Recientemente se ha dado a conocer un informe de la Asociación FACUA- Consumidores en Acción en la que se revela que el 35% de los encuestados debe esperar una semana para conseguir cita en atención primaria.

La presión asistencial repercute no solo en la calidad de la Sanidad, sino en la satisfacción de los propios profesionales a la hora de desempeñar su trabajo. Sometidos a jornadas maratonianas, se encuentran con serias dificultades para proporcionar la asistencia y el tiempo adecuado a cada usuario.

2 Objetivos

- Identificar las causas de la gran presión asistencial en atención primaria.

3 Metodología

Revisión Bibliográfica de artículos relacionados con la presión asistencial tanto desde el punto de vista de los usuarios como de los profesionales sanitarios; revistas especializadas en sanidad y estudios sobre el desgaste profesional debido al exceso de pacientes en las consultas de atención primaria, extraídas de las bases de datos de: Scielo, Dialnet y Google Académico.

Además del análisis del documento consensuado del Ministerio de Sanidad “Propuestas de mejora en los equipos de Atención Primaria”. Se emplearon como descriptores: atención primaria, asistencial, presión, calidad, sanidad. Se incluyeron sólo aquellos documentos publicados en castellano y se excluyeron aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

La falta de recursos en la Sanidad Pública debido a los recortes económicos sufridos de forma continuada en los últimos años es el origen del problema de la presión asistencial. El Servicio Madrileño de Salud a través de su Observatorio de resultados nos muestra que la presión asistencial en Medicina de Familia es de 33,78 en 2018. Esto significa que los profesionales reciben una media de 33,78 pacientes a diario. A esto se unen los resultados del informe de FACUA- Consumidores en Acción, que se daba a conocer en diciembre de 2019, en el que se detalla que cerca del 35% de los encuestados afirman que deben esperar al menos una semana para concertar cita con el médico de familia. Cabe destacar el hecho de que Cataluña es la Comunidad Autónoma donde más deben esperar los pacientes debido a ser la región que más recortes hizo en gasto social durante la crisis económica. Hecho denunciado por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales.

Una de las principales reclamaciones de los especialistas en Medicina familiar es que se aumente en 10 minutos el tiempo medio por paciente en consulta. En la actualidad es de 4 o 5 minutos. La Organización Médica Colegial (OMC) indica que el problema radica en que más del 40% de los Médicos tienen cupos que superan los 1.500 pacientes. Si a ello se le une alguna circunstancia, como la baja médica

de un compañero o una epidemia gripal, el problema de la presión asistencial se agrava.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los artículos de nuestra revisión bibliográfica, podemos concluir que es necesario:

- Reducir el número de pacientes por médico en atención primaria.
- Disminuir el tiempo de espera de los usuarios.
- Aumentar el tiempo de atención.

La manera de conseguir los objetivos pasa por una mayor dotación económica destinada a la mejora de la Atención Primaria. En el año 2001, el Ministerio de Sanidad elaboraba un documento de Consenso, con profesionales del área de medicina familiar, en que se aportaban las claves para avanzar en el problema de la presión asistencial.

Entre las propuestas se encuentra el incremento del tiempo asistencial, la flexibilización de las agendas de citación, la organización interna, la dotación de recursos, el incremento de la capacidad resolutive y las mejoras en los sistemas de información.

A pesar de que algunas de las propuestas sí se han puesto en práctica como la mejora en la tramitación de la prestación farmacéutica, a través de la receta electrónica, para liberar tiempo al médico, hay que continuar en esta línea y hacer hincapié en la dotación económica para que las medidas puedan ser efectivas y eficientes.

Relacionado con la necesidad de una mejora de los recursos económicos se encuentra la de aumentar la plantilla en Atención Primaria. No se trata sólo de disminuir el cupo de pacientes por médico, ya que se ha demostrado que, simultáneamente, se aumenta la frecuencia en que estos acuden al especialista en medicina familiar y no se logra reducir el número de consultas que los profesionales atienden a diario. Está claro que es necesario que los poderes públicos apuesten claramente por la Sanidad Pública para poder atajar el problema de la presión asistencial.

6 Bibliografía

- Artículo: Análisis de la evolución de la presión asistencial en medicina general: <https://www.elsevier.es/>.
- Artículo: Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria: <https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40>.
- Artículo: La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? <https://www.sciencedirect.com/>.
- Artículo: Los médicos exigen aumentar a 10 minutos el tiempo medio por paciente en consulta: <https://www.consalud.es/profesionales/medicina/medicos-exigen-aumentar-10-minutos>
- Artículo: Atención primaria y urgencias: toca esperar: <https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente>.
- Artículo: Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703792774>.
- Sanidad Madrid: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org>.
- Documento del Ministerio de Sanidad y Consumo: Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de Mejora: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0102.pdf>.
- Informe FACUA-Consumidores en Acción: <https://www.facua.org/es/noticia.php?Id=14853>.

Capítulo 1087

DERECHO A LA INTIMIDAD EN LOS HOSPITALES

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

VERONICA MENENDEZ FEITO

ELENA URÍA CUERVO

1 Introducción

Un buen profesional, siempre debe respetar a los demás, y por supuesto su intimidad. Todo profesional sanitario y no sanitario tiene el deber de asegurar el derecho de intimidad de cualquier paciente. Bajo ningún concepto debe de transmitir información a los demás que no sea necesaria para el trabajo diario.

Si el paciente está siendo tratado por un médico, los profesionales tienen que llevar sus historias, trasladar al paciente para realizar determinadas pruebas, las analíticas, por lo que bajo ningún concepto se puede revelar la información de la que disponemos de ellos.

2 Objetivos

- Analizar el principal objetivo del derecho a la intimidad de los pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el derecho a la intimidad.

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

4 Resultados

El objetivo principal, es que toda persona tenga derecho a guardar su intimidad, como así lo tenemos estipulado por ley. Nadie bajo ningún concepto puede arrebatar nos ese derecho, y nosotros como grandes profesionales de la sanidad tenemos que preservar dicho derecho y luchar para que se lleve a cabo. El profesional sanitario a causa de la actividad que tiene en el hospital puede estar informado de cualquier diagnóstico, enfermedad o problema de cualquier paciente, por esto mismo está obligado a proteger la intimidad del paciente, sin revelar la información a ningún familiar, acompañante o resto de personal u otros pacientes.

Cualquier pregunta que se quiera hacer tendrá que ser dirigida a su médico responsable. Además nosotros los profesionales normalmente estamos en contacto directo con mucha información, ya sea, historia clínica, analíticas, sobres, por lo que tenemos que tener mucho cuidado, de que cualquier dato del paciente, no circule en lugar visible a cualquier persona.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos que anteponer siempre el respeto a la intimidad y a la confidencialidad de datos ante todo y por encima de todo, cualquier dato que se revele puede tener consecuencias muy graves. Cualquier persona que acuda a un hospital a una revisión, una consulta, una prueba, una analítica o unos resultados, nadie debe saber la información relativa a su enfermedad o a su vida personal, salvo el personal necesario para su atención. El paciente tiene derecho a su Intimidad, y por lo tanto debe estar castigado y penado por la ley la revelación de cualquier secreto.

6 Bibliografía

- Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica.
- Ley 8/2003, de 8 abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Capítulo 1088

VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL AMBITO SANITARIO

ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS

1 Introducción

La violencia, en sus diferentes formas de presentación, es un fenómeno desafortunadamente cada vez más frecuente en el ámbito sanitario. Aunque su constatación en varios grupos y especies de seres vivos es muy antigua, en los últimos años, su presencia en los humanos ha sido de tal magnitud que se han cobrado varias víctimas y ha sido objeto de noticias preferentes en portadas de medios de comunicación. Es verdad, que la existencia de rencillas, envidias y malas relaciones personales tienen mucho protagonismo y, empiezan a considerarse como un riesgo laboral, las estrategias de persecución y hostigamiento al trabajador para hacerle la vida imposible.

Además, la fuerte competitividad existente en el mundo laboral repercute en el clima laboral. De entre los riesgos que producen las actuales fórmulas de organización del trabajo y de los que la negociación colectiva deberá ocuparse a corto plazo si no quiere perder el tren de la realidad, cobra un especial relieve en nuestros días el denominado acoso moral en el trabajo, y que, según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), afecta en la actualidad a cerca de 13 millones de trabajadores.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Describir el acoso laboral psicológico y sus distintos tipos

Objetivos específicos.

- Analizar repercusiones a nivel físico y emocional de las personas que sufren acoso.
- Realizar un repaso a las distintas estrategias comportamentales que conllevan situación de acoso.

3 Metodología

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

4 Resultados

El acoso laboral o mobbing (del inglés “asediar”, “acosar”, “acorrallar en grupo”) es tanto la acción de un hostigador o varios hostigadores conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador afectado hacia su trabajo, como el efecto o la enfermedad que produce en el trabajador. Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles dentro o fuera del trabajo por parte de grupos sociales externos, de sus compañeros (“acoso horizontal”, entre iguales), de sus subordinados (en sentido vertical descendente, también llamado ”bossing”, del inglés boss, jefe). Dicha violencia psicológica se produce de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, a lo largo de semanas, meses e incluso años, y al mismo tiempo, en ocasiones, se añaden “accidentes fortuitos” y hasta agresiones físicas, en los casos más graves. Una situación de acoso muy prolongada en el tiempo, además de enfermedades o problemas psicológicos, puede desembocar, en situaciones extremas, en el suicidio de la víctima.

En 2019 se empezó a utilizar el término “bullying laboral extremo” o “Turying” por el caso de hostigamiento continuo que desencadenó el suicidio del trabajador. A. Turyn en una empresa constructora. Lo que se pretende en último término con este hostigamiento, intimidación o perturbación (o normalmente la conjugación

de todas ellas) es el abandono del trabajo por parte de la víctima o víctimas, la cual es considerada por sus agresores como una molestia o amenaza para sus intereses personales (necesidad de extorsión, ambición de poder, de riquezas, posición social, mantenimiento del statu quo, etc.)

Por otro lado, el acoso laboral (mobbing) es una realidad cada vez más estudiada y reconocida. Sin embargo, aún puede ser difícil identificar el mobbing allí donde se da, especialmente teniendo en cuenta que esta forma de acoso no siempre presenta las mismas características. Los diferentes tipos de mobbing hacen que, en ocasiones, este fenómeno quede camuflado o incluso interpretado como algo que entra dentro de la normalidad. A fin de cuentas, allí donde se produce esta forma de acoso hay intereses en que lo que ocurra no pueda ser utilizado ante un juez, y esto hace que en cada tipo de entorno de trabajo estos ataques se adapten a las circunstancias. Podemos diferenciar, así mismo, distintos tipos de mobbing:

- Acoso laboral según la posición jerárquica: dependiendo de la posición jerárquica, el mobbing puede ser: mobbing horizontal: este tipo de mobbing se caracteriza porque el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. Es decir, que suele darse entre compañeros de trabajo, y las repercusiones a nivel de psicológico para la víctima pueden ser devastadoras. Las causas de este tipo de acoso laboral pueden ser muchas y variadas, aunque las más comunes son: para forzar a un trabajador a conformarse con determinadas normas, por enemistad, para atacar al más débil, por las diferencias con la víctima, o por falta de trabajo y el aburrimiento; mobbing vertical: recibe este nombre porque o bien el acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta. Por tanto, existen dos clases de mobbing vertical: el ascendente que ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados y el descendente o bossing que ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso psicológico por parte de uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa. Puede llevarse a cabo como estrategia empresarial para conseguir que el trabajador acosado abandone la empresa.

- Acoso laboral según el objetivo: en función de los objetivos que el hostigador pretenda conseguir con el mobbing, este puede clasificarse de la siguiente manera: mobbing estratégico: este es un tipo de acoso descendente o “institucional”. Se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, y el objetivo suele ser que el acosado rescinda su contrato de forma voluntaria. De esta manera, la empresa no tiene que pagarle la indemnización que le correspondería por despido improcedente; mobbing de dirección o gestión: este tipo de mobbing es llevado a cabo por la dirección de la organización, generalmente

por varios motivos: para prescindir de un trabajador poco sumiso, para llegar a situaciones de esclavismo laboral o para acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas del jefe (por ejemplo, por estar demasiado capacitado o para dejarle en evidencia). Además, este tipo de acoso laboral puede realizarse para maximizar la productividad de la empresa a través del miedo, empleando amenazas reiteradas de despido en caso de no cumplir los objetivos laborales; mobbing perverso hace referencia a un tipo de mobbing que no tiene un objetivo laboral, sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador. Es un tipo de mobbing muy perjudicial porque las causas que producen el acoso no pueden solucionarse implantando otras dinámicas de trabajo mientras la persona que acosa siga en la organización o no sea reeducada; mobbing disciplinario: este tipo de mobbing se emplea para que la persona acosada entienda que debe “entrar en el molde”, porque si no lo hace será castigada. Pero con este tipo de acoso no solo se infunde miedo en las víctimas, sino que también advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles de actuar así, creando un clima laboral en el que nadie se atreve a llevar la contraria al superior. También se emplea en contra de esas personas que tienen muchas bajas laborales, mujeres embarazadas, y todos aquellos que denuncia el fraude de la institución (por ejemplo, el contable que presencia sobornos por parte de la empresa).

Por otro lado, el acoso laboral puede generar situaciones de violencia psicológica extrema y ocasionar daños importantes a la persona que lo sufre, afectando a todos los ámbitos de su vida. La exposición a conductas violentas concluye habitualmente en sintomatología asimilable a la derivada de las situaciones de estrés por la sensación de no poder hacer frente a las mismas. Cuando una persona se encuentra bajo una tensión importante, el cuerpo se prepara para luchar o huir, y se producen una serie de cambios hormonales que se traducirán en alteraciones, que se pueden presentar durante e incluso, una vez finalizada la situación de acoso. La víctima puede vivir alguna o varias de estas formas de estrés:

- Agudo, durante los momentos en los que se produce.
- Crónico, como consecuencia de la prolongación en el tiempo.
- Postraumático, ante determinados casos en los que la violencia se vive de forma intensa.

Asimismo, pueden darse diferentes daños que afecten a la salud física y psíquica:

- Cardiovasculares: taquicardia, sudoración, arritmia...
- Gastrointestinales: diarrea, estreñimiento, gastritis, etc.
- Musculares: contracturas y mialgias principalmente.

- Alteraciones en el pensamiento, atención, memoria...
- Problemas de gestión emocional (fundamentalmente miedo, disminución de la autoestima con sentimientos de ineficacia, culpa, etc.).
- Cambios en el comportamiento: adicciones, conductas de evitación, tendencia a conductas de riesgo (alcoholismo, drogadicción, etc.)
- El desempeño laboral: debido a las alteraciones enumeradas, el resultado del trabajo se ve afectado de manera que las tareas se llevan a cabo con mayor lentitud, se cometen más errores, y por otro lado, se bloquea la comunicación con los demás, dificultando el trabajo en equipo y las posibilidades de recibir apoyo o ayuda.
- La esfera socio-familiar: los efectos repercuten incluso en el entorno familiar del afectado, puesto que la capacidad de relación de las víctimas es menor debido a su estado psicoemocional y físico. Como consecuencia, las personas que sufren acoso tienden a evitar las relaciones dentro y fuera del trabajo, y son proclives al aislamiento y retraimiento social.
- La empleabilidad: entendida como la capacidad de la persona para aportar valores diferenciales y optar a otros empleos. El estado físico y psicoemocional de la víctima de acoso dificulta que esta pueda competir por un puesto de trabajo, frente a otras personas que no hayan sufrido este tipo de situaciones traumáticas. Además, tras padecer largos periodos de acoso laboral, se encontrarán desactualizadas y desvinculadas de las tareas habituales para el desarrollo de su profesión.

Además, las consecuencias de vivir una situación de acoso son graves para las personas y las empresas. Por ello, es necesaria la determinación de medidas para la creación de entornos de trabajo que impidan su aparición. Las empresas deben establecer acciones que minimicen este tipo de situaciones, facilitando y promoviendo que las relaciones entre las personas sean cordiales y siendo recomendable poner a su disposición un sistema de resolución de conflictos que detecte y solvante las tensiones que se puedan generar. En el ámbito de la organización, la desconfianza, la intolerancia a los errores y las deficiencias en los sistemas de valoración y desarrollo profesional pueden ocasionar conflictos. Asimismo, no disponer de canales de comunicación ágiles y con garantías de confidencialidad impedirá poner de manifiesto estas situaciones antes de que deriven en acoso.

En el ámbito individual, cada persona tiene al alcance de su mano desarrollar habilidades para enfrentarse a situaciones conflictivas y que se resuelvan de la mejor manera posible. Estas apelan al sentido común y se centran en unos valores basados en la cultura del respeto: cuando nos comportamos de acuerdo a estos principios, los grupos de trabajo (y cada uno de sus integrantes) se hacen

más fuertes y menos vulnerables a la violencia de las conductas referidas en el apartado anterior.

Por último, si cada uno hace su parte, las relaciones mejorarán. Sin duda, este tipo de comportamientos basados en el respeto se pueden llevar al ámbito privado y tendrán también un impacto positivo en la vida personal: pareja, familia, amistades... Algunos de los comportamientos tóxicos se enumeran a continuación:

- Ridiculizar y no decir nada a la cara.
- Incapacidad de elogiar el trabajo de otros.
- Nunca ofrecer ayuda.
- No aclarar los malentendidos y elegir no hablar.
- Manifestar rencor y desconfiar de todos.
- Exigir lo que no se está dispuesto a dar: educación y respeto.
- Necesidad de hablar de otros para dar explicaciones del propio comportamiento.
- Transmitir rumores.
- Trivializar y reírse de todo lo anterior.

En contraposición con los comportamientos tóxicos descritos, se detallan algunas pautas personales para ayudar a la creación de ambientes “psicosocialmente saludables”:

- Hablar en positivo y no participar de críticas no constructivas e injustificadas o a destiempo.
- Destacar lo positivo del trabajo de otros e intentar completar los planteamientos de los demás.
- Ofrecer ayuda cuando se observe alguna dificultad. El mero ofrecimiento ya es un apoyo.
- Anteponer la confianza en todo momento. Todas las personas son dignas de ella, al menos, tanto como uno mismo.
- Respetar los aspectos personales de los compañeros y más si se encuentran ausentes. La mejor forma de que a una persona no le lleguen algunos comentarios, es no hacerlos.
- La educación y el respeto son innegociables en todos los ámbitos de la vida. No observarlos en los demás, jamás justificará que uno mismo no los practique.
- Argumentar los propios actos por decisiones tomadas sin entrar en lo que hacen otros, ya que éstos responderán por sí mismos. En caso contrario, se fomentará que las personas justifiquen sus acciones por comportamientos ajenos.
- Hacer aportaciones siempre que se pueda. El sentimiento de equipo se verá reforzado y los problemas serán algo más resolubles.

- Utilizar los tiempos libres o paradas para desconectar. Durante los desayunos y las comidas evitar hablar de trabajo y sobre todo, de sus aspectos negativos, ya que esto generará fatiga a través del mal humor y el día a día se hará más difícil, y la jornada más larga.

Practicar esto siempre que se pueda y no perder el control sobre el propio comportamiento permite construir entre todos, mejores sitios dónde trabajar.

5 Discusión-Conclusión

El acoso es un riesgo laboral que llega a través de un proceso determinado con ciertas fases y aunque corresponde a las empresas crear buenos ambientes de trabajo, depende de cada uno que esto sea posible. No se ha de obviar que, en ocasiones, se puede ser origen o parte del problema con comportamientos tóxicos basados en la falta de respeto. En cualquier caso, siempre se deberá ser parte de la solución. Para ello recuerda:

- Haz tu parte, sé objetivo, respetuoso y ofrece tu ayuda.
- Si lo ves o lo sufres, no evites tratar el tema. Comunícalo y pide apoyo.
- No “compres” los mensajes de la persona acosadora; la violencia nunca está justificada.
- En lo personal no alteres tu día a día. Aliméntate bien, practica actividad física y respeta tus horas de sueño.
- Cuídate tanto física como psicológicamente.

6 Bibliografía

- Piñuel, I.(2003). Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed. Punto de lectura. Madrid.
- Citado en: Arribas M. Acoso moral, un tema preocupante. Boletín Colegio Psicólogos de Cataluña.
- Acoso laboral.-Canal de Prevención FREMAP.

Capítulo 1089

CELADOR ANTE LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

FERNANDO CARBALLO COYA

1 Introducción

Colocar a un paciente en una postura adecuada que asegure una correcta alineación corporal es importante para garantizar su salud y su bienestar. Pero no es suficiente ya que sabemos que la presión excesiva, continua y prolongada sobre la piel, produce isquemia de los tejidos, provocando la aparición de úlceras por presión.

Este hecho hace necesaria la movilización cada pocas horas de aquellos pacientes cuyas circunstancias les impiden moverse o moverse por si mismos. Aquí juega un papel muy importante el celador, el cual sabrá distinguir dos tipos de movilización en función de las posibilidades del paciente:

- Movilización activa o asistida: Es aquella en la que el paciente colabora con mayor o menor grado, aunque su esfuerzo resulta insuficiente y necesita ayuda adicional externa.
- Movilización pasiva: Es aquella en la que el paciente no colabora porque está limitado o incapacitado para ello (por parálisis, coma, anestesia, etc.).

En este capítulo vamos a centrarnos en la movilización de un paciente encamado. Colocar a un paciente en una postura adecuada que asegure una correcta alineación corporal

2 Objetivos

- Conocer las diferentes técnicas que debe conocer un celador a la hora de realizar la movilización de los pacientes, así como los objetivos de éstas.

3 Metodología

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

4 Resultados

Antes de movilizar a un paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y saber si puede colaborar o no. En función de ello determinaremos la forma más adecuada de llevar a cabo la movilización.

- Actuación ante un paciente que no colabora: serán necesarios como mínimo dos celadores actuarán de la siguiente forma:

. Poner la cabeza de la cama en posición plana o en la que el paciente pueda tolerar.

. Un celador se colocará al lado derecho de la cama frente al enfermo y el otro al lado izquierdo.

. Los pies del celador estarán separados y las rodillas ligeramente flexionadas.

. Se retira la almohada del paciente.

. Cada celador introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro brazo por debajo del muslo.

. Finalmente, se sujeta al paciente y se va levantando con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.

- Actuación ante un paciente que colabora: Será necesario sólo un celador que actuará de la siguiente manera:

. Debe colocarse al lado de la cama del paciente y a la altura de su cadera.

. Se le indicará al paciente que se agarre a la cabecera de la cama que flexione sus rodillas apoyando en la superficie de la cama las plantas de los pies.

. El celador colocará sus brazos por debajo de las caderas del paciente.

- . Se le pedirá al paciente que haga fuerza con los pies y las manos intentando levantarse.
- . Al mismo tiempo el celador debe ayudarlo a subir hacia la cabecera de la cama.
- Movilización del paciente con ayuda de una sábana: Se necesitan dos celadores.
- . En primer lugar, se coloca una sábana entremetida debajo del paciente, desde sus hombros hasta sus muslos.
- . Cada celador debe enrollar la sábana por su lado hasta que quede lo más cerca posible del cuerpo del paciente y sujetarla con firmeza. Así los celadores pueden desplazar el cuerpo del paciente hacia cualquier lado de la cama.

5 Discusión-Conclusión

El celador juega un papel fundamental en el cumplimiento de los objetivos de la movilización del paciente que son:

- Prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Prevenir contracturas musculares.
- Conservar el tono muscular y la correcta alineación corporal.
- Ayudar al paciente a realizar las actividades que no puede realizar solo, con el mínimo esfuerzo y tensión tanto para él como para nosotros.
- Estimular la autonomía del paciente.

Para realizar la correcta movilización de un paciente debemos tener en cuenta las siguientes normas:

- Primero se debe explicar al paciente lo que se le va a hacer y pedirle su colaboración en la medida de lo posible.
- Se debe retirar parte de la ropa de la cama, dejando cuando sea posible, la sábana encimera para proteger la intimidad del paciente.
- Proteger todos los drenajes, sondas y demás dispositivos que pueda tener instalados el paciente, para evitar su desplazamiento durante la movilización
- Movilizar al paciente con movimientos uniformes, constantes y evitando sacudidas.

Por todo ello, se puede concluir en que el celador es fundamental en el manejo del paciente y que su formación debe ser exhaustiva para evitar daños propios y en el paciente, ofreciendo un cuidado sanitario de calidad.

6 Bibliografía

- Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., Luttmann, A., & DOLLY Group. (2010, May). Lumbar-load quantification and overload-risk prevention for manual patient handling: the Dortmund approach. In Proceedings of the 8th International Conference on Occupational Risk Prevention, Creating Value through Risk Prevention Management 5e7 May, Valencia, Spain.
- Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
- Gayubo Bartolomé, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1090

ACCIONES ÉTICAS DEL ADMINISTRATIVO PARA FAVORECER LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES

MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO

SERVANDO GARCIA FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO

JULIA RODRIGO SORDO

1 Introducción

La intimidad es cada vez más un bien socialmente valorado en las sociedades desarrolladas. Eso ha motivado su reconocimiento como derecho fundamental, especialmente, a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En el caso del ordenamiento jurídico español, a raíz del art. 18 de la Constitución. La obligación de respetar la intimidad de las personas hace referencia a dos aspectos diferenciados:

- Evitar las intromisiones innecesarias en la vida privada de las personas.
- Intervenir en la vida privada de las personas protegiendo y respetando su dignidad. Evitando en lo posible generar situaciones de humillación y lesión emocional.

2 Objetivos

- Analizar las diferentes leyes o decretos en torno al derecho a la intimidad personal y familiar.
- Profundizar en los conceptos de respeto y protección de la intimidad.
- Enumerar las acciones éticas que el administrativo debe llevar a cabo para favorecer la intimidad de los pacientes.

3 Metodología

La búsqueda de información se ha realizado mediante los buscadores google y google académico; siendo los términos usados en la búsqueda los siguientes: “Intimidad del paciente”, “derecho a la intimidad”, “información y documentación clínica”, “funciones del auxiliar administrativo de los servicios sanitarios”. Palabras clave: intimidad, confidencialidad, paciente, auxiliar administrativo y sanidad.

Criterios de inclusión: Libros, publicaciones, artículos y leyes o decretos aprobados hasta el año 2019. Criterios de exclusión: Documentos publicados en idiomas distintos al español.

4 Resultados

Marco jurídico

- Se reconoce y positiva el derecho a la intimidad personal y familiar en la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, en su art. 12.
- Se consolida en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 1950, art. 8.1.
- La Constitución Española (1978), garantiza el derecho a la intimidad en sus artículos: art. 10.1, art. 10.2, art. 18 y art. 20.4; y lo incluye entre los que tienen un amparo especial.
- La Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, tiene por objetivo proteger estos derechos de las intromisiones ilegítimas.
- La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, tiene como objeto la garantía y la protección del tratamiento de los datos personales en relación con los derechos fundamentales de las personas, especialmente, con el honor y con la intimidad personal y familiar.

- Ley 41/2002, sobre derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- El Código Penal (1995), penaliza, y castiga con pena de prisión, a los profesionales que incumplan el deber de confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

El respeto a la intimidad implica una actitud determinada que se concreta en el reconocimiento de la otra persona como un ser valioso y poseedora de una vida privada propia. Para desarrollar el respeto en una relación profesional de ayuda es fundamental el logro de una relación de confianza, así como la búsqueda y protección del bienestar físico y emocional de la persona proporcionando un trato adecuado.

La protección de la intimidad es un deber profesional y de las organizaciones de hacer efectivo el derecho a la intimidad de todas las personas usuarias con independencia de su estado y capacidad. Incluye el reconocimiento del derecho, así como el establecimiento de las medidas y acciones encaminadas a garantizar su ejercicio y a prevenir situaciones que lo pongan en riesgo, contemplando la necesaria equidad en cuanto a su protección en cada contexto de atención.

El administrativo para garantizar un buen servicio en el desempeño de sus funciones, debe de llevar a cabo una serie de acciones éticas que contribuyan a favorecer la intimidad del paciente y por tanto su comodidad ante las situaciones que se pueden plantear en el entorno sanitario. Por ello, en su responsabilidad recae el ejecutar las atenciones necesarias que favorezcan un correcto bienestar moral que haga que el usuario se sienta a gusto y respetado.

Entre dichas acciones se distinguen las siguientes:

- Ofrecer un trato cálido y respetuoso. La calidez no implica necesariamente el afecto. Tiene que ver con la cercanía, la escucha, el interés y el respeto por la persona y su intimidad, teniendo en cuenta sus características, preferencias y valores.
- Datos personales de los pacientes no visibles.
- Confidencialidad: El secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente. Incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado.
- Llamar a la puerta antes de entrar.
- Comunicación personalizada: Llamar al paciente por su nombre, ofrecer un

trato personalizado que evite los estereotipos profesionales en los que la persona usuaria deba asumir una condición de sometimiento o dependencia, evitar los sistemas de identificación mediante números o similares (de forma que siempre esté presente el nombre de la persona).

- Cuidar el lenguaje verbal y no verbal procurando que sea respetuoso y cálido y siempre adaptado a cada persona.
- Transmitir información al usuario, pacientes, familiares; siempre y cuando esta información no se refiera a datos de diagnósticos, exploraciones, pruebas o tratamientos que se le estén realizando al paciente. La ubicación de los Servicios y Unidades del Centro, el horario, la información sobre las horas de visita y consulta para la información médica. Citaciones, ...

6 Bibliografía

- Varios autores/as (2016). Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales. Serie Ética y Servicios Sociales, nº 2. Oviedo: Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias.
- Martínez de Pisón, José. El derecho a la intimidad: de la configuración inicial a los últimos desarrollos en la jurisprudencia constitucional. Universidad de la Rioja. Octubre 2015.
- López Díaz, E., El derecho al honor y el derecho a la intimidad, Madrid, Dykinson, 1996, 314 pp.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. «BOE» núm. 274, de 15/11/2002.
- Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. «BOE» núm. 115, de 14 de mayo de 1982, páginas 12546 a 12548 (3 págs.)
- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978.

Capítulo 1091

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y CAMBIOS POSTURALES REALIZADOS POR EL CELADOR PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS A PRESIÓN EN PACIENTES ENCAMADOS.

SILVIA BENAVIDES DIEZ

VANESA SUAREZ MENDEZ

1 Introducción

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios cuyas funciones están reguladas en el artículo 14.2 del Estatuto de Personal No Sanitario de las Instituciones de la Seguridad Social. Este estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971, publicado en el BOE de 22 de Julio de 1971.

Los celadores deben colaborar con el equipo médico, enfermería y técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), en las tareas que están establecidas dentro de sus funciones.

Es de vital importancia su trabajo, a la hora de realizar los cambios posturales en los pacientes, favoreciendo así su bienestar y previniendo, entre otras posibles complicaciones, las úlceras por presión.

Definimos úlceras por presión: las heridas o lesiones que aparecen en la piel de los pacientes que han estado sometidos durante mucho tiempo a un exceso de presión, como por ejemplo, en el caso de las personas que permanecen tumbadas en la misma postura y sin poder moverse.

Determinados estudios, indican que cuando los pacientes permanecen más de 90 minutos en la misma postura sometiendo al cuerpo a una presión, entre los huesos y el colchón, aparece una úlcera por presión.

2 Objetivos

Identificar cuáles son los cambios posturales que han de realizarse por parte del celador, para prevenir las úlceras a presión en los pacientes encamados.

3 Metodología

Para llevar a cabo ésta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en la base de datos Medline y Pudmed, empleando las palabras “celador” “úlceras” “presión” “postural”. De ésta búsqueda, se localizaron un total de 120 artículos, de los cuales se eligieron los textos en castellano y cuya publicación se realizó entre 2005 y 2019, excluyendo los del resto de idiomas y con fecha de publicación previa a 2005. Con éste filtro, se reducen las búsquedas a 40 artículos. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Para ayudar a prevenir las úlceras por presión es necesario realizar cambios posturales en los pacientes que no tengan movilidad o sea reducida, además, debemos educar a quienes dispongan de dicha movilidad, para que sean ellos mismos quienes cambien de posición, siempre que sea posible, fomentaremos la independencia y autonomía del paciente.

Los cambios posturales consisten en colocar al paciente en una posición determinada durante un período de tiempo.

Seguiremos una rotación programada, alternando éstas 5 posturas, cada dos o tres horas (dos cambios por turno) durante las 24 horas, con el fin de evitar o disminuir la presión prologada.

- Decúbito supino: en posición boca arriba, el paciente estará con los brazos paralelos al cuerpo y un poco separados, las piernas deben permanecer también separadas, evitando que se giren a los lados. Colocaremos un cojín o almohada debajo de cada extremidad, dejando libres los tobillos y los talones.

- Decúbito lateral derecho y decúbito lateral izquierdo: quitaremos todas las almohadas, excepto la que se encuentra debajo de la cabeza, flexionaremos el brazo y la pierna contrarios al sentido del giro, es decir, si giramos hacia la derecha, flexionaremos el brazo y la pierna izquierda, quedando el resto de extremidades estiradas y separando un poco del cuerpo. Nos colocamos en el mismo lado de la cama donde vamos a girar al enfermo, colocamos una mano en el hombro y la otra en la rodilla flexionada, apoyamos nuestra pierna sobre la cama para repartir el peso y lo giramos hacia nosotros. Colocamos nuevamente las almohadas en la espalda del paciente, permitiendo así su descanso y las otras desde la rodilla hasta los tobillos para protegerlos.

- Sedestación: es la posición en la que tendremos sentado al paciente, para ello, lo colocaremos en una de las orillas de la cama, acercando allí la silla. Pondremos una de nuestras manos sobre su hombro y la otra mano sobre la rodilla más lejana e iniciamos el desplazamiento. Debemos tener siempre las piernas flexionadas para evitar lesiones y bloquear las suyas con las nuestras, ahora procedemos a traerlo hacia nosotros estabilizándolo para que apoye los pies en el suelo, levantamos y giramos hacia la silla, sentándolo sobre una almohada.

- Decúbito prono: posición boca abajo, no recomendada para todos los pacientes, dependerá de su patología y condición clínica ya que es una postura que oprime los pulmones y cuesta respirar. Debemos colocar una almohada bajo la pelvis, los brazos podemos colocarlos estirados a lo largo del cuerpo y con las palmas de las manos mirando hacia el techo o bien con los codos flexionados en cruz y las palmas de las manos sobre la almohada de la cabeza. Las piernas deben permanecer estiradas y colocaremos otra almohada en los tobillos para favorecer el ángulo recto.

En cada cambio de posición, evitaremos siempre el arrastre y el contacto de los huesos entre sí. Nos ayudaremos de almohadas para proteger los diferentes puntos del cuerpo donde pueden aparecer las úlceras por presión. No es recomendable tener a una persona en posición sedestación más de una hora. Siempre le indicaremos al paciente que movimientos vamos a realizar y le informaremos al respecto.

5 Discusión-Conclusión

Con ésta revisión bibliográfica, hemos descubierto cuales son los cambios posturales más frecuentes que pueden realizarse para prevenir las úlceras a presión, aunque sería necesario acompañarlos de otro tipo de cuidados, en los que ya intervendría el personal sanitario.

Destacamos que para poder efectuar todos éstos cambios y con la rotación recomendada, sería necesario contratar un mayor número de celadores en los centros sanitarios y establecer una serie de protocolos para cumplirlos obligatoriamente.

6 Bibliografía

Capítulo 1092

LA ASEPSIA EN LOS HOSPITALES E INSTITUCIONES SANITARIAS

PABLO NIETO PEREZ

1 Introducción

La asepsia se refiere a la higienización de superficies, con el fin de reducir los microorganismos presentes, de tal manera que se pueda incidir en la disminución del desarrollo de infecciones, tanto las originadas por las propias bacterias residentes en la piel del paciente como los microorganismos que pueden ser transportados por personas en contacto con el paciente.

La palabra asepsia es de origen griego; significa ausencia o falta de materia séptica, es decir, de alguna bacteria o microbio que pueda causar infección. Para conseguir la situación de asepsia y garantizar la ausencia de materia séptica, se realiza mediante determinadas técnicas, como pueden ser: el lavado de manos, la utilización de guantes, la limpieza del instrumental, la esterilización o la desinfección.

2 Objetivos

Determinar los posibles cauces que nos permita conseguir el nivel máximo de asepsia en hospitales y centros asistenciales, ya que el medio ambiente inanimado presente en estas entidades guarda una íntima relación con las infecciones nosocomiales y puede contribuir a casos esporádicos o a brotes de enfermedad en instituciones al proporcionar focos de contagio y transmisión de gérmenes por vehículo común, como podría ser, el compartir un aparato de exploración (ejemplo, un endoscopio) contaminado.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de: Pubmed y Scielo, utilizando como palabras clave “Asepsia” “Limpieza” “Desinfección” “Antisepsia”. Como criterios de inclusión he empleado: textos gratuitos y en castellano; de exclusión: aquellos trabajos anteriores al año 2010. Se ordenaron los artículos por relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Para lograr un estado óptimo de asepsia, el proceso que realizamos es la limpieza, que se define como el proceso de separación, por medios mecánicos y/o físicos, de la suciedad depositada en las superficies inertes que es donde se depositan los microorganismos.

Verdaderamente con la limpieza logramos un estado de asepsia, es decir, libre de microorganismos patógenos y sería también el paso previo a la desinfección y la esterilización.

El hospital, por sí mismo, constituye un medio específico que facilita y favorece la propagación de las infecciones, ya que en él conviven individuos con diferentes patologías y profesionales sanitarios. Por eso es de suma importancia mantener y lograr un nivel alto de asepsia en estos centros para evitar en lo posible la infección tanto de los pacientes como del personal asistencial, aplicando los métodos más idóneos en cada momento.

“Asepsia” es un término que agrupa todos los procesos y las conductas necesarias para llevar a cabo la manipulación médica libre de agentes patógenas. Las herramientas que abarca la asepsia las podemos dividir en las siguientes. o Conductas y políticas o Antisepsia o Desinfección o Esterilización

La asepsia y la antisepsia son un conjunto de procedimientos y protocolos encaminados a la prevención de las infecciones, siendo la higiene de manos la de mayor importancia y considerada como el pilar en la prevención y la contención de las infecciones transmisibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que hay cinco momentos críticos en los que se debe realizar este procedimiento: o Antes de entrar en contacto físico con el paciente o Antes de realizar procedimientos que requieran asepsia o Después de entrar en contacto con fluidos corporales o Después de tocar al paciente o Después de tocar los objetos inmediatos al paciente

Otro punto importante en la asepsia es el correcto manejo de los artículos que entran en contacto con el paciente. De ahí la importancia de mantener la asepsia en hospitales e instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, la asepsia es una parte muy importante de la prevención de enfermedades en los recintos sanitarios, de ahí la importancia de que todo profesional sanitario se forme y conozca todas las medidas a llevar a cabo para prevenir la transmisión de diferentes patologías entre los pacientes y el propio personal sanitario.

6 Bibliografía

- Virginia Arroguin y Juan H Macías. Asepsia uno de los grandes logros del pensamiento. Revista digital universitaria 1 Agosto 2012, vol 13 N°8
- MJ Hernández-Navarrete, JM Celarrio- Pascual, C Lapresta-Moros, V M Solano-Bernard. Fundamentos de antiseptia, desinfección y esterilización. Enferm. Infecc. Microbial Clin. 32 (2014) pp 681-688
- Ana M^a Santiago y Miras. Introducción a la asepsia y a la antiseptia

Capítulo 1093

LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES

PABLO NIETO PEREZ

1 Introducción

Actualmente se conoce como cambio de postura o reposicionamiento al cambio en la posición de sentado o acostado de la persona, con el propósito de aliviar la presión o la redistribución y el aumento de la comodidad realizados a intervalos regulares a pacientes que por sus circunstancias se encuentre en una situación de inmovilidad y no pueda realizarlos por ellos mismos. Tiene como objetivo el alivio de la presión en las prominencias óseas en personas encamadas. La enfermería relaciona los cambios posturales como una de las medidas preventivas ante la aparición de las úlceras por presión (UPP).

2 Objetivos

- Identificar la importancia de realizar periódicamente cambios posturales a pacientes que por sus circunstancias no puedan realizarlos por sí mismos.
- Describir el procedimiento a seguir.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de artículos científicos sobre los cambios posturales. Para ello se ha consultado en diferentes buscadores como Pubmed, Dianlet, Scielo y google académico, utilizando palabras claves como: “cambios posturales” “movilización” o “úlceras por presión”. Como criterios de inclusión he

empleado: textos gratuitos y en castellano; de exclusión: aquellos trabajos anteriores al año 2005. Se ordenaron los artículos por relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

Con los cambios posturales se pretende no solo conseguir la comodidad del paciente, si no prevenir también la posible aparición de úlceras por presión y complicaciones en otras patologías importantes, ya que según estudios pueden ser un factor agravante en neumonías o complicaciones vasculares. Es destacable que la práctica de un cambio postural necesita de un número de profesionales, de protocolos, conciencia y compromiso de equipo como práctica obligatoria en el día a día. Estos cambios se realizan generalmente cada dos horas y los suelen hacer como mínimo entre dos personas; suelen ser por lo general un Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y un celador para ayudar en la movilización del paciente, todo ello bajo las indicaciones del personal de enfermería que valorará el estado del paciente y podrá determinar el nivel de autonomía.

Antes de comenzar con la técnica se debe preparar todo lo necesario, como:

- Sábanas entremetidas.
- Almohadas.
- Guantes para el personal.
- Barandillas.
- Pueden ser necesarios otros elementos (grúas, andadores, sillas de ruedas).

Los cambios más comunes son de la posición de decúbito supino a decúbito lateral o prono. Se procederá de la siguiente manera: a. Movimiento del paciente hacia la orilla de la cama. Suele utilizarse como paso previo, como colocar al paciente en decúbito lateral o decúbito prono, trasladarlo a la camilla o a la silla de ruedas. Los pasos a seguir son:

- Lavarse las manos y explicarle el procedimiento al paciente.
- Frenar y poner la cama en posición horizontal si es posible por la patología del paciente.
- Retirar la almohada.
- Mover al paciente hacia el lado de la cama contrario al que se le va a mover. Para ello, las dos personas se sitúan en el lado de la cama hacia el que van a desplazar al paciente y le colocarán el brazo próximo a ellos sobre el tórax. Una de las personas le sujeta con una mano por el hombro más lejano (pasando el brazo por debajo del cuello y la cabeza) y con la otra bajo su zona lumbar, la otra persona coloca el brazo sobre los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los muslos. De

forma simultánea tirarán del paciente hacia la orilla, donde permanecerá una de las personas para evitar riesgo.

- Procedimiento para colocar al paciente en decúbito lateral. Se emplea para cambiar la postura corporal del paciente de decúbito supino a decúbito lateral. Lo suelen realizar dos personas. Se actúa de la misma manera que para el movimiento hacia la orilla de la cama, y una vez en esta posición, los siguientes pasos son:

* Flexionar la pierna y el brazo del paciente próximo a la orilla, separando el brazo contrario para evitar que ruede sobre él.

* Desde el lado de una de las personas, tirará con suavidad del paciente, desde su hombro y su cadera hasta que haya adoptado la posición lateral adecuada con la colaboración de la otra persona.

* Alinear correctamente el cuerpo del paciente.

- Acomodarle en esta posición utilizando almohadas y los accesorios oportunos.

Estos cambios posturales son los principales a realizar a pacientes encamados.

5 Discusión-Conclusión

La realización de los cambios posturales es muy significativa para los pacientes que carecen de movilidad voluntaria, es una técnica vital para evitar la aparición de úlceras por presión y otras patologías derivadas de la falta de movimiento como puede ser el agravamiento de neumonías o dificultades vasculares. Es muy importante realizar los cambios posturales dentro de los márgenes horarios establecidos por el equipo de enfermería y adoptando todas las posturas que se incluyan en los mismos, teniendo en cuenta la posición adquirida por el paciente en cambios anteriores para no ser repetidas las mismas posturas con mucha frecuencia.

6 Bibliografía

- Revista clínica de medicina de familia, ISSN: 1699-695X. Sociedad Castellano-Manchega de medicina de familia y comunitaria. Vol 1 N°6, febrero 2007 pp. 284-290

- VD Benitez, IO Gutierrez. Importancia de los cambios posturales. Enfermería 2016 revistaenfermeriadocente.es

- C López Checa Prevención de UPP en pacientes adultos encamados. Tauja.ujae.es

- Temario celador Sespa, CEP S.L. septiembre 2018

Capítulo 1094

CELADOR EN SU FUNCIÓN DE VIGILANCIA

NATALIA CASTRO LÓPEZ

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

RAQUEL CAMPORRO LLANA

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

La función de vigilante, se describe como la persona destinada por la autoridad, para efectuar la vigilancia, tanto en las entradas, como en las salidas de las instituciones. Según el estatuto de personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, vienen recogidas las funciones del celador, en el artículo 14.2. en una orden del Ministerio de Trabajo de 5 Julio de 1971. Las funciones relativas a la vigilancia vienen recogidas en:

14.2.6 Vigilarán, las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias, más que por las personas autorizadas para ello.

14.2.7 Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas, las puertas de servicios complementarios.

14.2.10 Vigilarán, el acceso y estancia de los familiares y visitantes, en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada, más que a las personas autor-

izadas, cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

14.2.11 Vigilarán asimismo, el comportamiento de los enfermos y visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimento o se sienten en las camas, y en general, toda aquella acción, que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución.

Por tanto los celadores tienen como misión, la vigilancia nocturna interior y exterior del edificio, cuidando de que queden bien cerradas las puertas de los servicios complementarios, cuida de los aparcamientos, se encarga de las luces, tanto interior como exteriores y da parte por escrito a sus superiores, de cualquier anomalía que observe.

Dentro de las funciones de guardia y vigilancia de un celador/a, su objetivo principal, se centra en asegurar que se las normas de convivencia, acceso y cuidados de las instalaciones se cumplan. Sus funciones vienen recogidas de forma específica, por primera vez en el año 1971, desde entonces, poco ha evolucionado.

2 Objetivos

- Establecer las funciones de guardia y vigilancia del celador en beneficio de las normas de convivencia, acceso y cuidado de las instalaciones sanitarias.

3 Metodología

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

Criterios de inclusión:

- Documentos gratuitos y escritos en español
- Temática sobre funciones de celador en funciones de vigilancia.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos del español.

Palabras clave:

- Función de vigilancia, vigilancia nocturna, diurna, control, bultos.

4 Resultados

- Funciones generales del celador dentro del servicio de vigilancia son muchas y variadas, abarcando desde la entrada a la institución sanitaria como la entrada a las habitaciones de los pacientes, debiendo controlar el acceso y la estancia de los familiares y visitantes. Y no menos importante vigilar el comportamiento de los enfermos y visitantes dentro del centro sanitario.

Recibirá con amabilidad y prontitud a los visitantes que requieran de sus servicios, estando dispuesto a responder con cortesía, las preguntas que le puedan llegar a formular y siempre dentro de su competencia.

Informará de las consultas externas e internas, indicando ubicación, día y hora de las mismas

Controlar la entrada a la Institución, si fuera necesario prohibiendo el paso a toda persona que carezca del debido justificante.

Si el celador/a estuviera desempeñando el servicio de vigilancia nocturna interior y exterior del edificio, esto incluye la apertura y cierre de los accesos a la Institución, cuidará de que las puertas estén bien cerradas, control de las luces, tanto las que están fuera como las que están dentro del recinto Sanitario.

- Funciones de control: aquí entra en juego las labores de acogida y asistencia a los usuarios, tanto a la entrada como a la salida de la Institución Sanitaria, teniendo que ejercer esa función tanto a los usuarios del Sistema Sanitarios, como a los enfermos, visitantes, familiares, cualesquier persona que entre o salga del recinto Sanitario.

Vigilar la salida de los enfermos, estos deberán acreditar el alta o autorización para abandonar el Centro Sanitario

Deberá de prohibir la entrada a las personas que promuevan alboroto, presenten muestras de suciedad, estén embriagadas.

No permitir la entrada de personas que lleven comida o bebida, al no ser que tengan el justificante médico necesario. Y si estas, no llevan el justificante, indicarles que deben de dejar la comida y bebida en la recepción, para su devolución a la salida de la Institución.

Orientar y Registrar la entrada a la Institución y su posterior salida, siendo el objetivo regular de manera adecuada, el acceso a los locales de las personas externas al Centro.

Recibir con prontitud y amabilidad, a los usuarios que accedan a la locales de recepción del centro, usando para ella las herramientas de buen comunicador. Adaptándose a las necesidades del usuario.

El celador con la prudencia necesaria, debe comprobar si las personas que están

en el interior del edificio han sido debidamente autorizadas para ello, no permitiendo el acceso a las personas que no estén autorizadas.

En cuanto al control de entrada y salida de personas ajenas a las dependencias sanitarias, como pueden ser transportistas, trabajadores de reparto, mensajeros, administrativos que vengan a efectuar gestiones, se seguirán los siguientes trámites:

Se le requerirá la identificación de la persona mediante su documento nacional de identidad (D.N.I), cuyo número se apuntará en un libro de registro, debidamente acreditado para esa función, con sus hojas debidamente selladas. En este libro también se apuntará los datos personales, tanto su nombre y sus apellidos, como la empresa para la que trabaja y la dependencia donde se dirige. Se le entregará una tarjeta de identificación que solo le servirá para ese servicio a realizar.

Se le solicitará la identificación, procedencia o destino de los objetos, muebles, que pretenda sacar o introducir de las dependencias sanitarias.

En caso, de existir aparato de detección de metales, como puede ser un escáner, se deberá utilizar para evitar la entrada de objetos peligrosos. Cuando sea necesario, el celador/a al cargo del control, emitirá el pase correspondiente de visita y se lo dará al visitante.

También tendrá a su cargo, controlar la salida de las visitas, procediendo con amabilidad a su despedida y recogiendo los pases de visita emitidos, y guardándolos en el lugar requerido para ello.

Estas tareas de vigilancia, se extenderán también a las dependencias situadas en otras plantas superiores o inferiores del edificio, realizando turnos de comprobación rotatorios y estipulados, para determinar la normalidad de las instalaciones Sanitarias.

Estas funciones de vigilancia se realizan en los diferentes turnos de mañana, tarde y noche. Cuando estos finalicen estos, se tomará nota del trabajo realizado, si hubiera alguna incidencia se comunicará al superior al cargo.

- Control de bultos sospechosos: los Celadores/as encargados del control, en cumplimiento con el artículo 14.2.10 del Estatuto del Trabajador, cuidarán de que no se introduzcan en la Institución, más que aquellos paquetes, expresamente autorizados por la Dirección. En cumplimiento de esto, tanto en la entrada como en la salida de la institución, podrán comprobar, cuando se lo encomienden, el contenido de paquetes sospechosos, que el personal trabajador o los usuarios del centro entren o saquen de las dependencias.

Se debe de mostrar a la entrada, todo tipo de paquete, bulto, objeto que a la salida

podieran dar lugar a dudas, sobre la tenencia de esas pertenencias. Todo el personal ha de colaborar con estos vigilantes, facilitando estas comprobaciones, de acuerdo con el artículo 18 del Estatuto de los Trabajadores. “Solo podrá realizarse registros sobre la persona del trabajador, en sus taquillas y efectos particulares, cuando sea necesario, para la protección del patrimonio empresarial y del de los demás trabajadores de la empresa, dentro del centro de trabajo, en horas de trabajo. En su realización, se respetará al máximo la dignidad e intimidad del trabajador y se contará con la asistencia de un representante legal de los trabajadores o, en su ausencia de otro trabajador de la empresa, siempre que ello fuera posible”.

. No se permitirá la salida sin la autorización debida del superior al cargo, de ningún material de servicio, que no hubiera sido declarado a la entrada de la Institución Sanitaria.

. En el caso, de que el Centro se encontrara en obras y se necesitara dar salida a materiales del mismo. Se deberá de decir y mostrar, con la debida autorización, al personal al cargo del control de vigilancia. Tanto a la entrada como a la salida de la Institución.

Si la persona se negara a las comprobaciones oportunas del material en su poder, se le identificará y retendrá dando cuenta de forma inmediata al responsable de seguridad de la unidad al cargo. Quien se debe de presentar, lo más rápido posible para resolver el caso en cuestión.

Estancia de los usuarios a los servicios de la institución sanitaria: esta labor puede ser realizada tanto por los vigilantes como por celadores, son labores de información sobre las dependencias: apertura, cierre de los accesos al Centro, horarios, iluminación, apertura y cierre de las puertas, etc..

En cuanto a la estancia a los servicios del centro, los celadores/as podrán y deberán de exigir la identificación de las personas que no lleven la tarjeta de identificación.

En las zonas reservadas de máxima seguridad, solo se permitirá, la estancia a aquellas personas que lleven la tarjeta de identificación especial, para entrar en dicho lugar, autorizando su presencia en ellos. Los autorizados a entrar, no adscritos a la estancia, deberán de firmar tanto a la entrada como a la salida del mismo, en un libro de control, donde se tomará nota tanto de sus datos personales, como de la hora de entrada y de salida de dicha estancia.

Estos celadores/as no permitirán que permanezcan personas, sin la autorización

debida, en las distintas unidades del centro, en las horas donde no se presta servicio en ellas.

También ejercerán la vigilancia en los espacios muertos del Centro, evitando la circulación de personas, ocultación de objetos, etc...

5 Discusión-Conclusión

Como se intuye de lo expuesto en este trabajo, la función de vigilante es muy delicada e importante. Aquí se pone en juego, los valores humanos del personal al cargo, ya que debe informar, permitir, prohibir, vigilar, inspeccionar, controlar comportamientos o acciones. Y a veces, puede parecer contradictorios, con los derechos de los usuarios de los servicios de salud. Las personas usuarias de la Institución sanitaria, deben de ser tratadas con amabilidad y corrección, aquí juega un papel importante su función de comunicador, ya que se va a encontrar con una variedad de personas, así como situaciones especiales en las que deberá adaptarse, para facilitar la comunicación. Además de hacerlo de forma comprensible y amable, pero con la autoridad que se le requiere como vigilante, ya que tiene a su cargo la seguridad y vigilancia de las dependencias.

6 Bibliografía

- Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social, artículo 14.2.
- Artículo 18 del Estatuto de los Trabajadores.
- Formación continuada logoss, el celador en servicios especiales.
- Luis del Castillo Torres, "Celadores del Servicio Andaluz de Salud", ediciones MAD.
- www.cgtsanidadpa.org.
- Celadoresonline.blogspot.com.
- www.auxiliar-enfermería.com.
- [Htpps://www.logoss.net](https://www.logoss.net).
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1095

EL CELADOR EN QUIRÓFANO

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

1 Introducción

Un quirófono es una sala acondicionada para realizar intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia/reanimación necesarias para el buen desarrollo de las mismas y de sus consecuencias. El quirófono es el área hospitalaria con mayor grado de tecnología y complejidad, que requiere unas condiciones especiales de limpieza, baja o nula contaminación microbiana y seguridad.

El área quirúrgica es el espacio diseñado para agrupar los diferentes quirófonos, zonas de lavado y esterilización, vestuarios y pasillos, de modo que en todo momento se garantice la seguridad e higiene en la atención del paciente que va a ser intervenido. Es una zona de especial riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria (nosocomial) por lo que hay que extremar las medidas de higiene.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador dentro de un quirófono, cuál es la indumentaria básica que deben llevar así como la manera de colocarla y las normas básicas de higiene para evitar las infecciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las funciones del celador en quirófano son:

A). Traslado y movilización de pacientes:

Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad correspondiente a quirófanos, reanimación, preoperatorio, su habitación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe toda la documentación clínica precisa que debe serle facilitada por el Enfermero/a de la unidad de procedencia.

Ayudarán, a requerimiento del médico o supervisores o persona responsable, a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran.

Ayudar a mover al paciente durante la intervención por orden del cirujano, siendo frecuente esto en traumatología e innecesario en otras especialidades.

Ayudar al anestesista a colocar al enfermo en la camilla.

Ocasionalmente colaborará en el rasurado del paciente.

B). Transporte de documentos y material:

Transportarán a los servicios correspondientes los objetos y documentos que les sean confiados por sus superiores.

Trasladarán los aparatos o mobiliario que se requiera. Transporte de aparatos diagnósticos (Rx, ecógrafo,).

Transporte de biopsias.

Transporte de concentrado de hematíes y plaquetas desde el banco de sangre.

C). Vigilancia y cuidado de material:

Vigilar el acceso a la zona de quirófanos.

Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

D). Ayuda en el quirófano:

Observarán las normas internas del servicio de quirófano generales para toda la Unidad, en especial las referidas a la asepsia o higiene.

Permanecerá en el antequirófano por si se le necesita.

Ajustarán la iluminación del quirófano.

Estabilizará y elevará la cama quirúrgica.

Mantendrá limpios los transfer utilizados para el traslado de los enfermos y ordenadas las camillas. Al finalizar la jornada las camillas deben quedar ordenadas en la espera de camas.

Mantendrá ordenados todos los soportes utilizados en las mesas de los quirófanos de las distintas especialidades en los almacenes y estanterías destinadas a tal fin.

Cuando un enfermo ingrese grave en el hospital por haber sufrido algún accidente deba ser intervenido de inmediato y su estado de limpieza no sea el adecuado, los celadores ayudarán a su lavado para la preparación del mismo y que pueda ser intervenido con la mayor brevedad posible. Hay que tener en cuenta que los enfermos cardíacos se deben mover lo menos posible.

Se asegurará al finalizar la jornada quirúrgica que todo queda dispuesto para su uso siguiente, y revisará los quirófanos para que todos dispongan de los elementos necesarios: arcos para la mesa, soportes para brazos, almohadillas, etc.

Trasladarán al mortuorio a los pacientes fallecidos durante la intervención. En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.

E). Ayuda a compañeros:

- En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras/os.

En general, auxiliar en todas las labores propias del celador que le sean ordenadas por sus superiores.

También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

- Respecto a la indumentaria básica: el personal que trabaja en una zona quirúrgica debe ir uniformado adecuadamente, con las medidas de higiene establecidas y cambiarse el uniforme cada vez la abandone.

El uniforme se compone de dos piezas (pantalón y casaca) debe ser de algodón, con tejido o malla fuerte para dificultar el paso de los gérmenes y amplio para facilitar el movimiento -ya se están utilizando cada vez más uniformes desechables-

Los colores del uniforme deben ser sólidos, relajantes y que absorban la luz, los más utilizados son el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna.

El calzado debe ser cómodo, antideslizante, de fácil limpieza. Siempre debe cubrir talón y dedos, por lo que está desaconsejado el uso de zuecos.

- Calzas: deben cubrir todo el calzado y ser la primera prenda que se coloque cuando entremos en la zona quirúrgica (semilimitada).

Pueden ser de: tela, se pueden reutilizar y de papel, son desechables.

- Gorro: prenda que debe cubrir todo el cabello. Evitan que los microorganismos del cabello lleguen al paciente. Se debe poner antes de ponerse el pijama quirúrgico para evitar contaminarlo.

Pueden ser de: igualmente de tela siendo reutilizable o de papel, desechable.

- Mascarilla: impiden que los microorganismos expulsados al hablar, toser o respirar lleguen al paciente.

Debe cubrir la nariz, la boca y el mentón, si el personal tuviera barba, deberá cubrirla toda. Se cambiará por otra cada vez que se humedezca. Existen mascarillas que se anudan (en la parte superior de la cabeza y en la parte posterior del cuello), y otras que se ajustan mediante goma elástica. Una mascarilla para una sola intervención quirúrgica.

Pueden ser de: igualmente de tela siendo reutilizable o de papel, desechable.

- Bata: recibe el nombre también de bata rusa. Evitan que los microorganismos de los brazos, torso o ropa lleguen al paciente, teniendo que ser resistentes a la penetración de líquidos y sangre. Protegen la piel y la ropa de salpicaduras de sangre y otros fluidos.

Deben cubrir por completo el uniforme, al menos deben llegar por debajo de las rodillas. Los puños deben ser elásticos, ajustados a la muñeca y el cierre debe ser por detrás, esta parte se considera no estéril, aunque toda la bata está esterilizada. Una bata para un único paciente.

Pueden ser de:

- Tela de algodón, reutilizables, con abertura posterior y cintas para anudarse
- Papel, desechables

Colocación de la bata:

- Lavarse las manos.

- Desdoblarla, sin tocar el exterior con las manos y evitar que toque el suelo.

Introducir los brazos en las mangas sin tocar el exterior.

- Atar las cintas, empezando por las del cuello.

- Quitarse la bata, evitando tocar el uniforme, realizándolo por la parte de fuera.

- Gafas protectoras: se utilizan para proteger la mucosa conjuntival.

Se usarán cuando:

a) Exista riesgo de salpicaduras de sangre o de líquidos orgánicos. b) Se utilizan técnicas que producen aerosoles.

c) Utilización de láser.

d) Al manipular nitrógeno líquido

- Guantes: como norma general son de látex y desechables. Son la principal barrera contra microorganismos infecciosos.

Se utilizarán siempre que las manos vayan a estar en contacto con sangre, tejidos, secreciones.

La utilización de guantes por parte del personal sanitario y no sanitario evita la transmisión de microorganismo de un paciente a otro o de personal a paciente, acción que impide la infección nosocomial.

Los guantes estériles se emplean cuando se manipule instrumental estéril. Vienen empacados por parejas e identificados el derecho y el izquierdo, con el extremo proximal dado la vuelta para proteger la parte externa estéril durante su colocación.

Los guantes son la última prenda que se coloca después de la bata y será la primera prenda que se quite.

El uso de guantes no excluye la necesidad de lavarse las manos, acción que se realizará siempre que se quiten.

Los guantes estériles son de látex o de neopreno para todas aquellas personas que son alérgicas al látex. Los guantes no estériles son de látex, vinilo o nitrilo.

- Normas de higiene:

La higiene hospitalaria es uno de los aspectos fundamentales para evitar contagios en los pacientes. El medio ambiente en el hospital afecta directamente a la transmisión de enfermedades, llegando a ser en muchas ocasiones causa directa de la infección de los enfermos.

El área quirúrgica es una zona de especial riesgo para la adquisición de una infección hospitalaria, por cuanto supone de instrumentación, manipulación, y de ruptura de barreras naturales del enfermo, por lo que es muy importante cumplir las normas higiénicas en este Área.

Medidas referentes al espacio físico: ya desde el acondicionamiento, el quirófano tiene que disponer de unas barreras específicas para aislarlo del resto del hospital y del exterior. Debe estar correctamente señalizado con carteles que impidan el acceso al personal ajeno y aislado del ruido. Necesita de aire acondicionado y

una climatización aislada del exterior.

Las paredes serán lisas para que se puedan lavar y limpiar fácilmente y el suministro de agua debe ser independiente con filtros especiales.

Las puertas deben permanecer cerradas y, para abrirlas, se hará de forma suave para impedir las corrientes de aire.

También debe estar provisto de un sistema de presión positiva, de manera que el movimiento de aire se produzca de la zona más limpia a la menos limpia (de dentro hacia fuera).

Para evitar el crecimiento bacteriano es muy importante mantener el quirófano a una determinada temperatura ambiente, se recomienda un valor de 21°C (-1°C y +3°C) y con una humedad relativa ambiental de 50% (±10%).

- Las medidas referentes al personal: se ha de limitar estrictamente la circulación y permanencia de personal innecesario, así como la conversación dentro de los quirófanos. Todo el personal que entre en el área deberá utilizar la ropa exclusiva para la zona, debiendo cambiarse cada vez que salga de la misma.

En la zona quirúrgica no se permitirá el paso a ninguna persona ajena a la misma. Si por cualquier circunstancia tuviese alguna persona que entrar en ella, tendrá que regirse por las mismas normas que el personal del quirófano.

Las precauciones a seguir por el personal sanitario en quirófano son importantes para prevenir infecciones tanto en los enfermos como en ellos mismos. Deben tomarse con todos los enfermos, independientemente de que se sepa que tienen una patología infecciosa o no.

Se observarán estrictamente las medidas de higiene individual, vestimenta y lavado de manos quirúrgico del personal sanitario para eliminar la flora transitoria o contaminante y reducir la flora residente de manos y antebrazos. Su duración debe estar comprendida entre los 3 y 5 minutos y se recomienda que se realice en 2 ó 3 veces, enjuagándose cada vez, con el fin de retirar el jabón contaminado. Este lavado de manos se suele realizar con povidona yodada o clorhexidina y se recomienda incidir sobre dedos, pliegues y uñas.

Últimamente, los preparados de base alcohólica están ganando fuerza también en este terreno y resultan un alternativa más para realizar una desinfección de manos correcta. Debemos recordar que es importante mantener las uñas cortas y limpias, libres de esmaltes, y no llevar joyas.

- Limpieza y esterilización: se sabe que las manos son el principal vehículo de transmisión de microorganismos de las superficies al paciente, por lo tanto, además de asegurar la higiene de manos de todo el personal, es imprescindible

establecer sistemas de limpieza y desinfección que reduzcan al máximo la carga microbiana de las superficies, sobre todo de aquellas que se tocan con más frecuencia. La complejidad y el uso (tipo de atención que se le presta al paciente) del área quirúrgica, especialmente en los quirófanos, hacen necesario instaurar un programa de limpieza exhaustivo en el que figuren las diferentes limpiezas a efectuar, en función del momento del día en el que estemos (inicio o final de jornada, entre intervenciones) o de la zona del bloque quirúrgico en la que nos encontremos (quirófano, vestuarios, almacenes,...); las frecuencias de estos procedimientos; los productos a utilizar; el método; retirada de residuos; etc. Por último, no podemos olvidarnos del proceso de esterilización o eliminación total de cualquier agente infeccioso del instrumental o material que se ha empleado en una cirugía. Después de tirar el material de desecho o un solo uso, el resto se envía a la Unidad de Esterilización y allí, un equipo de profesionales se encarga de limpiarlo minuciosamente, eliminar los restos de materia orgánica, para su posterior esterilización.

5 Discusión-Conclusión

Es completamente necesario para los celadores tener unos conocimientos amplios de la manera de actuar dentro de un área quirúrgica, ya que hay que actuar con mucha precaución al ser una zona de especial riesgo para la transmisión de infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Fisioterapia salud y bienestar <https://fisiostar.com/celador/funciones-del-celador-en-quirofano>.
- <https://celadorsanitario.wordpress.com/2011/11/28/6-actuaciones-del-celador-en-uvi-uci/>
- Celadores online de instituciones sanitarias y celadores.org.
- Quirógano.net.
- Confederación general del trabajo-sindicato de sanidad de Las Palmas.
- <http://entornosaludable.com/23/08/2013/la-seguridad-y-la-higiene-en-el-quirofano/>.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1096

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL ALMACEN

SARAI MARTIN CALDERERO

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

1 Introducción

El almacén es el espacio físico en el que se acumula la mercancía que se mantiene en stock y que alberga los artículos necesarios para la prestación de un servicio. Su finalidad es mantener un mínimo de existencias de productos que garanticen la prestación del servicio continuado. Ha de contar con una estructura adecuada y con una persona responsable de garantizar el control y la organización en dicho almacén.

Para su correcto funcionamiento un almacén debe contar con unas características básicas.

- Tener las condiciones físicas y químicas adecuadas para mantener la eficacia y seguridad del material almacenado.
- Garantizar la autenticidad de los productos.
- Mantener una adecuada rotación.

- Debe poder identificarse cada lote de material con el objetivo de retirarlo en caso de haber riesgo para la salud pública.
- Controlar la circulación de las sustancias y productos sometidos a vigilancia especial.

Para que estos centros tengan un correcto funcionamiento deben de disponer de un almacén de suministros organizado de una manera coherente y racional. Teniendo en cuenta la actividad que desempeñan, un centro sanitario nunca puede quedarse sin suministros. Se debe garantizar que este suministro sea siempre constante y que exista un excedente disponible para emergencias. Se debe tener en cuenta los plazos de aprovisionamiento y para ello es necesario:

- Calcular las necesidades.
- Obtener los productos.
- Recepcionar el material.
- Almacenarlo.
- Distribuirlo.

2 Objetivos

- Definir las tareas a realizar en los almacenes.
- Enumerar los tipos de almacenes.
- Analizar la clasificación de los productos del almacén sanitario.
- Detallar las normas de seguridad e higiene.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática de artículos científicos relacionados con el tema a tratar en las principales bases de datos de sanidad. Las palabras clave utilizadas son almacén sanitario, funciones administrativo, stock, control de mercancías.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español.
- Documentos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos publicados en idiomas distintos al español.

4 Resultados

A grandes rasgos, las funciones del auxiliar administrativo en el almacén sanitario se podrían resumir en controlar las existencias, las fechas de caducidad y el buen estado de las mercancías allí almacenadas. Sin embargo, la lista de funciones a realizar en un almacén es mucho más extensa:

Tareas a realizar en los almacenes:

- Llevar un control exhaustivo de las existencias.
- Determinar las necesidades.
- Solicitar mercancía a los proveedores.
- Recibir, registrar y controlar los distintos materiales sanitarios.
- Devolver el material defectuoso si lo hubiese.
- Registrar las entradas y salidas de material.
- Acondicionar, proteger y conservar dichos materiales.
- Entregarlos y distribuirlos a los distintos servicios, áreas o departamentos.
- Custodiar y controlar los productos almacenados evitando pérdidas o deterioros.
- Vigilar la caducidad de los artículos revisándolos de forma periódica.
- Asegurar las condiciones adecuadas de almacenamiento.
- Controlar su agotamiento para informar al departamento de compras.
- Elaborar la documentación adecuada.

Tipos de almacenes. Los almacenes pueden ser clasificados según la cantidad de material que alberguen, según su funcionamiento o la forma más común de clasificación, según el tipo de material almacenado:

- Almacenes de materiales de uso relacionado directamente con los pacientes: almacén de farmacia, almacena los productos farmacéuticos que se utilizan para el tratamiento de los enfermos; almacén de material clínico fungible; almacén de material quirúrgico y aparataje.
- Almacenes de materiales relacionados con el correcto funcionamiento del centro: almacén de papelería; almacén de mantenimiento.
- Almacén de lencería: Lugar donde se almacena la ropa de cama y de aseo y en ocasiones, el vestuario reglamentario del personal sanitario.

Clasificación de productos en el almacén sanitario. Una de las prioridades en los almacenes del sistema sanitario público es evitar el consumo incontrolado de los productos. Para una adecuada gestión del gasto existen distintos criterios de ordenación o formas de clasificación de los productos con el objetivo de llevar un control del consumo del material:

- ABC.
- Índice de Rotación.
- Por uso y duración.
- Por tipo de material de construcción.

Clasificación ABC. Se clasifican los productos en 3 categorías para saber sobre cuáles se debe ejercer un mayor control. Se basa en el principio de Pareto: grupo A, productos más importantes o que más se utilizan. Se guardarán en los lugares más próximos y de fácil acceso; grupo B, productos con un consumo intermedio; grupo C, productos de menos consumo, que tienen una rotación más lenta. Se almacenarán en los lugares menos accesibles del almacén

Clasificación por índice de rotación:

- De alta rotación.
- De rotación normal.
- De baja rotación.
- De obsoletos.

Clasificación por uso y duración: los productos se clasifican en dos grandes grupos.

- Material fungible: Aquel que se gasta con su uso y tiene un tiempo de vida relativamente corto. Puede ser dividido en dos grupos: desechable, de un solo uso (gasas, agujas, palomillas, sondas...); reutilizable, de varios usos pero que por su fragilidad o dificultad de uso no tienen un tiempo de vida largo y se reponen después de cortos periodos de utilización. Suele ser material frágil de vidrio
- Material inventariable: Es el material de larga vida ya sea por su poco uso, su elevada consistencia o por ser reparables. Puede ser material de cura (tijeras de metal, pinzas...) o los equipos de los centros asistenciales (mesas, camillas, fonendoscopios...).

Clasificación del tipo de material de construcción. También es posible clasificar los productos del almacén en función del material con el que hayan sido construidos (plástico, vidrio...)

Normas de seguridad e higiene aplicadas a los almacenes sanitarios. En todos los almacenes se deben realizar una serie de actuaciones básicas con el fin de evitar o al menos, minimizar los riesgos:

- El edificio debe estar en una sola planta y disponer, al menos, de dos puertas de acceso.

- Las zonas de paso y especialmente las salidas de emergencia, deben estar libres de obstáculos.
- El lugar de trabajo debe limpiarse de forma periódica y siempre que sea necesario.
- Deben evitarse los apilamientos excesivos de material.
- Las estanterías deben ser preferiblemente metálicas o de otro material no inflamable.
- Debe mantenerse una adecuada separación entre los productos no compatibles (Inflamables, corrosivos, venenosos, antioxidantes...).
- Deben aislarse los productos que sean especialmente peligrosos ya sea por sus características físico-químicas o por su actividad biológica.
- Debe mantenerse una buena ventilación (natural o artificial).
- Las zonas de almacenaje tendrán limitación en función de los productos y su tamaño, por lo que se respetara el aforo tanto de salas como de recipientes.
- Se dispondrá de medios suficientes para la extinción de incendios.
- Dispondrá también de detectores de fugas y termosensores cuando sea necesario.
- Los trabajadores del almacén deben conocer los riesgos específicos de su puesto de trabajo y respetar siempre las normas, avisando a la persona responsable de cualquier anomalía que se produzca.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad del almacén sanitario es poder garantizar el aprovisionamiento de las distintas unidades y servicios que de él dependan, en todo momento y a un coste razonable. Lograr un control preciso del almacén es una tarea importantísima para lograr el correcto funcionamiento del desarrollo de toda la actividad de un centro sanitario. De la misma manera, la organización, el orden y la limpieza son imprescindibles para conseguir una mayor eficacia

6 Bibliografía

- Real Decreto 656/2017, de 23 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Almacenamiento de Productos Químicos.
- NTP 852 «Almacenamiento en estanterías metálicas» del Instituto Nacional de Seguridad de Higiene en el Trabajo.
- RD 486 / 1997 «Disposiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo».

- Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los Equipos de Trabajo (RD 1215/1997) del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- UNE EN 58011 «Almacenaje en estanterías metálicas. Clasificación y definiciones».

Capítulo 1097

MEDIDAS QUE DEBE ADOPTAR EL CELADOR EN LOS AISLAMIENTOS

JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

El aislamiento consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad. Todo paciente que se sospeche o documente proceso infeccioso deben aplicarse las medidas de barrera correspondiente para prevenir y controlar su transmisibilidad.

2 Objetivos

- Definir cuáles son las actuaciones del celador a seguir en la asistencia a pacientes con infección y /o colonización por microorganismos que pueden originar enfermedades transmisibles en el medio hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El celador es uno de los profesionales que se mueve por todo el hospital y que está en contacto con tipo de pacientes, por lo que resulta un vehículo de transporte de microorganismos patógenos que pueden dar lugar a la transmisión de de infecciones a otro personal, pacientes, y por supuesto a sí mismo. Por este motivo se deben de adoptar las medidas profilácticas y de barrera necesarias para prevenir dicha transmisión .

. Toda lesión cutánea (cortes, heridas, etc.) a de cubrirse. antes de iniciar la actividad laboral.

. Higiene de manos estricta antes y después de tocar cada paciente.

. La utilización de métodos de limpieza, desinfección y esterilización correctos son básicos para la minimización de riesgos micro biológicos.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos continúa siendo la medida más importante en la prevención De infecciones hospitalarias. Durante la atención a pacientes hospitalizados se deben aplacar medidas estándar independientemente de su diagnóstico.

Es por tanto, el trabajo del celador fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Guideline for hand hygiene in HealthKit-Carme stettings MMW 2002 vol.51, N° R-16.

- Infecciones nosocomiales : Guía practica 2º edición OMS 2003

- Guía de precauciones de aislamiento en el hospital Carlos Haya Malaga. Comisión de infecciones .Noviembre 2005

- Bases de datos: Cochrane Plus, Medline y Pubmed.

Capítulo 1098

EL CELADOR DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚRGICO

JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

El bloque quirúrgico es el espacio hospitalario donde se encuentran todos los quirófanos junto con el equipamiento necesario para poder llevar a cabo cualquier tipo de procedimiento quirúrgico. Además forman parte del bloque quirúrgico todo el personal sanitario y no sanitario que realiza sus funciones asistenciales en él conformando un equipo multidisciplinar. Debe situarse físicamente cercano a la unidad de cuidados intensivos y fácilmente accesible desde los servicios de laboratorio, anatomía patológica, urgencias, radiodiagnóstico y plantas de hospitalización.

Dentro del bloque quirúrgico encontramos varias zonas diferenciadas, con características y normativas distintas, que es imprescindible conozca todo el personal:

- Zona sucia, sin limitaciones o de intercambio: no es una zona aséptica, está aislada de los pasillos hospitalarios con una puerta y de la zona de acceso al quirófano con otra. En esta zona no hay restricciones de vestuario ya que no hay riesgo de infección. Encontramos en ella varias zonas también: o Vestuarios y zona de personal con taquillas, almacén de ropas quirúrgicas, aseos y sala de descanso. o Zona de espera preoperatoria para el paciente, donde pueda estar tranquilo sin ruidos que puedan causarle estrés. Esta zona servirá también para realizar las

últimas intervenciones preoperatorias del paciente, como puede ser el rasurado de la zona a intervenir, la inserción de sondas o catéteres. o Control central de entrada: estará entre la zona sin limitaciones y la semilitada, sirviendo de nexo de unión entre los trabajadores del quirófano y los familiares en el exterior del área quirúrgica.

- Zona semilitada: es la zona donde se encuentran los pasillos de acceso al quirófano y zonas de apoyo al mismo. Se requiere el uso del uniforme quirúrgico. En esta zona sólo pueden pasar las camillas propias del servicio. Si fuese imprescindible introducir una cama o camilla ajena al servicio se deberán limpiar las ruedas con un antiséptico para minimizar el riesgo de contaminación. o Cuarto de utilería: cuarto al que se envía el instrumental de quirófano para su limpieza y posterior esterilización. o Cuarto de esterilización: área de trabajo general de esterilización, suele dividirse en área de preparación del material y área aséptica consiguiendo así minimizar el riesgo de contaminación del material esterilizado. o Almacenamiento de material esterilizado. Importante colocar el material en función de la fecha de esterilización puesto que ésta tiene fecha de caducidad a partir de la cual se corre el riesgo de estar contaminado. o Almacén general: guarda el resto del material, incluyendo material portátil.

- Zona limitada: es la zona estéril a la que sólo accederá el personal debidamente autorizado. Se debe preservar al máximo su asepsia, puesto que en ella se llevará a cabo el procedimiento quirúrgico. Se debe usar mascarilla y ropa quirúrgica que cumple unas normativas especiales diferentes a las del resto del hospital.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las funciones más frecuentes que desempeña el celador en cada una de estas áreas dentro del bloque quirúrgico.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Scielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: celador, quirófano, equipo y funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre.

4 Resultados

En primer lugar diferenciaremos los miembros del equipo quirúrgico del resto de personal que trabaja en la estructura del quirófano.

- El equipo quirúrgico estará integrado por todos aquellos profesionales necesarios en un momento dado dentro del quirófano, lo dividiremos en función de las tareas y el grado de asepsia que deben cumplir en : o Equipo estéril: son los que tienen acceso a la zona estéril y tienen contacto con el paciente. Han de mantener una asepsia absoluta. Deben realizar el lavado de manos quirúrgico para una posterior colocación de la bata, mascarilla y guantes estériles. A este grupo pertenecen el cirujano, el cirujano de apoyo y el enfermero instrumentista. o Equipo no estéril: miembros del equipo que no van a estar en contacto con el campo quirúrgico pero sí están dentro del quirófano tanto permanentemente como en un momento puntual. Se moverán por fuera del campo quirúrgico y su misión es controlar el estado general del paciente y asistir al equipo estéril en lo que necesite. A este grupo pertenecen el anestesista, el enfermero circulante, auxiliares, celadores y personal especializado en técnicas complejas.

- El celador de quirófano además de las tareas propias de su actividad marcadas por el estatuto, debe cumplir expresamente las siguientes: o Respetará rigurosamente las normas internas del Servicio generales, sobre todo las referidas a la higiene personal y a la especial asepsia del quirófano. o Deberá conocer las intervenciones programadas para el día y el quirófano correspondiente. o Se informará sobre la posición en la que deberá colocar al paciente en función de la operación quirúrgica a realizar y los accesorios que van a ser necesarios para la mesa quirúrgica. o Se informará del tipo de aparataje que se prevé que se va a usar para proceder al traslado al interior del quirófano. o Informará al enfermero circulante de todos aquellos mensajes que de forma verbal o escrita le hayan comunicado en la planta de hospitalización respecto al paciente. o Trasludará al paciente desde la unidad correspondiente hasta los quirófanos y una vez intervenido a la sala de reanimación o a dónde le indiquen. o Se asegurará de llevar toda la documentación clínica precisa proporcionada por la unidad de procedencia del paciente.

Dentro del quirófano formará parte del equipo no estéril y auxiliará en todas aquellas tareas que le son propias, así como en las que le encomienden sus superiores. o Ayudarán a la movilización y sujeción de los pacientes que lo requieran. o Se ocupará del traslado del material recogido tras la intervención en sus cajas correspondientes a la sala de esterilización.

Trasladará a los servicios correspondientes los objetos, documentos y muestras que le indiquen sus superiores. o Recogerán y entregarán los pedidos realizados a la farmacia y al almacén.

Darán cuenta a sus inmediatos superiores de cualquier defecto o anomalía que perciban respecto a la limpieza de la zona quirúrgica y su mantenimiento.

Cumplirá con los servicios de guardia encomendados permaneciendo atento en todo momento al funcionamiento de los quirófanos.

Esperará al cambio de turno, con el fin de evitar que se quede el quirófano sin un celador para lo que sea necesario. Evitará el paso al área quirúrgica de personal no autorizado.

Realizará cursos de formación continuada para mejorar la calidad asistencial de su servicio.

Facilitará la información necesaria al paciente y familiares de su competencia, si no lo fuese los remitirá al personal competente.

También serán funciones del celador todas aquellas similares a las anteriores que no hayan quedado reflejadas específicamente.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos considerar según lo analizado que la figura del celador es realmente importante dentro del bloque quirúrgico. Además de conocer cuáles son sus funciones específicas ha de poseer unas características concretas para ejercer adecuadamente su trabajo en el bloque quirúrgico.

Es necesario también que posea capacidad de trabajo en equipo puesto que es una zona en la que es realmente necesaria una buena comunicación entre el equipo multidisciplinar que allí trabaja. La comunicación del celador con el paciente es básica también para ayudar al estado emocional de éste, puesto que es el encargado del traslado del paciente, además de asistir a su colocación en la mesa quirúrgica.

6 Bibliografía

1. Marquez R. Cirugía general para el médico general. México: McGraw-Hill; 2011.
2. ¿Qué ocurre dentro del quirófano? (para Niños) - Nemours KidsHealth [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/kids/or-esp.html>

3. Análisis de la cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario - Dialnet [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].
4. BQ.pdf [Internet]. [citado 25 de diciembre de 2019].
5. Cirugía - Temas especiales - Manuale Merck versión para el público general [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].
6. El celador en el área de urgencias - José Félix Martínez López - Google Libros [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].
7. Evidence-based clinical practice manual: Patient preparation for surgery and transfer to the operating room [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].
8. FUNCIONES DEL CELADOR EN LA ATENCIÓN SANITARIA - ANA REDONDO CRESPO, Ma ÁNGELES TEJADO ALAMILLO, BLANCA RODRÍGUEZ ORTUÑO - Google Libros [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2019].

Capítulo 1099

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Los cambios de posición son medidas que se realizan en la postura corporal del paciente encamado para prevenir la úlceras de por presión, manteniendo al paciente en una postura adecuada en condiciones de seguridad y comodidad. Las posiciones más frecuentes son: decúbito supino, decúbito lateral izquierdo y derecho.

2 Objetivos

- Conocer el trabajo del celador en los cambios posturales para su realización adecuada, para su no repercusión negativa al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El trabajo del celador es importante a la hora de no dañar al paciente, es por ello que se debe no arrastrar a la persona para evitar lesiones por la propia fricción con las sábanas.

Se debe cambiar de postura cada 2-3 horas intentando alternar las diferentes posturas para ir cambiando los diferentes puntos de apoyo, haciéndose no sólo durante el día sino también durante la noche.

Se debe realizar todo tipo de movimientos con prudencia, sin movimientos bruscos.

Para realizar el cambio del paciente se debe utilizar una sábana entremetida para facilitar la movilización del paciente así como intentar girar a la persona sobre sí misma. Además los cambios posturales del paciente no sólo aportan comodidad al paciente sino también múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad la movilización de los pacientes encamados supone un importante esfuerzo para el celador y para evitar problemas de espalda. Lo más importante es conocer exactamente cómo realizar los cambios.

Es por tanto, el trabajo del celador fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Gayubo Bartolome, M. (2014). Movilización del enfermo, repercusión en el personal sanitario. Revisión bibliográfica.
- Hernández Vaquero, M (2012). Análisis de cargas y evaluación posturas en la movilización de pacientes como método TME.
- Gomez, J F, & SUAREZ, L. F. R. Posiciones anatómicas . Técnico Auxiliar de Geriátría.Manual.Temario. E-Hook, 124
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1100

CELADOR DE UCI Y PRECAUCIONES RESPECTO DEL APARATAJE Y DEMÁS ELEMENTOS

LIDIA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN

1 Introducción

Si hay un lugar dentro de un hospital donde se requiera de una atención constante, esa es la Unidad de Cuidados Intensivos.

En las UCIS los celadores debemos desempeñar nuestras funciones de una manera más cuidadosa y precisa de lo normal, tal vez junto con quirófano, esta unidad sea la que más necesite de una extrema precaución a la hora de realizar movimientos, incluso literalmente hablando ya que en la UCI nos vamos a encontrar una gran cantidad de elementos diferentes a los que podría haber en planta por ejemplo, y que van a entorpecer considerablemente nuestra labor cuando tengamos que movilizar enfermos. Por ello, ya no solo hay que extremar la precisión de nuestros movimientos por lo delicado del estado de salud del paciente, sino también porque podríamos desconectar o arrancar de manera accidental cualquiera de estos elementos acoplados al cuerpo del enfermo crítico, si tropezamos o pisamos donde no debemos.

Vamos a exponer a continuación en este trabajo observaciones, basadas sobre todo en la experiencia personal y en la formación continua.

2 Objetivos

Servir de guía a celadores que nunca desarrollaron su profesión en UCIS, a fin de evitar un contacto con estas unidades demasiado brusco o sin la suficiente cualificación. Es decir, sin pretender convertir este capítulo en formación, sirva pues, al menos de ayuda a aquel celador que nunca pisó una UCI, ya que los resultados obtenidos en el presente trabajo, concluyen aspectos interesantes que a priori pueden representar una inestimable ayuda para “el celador neófito”. Y por supuesto concienciar de lo importante que es para nosotros cambiar el chip al llegar a una UCI, pues en ocasiones la vida pende de un hilo y es necesario afinar los cinco sentidos para preservarla.

3 Metodología

Experiencia práctica, formación continua, lectura exhaustiva de “Equipamiento y aparataje en UCI –I Fecha: Enero 2013 Edición: 01NORMDEN 003” de GERENCIA ÁREA SANITARIA IV HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. SUBDIRECCIÓN DESARROLLO ENFERMERÍA.

4 Resultados

Hemos comprobado, gracias a la bibliografía utilizada y a la propia experiencia práctica “in situ”, la gran variedad de elementos, aparatajes y terapias que implican la utilización de estos que podemos encontrar en estas Unidades especiales.

En mi hospital serían las siguientes:

“Cánula nasal O2, mascarilla (ventimask), mascarilla de O2 al 60%, mascarilla con reservorio, mascarilla para traqueotomizados, tubo en “t”, Bipap Visión, Cpap de Boussignac, en cuanto a la oxigenoterapia no invasiva”.

“En Oxigenoterapia invasiva: Oxilog, Osiris 3, Servo 300, Servo 900C, Evita 4, Engstrom Carestation, Centiva 5 Plus-Datex Ohmeda”.

Los nebulizadores serían “Mascarilla de nebulización, Nebulizador para Traqueostomía y Nebulizador para Respirador”.

También encontraremos probablemente los siguientes elementos:

”Vibradores, Motor y Manta Térmica, grúas para la movilización de enfermos, Avi, Mars, Prismaflex, Colchón Antiescaras con motor, electrocardiógrafo, Bombas de Nutrición Enteral, Bomba azul de doble canal, Bomba Ivac 590-598 (azul pequeña), Bomba de Jeringa, Bomba de doble canal, Cama Hillrom-TotalCare, Mon-

itor Desfibrilador, Desfibrilador, Eco-Doppler, Lidco Rapid, Monitor de Cabecera y Pulsioxímetro” entre otros.

Esta lista de elementos aquí enumerados no pretende sino hacerte ver, compañero celador, la avanzada especialización del trabajo realizado en estas unidades, para que así extremes tu precaución a la hora de desempeñar tus tareas de movilización, para concienciarte de que has de desarrollar “precisión de relojero”, para la correcta realización de tus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Tras combinar la bibliografía consultada con la formación continua recibida y nuestra propia experiencia sobre el terreno, llegamos a dobtener una serie de apreciaciones, que consideramos deberían ser tomadas como valiosos consejos por los compañeros celadores que presten sus servicios por primera vez en UCIS.

A continuación exponemos nuestras conclusiones en segunda persona a modo de recomendaciones:

- Primero: antes de realizar cualquier movimiento que implique o pueda suponer la alteración física, espacial o clínica del paciente, se debe consultar con la enfermera a cargo del mismo, o en su defecto abstenerse de realizar cualquier cambio o modificación de las circunstancias del enfermo crítico. O sea, que no hagas nada sin preguntar, porque más te vale quedar como inexperto que causar un incidente desafortunado en el lugar menos propicio para ello.
- Segundo: cuando sepas que vas a trabajar en una UCI, procura acudir a tu puesto de trabajo lo más descansado posible y en unas perfectas condiciones que te permitan afinar los cinco sentidos.
- Tercero: desarrolla, o inténtalo al menos, una especie de estado de extrema atención que te permita controlar cada uno de tus movimientos, para evitar interferir en los numerosos cables y tubos, etc, que muy posiblemente encontrarás adosados al paciente.
- Cuarto: ten siempre presente que vas a movilizar a personas cuyo estado de salud podría ser muy delicado y trátalos como te gustaría ser tratado tú, si es posible, incluso mejor.
- Quinto: con pacientes muy pesados pide ayuda siempre que puedas a un compañero, pues en el caso de que tengamos que asistir en la colocación de sondas, en curas o punciones lumbares, por ejemplo, es muy probable que nuestra movilización dure bastante tiempo, con la carga física que esto implica. No olvides

que la ergonomía es muy importante también aquí, no vayamos por fatiga a dejar caer a alguien o que se nos mueva lo más mínimo durante momentos que exigirán al doctor una gran precisión, como por ejemplo la anteriormente citada punción lumbar.

- Sexto: la utilización de grúas en UCIS es algo complicado por todos “los obstáculos” que a veces hay que salvar, por ello si te ves desbordado, no dudes en pedir ayuda para la observación de los elementos sanitarios que “andan por ahí colgando”, ya que cuatro o incluso seis ojos ven más que dos.

- Séptimo: es indispensable un alto grado de concentración a la hora de trabajar en una UCI.

6 Bibliografía

<http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/>.

Capítulo 1101

EL ACCESO A LOS SERVICIOS SANITARIOS HOSPITALARIOS (ATENCIÓN ESPECIALIZADA) Y EL AUX. ADMINISTRATIVO

RUBÉN LAGAR OSORIO

LUCIA COUSO MENENDEZ

1 Introducción

La Ley General de Sanidad (LGS) define al Hospital como el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia.

El R.D. 521/1987 de 15 de abril, sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales dice lo siguiente “Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de atención especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada Área de Salud, así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria del Área correspondiente”. El sistema de acceso del paciente a las consultas de Atención Especializada (AE) es gestionado por el Servicio de Admisión y su personal administrativo.

El personal Aux. Administrativo es el que en este Servicio de Admisión ha de garantizar la recepción del paciente que acude al Hospital en demanda de asistencia especializada, la gestión administrativa que trae en consecuencia dicha

asistencia (quirúrgica ó médica) y también la importantísima cuestión de mantener al usuario informado sobre el entorno del centro al que acude, sus derechos y deberes durante su estancia en el Centro y los servicios que encontrará disponibles para su uso (biblioteca, etc.).

En definitiva, el personal administrativo del Servicio de Admisión debe estar preparado para dar la primera atención al usuario ó paciente (atención administrativa), de la que partirá cualquier otra que necesite posteriormente. El personal administrativo de Admisión deberá poseer cualidades específicas como gran capacidad comunicativa y buena predisposición al trato con el usuario ó paciente, así como la atención de las necesidades que puedan derivarse de su estancia en el Hospital.

El Servicio de Admisión engloba las unidades propias de Admisión: lista de espera, cita previa, etc. En determinados momentos puede incorporar también la unidad de atención al paciente y cualquier otra que le sea encomendada por la Gerencia del Hospital.

2 Objetivos

- Establecer la función del servicio de admisión así como las funciones del personal administrativo en dicho servicio.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura sobre el servicio de atención especializada desde el punto de vista del auxiliar administrativo.

Se realiza una búsqueda de bibliografía exhaustiva, en las principales base de datos de sanidad, fue completada con los resultados obtenidos, en buscadores, como en Google Académico, Scielo, PublicMed español y en páginas web relacionadas con la sanidad como www.formacionegs.com y seguridaddel-paciente.sespa.es.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español y gratuitos.
- Temática sobre la Atención Especializada y el Aux. administrativo.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos al español.

Palabras clave:

- Atención Especializada, Auxiliar administrativo.

4 Resultados

- El Servicio de Admisión tiene como misión mejorar la gestión de los recursos mejorando la información, conservándola verazmente y gestionándola con rapidez de la manera más adecuada, para así mejorar la la calidad del servicio y también la toma de decisiones. Para este objetivo, el Hospital tiene asignado personal administrativo adscrito al Servicio de Admisión, que tiene como función la recepción de los usuarios con el objetivo, entre otros, de facilitarles una información eficaz de la cartera de servicios y prestaciones que ofrece el centro a sus usuarios ó pacientes.

El Servicio de Admisión es el enlace de unión entre la Atención Primaria y sus pacientes con la Atención Especializada, también da soporte a la actividad asistencial, docente e de investigación mediante el proceso de gestión directa de toda la información que genera en su actividad el Hospital.

I. Objetivos en la gestión de pacientes. Organizar y gestionar operativamente:

- El acceso a los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizando en todo momento el principio de equidad.
- La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).
- La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas.
- La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.
- El registro de pacientes atendidos en urgencias.
- Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.
- Creación, actualización y mantenimiento del fichero maestro de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad, fiabilidad, así como la confidencialidad de la información.
- Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con atención primaria.

Gestión de la información asistencial:

- Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios para ellos.
- Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.
- Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas, etc.).
- Desarrollar los sistemas de recuperación de información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación, etc.
- Participar en los programas de investigación, el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.

II. Gestión de la documentación clínica:

- Gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajuste a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica (LO) 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
- Establecer, en colaboración con las instancias determinadas por cada centro, la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.
- Normalizar la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la comisión de historias clínicas.
- Codificación clínica: elaboración de índices, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas para garantizar su fiabilidad.

En conclusión las funciones que realiza el personal administrativo son de vital importancia para el buen desarrollo del funcionamiento del hospital y para mantener una atención especializada de calidad, eficaz y eficiente.

- Las funciones del personal administrativo del servicio de admisión, se detallan tales funciones a continuación:
- Información y atención al usuario: recibir al paciente/usuario y desde el momento de su acceso al Hospital mantenerle informado en todo momento de la cartera de servicios y la ubicación de los mismos en el centro. Asimismo, el paciente deberá poseer información puntual de su situación, en relación con la atención asistencial que espera recibir (demora en la asistencia, situación de la lista de espera, etc.) El paciente recibirá la información necesaria para conocer sus

deberes y sus derechos, tutelando el que pueda ejercerlos en cada momento. De cara a facilitar esta tarea de informar al usuario es importante contar con folletos informativos, fácilmente comprensibles y manejables, que puedan acercar al usuario toda la información posible acerca del Centro, con objeto de ayudar a hacer nuestro entorno agradable al paciente y no un medio hostil.

- Gestión de ingresos programados: son ingresos programados aquellos que ordena el facultativo especialista del hospital, como consecuencia del seguimiento del paciente en consulta. La gestión del ingreso por parte del servicio de admisión se inicia con la comunicación al paciente del día y hora en que debe ingresar. También la gestión de la asignación de cama en el servicio donde se vaya a producir el ingreso así como la petición de su historia al archivo de historias clínicas. Posteriormente continúa con la recepción del paciente en el momento del ingreso, con la toma de datos del mismo, siendo responsable de los trámites administrativos a que de lugar la estancia del paciente, y del registro del alta cuando ésta se produzca. En el caso de que el régimen económico de la prestación asistencial no sea la seguridad social, el servicio de admisión será responsable de trasladar la información necesaria a la Unidad administrativa encargada de elaborar la facturación, con objeto de ésta determine si procede la emisión de la factura, y la titularidad de la empresa o particular responsable del abono de la misma.
- Petición de pruebas especiales: tramitación de peticiones de pruebas diagnósticas a otros centros.
- Solicitud de documentación clínica: mediante el cumplimentado de un impreso que debe ir firmado por el paciente, para solicitar informes médicos, copias de RX, TAC u otras pruebas diagnósticas.
- Justificantes de Ingreso: atender las solicitudes por parte de los pacientes de justificantes en los que se indique el periodo que permanecieron ingresados en el Centro (solamente en caso de ausencia del personal administrativo de la planta).
- Cambio de especialista: se puede solicitar el cambio de especialista nominal, dentro de la misma especialidad, a través de un modelo que le será facilitado al usuario.
- Inscripción de recién nacidos: cuando se quiera inscribir a un hijo/a recién nacido/a en un municipio distinto al de la ubicación del Hospital, y previa presentación del certificado de nacimiento que le será entregado por la Matrona en el momento del parto, se le entregará la documentación restante para inscribirlo/a en su Municipio.
- Solucionar los posibles problemas surgidos durante el ingreso, tanto por las instalaciones, como con el personal del Hospital.
- Sugerencias: dar forma y utilidad a las opiniones de los pacientes sobre todo lo

que pueda mejorarse.

- Agradecimientos: recoger por escrito los agradecimientos que deseen dejar de manifiesto los pacientes, derivándolos hasta el estamento indicado.

Por último, destacar que tanto el personal no sanitario (aux. administrativos, celadores, etc.) como el personal sanitario (facultativos, enfermeras, etc.) deben coordinarse para lograr un óptimo funcionamiento del sistema sanitario en la atención especializada.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir a modo de resumen que el principal objetivo del personal administrativo del servicio de admisión es la gestión de los pacientes desde que inician su estancia en el Hospital por un proceso determinado hasta que se van, coordinando tanto los intercambios de información y solicitudes de asistencia entre atención primaria y especializada, como las acciones causadas por la actividad de las diferentes unidades del Hospital: traslados a otros centros, intervenciones quirúrgicas, ingresos, etc.

- Las funciones del personal administrativo están definidas en torno a la operativa asistencial del paciente y al soporte organizativo e informativo que los servicios clínicos precisan para su labor diaria. Por lo tanto, las funciones básicas del personal administrativo del servicio de admisión en atención especializada son:

- Coordinar la atención al paciente.

- Coordinar el correcto funcionamiento de los recursos.

- Constituir el sistema de información clínico-asistencial del Hospital.

6 Bibliografía

- R.D. 521/1987, de 15 de abril.

- Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los consumidores y Usuarios.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- La Constitución Española de 1978.

- Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria de 1984.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Auxiliar administrativo en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, MAD.
- Gestión administrativa en el ámbito sanitario, Logos.

Capítulo 1102

LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL EN EL AMBITO SANITARIO

ELENA URÍA CUERVO

VERONICA MENENDEZ FEITO

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las manos del personal sanitario constituyen el principal vehículo para la transmisión de microorganismos de un enfermo a otro, del trabajador sanitario al enfermo y entre diferentes localizaciones de un mismo paciente; por tanto, una correcta higiene de manos será la principal y primera medida en la prevención y control de la infección asociada a la práctica sanitaria de origen exógeno.

2 Objetivos

- Analizar el objetivo del lavado de manos.
- Enumerar los tipos de lavado de manos existentes.
- Describir la técnica correcta del lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el lavado de manos.

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

4 Resultados

El objetivo del lavado de manos es disminuir la contaminación de las manos y prevenir la propagación de gérmenes patógenos en zonas no contaminadas, prevenir la transmisión de infecciones en el medio sanitario y proteger al paciente, personal sanitario/no sanitario y cuidadores. Se consigue con la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

Según el tipo de lavado de manos puede ser:

- Doméstico: lavado de higiene personal de práctica común, independiente del contacto con el enfermo.
- Clínico: es el que se realiza antes y después de la atención a cada paciente .
- Quirúrgico: se realiza antes de un procedimiento que involucra manipular material estéril que penetra en tejidos, sistema vascular o cavidades normalmente estéril.

Una buena higiene de manos evita la mayoría de las enfermedades. Si por casualidad estuviéramos en contacto con algún agente contagioso, la limpieza adecuada de nuestras manos podría evitar que enfermemos y que al mismo tiempo podamos enfermar a otras personas. Es necesario que la realicen todo el personal sanitario/no sanitario, los pacientes, sus familias y los visitantes que les atienden, además de habitualmente aunque no te encuentres con una persona enferma.

Para el lavado la duración de la frotación de las manos con agua y jabón debe de ser de 15 segundos mas el tiempo necesario para el enjuagado y posterior secado. Los pasos para una técnica correcta de lavado de manos según la Organización Mundial de la Salud son:

- Mojarse las manos.
- Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la mano.
- Frotar las palmas entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.

- Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
- Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotarlo con un movimiento de rotación, y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
- Enjuagar las manos.
- Secarlas con una toalla de un solo uso.
- Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

5 Discusión-Conclusión

Los guantes en ningún caso sustituyen a la higiene de las manos. Si se utilizan, deben cambiarse siempre de un paciente a otro y cada vez que se retiren debe realizarse una higiene de manos.

Esta medida es importante llevarla a cabo siempre ya que disminuye las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria.
- Protocolo de lavado de manos. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.

Capítulo 1103

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL ASEO DEL PACIENTE

VANESA SUAREZ MENDEZ

SILVIA BENAVIDES DIEZ

1 Introducción

La higiene se encuentra y forma parte de los hábitos y estilos de vida saludables de las personas. Tiene como fin mantener sanas la piel, barrera protectora del organismo humano, y sus faneras, además de aportar múltiples beneficios al paciente y favorecer su valoración por parte de profesionales.

La higiene provoca en el paciente sensación de bienestar tanto físico como mental, evita la aparición de determinadas patologías y sus complicaciones, como por ejemplo las infecciones, ayuda en la prevención de las úlceras por presión y, aspectos relacionados con la misma, como el hecho de dar masajes mientras se realiza o la temperatura del agua, contribuyen a mejorar la circulación o a rebajar la fiebre, entre otros.

En este capítulo vamos a determinar el alcance del papel del celador en el aseo del paciente y la importancia del mismo.

2 Objetivos

- Identificar el procedimiento adecuado llevado a cabo por el celador en el aseo del paciente para garantizar su higiene contribuyendo tanto a su bienestar físico como mental.
- Describir los tipos de aseo en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica, se realiza una búsqueda de las principales investigaciones procesadas en las bases de datos PubMed, Google Académico y Medline; empleando los descriptores para la búsqueda de: “celador” “aseo del paciente” y “baño del paciente” De esta búsqueda se hallaron un total de 136 resultados, de los cuales se seleccionaron los 26 textos en castellano escritos en el periodo 2015- 2018, que fueron ordenados por relevancia y analizados. De igual modo se realiza una búsqueda en Google empleando los términos “legislación”, “celador” y “Estatuto de personal no sanitario” de los que se extraen las dos leyes citadas en el Capítulo.

4 Resultados

- El papel del celador: según el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 5 de julio de 1971) donde se disponen las funciones del Celador, las cuales han sido avaladas por la disposición transitoria sexta de la Ley 55/2003 que da validez a las mismas mientras que no se desarrollen normas nuevas, vemos que se atribuyen a los celadores el lavado y aseo de pacientes en determinadas circunstancias. En el estatuto se recoge que los celadores, de manera excepcional, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o a aquellos que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de los supervisores de planta o servicio o personas que sus sustituyan y que también los bañarán.

La puntualización de “enfermos masculinos” es debida a las circunstancias de la época en la que la mayoría de los celadores eran hombres y se consideraba poco decoroso que asistiesen en estos menesteres a pacientes femeninas. Hoy, esta forma de pensar ya está superada y celadores hombres y mujeres atienden sin problema a pacientes de ambos sexos.

Queda así claro que la higiene de los pacientes es una de las labores que pueden llevar a cabo los celadores. Por tanto, para la realización de este cometido es necesario que el Celador conozca la importancia y los beneficios de la higiene, los materiales que necesita para realizar el aseo, los tipos que hay y la forma de realizarlo.

Importancia del aseo.

La piel o sistema tegumentario es el órgano del cuerpo humano de mayor ex-

tensión con una superficie de más de 2 m², un grosor variable dependiendo de la zona que oscila entre el medio milímetro en zonas finas como los párpados y los 4 milímetros en zonas como el talón y, un peso de cuatro kilos y medio aproximadamente. Su principal función es actuar como barrera protectora del organismo. En la piel encontramos: pelo, uñas, glándulas sudoríparas y sebáceas, componentes del cuerpo humano que también se comportan como barreras, ayudando así a la función principal de la piel.

La piel sucia, sobre todo en el caso de secreciones como sudor, orina o excrementos, corre el riesgo de infectarse. Por eso, el aseo del paciente para mantener la piel y sus faneras de manera óptima es fundamental para su salud y para su bienestar.

- Tipos de aseo: los aseos de los pacientes pueden realizarse en ducha, bañera o en la cama. Según Koziar (Enfermería Fundamental, Interamericana –McGraw Hill) existen varios tipos de baños higiénicos:
- Baño completo en la cama: en este supuesto el profesional es el encargado de llevar a cabo todo el procedimiento ya que el paciente está encamado y sin movilidad. En el caso del paciente encamado sin movilidad o con movilidad muy escasa es fundamental una correcta ejecución de su aseo ya que no hay que olvidar que se trata de un tipo de persona imposibilitada para su cuidado personal y que su higiene depende totalmente del trabajo de los profesionales que le asistan.
- Baño en la cama: aquí el paciente conserva la movilidad pero no puede levantarse. Por tanto, asume su higiene en gran medida siendo auxiliado en caso necesario por un profesional que se ocupe de ayudarlo en las zonas a las que no tiene acceso o el acceso es especialmente dificultoso como los pies o la espalda.
- Baño parcial: en este caso solo se realiza la higiene de las zonas susceptibles de desprender olor o causar malestar al paciente (cara, manos, axilas, genitales, área perineal y espalda) Dependiendo del grado de autonomía se realiza por el propio paciente o por el profesional.
- Bañado en la bañera o en la ducha: es el más cómodo tanto para los profesionales como para los pacientes por la rapidez en su ejecución como por la calidad de sus resultados en el enjabonado y el aclarado.

Consideraciones generales con respecto al celador:

- Se lavarán las manos antes y después de cada procedimiento.
- Se utilizarán guantes, los cuales se desecharán tras cada procedimiento.
- Como norma general el aseo se realizará de arriba abajo y de derecha a izquierda.
- Se clasificarán los desechos conforme a las normas de seguridad.

- Se informará de las novedades que se registren durante la higiene.

- Consideraciones generales con respecto al paciente

Hay que tener presente que en todo el procedimiento de aseo el profesional debe de:

- Preservar la intimidad de la persona en todo momento en la medida de lo posible, evitando que se sientan incómodos con nosotros aunque le invadamos su intimidad parcialmente, ya que muchos pacientes son pudorosos con respecto a la propia desnudez y necesidades fisiológicas y su exposición y manipulación

- Manejar a los pacientes con suavidad y rapidez para disminuir el riesgo de enfriamiento, cansancio y minimizar su tiempo de exposición en una situación que pueden considerar embarazosa.

- Técnicas de aseo:

I. Baño en la ducha.

Se realiza a los pacientes que pueden levantarse. Normalmente este paciente solo necesita una ayuda mínima. Se procederá de la siguiente manera:

- Se informará al paciente de lo que se va a realizar y el procedimiento previsto para ello.

- Se preparará el equipo necesario y se pondrá a su disposición: dos toallas, pijama o camisón, bata, zapatillas, jabón o gel, peine, cepillo y pasta de dientes y bolsa para la ropa sucia.

- Se le acompañará, si fuera necesario, hasta la ducha.

- Se recogerá todo lo utilizado y acompañará al paciente a la cama, una vez concluido.

II. Aseo en bañera.

Se realizará con aquellos pacientes que puedan levantarse, pero que no sean autónomas para ducharse solas; se realizará del siguiente modo:

- Se informará al paciente de lo que se va a realizar y el procedimiento previsto para ello.

- Se llenará la bañera con agua caliente comprobando su temperatura con un termómetro de baño.

- Se colaborará con el paciente en el aseo, según la independencia del mismo, ayudándole, si fuera preciso, a vestirse y desvestirse, enjabonarse, a entrar y salir en la bañera, etc.

- Si fuera preciso, se ayudará la paciente a secarse, vestirse e instalarse de nuevo en su cama.

- Se recogerá todo lo utilizado una vez concluido el aseo.

III. Baño en cama completo:

Se realiza en aquellos pacientes que deben permanecer tumbados en la cama. Es conveniente que lo lleven a cabo dos personas, para disminuir el tiempo empleado en la higiene y para facilitar la manipulación del enfermo y hacerlo sentir más seguro. Se debe realizar tantas veces como sea necesario pero, como mínimo, una vez al día, coincidiendo con el cambio de lencería de la cama.

Procedimiento:

- Se informará al paciente de lo que se va a realizar y el procedimiento previsto para ello.
- Preparar la habitación y los materiales que se van a utilizar.
- Colocar al paciente en decúbito supino,
- Retirar la ropa sucia de cama: colcha, sábana y manta.
- Colocar un hule protector.
- Tapar al enfermo con una manta de baño, destapando solo las partes que vayamos a lavar para evitar enfriamientos y garantizar su intimidad en la medida de lo posible.

El aseo se realiza por partes, mediante el empleo de jabón, y la retirada y secado del mismo, siendo el orden de lavado:

1. Cabeza y cuello. Se limpian los ojos con una torunda mojada en agua, seguidamente las orejas y posteriormente el contorno de la boca y aletas de la nariz. Finalmente, cara y cuello, aclarando bien y secando con una toalla.
2. Hombros, axilas, brazos y manos. Se lavan de arriba hacia abajo: hombros, axilas, brazos, antebrazos y manos. Estas hay que introducirlas en un recipiente con agua caliente durante unos minutos para facilitar la limpieza y el cortado de las uñas ya que de esta manera se ablandan las mismas y se disuelve la suciedad.
3. Tórax, abdomen y mamas. Se lavan de arriba hacia abajo. En las mujeres, enjabonar, aclarar y secar meticulosamente el pliegue submamario.
4. Piernas y pies. Primero se lava un miembro siempre de arriba hacia abajo: ingle, muslo, rodilla, pierna y pies y después el otro. Se colocan los pies en un recipiente con agua como ocurría con las manos. Se prestará atención al secado de los pliegues interdigitales para evitar complicaciones como úlceras y humedad que facilitaría la aparición de enfermedades micóticas.
5. Espalda y nalgas. El lavado se hace también de arriba abajo colocando al paciente en decúbito lateral.
6. Genitales externos. Se le coloca una cuña debajo del perineo con las piernas separadas y flexionadas. Es muy importante recalcar que la higiene de los genitales se hace siempre en dirección de los mismos a región anal y nunca a la inversa. Se trata de evitar el arrastre de microorganismos de esta zona hacia los genitales,

sobre todo en mujeres que al tener el esfínter más corto son más propensas a infecciones. Se hace con agua y un antiséptico no irritante en lugar de jabón el cual resulta demasiado agresivo para la zona a no ser que se trate de un jabón específicamente formulado para ello.

- Después del baño se cambia el pijama o camisón por uno limpio.
- Se cambia la cama.
- Se echa a lavar toda la ropa sucia y se separan selectivamente los desechos.

5 Discusión-Conclusión

De una correcta higiene del paciente depende en gran medida el bienestar físico y mental de un paciente por lo que es de suma importancia que el celador, que se ocupa de la misma bien por si solo bien asistiendo a otros profesionales, domine la misma a la perfección.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 5 de julio de 1971).
- <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>.
- Disposición transitoria sexta de la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>.
- Barbara Kozier et al. Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica. 1993. Interamericana-McGraw-Hill
- Ochoa Montoya, Blanca et al. Técnica de aseo del paciente encamado. 2010 Biblioteca A.S.H.
- Fernández López Fernando, Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria, Ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid, 1998.

Capítulo 1104

EL CELADOR EN EL POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

La figura del celador está encuadrada profesionalmente dentro del personal no sanitario, y la mayoría de sus funciones están supeditadas a instrucciones de sus superiores. Pese a ello, es muy importante que tenga una buena formación del funcionamiento hospitalario en general para lograr un trabajo eficaz en cada una de sus áreas.

El quirófano es el espacio físico dentro del bloque quirúrgico en el que se realizan las intervenciones quirúrgicas, pertenece por tanto a la zona limitada o estéril, la cual tiene una normativa específica para preservar la máxima asepsia y minimizar posibles complicaciones.

El celador en el quirófano pertenece al personal no estéril puesto que no estará en contacto con el campo quirúrgico, pero sí debe asistir en todo momento en lo que le encomiende el personal estéril además de realizar el resto de las funciones propias de su categoría.

Una de las funciones más importantes que desempeñará en esta área será la colocación del paciente en la mesa quirúrgica, bajo la supervisión del personal de enfermería y según las indicaciones del cirujano en función de la intervención a realizar.

En ocasiones, el paciente ya estará anestesiado en el momento de su colocación y no podrá comunicar si se encuentra incómodo o siente dolor, por lo que el celador deberá extremar aún más la precaución de realizar movimientos suaves y siguiendo una correcta alineación corporal.

2 Objetivos

- Determinar cuáles son las posiciones más frecuentes del paciente en la mesa quirúrgica en función del tipo de intervención quirúrgica y las ayudas materiales de las que se dispone para llevarlo a cabo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros especializados y en bases de datos: Scielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: celador, quirófano, intervenciones y posicionamiento. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre.

4 Resultados

- Las posiciones más frecuentes en las que habrá que colocar el paciente en la mesa de operaciones son:
Decúbito supino o dorsal: el paciente estará boca arriba con su espalda apoyada en la mesa quirúrgica con los brazos asegurados ligeramente separados del cuerpo con las manos en pronación o ladeadas hacia el cuerpo. Esta posición es de las más usadas en quirófano, se usa para poner la inducción de la anestesia general, local y raquídea. También se usa en varias especialidades que enumeraremos a continuación:
 - Cirugía general: se usará esta posición en la mayoría de las intervenciones abdominales como son apendicitis, laparotomías, colectomías, etc.
 - Cirugía urológica: en intervenciones de próstata y vejiga.
 - Cirugía ginecológica: en quistes de ovarios, cesáreas, histerectomías, etc.
 - Cirugía traumatológica: en intervenciones de brazos, piernas, manos y pies.
 - Cirugía de ORL: en intervenciones de la nariz, amígdalas y laringe entre otras.
 - Cirugía dermatológica: sobretodo en extirpación de melanomas.
 - Cirugía oftalmológica: cataratas, desprendimiento de retina, glaucomas, etc.

En esta posición colocaremos el cinturón de seguridad sobre las rodillas y almohadas bajo la región cervical y curvatura lumbar. Ésta posición básica en decúbito supino tiene además varias variantes:

Decúbito supino anterolateral: le colocaremos al paciente una almohada debajo del lado a intervenir para elevarlo un poco respecto al otro. Flexionaremos la rodilla del lado afecto para relajar su musculatura abdominal y se podrá inclinar ligeramente la mesa hacia el lado de la cabecera para mejorar el intercambio gaseoso. Se usa en cirugía abdominal y torácica.

Posición de Roser: la posición ideal para intervenciones de cara y cuello. Se colocará el cuello en hiperextensión bien bajando la sección superior de la mesa quirúrgica o con una pequeña almohada bajo los hombros.

Extensión braquial: consiste en colocar el brazo a intervenir sobre un soporte en el que se mantendrá extendido en ángulo recto respecto al pecho. Es importante evitar la hiperextensión para evitar daños en el plexo braquial o en la arteria axilar. Esta posición se usará en intervenciones de mama, axila, mano o brazo.

Posición de rana: el paciente tendrá las rodillas ligeramente flexionadas con la planta de los pies mirando hacia dentro y los muslos en rotación externa. Para ayudar a mantener esta posición usaremos almohadas bajo las rodillas y tobillos. Esta posición se usa sobretodo en intervenciones en la región inguinal o parte interna de los miembros inferiores.

- Litotomía dorsal o posición ginecológica modificada: Se colocará al paciente en decúbito supino con los glúteos pegados a la separación de la sección del tronco y miembros inferiores y se procederá a administrarle la anestesia. Posteriormente, se levantarán las piernas del paciente y se colocarán en los estribos que estarán a la misma altura y con el mismo ángulo de rotación adecuado al paciente. En esta posición hay que tener precaución de no presionar el hueso poplíteo para evitar lesiones. A continuación se retirará la sección de la mesa quirúrgica correspondiente a los miembros inferiores para lograr un mejor acceso a la región a intervenir. Una vez terminada la intervención volveremos a colocar la sección de la mesa retirada con precaución de no lesionar al paciente. Esta posición se usará en las siguientes cirugías:

Cirugía ginecológica: legrados, intervenciones de suelo pélvico, etc.

Cirugía urológica: en cistoscopias, biopsias de próstata, etc.

Cirugía general: en abscesos perineales, fisuras anales, etc.

- Trendelenburg: colocaremos al paciente en decúbito supino e inclinaremos la

mesa de operaciones quedando los pies del paciente más altos que su cabeza, para ello podremos poner cojines bajo sus hombros para evitar su deslizamiento en la mesa. También podemos doblar la sección superior de la mesa con un Trendelemburg regular doblando la sección superior de la mesa. Esta posición se mantendrá el tiempo indispensable para realizar la intervención puesto que con ella el paciente no puede mantener una correcta expansión torácica. Suele usarse en intervenciones de miembros inferiores y en la cirugía de órganos de la cavidad pélvica.

- Anti-Trendelemburg o posición de Morestin (Trendelemburg invertido): el paciente está en decúbito supino con la cabeza elevada y con los pies en un plano inferior apoyados en un tablero acolchado. Se utiliza en cirugías de la zona superior del abdomen, cuello o cara. En ocasiones también en cirugías abdominales.

- Fowler: inicialmente colocaremos al paciente en decúbito supino, posteriormente levantaremos su tronco y cabeza hasta unos 45°. Existen dos variantes: una la posición Semi-Fowler en la que se levanta hasta unos 30° y el Fowler sentado o posición de sedestación en el que se levanta a 90°. Debemos colocar correctamente el paciente en la mesa sobre las distintas secciones y debemos poner cojines en las zonas de presión (talones, brazos y región sacra) y evitar que el paciente resbale sobre la mesa quirúrgica. Colocaremos dos cinturones, uno sujetando las rodillas y el otro sujetando el tórax pero con la precaución de evitar que dificulte la función respiratoria.

Se utiliza en intervenciones de neurología y de otorrinolaringología.

- Decúbito prono o ventral: El paciente estará colocado mirando hacia la mesa, apoyado sobre su vientre. Su cabeza reposará sobre el colchón y quedará girada hacia un lado. Colocaremos almohadas a nivel pectoral y por debajo de ambas axilas para facilitar la expansión torácica. También colocaremos otra almohada bajo las piernas para relajar la musculatura de la cadena posterior. Los brazos pueden colocarse en soportes con las palmas de las manos hacia abajo. En esta posición también encontramos varias variantes:

Decúbito prono modificado: se colocan las caderas del paciente coincidiendo con una de las secciones de la mesa quirúrgica con una almohada bajo el abdomen. A continuación doblamos la sección inferior de la mesa, quedando los miembros inferiores hacia abajo y el resto del cuerpo sobre la mesa de operaciones. Se utiliza en determinadas cirugías de la columna vertebral.

Decúbito prono cefálico: se coloca la cabeza del paciente en un soporte quedando el hueso occipital y las primeras vértebras cervicales accesibles. El peso craneal

descansará sobre sus mejillas y frente, por lo que hay que movilizar su cara cada cierto tiempo. Se utiliza en intervenciones de neurocirugía.

Posición de navaja barbera, de Kraske o de Jacknife: colocaremos las caderas del paciente en la sección central de la mesa y almohadillas bajo sus hombros, tórax y pies. Colocaremos el cinturón de seguridad a nivel de la pantorrilla y en los brazos, giraremos su cabeza y colocaremos los brazos sobre ella o en apoyabrazos. Posteriormente bajaremos la parte inferior de la mesa y la parte superior quedando la región de las caderas más alta que el resto del cuerpo. Después de la intervención es muy importante volver a la posición inicial muy suavemente. Se usa en cirugías de la región sacra básicamente.

Posición genupectoral: variante de la posición de navaja barbera. Colocamos al paciente en decúbito prono con almohadas bajo tórax y brazos. A continuación se inclina ligeramente la mesa quedando la cabeza más baja que los pies, y doblando las rodillas en ángulo recto. Se usa además para la realización de sigmoidoscopias y culdoscopias.

- Decúbito lateral: Colocaremos al paciente sobre uno de sus costados, para ayudar a mantener esta posición podemos colocar su espada entre almohadas o sacos de arena. Flexionaremos sus miembros inferiores y colocaremos entre ellos una almohada. Los miembros superiores se colocarán en un tablero o en un soporte especial. Se utiliza sobretodo en cirugía renal, en cirugía torácica (en pulmones y colocación de drenajes torácicos), y en cirugía traumatológica, principalmente en cirugía de cadera. En esta posición también encontramos variantes, como son: Posición de Sims, o posición lateral modificada: colocaremos al paciente en decúbito lateral, el miembro inferior apoyado en la cama estará flexionado a 90° cadera y rodilla y el otro miembro inferior con la pierna totalmente estirada. El brazo de la mesa estará extendido tras la espalda y el otro descansará en flexión sobre la mesa. Se usa sobre todo en las pruebas endoscópicas a pacientes obesos o ancianos.

Posición de lumbotomía: colocamos al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano, colocando su espalda al borde de la mesa. Flexionamos la rodilla del lado sano, mientras que la otra queda extendida por lo que colocaremos una almohada entre ellas. Podemos colocar además un soporte acojinado por delante y por detrás del paciente que nos ayude a mantener la posición. Colocaremos además una almohada a nivel de sus hombros y nuca para evitar la hiperextensión de cuello y de los nervios del brazo. Se usa para realizar intervenciones renales.

Posición fetal: colocaremos al paciente en decúbito lateral, con las piernas flexionadas sobre el pecho quedando arqueada su espalda. Se utiliza en anestesia raquídea y para la realización de una punción lumbar.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos considerar según lo analizado que la figura del celador es determinante para la correcta colocación del paciente en la mesa quirúrgica. Cabe destacar que el celador colocará al paciente bajo las órdenes y supervisión de sus superiores, pero debido a la complejidad de éstas posturas es necesario que tenga una adecuada formación al respecto para poder facilitar el trabajo multidisciplinar que se requiere en éste área.

No todas las cirugías tienen la ventaja de poder ser realizadas bajo programación con la consiguiente preparación paulatina del paciente, en las que el celador podrá informarse anteriormente de la posición que el paciente debe adoptar y del desarrollo de la intervención.

En numerosas ocasiones, aparecerán intervenciones que deberán realizarse con la máxima celeridad posible al tratarse de cirugías de urgencia en las que hay un compromiso vital de la vida del paciente. En estos casos, será decisivo que el personal esté debidamente formado y sepa qué hacer en cada momento para no provocar demoras en la intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

- 1. 1.1_GRUPO2_trabajo_INTRAOPERATORIO.pdf [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2019].
- 2. Cirugía Ortopédica y Traumatología.pdf [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2019].
- 3. Evidence-based clinical practice manual: Patient preparation for surgery and transfer to the operating room [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2019].
- 4. Malos hábitos de los profesionales sobre el paciente quirúrgico - Dialnet [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2019].
- 5. Manual Básico del Celador - Daniel Mera Núñez - Google Libros [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2019].
- 6. Mesa Quirúrgica - EcuRed [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2019].
- 7. Full Text PDF [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2019].
- 8. Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica.pdf [Internet]. [citado 31 de diciembre de 2019].

Capítulo 1105

NOCIONES BÁSICAS DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

JAVIER VÁZQUEZ RUIZ

MONICA SÁNCHEZ CARCABA

1 Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivo (UCI), también llamada Medicina Intensiva, es un servicio dentro del hospital destinado al tratamiento y vigilancia del paciente cuyas funciones fisiopatológicas estén alteradas y hayan alcanzado un nivel de severidad tal que represente una amenaza crítica actual o potencial para su vida y a la vez sean susceptibles de recuperación. Por lo general alberga también a los pacientes que, aún estando estables, se prevea que puedan sufrir alguna alteración importante como es el caso de los postoperados.

Las Unidades de Cuidados Intensivos son los lugares físicos fundamentales en donde se realiza la labor asistencial de la especialidad en función de la patología del paciente. Se trata de servicios centrales de carácter polivalente, que funcionan en íntima conexión con el resto de servicios hospitalarios y atienden tanto a pacientes médicos como quirúrgicos coincidiendo siempre en su aspecto crítico y potencialmente recuperable.

Estas Unidades tienen características particulares a diferencia de otros servicios hospitalarios, así como su distribución arquitectónica puede variar de unas a

otras unidades, encontrándose algunas de planta circular con el puesto de enfermería en el centro y otras lineales pero de igual manera el puesto de enfermería es central y en frente de los cubículos donde se encuentran los pacientes. Otras conservan la estructura de los servicios de hospitalización con habitaciones similares pero con la adecuación eléctrica y tecnológica necesarias.

Todas estas características sumadas a la restricción en el ingreso de la familia, el ruido constante de los equipos, el frío ocasionado por el aire acondicionado y la iluminación, hacen de la permanencia en esta Unidad una experiencia poco placentera además de la carga de incertidumbre que afecta a la condición del paciente.

Con respecto a la tecnología de la UCI hay diversidad de equipos que permiten conocer algunas variables fisiológicas, contribuir a la interpretación de la situación clínica del paciente y enfocar la terapéutica, los cuales pueden ocasionar falta de comodidad en el paciente debido a que están adheridos a la piel, algunos pueden transgredir las barreras naturales y limitar la autonomía, la movilidad y el bienestar.

En suma, todos estos factores conllevan a la vivencia de una experiencia diferente desde el punto de vista de los profesionales que trabajan en la UCI por el contraste con otras áreas del hospital donde hayan trabajado anteriormente, y del paciente respecto a otras hospitalizaciones que haya tenido por los componentes de los cuidados que ahora recibe.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador y conocimientos básicos para el trabajo eficaz en el servicio de UCI.

3 Metodología

Para la exposición de los resultados en función de los objetivos indicados se hace revisión bibliográfica de varios manuales de celadores así como de diversos buscadores científicos en Internet (Google Académico y Redalyc.org) y pubmed, persiguiendo con este método obtener datos fiables sobre las últimas actualizaciones o cambios publicados al respecto de la interacción entre los diferentes profesionales del servicio de la UCI y las funciones específicas del celador en el mismo.

4 Resultados

- En las unidades habrá un/a Enfermero/a por cada dos o tres pacientes, un/a Auxiliar de enfermería por cada tres a seis y un Celador que asiste a los/as anteriores, permaneciendo en un contacto más cercano con el paciente. También conforman el equipo los médicos intensivistas. Para los demás médicos especialistas se generarán interconsultas, lo que hace que el paciente sea atendido por diversas personas en diferentes momentos del día y de la noche y prácticamente siempre con presencia del Celador.

- Los celadores que trabajan en las unidades de cuidados intensivos deben estar bien preparados en técnicas de mecánica corporal para la movilidad de los pacientes encamados, ya que esto se realiza con bastante asiduidad, sobre todo porque algunos se encuentran inmóviles o inconscientes. De ahí la importancia del celador, cuyo trabajo será requerido con muchísima frecuencia.

Al tratarse de una zona muy susceptible para los pacientes a coger infecciones, los celadores, al igual que el resto de personal que trabaja en estas unidades, deberá utilizar elementos barrera de protección, como ocurre en las áreas de quirófanos. Estos elementos se renovarán cada vez que abandonen estas dependencias.

- Dentro de la UCI el Celador ejercerá un refuerzo fundamental al personal de la unidad y será el nexo de unión con otros servicios del hospital. Para ello llevará a cabo las siguientes funciones:

Realizará labores de colaboración en la higiene, con los auxiliares de enfermería y enfermería.

Realizará el traslado de pacientes a otros servicios intrahospitalarios, cuando sea necesario siempre acompañado por el personal médico y/o de enfermería.

Ayudará a la movilización de pacientes que así lo requieran siendo ellos encargados del buen funcionamiento de la grúa para la movilización de enfermos.

Traslado de aparatos, equipamiento y material desde o hacia la UCI y por el hospital cuando sea necesario.

Serán encargados de asegurar el aprovisionamiento de balas de oxígeno creando parte a mantenimiento y valorando las botellas que están vacías y llenas.

Serán los encargados de la recogida de los cubos de residuos dejándolos en el almacén para ello y aseguran que en cada box haya uno disponible para su uso.

Conocimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo aplicando las medidas en caso de emergencia.

Conocer el organigrama y saber la estructura interna de comunicación del hos-

pital.

Traslado de muestras al laboratorio, anatomía patológica, etc. cuando sea necesario.

Recogida de bolsas de hemoderivados a banco de sangre y devolver las usadas.

Conocer los protocolos acerca de la correcta utilización del material fungible.

Conocer protocolos de actuación en los que estén implicados como el protocolo de ingreso (recoger y registrar peso y talla del paciente junto con la recogida de teléfono de contacto de los familiares), movilización de pacientes encamados, higiene, etc.

Conocer el protocolo de defunción del hospital.

Responsables de llevar y recoger, el material a esterilizar.

Responsables de rellenar hoja de objetos personales de los pacientes y llevarlos a seguridad.

Son los encargados de asegurar la entrada de los familiares a las horas de visita y la disponibilidad de batas y calzas.

Asegurar la buena manipulación de aparatos, equipamiento y productos, siempre respetando la normativa vigente en materia de seguridad y salud laboral.

Proporcionar unos cuidados asistenciales de la mayor calidad posible.

Colaborar y ayudar a compañeros que se incorporen al equipo en cualquier momento, asegurando su formación en los valores y principios de la organización, así como en la rutina diaria de la UCI.

Tengamos en cuenta que estas son funciones generales. Dependiendo del Hospital, según distribución del personal, capacidad de las Unidades y su asignación de tareas pueden variar, dependiendo si la UCI es una sola Unidad (polivalente) o si están divididas en otras Unidades (dividiéndose en cardíacas, posquirúrgicos, quemados, etc.).

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que en función de las particularidades especiales del servicio de la UCI y las funciones a realizar por el Celador éste debe poner especial atención en mantener sus conocimientos actualizados a la par de los nuevos avances. Es fundamental que conozca el material existente en la habitación del paciente y aparatos a utilizar.

Por otra parte debe estar al tanto de las normas excepcionales existentes en la UCI como pueden ser horarios de visita, vestimenta que deben portar los famil-

iares que acuden a aquellas visitas, las normas generales de aislamiento o los protocolos de la unidad entre los que cabe mencionar el protocolo de asepsia.

Además, la experiencia del paciente de permanecer en unidades de cuidado intensivo en medio de una serie de equipos y procesos de enfermedad complejos, donde se aísla temporalmente de su grupo familiar para ser observado individualmente, quedando al cuidado de un personal desconocido para él, conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort, que pueden experimentar durante su permanencia en dicha unidad.

6 Bibliografía

- M^a Jesús S, Antonio J. Niño. Antonio G. Escobar. El Celador en los servicios hospitalarios. [2012;12:151-178]. Formación continuada Logoss.
- Raquel M. Pérez, M^a de los Angeles Arnau B. Conocimientos básicos y funciones del Celador. [2001;10:303-307]. Formación continuada Logoss.
- <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf> [consultado el 16-12-2019]
- <https://www.faeditorial.es/capitulos/el-celador-en-la-uci.pdf> [consultado el 16-12-2019]
- Juan Tomas Giménez Cases. El Celador en la UCI. Formación Alcalá [2018]

Capítulo 1106

ERGONOMÍA Y PRINCIPIOS DE MECÁNICA CORPORAL PARA EL CELADOR

JAVIER VÁZQUEZ RUIZ

MONICA SÁNCHEZ CARCABA

1 Introducción

Para la conservación de una buena salud, es necesario adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del individuo. En esto se basa el principio de ergonomía.

En la actualidad, se puede definir la ergonomía:

- Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona.
- Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar.

Los principios de la ergonomía son los siguientes:

- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales.
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo a las características del trabajador.

- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, no sólo bajo el ángulo de las condiciones materiales, sino también en sus aspectos socio-organizativos, con el fin de que el trabajo pueda ser realizado salvaguardando la salud y la seguridad, con el máximo de confort, satisfacción y eficacia.
- Controlar la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones y su adaptación a las capacidades y aptitudes de la población laboral existente.
- Establecer prescripciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.

Por otra parte en estrecha relación con el campo de la ergonomía hablaremos más extensamente de mecánica corporal, y nos estamos refiriendo con ello al uso eficaz, coordinado y seguro del cuerpo, con el fin de producir movimiento y mantener el equilibrio durante el ejercicio realizado.

2 Objetivos

- Analizar las ventajas de un adecuado movimiento para el celador.
- Identificar los principales aspectos básicos a tener en cuenta.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos de Google Académico y Redalyc.org, sin restricción de fecha y en idioma español. Se incluyó también búsqueda manual bibliográfica en diversos libros y manuales sin restricciones al tipo de estudio.

4 Resultados

Es fundamental que el celador conozca los principios básicos de ergonomía y mecánica corporal con el objeto de aplicar correctamente al paciente las posiciones más frecuentes que se utilizan dentro del ámbito hospitalario y que se emplean tanto para la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones.

El celador es la figura principal encargada de realizar la movilización de los pacientes en el hospital y además el encargado de colocar al paciente en la posición adecuada bien sea para una intervención quirúrgica, para la realización una

prueba, una exploración, un traslado o simplemente para realizar cambios posturales, y por ello la utilización de una mecánica corporal adecuada facilitará el uso seguro y eficaz de los grupos musculares. La puesta en práctica de sus principios resulta fundamental, tanto para el paciente como para el celador y por eso el movimiento corporal adecuado proporciona una serie de ventajas entre las que destacaremos:

- Estimulación del funcionamiento del sistema musculoesquelético corporal.
- Reducción de la cantidad de energía necesaria para movernos y mantener el equilibrio.
- Disminución de la fatiga y el riesgo de sufrir lesiones.

Algunos aspectos básicos a tener en cuenta en la aplicación de esos principios los podemos resumir así:

- Levantar pesos: al levantar un peso (paciente, carga, etc.) no debe doblarse la cintura, sino flexionar las piernas y elevar el cuerpo, manteniendo recta la espalda. De esta forma, el levantamiento lo realizan los músculos de las piernas y no los de la espalda. Causa menos riesgos al deslizar, girar, empujar, que intentar levantar un objeto.
- Al adoptar la posición de pie: la postura de pie ofrece como ventaja una mayor movilización y el mejor uso de los músculos de fuerza, pero tiene como desventaja el mayor consumo de energía y sobrecarga en los miembros inferiores cuando ésta se hace estática. Por consiguiente, la postura incide notablemente en los trastornos de la espalda, para evitar esto se debe aumentar la estabilidad corporal ampliando la base de sustentación.
- Al adoptar la posición sentada: la mecánica del sentarse, está determinada por el cambio de postura periódica, incluso se puede decir que la posición de sentado es una situación dinámica y no estática; estas curvas normales o fisiológicas tienden a modificarse, y como consecuencia de esto, pueden sobrevenir sobrecargas en la estructura de la columna. Es por esto que la zona más eficiente para dar apoyo al tronco es la zona lumbar, de esta manera forzamos a la espalda a corregir la posición de la columna pero con libertad de movimiento.
- Al trasladar objetos: para mover objetos por debajo del centro de gravedad, debe comenzar con la espalda y las rodillas flexionadas. Utilizar los músculos glúteos y de las piernas mejor que los sacros espinales o la espalda para ejercer el impulso ascendente al levantar el peso, también se debe distribuir la carga de trabajo entre ambos brazos y piernas para evitar lesiones de espalda
- En el transporte del paciente: es el desplazamiento del paciente de un lugar a otro en la sala de hospitalización o de un servicio a otro del hospital, puede realizarse en la cama, en camilla o en silla de ruedas. Para empujar, se debe apoyar las manos

sobre el objeto y flexionar los codos, inclinándose sobre él, trasladando el peso del miembro inferior colocado atrás, al que está adelante y aplicar presión continua y suave. Una vez que se empieza a mover el objeto, mantenerlo en movimiento, ya que gastará más energía si se detiene y vuelve a empezar.

De todo lo expuesto anteriormente podemos extraer dos fundamentos que serán de gran utilidad para el celador a la hora de mover y trasladar pacientes u objetos. Por su gran riesgo para ocasionar lesiones de espalda el celador debe evitar dos tipos de movimientos:

- Rotación (giro) de la columna dorsolumbar.
- Flexión brusca de la espalda con las caderas y las rodillas extendidas (encorvarse).

La rotación incorrecta de la espalda se puede evitar al ponernos de frente a la dirección del movimiento, ya sea para empujar, deslizar, mover un paciente u objeto hacia el propio centro de gravedad o alejarlo de éste. Y evitaremos encorvarse comenzando el levantamiento manteniendo la espalda flexionada mientras las rodillas empiezan a estirarse, de forma que los músculos de las piernas sean los que ejercen el impulso ascendente.

5 Discusión-Conclusión

Cuando hablamos de ergonomía y mecánica corporal en la movilización de pacientes u objetos, el celador debe tener en cuenta en primer lugar la seguridad, tanto para el paciente como para el mismo. Muchos pacientes que acuden a un centro sanitario tienen mermadas sus capacidades a causa de la enfermedad, y por tanto, el celador debe ayudarles en su movilización y prever su seguridad en el entorno que les rodea.

La movilización de pacientes u objetos debe llevarse a cabo siguiendo unas normas para evitar riesgos y favorecer la comodidad del paciente, por eso es fundamental que el celador tenga nociones básicas de ergonomía y mecánica corporal, reconociendo adecuadamente también dentro de su labor las posiciones anatómicas y las técnicas adecuadas para levantar, sentar y mover al paciente.

Si cualquiera de estas acciones se practica incorrectamente tiene suficiente potencial para causar distensión, fatiga o lesión al celador, o ser una amenaza para la seguridad del paciente, del celador o de ambos. Si se practican correctamente, utilizando los principios de la ergonomía y mecánica corporal, el celador se moverá

con facilidad y seguridad, reduciendo al mínimo la tensión y aumentando así la seguridad, bienestar y confianza.

6 Bibliografía

- Magdalena Jordán V., Francisco Cordon L. Ergonomía. El Celador en los distintos ámbitos sanitarios. Primeros Auxilios. [2000: 8:163-191]. Formación continuada Logoss.
- Castañeda AG. Evaluación de los Riesgos Relativos a la Manipulación de Pacientes en la Unidad del Centro Quirúrgico del Hospital Provincial Docente Ambato. Quito (ECU): Universidad de Huelva ESP; 2012
- Nogareda Cuixart, S; Álvarez-Casado, E; Hernández Soto, A. "NTP 907: Evaluación del riesgo por manipulación manual de pacientes: Método MAPO". INSHT. 2012
- Frontado K, Rodriguez M. Uso de la mecánica corporal en enfermeras del servicio de emergencia del hospital Belén. Trujillo (Peru): Universidad privada Antenor Orrego; 2015

Capítulo 1107

MEDIDAS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL ÁMBITO DE ADMISIÓN DE RADIOLOGÍA (PERSONAL NO SANITARIO): AUXILIAR ADMINISTRATIVO

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Para evitar esa irradiación innecesaria de los trabajadores expuestos en el ámbito de admisión de radiología, tanto personal sanitario (radiólogos, técnicos de radiología) como de los no sanitarios, a los que haremos mención (celadores y auxiliares administrativos) sin dejar de mencionar también, al paciente y/o usuario.

En este caso vamos a hablar del personal no sanitario, auxiliar administrativo. En el caso del personal de gestión de admisión de radiología, los auxiliares administrativos, los vinculamos directamente con la ejecución de sus funciones en un mostrador directamente con el paciente y/o usuario.

Pero no dejan, en todo caso también, de ser personal que tienen que mover documentación e interactuar, si es necesario, con los técnicos de radiología (entregando o recibiendo documentos o indicaciones) y los mismos radiólogos. Si pueden, en la medida de lo posible, estarán el menor tiempo posible expuestos en la zona radiológica.

Haciendo una mención especial también de otro personal no sanitario, en el que esté por ejemplo implicado el celador. Cuando realice en este servicio una inmovilización de un paciente, evitarán estar bajo el foco de radiación directa, y ante todo caso, si permanecen más tiempo del debido, se protegerán con las prendas adecuadas al efecto.

2 Objetivos

- Describir cómo deben de estar las salas de radiología.
- Analizar las medidas adoptadas para evitar en la medida de lo posible la radiación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las salas de radiología deben de estar:

- Debidamente diseñadas.
- Brindadas de una forma adecuada.
- Su señalización siempre será la conveniente, en estos casos.

Las medidas adoptadas anteriormente no dejan de ser métodos para perseguir el objetivo que hemos descrito, tanto las de equipación de la sala como de las medidas adoptadas para el personal sanitario y no sanitario.

Podemos agregar también:

- Cerrar las puertas de la sala durante el funcionamiento del equipo.
- Protección detrás de cristales y paredes plomadas, entre otras, y las que implican al paciente.

El objetivo principal, y claramente perseguido, está orientado a minimizar al máximo los riesgos de irradiación externa. Los resultados obtenidos se definirán en

una correcta prevención y protección para el trabajador, que es la pretensión que se busca.

5 Discusión-Conclusión

Siendo la conclusión final, que debemos seguir estas pautas para evitar riesgos no necesarios. Toda medida adoptada presente u futura que se pueda adoptar para mejorar, o reforzar las presentes, siempre serán correctas cuando hablamos de un riesgo en el trabajo.

6 Bibliografía

- <https://www.csn.es>

Capítulo 1108

FUNCIONES DE UN CELADOR HOSPITALARIO REALIDAD-BUROCRACIA

ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA

BEGOÑA COLLAR ALVES

ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ

1 Introducción

Según la RAE celador es aquella persona que “cela o vigila”, cuando nos adentramos en el ámbito sanitario, esta acepción se nos queda pequeña; ya que ni nosotros mismos ni la ley tenemos claro cuáles son nuestras tareas o funciones; si bien existe un estatuto donde se recogen unas supuestas funciones a realizar por el celador, cuando trasladamos la ley a la práctica diaria no es posible ceñirnos a éstas porque trabajamos en un entorno y en una realidad que corresponde con un equipo multidisciplinar, trabajamos en atención directa al paciente, con personas y para personas atendiendo y colaborando junto con el resto del equipo en tareas que atañen a un aspecto tan importante de las personas como es su salud.

Conocemos por ende aspectos desde movilización pacientes, traslado documentación, ayuda deambulaciones, traslados, acompañamientos, colaboración continua en toda ayuda que se nos reclame por parte del resto de trabajadores sanitarios, vigilancia y seguridad; debemos conocer aspectos de Ley de protección de datos, aspectos psicosociales, y todo esto sin que llegue un esclarecimiento

por parte de la Ley en primer lugar, de algo tan básico como qué somos y que hacemos.

2 Objetivos

- Analizar la situación actual del celador en el ámbito hospitalario.
- Conocer los problemas existentes en cuanto a funciones del celador.

3 Metodología

Este capítulo tiene por objetivo poner de manifiesto a través del análisis y revisión sistemática de diferentes fuentes. Hemos basado nuestro trabajo de búsqueda en diferentes aspectos por un lado el aspecto psicosocial de la problemática en cuanto a funciones y por otro lado un aspecto meramente legal para conocer la realidad de lo que viene redactado en el marco legal. Desde el aspecto legal nuestros descriptores fueron:”

- funciones celador sanitario España”, lo cual nos fue derivando al Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

De los criterios de inclusión y exclusión los unos limitan los otros y así son:

- Idioma: todos aquellos artículos, manuales en idioma español, que hagan referencia a datos nacionales; excluyendo múltiples fuentes en español procedentes de América Latina que no nos sirve para nuestro análisis.
- Situación: Limitación geográfica solo territorio español, todos los artículos manuales que se refieran a datos sobre celadores y sus funciones, pero en España (incluidas islas).
- Temporalidad: sólo datos referidos desde el año 2015 hasta la actualidad; excluyendo todos aquellos fuera de este rango de tiempo, excepto la Orden Ministerial de 1971 a la cual hacemos referencia varias veces y sobre la que necesitamos sustentarnos.
- Sujetos: incluiremos solo a los celadores como colectivo, excluimos el resto de trabajadores sanitarios, y también a todos aquellos trabajos que no se ciñan a las funciones del celador en el ámbito sanitario, ya que como bien define la RAE existen celadores en muchos y diversos ámbitos, haciendo así una importante criba de datos que no son útiles para nuestra investigación.

Los buscadores principales donde buscamos la información para nuestro poste-

rior análisis de datos fue en: google académico, porque necesitamos tener bases científicas con datos concretos, tangibles, demostrables; consultamos las principales Pubmed, Scielo, Dialnet, Biomed central redalyc, B.O.E., Amirsalud. Finalmente, después de revisar, cribar y escoger los datos para hacer este trabajo nos hemos centrado en 4 fuentes principales de información que posteriormente desglosamos de forma extensa en bibliografía, que son: las referentes a un manual básico escrito por un compañero, un estudio de la universidad Carlos III, Boletín oficial del Estado, Amirsalud.

4 Resultados

Para conocer la situación actual debemos retrotraernos en el tiempo y hacer un breve resumen de la evolución por lo menos en el aspecto nominal (ya que en funcionalidad no ha evolucionado, al menos sobre el papel) desde los ayudantes o mozos hasta el celador como es nombrado en la actualidad. Uno de los principales problemas de esta lucha de jerarquías y funciones; y el porqué de la necesidad de este colectivo de reafirmación, puede venir de los orígenes de la profesión que, aunque no está datado en una fecha concreta, se sabe que a principios del siglo XIX ya existían sus precursores “los mozos”, después evolucionaron en camilleros, posteriormente auxiliares sanitarios hasta que se adquirió la nomenclatura actual celador

No fue hasta entrado en los años 70, bajo el mandato franquista cuando se empezó a legislar la profesión en La Orden del 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, aprobado en el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Y es aquí donde vienen una de los principales escollos de esta Orden que, aunque actualmente está derogada, se siguen manteniendo vigentes el apartado de funciones que, aunque evidentemente es anacrónico y está desfasado, aun así se mantienen en la actualidad, lo cual en la práctica actual supone un problema y vienen los conflictos, ya que si nos ceñimos a las funciones que debemos tener por ley no es pragmático y en la práctica nos toca siempre ser flexibles por el buen del funcionamiento del servicio o centro de trabajo, se debería empezar por modificar o derogar esta orden por completo, actualizar las labores y funciones para que este colectivo pudiéramos tener de una forma clara y explícita cual es nuestro cometido, como el resto de profesiones.

Al no tener nuestras funciones claramente definidas la profesión termina en

muchas ocasiones siendo los “chico/as para todo”, ya que ni el resto del equipo, ni muchas veces nosotros mismos tenemos claro que podemos o no podemos realizar; normalmente estas funciones terminan por ser esclarecidas y marcadas por la dirección del centro, o supervisión del servicio para evitar conflictos que puedan surgir, aun así, debería actualizarse este aspecto del Estatuto A estos datos no se nos debe olvidar que, al tener trato directo en todos los servicios hospitalarios, en algunos casos somos los primeros en recibir a pacientes y familiares en el servicio de recepción y acogida, en urgencias, nos hace ser también partícipes de múltiples casos de agresiones.

El ser los grandes olvidados por parte de la administración, lo cual afecta también al aspecto salarial; y pese a tener gran parte de las funciones son por y para el paciente de forma directa, siguen sin compensar ese aspecto ya que nos consideran personal no sanitario, pese a que muchas funciones lo son. Así que a la hora de pagar los servicios prestados volvemos a ver cómo el ser personal no sanitario (sobre el papel) repercute en la percepción salarial, esta precariedad laboral puede acrecentar en el descontento del colectivo.

Todos estos aspectos van mucho más allá, sobre todo cuando al no ser valorados desde la Administración, en muchas ocasiones no somos reconocidos en los centros de trabajo dándose caso de acoso laboral de manera reiterativa y con intencionalidad, somos un colectivo vulnerable, por una parte el poco reconocimiento administrativo, la no definición clara como grupo de trabajadores de nuestras funciones, provoca cierta discriminación laboral frente al resto de trabajadores sanitarios, existe peligro de cierto aislamiento laboral y segregación de clases de trabajadores, exceso o asignación de tareas que no se corresponden con nuestra preparación o responsabilidad lo que provoca que no podamos sentirnos realizados en nuestro trabajo, en muchas ocasiones estamos sobrecargados de tareas que no nos corresponden, rebajándonos en nuestras funciones.

Las consecuencias de toda esta problemática dan lugar a mal clima laboral, menoscaba la salud del trabajador en este caso del celador/a, existe una despersonalización y anulación del trabajador al no saber qué debe hacer que es su función y como realizarlo, no se ve reconocido a ningún nivel ,con todo esto puede dar lugar a casos tanto de acoso laboral, como síndrome burn out de lo cual no tenemos datos específicos (ya que son datos que afectan a la privacidad del trabajador) pero si se sabe que la mitad de los días de absentismo laboral en Europa (entre el 50%- 60%) son debidos a causas relacionadas con el síndrome burn out.

5 Discusión-Conclusión

Habiendo estudiado desde un punto de vista más objetivo de lo que puede ser nuestra opinión personal, debido a nuestra experiencia profesional; hemos aclarado en primer lugar que para realizar un buen trabajo de manera multidisciplinar sobre todo cuando todos profesionales sanitarios y no sanitarios tenemos un objetivo común que es preservar la integridad, seguridad, intimidad y salud del paciente en la medida de lo posible, lo cual nos hace tener que adaptarnos de manera imprevista, a las necesidades que vayan surgiendo, realizando por nuestra parte un ejercicio de flexibilidad funcional, así como generosidad a la hora de colaborar con el resto del equipo por el bien común.

Que la falta de denominación de funciones actuales deje la responsabilidad en nuestras manos de salirnos de las funciones que tenemos marcadas en una Orden ministerial anacrónica, hace que en muchas ocasiones surjan los conflictos entre trabajadores, debido a la sobrecarga de funciones que en muchos casos no nos competen, pero por supuesto realizamos porque así lo requieren las necesidades del servicio. Esta responsabilidad debería delegarse en la administración ya que es quien debería dictar y reeditar dichas funciones, y no dejarlo en una especie de limbo legislativo. Haciendo una mención especial y debido al actual alarde de feminismo por parte de las administraciones lo cual nos parece muy correcto y necesario, se pasa por alto, como en otros tantos aspectos esta orden ministerial y el estatuto por ende ya que en ninguna parte se hace mención o se incluyen a las celadoras, para ver lo desfasada que esta esta ley pese a que gran parte de la profesión somos mujeres, ni una sola mención y sigue sin corregirse.

Esta especie de dicotomía entre funciones sobre el papel-funciones reales crean estas situaciones de confusión, de inestabilidad, de malestar generalizado no solo de nosotros como celadores, sino que la propia asunción de funciones que no nos competen durante un momento determinado para responder a las necesidades que surjan hacen que se tome como obligación nuestra; terminamos en vez de evolucionando y profesionalizando el colectivo retrocediendo a cuando éramos mozos/as y ayudantes para todo.

A todos estos aspectos se le suma la poca o baja cualificación que se exige a la hora de ejercer la profesión, aunque en nuestro colectivo existan desde licenciados hasta gente que tiene el graduado, debería crearse una cualificación específica para ejercer la profesión ya que la buena realización de las tareas a llevar a cabo nos exige conocer temas tan variados como PRL, mecánica corporal, movi-

lizaciones, ley de protección de datos; y que esto repercute también en nuestros salarios, los cual no están a la altura de las funciones a realizar.

En el año 2011 hubo un intento de mejorar esta situación desde el Instituto Nacional de Cualificaciones (INCUAL), incluso llegó a publicarse un real decreto en el BOE; aprobándose una cualificación de nivel 1; y reconociéndonos como trabajadores sanitarios y adecuando una formación profesional específica para ello, pero no salió adelante y se siguió con la denominación anterior. Al haber pasado ya casi 9 años, sería un buen momento para retomar estas intenciones de actualizar esta postergación del colectivo.

Mediante estas conclusiones no tratamos de buscar culpables, simplemente poner de manifiesto donde está el origen y en final de esta problemática, la respuesta, la solución al problema está en el origen del mismo, y es la involucración de la administración con este colectivo como sucedió ya en el resto de trabajadores sanitarios, y derogación total de una orden ministerial obsoleta a todos los niveles.

6 Bibliografía

- Pérez Alcocer, A. (2015) “El papel del celador en el hospital” II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE COMUNICACIÓN EN SALUD. UNIVERSIDAD CARLOS III MADRID (uc3m)
- Hernández González, M. (2012) MANUAL BÁSICO DEL CELADOR.
- O.M. de 5 julio de 1971, ESTATUTO DE PERSONAL NO SANITARIO AL SERVICIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
- VVAA (2018) “Funciones del celador y su perfil sanitario”. AMIRSALUD
- R.D. 1790/2011 de 16 de diciembre, BOE.

Capítulo 1109

LA IMPORTANCIA DE LA PROTECCION DE DATOS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO

JULIA RODRIGO SORDO

MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO

SERVANDO GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Hace poco más de una década era casi impensable darle la importancia que tiene hoy día la protección de datos tanto a nivel público como a nivel privado en todos los sectores económicos en nuestro país. Gracias a las leyes a éste respecto (Ley Orgánica 3/2018, 5 Diciembre de Protección de Datos), donde se regula muy claramente las limitaciones, acceso a determinada información, protección del ciudadano/usuario con el derecho a la intimidad (derecho con protección en nuestra Constitución Española del 78 en el artículo 18 como un derecho fundamental), y en general la seguridad que conlleva este tipo de leyes para todos y todas.

Sin duda uno de los sectores más importantes a la hora de aplicar la protección de datos es en un entorno hospitalario, dada la complejidad y situaciones que surgen diariamente. Este derecho tan importante empieza desde que el usuario y/o paciente entra en un Hospital, y es aquí donde tenemos que dar la importancia y la cabida al personal no sanitario (auxiliares administrativos, celadores...) ya que son normalmente el primer contacto con las personas que acceden a los Servicios y recursos sanitarios, no sólo tratan con éstas personas el personal médico o el personal de enfermería.

En concreto los Administrativos o Auxiliares Administrativos, con la ya más que avanzada digitalización del sector sanitario es de las categorías profesionales que diariamente más tratan con mucha información, datos asistenciales, datos particulares-privados del paciente y otros muchos más datos, por eso es fundamental que todo el personal, incluido todo el personal no sanitario tenga formación y este totalmente concienciado de la importancia y consecuencias de una mala actuación al respecto en ésta materia tan importante y necesaria sobre todo por la seguridad de los usuarios del sistema sanitario tanto a nivel público como en entidades privadas.

2 Objetivos

Casi siempre cuando se entra en un Hospital la primera persona que nos encontramos es o bien un celador (en Urgencias, o en un mostrador de información general sobre los Servicios y/o ubicaciones de Servicios del Hospital), o con personal Administrativo en la mayoría de casos (Servicio de Admisiones para ingresos hospitalarios y/o urgentes, Servicio de Admisión de Urgencias para el registro de los demandantes de asistencia sanitaria de carácter urgente, en el Servicio de CEX o citaciones, para tramitar tanto las primeras consultas hospitalarias como consultas sucesivas, en el Servicio de Admisión de Radiodiagnóstico, para recepción de pacientes citados tanto urgentes como programados y/o ingresados...) así como en infinidad de Servicios donde el primer contacto suele ser este tipo de personal, con lo cual sin duda es de las personas que más interactúan con los usuarios conllevando en todo esto una gran cantidad de información que el trabajador tiene y que debe saber gestionar, sin nunca inmiscuirse en el derecho a la protección de datos, más allá del necesario para una correcta atención de cualquier tipo. El trabajador nunca debe excederse en cuestión de la información que maneja, limitándose simplemente a tramitar, gestionar y/o llevar a cabo el trabajo correctamente.

También cabe mencionar que no sólo hay que ejercer cautelosamente la protección de datos con el personal “externo” del Hospital, sino también con el personal propio del Hospital, ya que no es la primera vez en España que se encausa a trabajadores por vulnerar el derecho a la intimidad de otros trabajadores dentro de una misma entidad.

El objetivo es sensibilizar a todos los trabajadores y trabajadoras de un Hospital de la importancia en ésta materia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Es fundamental la preparación de todas las personas que integran y trabajan en un Hospital, no sólo hay que dar formación y conocimientos de la ley al personal sanitario, sino que hay que formar y dar más conocimientos al personal no sanitario que en sin lugar a dudas de las que más contacto tienen con las personas que acuden a un Hospital. No sólo a nivel público sino a nivel privado también se debe intervenir más dinero en cursos formativos tanto presenciales como en el modo teleformación, ya que está demostrada la eficacia que éste tipo de cursos y que ayudan a los trabajadores a entender, mejorar y enfocar la atención tanto asistencial como no asistencial de una manera más profesional y mucho más eficaz. Y también cada dirección de cada Hospital deberían de una manera continuada informar y sobretodo hacer llegar a todo el personal de cada centro recomendaciones de cómo actuar correctamente en éste campo tan importante de la protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

La protección de datos es algo muy importante y de lo que cada vez se tiene más conciencia. Es importante el cumplimiento de la ley por parte de los profesionales

que entran en contacto con los datos de los pacientes.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 3/2018, 5 Diciembre de Protección de Datos.
- Constitución Española.
- Instituto Asturiano de Administración Pública "Adolfo Posada"

Capítulo 1110

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Incluso las instituciones públicas conservan ciertas debilidades en cuanto a la atención al público se refiere. No se debe achacar este planteamiento a la escasez de recursos materiales, financieros o humanos, sino simplemente al desorden, falta de interés en quienes han tenido el poder de organización. Debido al dinamismo que rodea el ambiente sanitario y las exigencias de un mundo cambiante, los entes públicos deben incorporar nuevas herramientas administrativas que permiten hacer un uso efectivo de los recursos propios o asignados. Todo esto en virtud de hacer más eficaz su función primordial como lo es cubrir las necesidades del público. Hoy en día, existen todavía muchas organizaciones que confunden esta finalidad, por lo que sus esfuerzos encaminados a mejorar el servicio fracasan rotundamente, sin importar el sincero interés que se tenga en lograrlo.

2 Objetivos

- Describir los factores que influyen en la calidad percibida por el usuario.
- Definir los factores necesarios para lograr que una relación con el usuario sea exitosa y detallar cuándo los usuarios están satisfechos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para el público, servicio no es simplemente cortesía, sino que es este concepto tiene que ver con una serie de factores:

- Elementos tangibles: van desde la apariencia de las instalaciones y el equipo (exterior e interior), la presentación del personal y materiales de comunicación, hasta la explicación de las materias.
- Cumplimiento: implica desarrollar el servicio prometido correcta y oportunamente. ¿Recibió el resultado en la fecha prometida? ¿Lo recibió en las condiciones solicitadas?
- Disposición: significa ayudar a los ciudadanos y ofrecer un servicio ágil.
- Cualidades del personal: demuestran que los profesionales sanitarios son competentes en su trabajo y capaces de inspirar confianza.
- Empatía: ofrece acceso fácil para el ciudadano; entender sus necesidades; mantener una comunicación constante en un lenguaje claro y sencillo.

En primer lugar, el profesional debe centrarse en el factor más importante para el ciudadano: el cumplimiento. Todos solicitamos servicios con la finalidad de recibirlos a tiempo y en la forma correcta.

Los factores para lograr que una estrategia de relaciones con el usuario sea exitosa son los siguientes:

- La gestión de relaciones con el ciudadano debe ser lo más eficaz posible.
- Se debe definir hasta dónde se desea llegar en la atención al público.
- Siempre hay que recordar que el ciudadano desea negociar con quién le conozca, que se comprenda lo que necesita y que satisfaga sus necesidades. Gestionar la relación con él significa asegurarse de disponer de la información para efectuarla.
- Las mejores herramientas no son necesariamente las de más alta tecnología. Las mejores son aquellas que permiten recopilar y preservar información para la organización y para el ciudadano.

Los usuarios se considerarán satisfechos cuando:

- Creen que el personal se ha preocupado para que no tuviese que esperar mucho tiempo para ser atendido/os.
- Consideran que se les permite exponer adecuadamente su problema.
- Creen que el personal ha sido honesto y sincero con ellos/as.
- Se les informa con palabras sencillas y comprensibles.
- Creen que el personal se preocupa en comprobar si ha entendido correctamente lo que se decía.
- Les ha inspirado confianza el personal que les ha atendido.
- Acaba sabiendo cómo actuar y qué hacer para solucionar su problema.

5 Discusión-Conclusión

En un entorno cada día más exigente en el que los destinatarios principales de las actuaciones de la administración, los ciudadanos, exigen una mayor cercanía, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios públicos, la administración pública ha de esforzarse por satisfacer mejor sus necesidades y requerimientos, anticipándose a los mismos. La satisfacción de los usuarios es una dimensión muy importante de la actividad de cualquier servicio público y en concreto de los servicios sanitarios. Los criterios de calidad de los servicios que prestamos vienen determinados en gran medida por las percepciones de los usuarios. Por lo tanto debemos conocer su opinión sobre como realizamos nuestro trabajo y la forma en que podría mejorarse.

6 Bibliografía

- Celadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias , editorial MAD 1º Edición 2018.
- Manual para la información y atención al usuario en el SESCAM.

Capítulo 1111

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS DEL HOSPITAL

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Una autopsia o necropsia consiste en examinar el cuerpo de una persona fallecida para determinar las causas de su muerte. Unas veces es legalmente obligatoria (suicidios, accidentes, negligencias) y otras no (se hacen con fines docentes, asistenciales o de investigación). El celador colaborará en aquellas funciones auxiliares que no requieran el uso de instrumental. Usará siempre bata, mascarilla, gafas y guantes para prevenir las salpicaduras de sangre y otros fluidos.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en la sala de autopsia del hospital, así como las características de dicha sala.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Funciones del celador en la sala de autopsias:

Antes de la autopsia: Extraerá el cadáver de la cámara frigorífica.

Colocará el cadáver sobre la mesa en decúbito supino.

Preparará el instrumental y los elementos auxiliares.

Durante la autopsia: auxiliará al personal facultativo en el manejo del cadáver.

Después de la autopsia: limpiará el cadáver tanto interiormente como exteriormente, rellenando los huecos viscerales con papel celulosa.

Ayudará al taponamiento de los orificios naturales y acondicionará el cadáver.

Limpiará el instrumental, la mesa y los anexos. Limpiará la sala.

Conducirá las muestras orgánicas y otras materias a los correspondientes departamentos.

- Características de una sala de autopsias: la sala medirá como mínimo 20 metros cuadrados. Los suelos serán impermeables de fácil limpieza. Los techos serán lisos de material lavable. Las medidas mínimas de la mesa deben ser 2 metros de largo por 0,75 de ancho y serán de mármol, granito o acero inoxidable.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones que el celador realiza en una sala de autopsias son básicamente de ayuda al personal facultativo, siendo pieza clave en el manejo del cadáver y en el mantenimiento de la sala, dentro del cuidado al paciente fallecido.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1112

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

1 Introducción

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos como: "el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no es posible curar mediante tratamiento". Siendo de vital importancia el control del dolor en este tipo de pacientes, así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales que puedan tener.

El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida de estos pacientes, proporcionando una asistencia sanitaria integral, es decir, abarcando no solo el aspecto físico de los cuidados. Para ello es importante que todos los profesionales sanitarios que están en contacto con el paciente actúen de manera coordinada.

2 Objetivos

- Determinar la función de los celadores durante los cuidados paliativos de un paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre las características de los cuidados paliativos cabe destacar y funciones del celador como parte del equipo multidisciplinar es:

- Asegurar la vida pero igualmente aceptar la muerte como algo inevitable y por tanto no tratan de acelerarla ni de posponerla, aliviar el dolor y ofrecer un importante sistema de apoyo tanto para el paciente como para su familia.
- El objetivo principal de los cuidados paliativos es acompañar al paciente y a su familia durante todo el proceso.
- En cuanto a nuestro país, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) fue creada en el año 1982 con el objetivo de garantizar este tipo de asistencia sanitaria en nuestro país, además de fomentar la investigación y el aprendizaje de los profesionales sanitarios en este campo.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, para concluir queremos destacar que la función del celador, al igual que la del resto de profesionales, es de acompañar e intentar mejorar la calidad de vida de estos pacientes durante el tiempo que sea posible, dentro de la labor de cuidado holístico del paciente por parte del personal sanitario.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1113

CALIDAD EN INSTITUCIONES SANITARIAS

ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS

1 Introducción

En el sistema sanitario la mención a la atención al usuario (paciente) aparece por primera vez en el artículo 32 del Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud y se configura como un servicio, estableciendo su objeto y funciones. Desde ese momento, la atención al paciente o al usuario ha evolucionado en paralelo con la del ciudadano. Se ha modificado el patrón de utilización de los servicios sanitarios y sociales lo que hace necesario ofertar una renovada respuesta y establecer un nuevo marco de relación con los ciudadanos. El usuario cada vez está más formado e informado y quiere ser agente activo, participar en el proceso de su enfermedad y conocer mejor los medios a su alcance. Además, se consolida la conciencia de cliente que:

- Financia el sistema sanitario con sus impuestos.
- Ha de obtener unos estándares de calidad en el servicio y una respuesta ágil y efectiva a sus demandas con un acceso fácil a las prestaciones a las que tiene derecho.
- Comparte responsabilidad: en el caso del ciudadano en lo que se refiere a la adecuación de su demanda a esta cartera de servicios y en el caso del sistema sanitario en lo que se refiere al hecho de garantizar las prestaciones incluidas en la cartera.

2 Objetivos

- Conocer en qué consiste y en que se basa la atención al usuario.
- Identificar una guía general de actuación para mejorar la calidad de la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios en circunstancias normales.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: atención al usuario, calidad, comunicación, actuación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

De acuerdo con la Sociedad Española de Atención al Usuario de Sanidad (SEAUS), la atención orientada al paciente es un enfoque que hay que entender como un proceso que facilite al usuario su recorrido por el circuito asistencial, dando respuesta a sus demandas, tanto de tipo asistencial como administrativo. Dicho enfoque se orienta a mejorar el acceso al sistema sanitario y la calidad del servicio con garantías de seguridad y tiene como misión el respeto a los derechos de los ciudadanos en materia de salud. Según la definición que la SEAUS propone, atención al usuario es: "casi todo lo que acompaña a la actividad de atención, y también elementos concretos de la misma actividad de atención". Todo lo que añade valor a la atención, al servicio y a la organización y que comporta la satisfacción de los usuarios. Por tanto, este concepto es perfectamente aplicable tanto al sistema sanitario como social e incluye dos dimensiones:

- Perspectiva técnica propia de los profesionales de ambos sistemas.
- Perspectiva de la ciudadanía que valora tanto la dimensión técnica como los aspectos relativos a la relación interpersonal y al confort.

Ambas dimensiones forman parte de la calidad percibida por los usuarios y se reflejan en su nivel de satisfacción, resultado de las expectativas y la valoración del servicio recibido. Las líneas estratégicas básicas en atención al usuario según la definición de la SEAUS son:

- Carta de derechos y Deberes de los Ciudadanos y los aspectos éticos derivados de su aplicación.

- Accesibilidad a profesionales, centros, servicios y prestaciones.
- Información y Comunicación en todos sus aspectos.
- Opinión del usuario y su satisfacción.
- Personalización de la atención en todos los niveles organizativos y personales.
- Mejora continua de la calidad, tanto técnica como percibida.
- Formación, Investigación y Docencia en la materia.

La calidad de la comunicación entre el equipo de salud y el usuario está en relación directa con los resultados positivos que se pueden obtener de ese encuentro, tanto sanitarios como de otro tipo. Una persona que entiende correctamente el mensaje y se siente acogido tiene más probabilidades de cumplir el tratamiento y al mismo tiempo mejorará su percepción de la atención. Los siguientes aspectos constituyen una guía general de actuación para mejorar la calidad de la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios en circunstancias normales, tanto en el ámbito de la consulta médica, como al requerir información.

- Saludar, identificarse y presentarse. El usuario debe saber con quién está hablando en cada momento.
- Siempre que sea posible, mantener la conversación sentados.
- Dejar hablar al interlocutor, preguntarle, pedirle opinión.
- Darle tiempo para comprender las indicaciones de acuerdo a la edad, nivel de preparación u otro. Repetírselas todas las veces que sea necesario.
- Escuchar activamente. Es decir, demostrar que se está escuchando y entendiendo al usuario.
- Mirar a los ojos.
- Proporcionar información en forma comprensible:
- Hablar en lenguaje adaptado a las características del oyente.
- Evitar la terminología y el lenguaje técnico.
- Utilizar mensajes cortos y simples.
- Recordar que el exceso de información dificulta la comunicación.
- Se concreto, sin rodeos
- No mezclar temas.
- Poner ejemplos cercanos a la persona con la que se habla.
- Hablar en positivo.
- Repetir las ideas más importantes.
- Asegurarse que el usuario entendió todo lo esencial.
- Mostrar interés y preocupación por los problemas y necesidades del usuario, tanto las verbalizadas como las que no se expresan verbalmente.
- Asumir la comunicación como una actitud y como una capacidad que se puede aprender.

- Promover la participación del/la usuario(a) en la toma de decisiones. Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo.
- Utilizar apoyos visuales siempre que sea posible. Cualquier información, si además de oírse se ve, aumenta el potencial de comprensión y recuerdo.
- Dirigirse, con qué persona debe o puede ponerse en contacto, etc.

5 Discusión-Conclusión

Es un compromiso, promover los mecanismos para garantizar la calidad en la atención, que hagan sentir a los usuarios u sus familiares confiados plenamente en las personas que laboran en las instituciones de salud y a éstas, la satisfacción de ofrecer los servicios.

- El cliente es el único juez de la calidad del servicio, por lo tanto, sus opiniones son fundamentales.
- El cliente es quien determina el nivel de excelencia del servicio y siempre quiere más.
- La institución debe gestionar las expectativas de sus clientes, reduciendo en lo posible la diferencia entre la realidad del servicio y las expectativas del cliente.
- Nada se opone a que las promesas se transformen en normas de calidad. El hecho de que la calidad del servicio sea, en parte, subjetiva no impide que se pueda definir normas precisas. Además, un sistema eficaz de prestación de servicio no debería eliminar la sonrisa de quien lo recibe.
- En servicios no existe término medio, hay que aspirar a la excelencia, al cero defectos; atendiendo a los detalles es como se logra mejorar la calidad de los servicios y eso exige la participación de todos desde el gerente hasta el último de sus empleados.

CALIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

Podemos concluir que la calidad de atención al usuario, se fundamenta según los artículos revisados en:

- Personal adecuado
- Trato adecuado al Usuario
- Suficiente tiempo dedicado a la atención del usuario
- Escasez de insumos
- Capacidades en Relaciones humanas
- Priorización
- Oportuna Atención
- Información sobre servicios que se prestan

- Calidad humana
- Facturación Oportuna Evaluación de calidad

6 Bibliografía

- <https://scholar.google.com/>.

Capítulo 1114

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL TRABAJO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La confidencialidad podría definirse como el derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto.

Desde los tiempos más antiguos se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión. Desde el punto de vista jurídico existe el secreto profesional, que nace de una promesa tácitamente formulada al conocer los profesionales de la salud una serie de informaciones confidenciales del paciente mediante el ejercicio de su profesión. Se apoya en una serie de principios jurídicos que regulan el secreto de acuerdo con distintas normativas: internacionales, comunitarias, nacionales y autonómicas.

El incumplimiento del secreto se considera un delito duramente castigado por ley, si bien no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello. Con la entrada en vigor de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación clínica, se recuerda el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos sanitarios, datos que afectan de lleno a la esfera más personal e íntima de la persona.

2 Objetivos

-Describir los procedimientos de la confidencialidad en el sector sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los procedimientos de la confidencialidad se basan en:

-Información asistencial, los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por ley. La información que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

El titular del derecho de la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo a sus posibilidades de comprensión.

-Información epidemiológica, los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad, cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual.

-Información previa al consentimiento informado, toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, reciba la información adecuada, haya valorado las opciones propias del caso. El consentimiento será verbal por regla general, con reflejo en la historia clínica.

-Renuncia a recibir información, cuando un paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciéndolo constar en la historia clínica. Ésta renuncia está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por exigencias terapéuticas del caso.

-Información de calidad, la información recibida por el paciente tiene que cumplir unos requisitos para ser considerada de calidad en incluir como mínimo: las consecuencias relevantes; los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales al paciente; los riesgos probables en condiciones normales; las contradicciones; información sobre el Sistema Nacional de Salud; los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos.

Prevenir es la mejor de las medidas y formar a los trabajadores sobre el cumplimiento de la confidencialidad es muy importante para poder garantizar este derecho. Aplicando las medidas mencionadas se podrá llevar a cabo una labor imprescindible, velar por la intimidad de las personas.

5 Discusión-Conclusión

La confidencialidad es un deber de todos los profesionales de la salud, por lo que se concluye que los objetivos básicos de la confidencialidad son los siguientes:

- La confidencialidad es un valor ético y jurídico de la sociedad.
- El titular del derecho a la información es el paciente.
- La comunicación entre profesional y paciente, y la comunicación entre profesionales, es siempre reservada.
- Los datos existentes en las historias clínicas son confidenciales.
- Los documentos que contengan información clínica son confidenciales.
- La custodia de la documentación ha de ser segura.
- El acceso a la información está restringida (requiere autorización previa).
- Siempre que sea posible hay que separar los datos de identificación personal de los datos clínicos.
- El deber de secreto perdura en el tiempo, (incluso después de finalizada la actividad y la vinculación profesional).
- Constituye un objetivo estratégico del sistema de salud que la utilización del registro informático sea el soporte prioritario de la documentación clínica.

6 Bibliografía

-Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica.

-Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Secreto Profesional y Confidencialidad

-Guía de Confidencialidad. Fundación Hospital de Jove. Enero de 2010.

Capítulo 1115

EL CELADOR EN RELACION CON LOS ENFERMOS: TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS MISMOS. TECNICAS DE MOVILIZACION DE PACIENTES.

GABRIELA DÍAZ GARCÍA

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Al celador, a pesar de desempeñar funciones de atención directa al paciente se le considera un trabajador de categoría inferior, pero nada más lejos de la realidad, el celador tiene un papel fundamental en el ámbito sanitario, a continuación mostraremos algunos ejemplos, de la importancia sobre un correcta técnica de traslado y movilidad que ponen en evidencia la importancia de esta profesión.

2 Objetivos

- Establecer los aspectos relevantes de la movilidad y traslado de enfermos para evitar posibles complicaciones por desconocimiento de una técnica adecuada.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Movilización y traslado de pacientes: la mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o los que se encuentran internadas en los mismos, tienen disminuidas sus capacidades a causa de su enfermedad, por lo que no pueden moverse por ellos mismos, con lo cual necesitan de la ayuda del personal sanitario para realizar los movimientos imprescindibles. Dichos movimientos, deben ser realizados siguiendo unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad. La movilización de los enfermos comprende las técnicas para colocarles y moverles correctamente en la cama, así como el movimiento que deban realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital, a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

Como paso previo tenemos que considerar las posiciones más frecuentes que se utilizan para facilitar la exploración, el tratamiento y la prevención de lesiones:

- Decúbito supino: el paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidos.
- Decúbito prono: el paciente reboza sobre el abdomen, con las extremidades extendidas y la cabeza girada hacia un lado.
- Decúbito lateral: el paciente se encuentra reposando sobre uno de los laterales del cuerpo, con la espalda recta y los brazos flexionados próximos a la cabeza. La pierna que reposa sobre la cama, se encuentra ligeramente flexionada y la otra permanece flexionada a la altura de la cadera.
- Posición de Fowler: posición de semisentado con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama formando un ángulo de 45 grados.

- Técnicas para la movilización de los enfermos:

Los cambios posturales, son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios, se deben seguir unas normas generales tales como: Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.

- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

I. Movimiento del paciente a la orilla de la cama:

- Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al paciente (antes pondremos biombos, para preservar la intimidad del paciente).
- Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al paciente, y colocaremos el brazo más próximo de los enfermos sobre su tórax.
- Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta asir el hombro más lejano y con el otro brazo, agarraremos, bajo su cuerpo, la zona lumbar.
- Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultáneamente y suavemente del paciente hacia la orilla de la cama.

Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al paciente hacia la orilla de la cama.

II. Movimiento del paciente para situarlo en la orilla de la cama:

- Colocaremos la cama en la posición de Fowler.
- Sujetaremos con una mano el hombro más lejano del paciente, pasándola por debajo de su cabeza.

Con la otra mano sujetaremos las piernas pasando nuestro brazo por encima de sus rodillas.

- En un solo movimiento, debemos de elevar sus hombros y rotar su cuerpo moviendo con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado con las piernas colgando en la cama.

III. Transporte mediante silla de ruedas o camilla:

- Cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requieran, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas.
- Si para su traslado, es necesario usar la camilla se colocará ésta, paralela a la cama, poniendo el freno a ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de dos o tres personas, las cuales colocarán los brazos del paciente sobre su tórax, y le sujetarán colocándole uno de los brazos bajo el cuello, otro bajo los hombros,

otro bajo la cintura y otro bajo los glúteos. Primero desplazarán al enfermo al unísono, a la orilla de la cama (como vimos anteriormente) y posteriormente, de la misma forma a la camilla, donde se le colocará cómodamente, y se le tapará.

- Si para el traslado fuese necesario usar una silla de ruedas, procederemos a colocarla frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentaremos al paciente en la orilla de la misma, colocándonos frente a él. Procederemos a sujetarle por la cintura ayudándole a bajar de la cama, le desplazaremos lateralmente hasta sentarlo en la silla.

Tanto para el traslado en cama, camilla o silla de ruedas, deberemos de tener en cuenta que:

- El paciente deberá de estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.
- Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.
- Cuando se tengan que bajar rampas, debemos situarnos en la parte inferior caminando hacia atrás, de tal forma que el paciente encamado mire hacia nosotros, y si va en silla de ruedas, mirando en la misma posición que nosotros.
- Para entrar en el ascensor, primero entrará el celador y tirará de la camilla haciendo pasar en primer lugar la cabecera.

IV. Movilización del enfermo de la cama a la camilla:

Va a depender toda movilización del grado de movilidad del que disponga el enfermo, por un lado, y del número de personas que intervengan en esta operación, por otro.

- Lo primero que se debe realizar es situar la camilla pegada a lo largo de uno de los lados de la cama

(así entre la cama y el celador debe quedar la camilla por medio)

- Debe procederse a la retirada de ropa que cubre al enfermo. a) Si el enfermo posee movilidad: puede él por sí trasladarse a la camilla con algo de ayuda por parte del celador. b) Si el enfermo no tiene movilidad: dependiendo del número de celadores. Pueden emplearse varias maneras:

- Con un solo celador:

Se sitúa el celador al lado de la camilla (que recordemos está pegada a la cama) y tirando del enfermo hacia sí, por los hombros, en primer lugar, por las caderas en segundo, y por las piernas en tercer lugar.

Otra posibilidad es la de que el celador tire de la sábana o manta sobre que reposa el enfermo, y tirando hacia sí, coloque a éste sobre la camilla.

- Varios celadores

Uno de ellos se colocará al lado de la camilla, tirando de la sábana o manta y

trayendo al enfermo hacia aquélla; mientras que el otro se situará en la cabecera de la cama y sostendrá la cabeza y hombros del paciente para protegerlo mientras dure la movilización. Luego se procede a acomodar al enfermo en la camilla, se le abriga y tapa convenientemente.

V. Transporte del enfermo en camilla:

- Se han de seguir las reglas generales de transporte vistas anteriormente. Vamos a ver las reglas especiales a seguir en los siguientes casos:

En el ascensor entrada. El celador se sitúa en donde en la cabecera del paciente, de manera que lo primero que avanza son los pies de este. Cuando llega al ascensor debe abrir la puerta e ir introduciendo la camilla por la parte de la cabecera, en primer lugar, o sea, entrará el celador primero y tirará de la camilla, de manera que la cabecera de la camilla entre en primer lugar.

- En el ascensor salida:

El celador abrirá la puerta, y comenzará a sacar la camilla por el lado de los pies (si el ascensor fuera lo suficientemente amplio, girará la camilla dentro, y saldrá tirando de la cabecera) evitando al enfermo golpes de cualquier clase. Una vez en el pasillo, se colocará en el lado de la cabeza del paciente, desde la cual empujará hacia delante, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino.

VI. Deambulación: cuando por motivos de tratamiento, traslado a otra unidad, etc. Se ha de movilizar a un paciente, cuyas facultades para moverse independientemente se encuentran mermadas, se han de emplear medios auxiliares para realizarlo sin peligro. Si lo que se pretende es que el enfermo empiece a caminar por sus propios medios, debe ayudársele a deambular con la ayuda de andadores, muletas, etc. pero siempre acompañado. Al acompañarlo, siempre mantendremos su cadencia de paso.

VII. Movimientos en los transportes de ambulancias:

- En los servicios de urgencias y en las ambulancias deben de existir siempre celadores cuya misión será el bajar en camilla o silla de ruedas a los pacientes desde la unidad a la ambulancia o viceversa. Durante el transporte debe de ir siempre junto al enfermo, pendiente en todo momento de su seguridad y avisando de cualquier anomalía que observe, al personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta técnica de movilización y traslado es crucial para el trato del enfermo, reduciendo así los riesgos posibles o daño que le podamos causar al paciente y aumentando su comodidad. Tanto a la hora de un traslado como una simple incorporación de la cama.

6 Bibliografía

- Luis Rodrigo, M^aTeresa. Tecnicas de celador. Ed. Masson; Barcelona 2000
- Hospital Universitario Reina Sofia.Mobilidad del paciente. Córdoba; 2012. [Actualizada el 16 de abril de 2012].
- Oto Cavero, E., Sanz Moncusí, M. y Montiel Pastor, M. Enfermería medicoquirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Masson. 2003. Barcelona. Pág.203-208.
- Carballo Álvarez M, Martínez M, Llaga M. 2007; 30(11):759-762.
- Rodrigo M^a D, Gómez C, Monge M. aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011; 9:48-54.
- García JM, Hidalgo-Barquero E. Protocolo diagnóstico de la hematuria. En: García V, Santos F, Rodríguez B, editores. Pediatría. Madrid: Aula Médica; 2006. p. 413-23.
- Cara G M, Peña A. . An Pediatr Contin. 2009; 7:61-69.
- Del Río Mayor C, Sánchez Martín E. Una celadora en atención primaria. Med Integr. 2002; 40:298-304.
- Asensio Martín J, Valverde Martínez S, González Casado I. . FMC. 2014; 21:588-96.

Capítulo 1116

ERGONOMÍA

LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad, pese a los continuos avances de la medicina, la mala postura en el trabajo y la desinformación sobre las posturas más ergonómicas a adoptar en cada tarea, dan lugar a un gran número de casos de dolor de espalda en el trabajador, permaneciendo como un gran problema para aquella persona que lo padece.

En los últimos 15 años, los estudios estadísticos y epidemiológicos, calculando los costos y el número de trabajadores afectados a causas de episodios de dolor de espalda, han conseguido situarnos en la verdadera dimensión del problema, asistiendo paralelamente a un desarrollo de las técnicas a utilizar para combatir esta patología.

2 Objetivos

- Establecer una serie de pautas para una correcta ejecución de las tareas sin sobrecargas músculo-esqueléticas.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

A). Normas posturales para levantar objetos:

- En todo caso se debe evitar flexionar completamente la espalda al recoger objetos pequeños del suelo.
- Para recoger objetos pequeños del suelo, el personal deberá agacharse y apoyarse con una mano en la rodilla.
- Cargas verticales: agacharse doblando las rodillas, con la espalda recta y la cabeza levantada, apoyando los dos pies en el suelo, ligeramente separados y lo mas cerca posible del peso que debe cargarse. Agarrar entonces el peso con los brazos, manteniéndolo tan próximo al cuerpo como pueda, y levantarse estirando las piernas y manteniendo la espalda recta o ligeramente arqueada hacia atrás, en ningún caso hacia adelante. Si el peso es considerable, mantenga las piernas ligeramente flexionadas mientras deba cargarlo.
- Transporte de cargas: se debe colocar el objeto a transportar lo mas cerca del cuerpo, para evitar una sobrecarga de la columna. Se debe, mantener los pies separados para aumentar así el equilibrio y la base de sustentación. Elevar el objeto mediante movimientos de caderas y rodillas.

B). Normas posturales para trasladar objetos:

- En el trabajo se debe evitar arrastrar objetos ya que podría ser perjudicial debido a la gran sobrecarga lumbar que ocasiona.
- Cuando el trabajador deba de trasladar objetos, deberá empujarlos aprovechando el propio peso del cuerpo hacia delante como fuerza adicional.
- Aún es mejor apoyarse de espaldas al objeto, y empujar con las piernas con lo que la columna apenas interviene.
- Se deberá sustituir un paquete pesado por dos paquetes más ligeros, dispuestos simétricamente.

C). Normas posturales para descansar:

- Se debe evitar colocar una pierna sobre la otra.
- Evitar sillas y sillones con apoyabrazos demasiado altos o separados para que los hombros no queden muy elevados.
- La espalda debe descansar firmemente contra el respaldo.

- Las rodillas deben estar más altas que las caderas. Los pies deben apoyar completamente en el suelo o utilice accesorios para apoyar y elevar los pies.

D). Normas posturales para sentarse y levantarse:

- Se debe evitar el gesto habitual de torsión de la columna al sentarse.
- Para sentarse, se debe situar de espalda a la silla girando exclusivamente con los pies y las rodillas.
- Para levantarse, incline el cuerpo y la cabeza hacia delante apoyando las manos en los muslos. Levántese lentamente por extensión de las rodillas.

E). Normas posturales para estar sentado:

- El personal que deba de estar delante de un ordenador deberá evitar inclinarse hacia delante y arquear la espalda. Evitará sentarse en sillas pequeñas, duras y no giratorias, ya que obligan a girar la columna.
- En el trabajo, la altura de la mesa debe quedar aproximadamente a la altura de los codos, evitando así inclinar demasiado el cuerpo hacia delante.
- Un soporte para elevar los pies hace más cómoda la estancia.
- El asiento, almohadillado pero firme, debe ser horizontal y tener la adecuada altura para que los pies queden planos en el suelo.

Siguiendo estos consejos fáciles de aplicar podremos evitar:

- Fatiga visual, molestias oculares o trastornos visuales
- Fatiga física, algias cervicales o tirantez de nuca.
- Fatiga mental, psicológica, ansiedad, irritabilidad o cefaleas.

5 Discusión-Conclusión

Estamos ante un problema de salud con un fuerte impacto socioeconómico que debe ser analizado sin menoscabo.

Con la aplicación de estas mínimas medidas preventivas se podrá mejorar sustancialmente la confortabilidad, rendimiento y satisfacción del trabajador.

6 Bibliografía

- Salud laboral: Prevención de Riesgos Laborales. Formación continuada Logoss. o NTP 139: El trabajo con pantallas de visualización.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1117

FUNCIONES DE VIGILANCIA DEL CELADOR

BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS

SILVIA MEANA GOMEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

1 Introducción

El celador es la persona con la que primero se contacta cuando se acude, ya sea como usuario o como paciente, a un establecimiento sanitario. Las funciones del celador aparecen recogidas en el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de trabajo de 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2.

2 Objetivos

- Establecer las funciones de vigilancia del celador, distinguiendo las relacionadas con el centro asistencial y las relacionadas con los enfermos, familiares y visitantes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente respecto a las funciones de vigilancia del celador. Se ha realizado

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

4 Resultados

- Los Celadores, en el ejercicio de sus funciones:

Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como del exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.

Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.

Vigilarán, el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.

Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales del celador es la vigilancia (de hecho, si buscamos celador en el Diccionario de la RAE nos refiere, persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia), tanto de las entradas de la institución, como el acceso y estancias de los familiares y visitas de los enfermos, así como el comportamiento de los enfermos y visitantes dentro de la institución

6 Bibliografía

- Sonsoles. Funciones de vigilancia del celador [en línea]. 26 Oct 2017 [c 1 Enero 2020].
- Auxiliar-enfermería.com [Internet]. Temario celadores online. Funciones del celador. [c1 Enero 2020].
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1118

CELADOR. TÉCNICAS DE ARREGLO DE CAMA

GABRIELA DÍAZ GARCÍA

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El objetivo de una cama hospitalaria bien hecha es la de favorecer el bienestar general del paciente y satisfacer su necesidad de descanso y sueño. Por ello, es importante mantener la cama limpia, sin arrugas, con el fin de proporcionar comodidad al paciente.

2 Objetivos

- Especificar los componentes de ropa de cama y su función.
- Describir los diferentes tipos de arreglos de cama así como su correcta técnica.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos más importantes como: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Académico utilizando las palabras clave sobre el tema. También se han revisado revistas científicas y libros especializados.

4 Resultados

La ropa de cama hospitalaria consta de:

- Cubrecolchón: funda impermeable y ajustable utilizada para cubrir el colchón, protegiéndolo de la humedad procedente de la eliminación de secreciones de los pacientes.
- Manta: suele ser de color claro y de lana, es un material ligero y caliente, nunca debe estar en contacto con la piel del paciente. Se dobla a lo ancho y con el lado derecho hacia dentro.
- Hule: su misión es proteger, suele ser de material de plástico (incómodo para el paciente), en la actualidad se sustituyen por salva-camas de celulosa.
- Colcha o cubrecama: pieza que cubre la manta y las sábanas. Debe ser resistente a los lavados y de colores claros, habitualmente es blanca. Se dobla a lo ancho y con el lado derecho hacia el interior.
- Funda de almohada y almohadón: cubre la almohada, es de algodón y debe ser cambiada diariamente además de cada vez que sea necesario.
- Sábanas: lienzo que se utiliza para cubrir la cama, por regla general de algodón. Son necesarias una sábana bajera y otra encimera (se utilizan ya en algunos hospitales sábanas ajustables).

La sábana bajera se dobla a lo largo, y con el derecho hacia dentro.

La sábana encimera se dobla a lo ancho, y el revés hacia dentro.

La sabana entremetida se dobla a lo ancho, y con el derecho hacia el interior. Se coloca transversalmente a la altura de la pelvis, en el centro de la cama. Su cometido es el de proteger (hoy en día se utilizan cada vez más salva-camas desechable), puede utilizarse también para desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama (es necesario dos personas para poder realizar dicho desplazamiento).

- Las técnicas de arreglo de la cama y su objetivo:

El objetivo de una cama hospitalaria bien hecha es la de favorecer el bienestar general del paciente y satisfacer su necesidad de descanso y sueño. Por ello, es importante mantener la cama limpia, sin arrugas, con el fin de proporcionar comodidad al paciente. También contribuye a un buen descanso del enfermo, si la habitación está limpia, sin malos olores, sin ruidos molestos y con unas condiciones ambientales (temperatura, humedad, iluminación, etc.) adecuadas.

Cama cerrada:

Lavarse las manos y ponerse guantes.

Colocar sobre una silla o mesa auxiliar todo el material necesario en orden inverso a como se va a utilizar, como anteriormente hemos dicho (funda de almo-

hada, colcha, manta, sábana encimera, entremetidas, empapador, sábana bajera y cubrecolchón).

Frenar la cama y colocarla en posición horizontal, colocar el cubre-colchón.

Poner la sábana bajera de manera que el derecho queda hacia arriba. Debe dejarse el largo adecuado para poder introducirla bajo el colchón, acción que se realizará primero por la cabecera y luego por el piecero, haciendo las esquinas en mitra o inglete, y remeter por los laterales.

Colocar la entremetida en el tercio medio de la cama, centrándola, y remetiéndola por los dos laterales del colchón. Si fuera preciso, se colocará el empapador sobre la entremetida, de forma que quede completamente tapado por ella. Tanto la bajera como la entremetida y el empapador deben quedar perfectamente estiradas y sin arrugas. Situar la sábana encimera centrada, dejando el revés de la sábana hacia arriba y extender la manta de manera que la parte superior quede a unos 20 cm del cabecero de la cama (a la altura de los hombros del paciente).

Colocar la colcha y centrarla. Con la colcha, la manta y la encimera juntas se confecciona, en cada esquina del piecero, un borde mitra. En la parte superior, volver la sábana sobre la manta, para formar el embozo. La sábana encimera, la manta y la colcha deben colgar por igual a los lados de la cama y no se deben remeter bajo el colchón. Colocar la almohada con su funda en la cabecera de la cama, cubriéndola con la colcha.

Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Cama abierta desocupada:

Se procederá de la misma forma que hemos realizado la cama cerrada, con la salvedad: la colcha y la manta si se van a reutilizar, se doblarán correctamente para volverlas a colocar. La ropa sucia se retira pieza a pieza, sin agitarla, doblándola sobre sí misma y depositándola en la bolsa de sucio.

La sábana encimera se vuelve sobre la manta y la colcha, para hacer el embozo. En el caso de que se volviese a colocar la misma almohada, por estar en buen estado, se enfunda colocándola en la cabecera de la cama.

Se retira la ropa sucia, depositándola en el lugar adecuado.

Cama abierta ocupada:

Lavarse las manos y ponerse guantes. Se prepara la lencería en su orden, como hemos indicado anteriormente.

Se informa al paciente de lo que se va a hacer, pidiendo su colaboración y siempre preservando su intimidad.

La temperatura de la habitación debe ser la adecuada (22° a 24°C), evitando corrientes de aire directas al paciente.

Se debe proteger al paciente de posibles caídas, por lo que es conveniente realizar esta tarea entre dos personas (se colocarán cada una a un lado de la cama).

Se pondrá la cama en posición horizontal (decúbito supino), siempre que no esté contraindicado para el paciente.

Se retira la ropa de la cama (colcha y manta) que está cubriendo al paciente introduciéndola en la bolsa de sucio, excepto si no están sucias, que se doblaran para su posterior colocación.

Se le quita el pijama o camisón al paciente. Dejando la sábana encimera cubriendo al paciente o se coloca una toalla de baño por encima. No se debe dejar nunca al paciente totalmente descubierto. (se realiza el aseo del paciente)

Se retira la almohada, siempre que sea posible, para cambiarle la funda, dejándola encima de una silla.

Colocar al paciente en decúbito lateral, cercano a uno de los bordes de la cama.

Enrollar la ropa sucia a retirar (sábana entremetida, empapador y sábana bajera) desde el borde de la cama donde nos encontramos, hacia la espalda del paciente.

Comenzar a hacer la cama por el lado contrario al que se encuentra el paciente.

Se coloca la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama. Se fija a la cabecera y a los pies y se hace el ángulo o mitra. Se pone la sábana entremetida y el empapador, si fuera necesario, hasta la espalda de la misma forma que la sábana bajera y se fija a lo largo de la cama.

Dar la vuelta al paciente de manera que se situé encima de la ropa limpia, en decúbito lateral, y se hace la otra mitad de la cama, retirando primero la ropa sucia e introduciéndola en la bolsa de sucio sin airear.

Estirar la sábana bajera y entremetida limpias evitando arrugas, remetiéndolas debajo del colchón y realizando la esquina de mitra en las dos restantes. Colocar al paciente en decúbito supino.

Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente y retirar la sucia. Después de colocar el resto de la ropa, manta y colcha (a la altura de los hombros), se remeten con holgura en los pies de la cama de forma que la ropa quede floja para que el paciente pueda moverse cómodamente y así evitar posturas inadecuadas. Colocar la almohada limpia por debajo de la cabeza del paciente, dejando colocado al paciente en una posición cómoda y adecuada. Que tenga fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.

Se recoge el todo el material. La bolsa de sucio a su lugar correspondiente.

Se retiran los guantes y se lavan las manos.

Cama quirúrgica:

Cama que está preparada para recibir al paciente al salir del quirófano.

Para hacerla se realiza igual que una cama cerrada, pero añadiendo un hule y una entremetida más. Una de las entremetidas será para la cabecera de la cama. Se retira la almohada (la cama quirúrgica no tiene almohada).

La cama se dejará abierta para facilitar el rápido y seguro acceso del paciente recién operado o grave inconsciente, debido a la baja o nula colaboración, por encontrarse bajo los efectos de la anestesia. La cama podrá estar ubicada en la unidad del paciente, en la sala de reanimación posquirúrgica o cuarto de despertar, antequirófano, etc. Colocada en posición horizontal y con todos los accesorios que puedan ser necesarios.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta técnica de cama contribuye a un buen descanso del enfermo, si la habitación está limpia, sin malos olores, sin ruidos molestos y con unas condiciones ambientales (temperatura, humedad, iluminación, etc.) adecuadas.

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Luis Rodrigo, M^aTeresa. Técnicas de celador. Ed. Masson; Barcelona 2000
- Hospital Universitario Reina Sofía. Movilidad del paciente. Córdoba; 2012.
- Oto Cavero, E., Sanz Moncusí, M. y Montiel Pastor, M. Enfermería medicoquirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Masson. 2003. Barcelona. Pág.203-208.
- Carballo Álvarez M, Martínez M, Llaga M. 2007; 30(11):759-762.
- Rodrigo M^a D, Gómez C, Monge M. aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011; 9:48-54.
- García JM, Hidalgo-Barquero E. Protocolo diagnóstico de la hematuria. En: García V, Santos F, Rodríguez B, editores. Pediatría.
- Cara G M, Peña A. . An Pediatr Contin. 2009; 7:61-69.
- Del Río Mayor C, Sánchez Martín E. Una celadora en atención primaria. Med Integr. 2002; 40:298-304.
- Asensio Martín J, Valverde Martínez S, González Casado I. . FMC. 2014; 21:588-96.

Capítulo 1119

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS

SILVIA MEANA GOMEZ

1 Introducción

Según el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario, los celadores ayudarán a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio. La operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería. En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeros la realización de su cometido.

2 Objetivos

-Establecer las funciones del celador en relación al paciente fallecido, desde el fallecimiento hasta el traslado al mortuorio

3 Metodología

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

Además se ha realizado estudio del artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario.

4 Resultados

- Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, es cuando deben ser efectuados los cuidados "postmortem". El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor mortis y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuorio. Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los cuidadores. Es muy conveniente el uso de guantes (evitar, contaminación por fluidos). El amortajamiento consiste en proporcionar cuidados técnicos a la persona después del fallecimiento.

El material que vamos a utilizar: mortaja o sudario para envolver el cuerpo, esparadrapo para unir los pliegues del sudario, vendas para atar las muñecas y tobillos, recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo, guantes para realizar la técnica del lavado y toalla para secar después de lavar el cuerpo. El procedimiento será el siguiente:

- Verificar y confirmar el éxitus en el parte médico. Se deberá colaborar con la enfermera responsable durante todo el proceso.
- Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos.
- Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación o, en su defecto, aislarlo mediante un biombo o cortina.
- Lavarnos las manos y colocarnos guantes de un solo uso.
- Preparar todo el material necesario y trasladarlo a la habitación del fallecido.
- Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada.
- Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que llevara el fallecido.

- Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarse si hace falta, limpiarle las secreciones y peinarle.
 - Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisara.
 - Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo. El cadáver debe quedar alineado.
 - Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas. Colocarle la dentadura si se le había quitado al enfermo moribundo, y cerrarle la boca.
 - Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
 - Entregar a la enfermera los objetos de valor retirados del fallecido (para su posterior entrega a los familiares) y ponerle una bata mortuoria o sudario. Si la familia lo desea, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
 - Cubrirle por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación: identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
 - Antes del traslado por los celadores, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos.
 - Notificar el éxitus a los servicios que corresponda: Farmacia, Admisión, Cocina, etc.
 - Recoger y limpiar la habitación, después avisar para su desinfección.
- El traslado del cadáver al mortuorio corre a cargo del celador acompañado de otro celador, concretamente del celador del servicio donde se ha producido el deceso. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el fallecimiento hasta el depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto. El traslado al mortuorio deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos o familiares que los visitan. Lo bajaremos con discreción al mortuorio depositándolo en la cámara frigorífica, dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior identificación. El mortuorio, debe permanecer en las mejores condiciones de higiene y limpieza después de la colocación del cadáver en la cámara. Si al cadáver debiera realizarse previamente una autopsia, deberá ser conducido igualmente por el celador hasta la cámara frigorífica libre correspondiente, salvo que se le esté esperando para realizar la misma, algo improbable.

5 Discusión-Conclusión

El celador colabora activamente con el equipo de enfermería en el tratamiento de los fallecidos en las instituciones sanitarias. Es el responsable del traslado del fallecido a mortuorios.

6 Bibliografía

- Sindicato de sanidad de las Palmas. Temario de celadores. Tema 5: Actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y los mortuorios.
- Sonsoles. Actuación del celador ante el paciente terminal y fallecido [en línea] 5 de abril de 2018.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1120

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES POR PARTE DEL CELADOR CON DISPOSITIVO DE GRÚA

MARGARITA CISNEROS GONZALEZ

1 Introducción

La grúa es un dispositivo que posibilita el traslado y la movilización de pacientes. Su uso reduce el riesgo de lesiones tanto para el paciente como para el profesional, ya que con su utilización el esfuerzo disminuye. Pero este dispositivo presenta la necesidad de saber su correcto manejo para que el traslado del paciente sea profesional y sin problemas para éste, así se detallarán los puntos a extremar precauciones para una correcta movilización del paciente.

2 Objetivos

- Establecer las indicaciones para un correcto manejo de este dispositivo en el uso de la movilización de los pacientes de la cama a camilla y de camilla a bañeras dentro del hospital.

3 Metodología

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

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

4 Bibliografía

- Temario Celadores Insalud. Centro de estudios Adams.
- Celadores del Servicio Andaluz de Salud. Funciones propias. Editorial MAD.
- Garrido Miranda, J.M. Atención al politraumatizado.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1121

LA TURNICIDAD LABORAL Y LAS REPERCUSIONES PARA LA SALUD

ELENA URÍA CUERVO

MARÍA ÁNGELES MARCOS RODRÍGUEZ

VERONICA MENENDEZ FEITO

1 Introducción

La turnicidad laboral y los trastornos del sueño pueden provocar alteraciones digestivas, alteraciones cardiocirculatorias, trastornos psiquiátricos y efectos psicológicos, trastornos metabólicos y endocrinos, trastornos ginecológicos y reproductivos.

2 Objetivos

- Describir los principales efectos que la turnicidad y el trabajo nocturno causan en la salud de los trabajadores.
- Establecer medidas preventivas en las empresas con trabajo a turnos y nocturno.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Los principales efectos adversos de la turnicidad y trabajo nocturno son:

- Alteraciones digestivas: el horario de trabajo afecta a la calidad, cantidad y ritmo de las comidas.
- Alteraciones cardiocirculatorias: las personas que trabajan de noche utilizan más energía y recursos vitales durante la noche, mientras que la calidad del sueño que obtienen durante el día hace poco probable que se reparen los daños que puedan causarse a su salud.
- Trastornos psiquiátricos y efectos psicológicos: los turnos rotatorios afectan más a las mujeres y que el trabajo nocturno afecta más a los hombres. Puede haber sentimiento de depresión, pereza, fatiga, apetencia por alimentos dulces, cefaleas, trastornos del sueño e irritabilidad.
- Trastornos metabólicos y endocrinos: la obesidad, el aumento de triglicéridos séricos y las bajas concentraciones de colesterol HDL se observan más a menudo en trabajadores a turnos.
- Trastornos ginecológicos y reproductivos: puede considerarse el trabajo a turnos como un potencial factor de riesgo de la reproducción ya que se ha relacionado con una mayor frecuencia de abortos espontáneos, partos prematuros y bajo peso al nacer.
- Alteraciones del sueño, derivado de la no adaptación de los cambios horarios

Siguiendo una serie de condiciones para mejorar el trabajo a turnos:

- Aumento de las pausas y tiempos de descanso.
- Vigilancia de la salud.
- Establecimiento de criterios médicos para excluir trabajadores del trabajo a turnos.
- Posibilidad de flexibilizar la asignación a turnos para que los propios trabajadores acuerden entre sí intercambios de turno.
- Evitar los turnos dobles, asegurando el relevo.
- Establecer un calendario de turnos pactado y conocido con suficiente antelación para organizar la vida social.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social

6 Bibliografía

- Alcover, C. M. (2004). Organización del trabajo: aspectos materiales, temporales y sociales. En C. M. Alcover, D. Martínez, F. Rodríguez y R. Domínguez (Eds.), *Introducción a la Psicología del Trabajo*, 123-155. Madrid: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y Full Audit (2011). *Estudio comparativo de puestos de trabajo con turnicidad: condiciones de trabajo y efectos*.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1122

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA HABITACIÓN DEL ENFERMO

MARINO ARECES FERNÁNDEZ

1 Introducción

El trato del celador con los familiares y visitantes de los enfermos debe ser de respeto y cordialidad. No se puede olvidar que la desatención al público constituye una falta leve, que la falta de respeto al público tiene la consideración de falta grave y que los malos tratamientos de palabra al público son una falta muy grave.

En relación con los familiares y visitantes de los enfermos, el celador vigilara su comportamiento, invitándoles a que observen las normas e instrucciones de carácter general establecidas en los centros sanitarios y las específicas por la dirección.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del celador en las habitaciones de los enfermos y estancias comunes sanitarias.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Las principales funciones del celador en las habitaciones de los enfermos y estancias comunes:

- Cuidar, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la institución, evitando su deterioro.
- Instruir en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles del servicio en general.
- Ayudar a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento y traslado de enfermos encamados que requieran un trato especial, debido a sus dolencias, para hacerles las camas.
- Revisar y mantener el buen funcionamiento de sillas de ruedas, pies de goteo, etc.
- Vigilar el acceso y estancia de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada salvo a personas autorizadas.
- Cuidar de que los familiares y visitantes de los enfermos no introduzcan en la institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la dirección.
- Vigilarán el comportamiento de los enfermos y visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, todas aquellas acciones que perjudiquen al propio enfermo o al orden de la institución.
- En caso de conflicto con un visitante o intruso requerirán la presencia del servicio de seguridad, por ser este el encargado de la protección de personas y bienes.
- Velarán, continuamente, por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la institución.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los enfermos, familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y, mucho menos, informar sobre pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar sus consultas hacia el medico encargado de la asistencia al enfermo.

Cabe mencionar, entre otras, las actuaciones del celador en relación con el puesto funcional de planta:

- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos para la realización de pruebas

complementarias o consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las mencionadas pruebas o consultas se hagan cargo de ellos.

- Tramitarán o conducirán las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladarán, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliarios que se requiera.
- Deberán revisar diariamente las balas de oxígeno, así como su funcionamiento. En caso de agotamiento o de avería deberán comunicarlo a la persona responsable.
- Harán los servicios de guardia dentro de los turnos que al efecto se establezcan.

5 Discusión-Conclusión

En la habitación es donde el paciente pasara la mayoría del tiempo que dure su hospitalización. Por este motivo, hay que procurar que esta sea lo más agradable, cómoda y limpia posible. Así, cumpliendo las funciones que establece el estatuto de personal no sanitario, el celador ofrece a los pacientes y sus familiares una estancia en las instalaciones sanitarias cómoda, tranquila y eficaz.

Junto a un enfermo siempre hay una familia o un grupo de relación que desempeña esa función, y aunque haya diferentes tipos de familias, el denominador común es la crisis familiar. Este es un aspecto a tener en cuenta, si se quiere que la atención sanitaria alcance el sentido global o integral que persigue. Por todo ello, el trato del celador con los familiares y visitantes de los enfermos debe ser de respeto y cordialidad.

6 Bibliografía

- Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.
- Celador. SESPA. Temario y test específico. Editorial cep. 2018.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1123

LABOR DEL ADMINISTRATIVO EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Hace ya mucho tiempo que el personal administrativo sanitario dejó de ser aquella persona que tras un mostrador se limitaba a darle cita al paciente y a llevar la agenda del médico, en la actualidad, la labor del administrativo engloba muchas más tareas que ven favorecidas por el uso de las TIC.

Como objetivo fundamental el administrativo en el servicio de radiodiagnóstico desempeña funciones tales como la realización de informes generados por los radiólogos, recepción de pacientes, secretaría del servicio, gestión de estudios e historias clínicas, realización de estadísticas, facturación, informes de reclamaciones, gestión de agendas, etc.

Dentro del proceso operativo del administrativo en el servicio de radiodiagnóstico está la admisión y gestión de citas:

- Las solicitudes de las pruebas de imagen tienen diferentes procedencias:

Desde atención primaria

Desde consultas externas de atención especializada.

Pacientes hospitalizados.

Servicio de urgencias.

- Las solicitudes recibidas por los administrativos del servicio de radiodiagnóstico se clasifican por:

Origen.

Modalidad de imagen.

Preferencia.

- A continuación son valoradas las solicitudes por los radiólogos seleccionando las preferencias para cada departamento del servicio de radiodiagnóstico (mamografía, ecografía, radiología convencional, RM, TC, densitometría ósea, radiología intervencionista, etc.) e incluyendo en la clasificación las pruebas con los distintos métodos de contraste así como los estudios preferentes, urgentes y ordinarios.

- Por último el personal administrativo se encarga de la citación de los pacientes bajo dichos parámetros y en las distintas agendas.

2 Objetivos

- Destacar las funciones del administrativo/a en el servicio de radiodiagnóstico.

3 Metodología

Experiencia profesional durante 20 años en un servicio de radiodiagnóstico compuesto por: RM, TAC, densitómetro, radiología convencional, ecografía y mamografía. Revisión sistemática en diversas bases de datos así como revistas científicas y médicas.

4 Resultados

La posibilidad de citar a un mayor número de pacientes en una misma agenda así como mejorar la calidad de la asistencia que se presta y establecer un balance óptimo entre el número de pacientes atendidos y la calidad de la atención que se le presta, en función de las consideraciones del personal del servicio.

El administrativo en el servicio de radiodiagnóstico, a pesar de ser personal no sanitario, en el ejercicio de su labor y gracias a la formación adquirida, es un gran

conocedor de la existencia de todo tipo de dispositivos electrónicos los cuales algunos pacientes tienen implantado en su cuerpo y son incompatibles con el campo magnético o de ser compatibles indicar a los pacientes el procedimiento a seguir.

Gracias a la formación específica del administrativo en el servicio de radiodiagnóstico, éste en base a unas preguntas clave e instruidas por el radiólogo responsable, obtiene la información necesaria y determina la preparación y/o condiciones en las que debe estar el paciente para determinadas pruebas. También gracias a su formación distingue que tratamientos médicos o farmacológicos debe el paciente comunicar a su médico responsable de dicho tratamiento con objeto de que le pauté la actitud a tomar ante una prueba de radiología intervencionista entre otras.

5 Discusión-Conclusión

Durante todo el proceso de asistencia a los pacientes/usuarios en el departamento de radiodiagnóstico existen muchas situaciones en las cuales el administrativo debe tener conocimientos específicos del departamento e incluidos dentro de la rama sanitaria, esta cuestión es difícil separar lo no sanitario de lo sanitario cuando trabajas mano a mano con personal médico, personal de enfermería, y técnicos de rayos.

El administrativo en el servicio de radiodiagnóstico, con algunas preguntas clave, puede orientar y dirigir al usuario/paciente para la atención en el nivel que le corresponda sin que tenga que dar vueltas ya que se trata de pruebas específicas las cuales es muy común que el paciente/usuario las confunda y no tenga claro el diferenciarlas.

En los Servicios de radiodiagnóstico, dada su complejidad, es imprescindible que exista una integración muy estrecha y una coordinación de todos los radiólogos, así como de éstos con los TER, administrativos, etc., para conseguir la máxima eficiencia y efectividad. En estas tareas deben implicarse, en mayor o menor medida según su cargo, todos los profesionales del servicio. La gestión no debe entenderse sólo como gestión económica, también hay que gestionar la actividad clínica, la docencia, etc.

En los últimos años el administrativo del servicio de radiodiagnóstico ha visto reducido su trabajo, y en otros casos están cambiando sus funciones, merced a la

introducción de los sistemas de reconocimiento de voz (SRV), el almacenamiento digital de las imágenes y la descentralización de las citas. Por el contrario se han sumado otras tareas, tales como hacer llegar al paciente los consentimientos informados dentro del amplio abanico de pruebas no invasivas tales como la radiología intervencionista entre otras cada vez más amplia y habitual.

Por otro lado Mercé Roura quiere, en cualquier caso, “reivindicar desde el ámbito sanitario la importancia del personal administrativo, como pieza clave no sólo en la entrada sino en todo el proceso asistencial. El administrativo sanitario no puede ser cualquiera: necesita formación, conocimientos, capacidad y competencias. Hay que poner en valor esta figura, que no hemos cuidado demasiado”, dice.

6 Bibliografía

1. Unidad asistencial de diagnóstico y tratamiento por la imagen. Estándares y recomendaciones de calidad. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2013. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.
2. Revista el médico interactivo, artículo: La labor del personal administrativo, la mejor herramienta para desburocratizar las consultas de AP.
3. Trabajo fin de máster. MEMORIA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE RADIODIAGNÓSTICO DEL HOSPITAL RAFAEL MENDEZ DE LORCA (Área III de la región de Murcia). Raquel Ramírez Gálvez.
4. Guía de gestión de los servicios de Radiología. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Radiología, 2000, 42: Suplemento monográfico nº2.
5. Universidad Carlos III de Madrid. Escuela Politécnica Superior. Departamento de Ingeniería Mecánica. Área de Ingeniería de Organización. Trabajo de Fin de Grado ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS DEL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO DE UN HOSPITAL BASADO EN LA METODOLOGÍA LEAN. Alumno: Antonio Abella Pérez
Tutor: Miguel Gutiérrez Fernández. Septiembre de 2015.

Capítulo 1124

INTIMIDAD & CONFIDENCIALIDAD ENTRE EL PACIENTE Y EL ADMINISTRATIVO SANITARIO

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La intimidad es un derecho fundamental contenido en la Constitución Española de 1978 (art.18). En el marco de lo legal la Ley General de SANIDAD 14/1986 dispone que toda persona tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

2 Objetivos

- Establecer los deberes del administrativo sanitario en su relación con el paciente, consiguiendo el máximo nivel de confidencialidad e intimidad.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo se ha llevado a cabo una revisión de la LGS 14/1986, La Constitución Española de 1978, así como la Ley 41/2002 y una búsqueda sistemática en diferentes buscadores con palabras clave: “intimidad del paciente”, “confidencialidad del paciente” y “protección datos del paciente”. Así como artículos y revistas médicas.

4 Resultados

Los profesionales sanitarios, en éste caso, el administrativo sanitario, en relación con la intimidad del paciente tendrán como deberes:

- Preguntar al paciente, al inicio de la relación clínica, si quiere ser informado y a quién más quiere que se informe.
- No informar (verbalmente ni por escrito) a nadie sin el consentimiento del paciente y a él según su deseo.
- Acceder únicamente a los datos de la historia clínica necesarios para un fin legítimo.
- Extremar el cuidado en la utilización de la HCI.
- Evitar los comentarios sobre pacientes en lugares inadecuados o con interlocutores no autorizados.
- Tratar al paciente con consideración y respeto en cualquier situación.
- Proteger su intimidad física.
- Solicitar al paciente autorización explícita para todas aquellas actuaciones cuyo fin no sea procurarle asistencia.

El círculo de confidencialidad es el núcleo de personas, incluidos los administrativos sanitarios, entre las que circula información personal sin que se rompa el compromiso de secreto con el paciente, precisamente porque es él mismo quien debe definir los límites. Estas personas, tanto de su entorno personal como del entorno asistencial, pueden acceder a sus datos sanitarios, aunque no necesariamente con los mismos niveles de protección.

También habría que contemplar la arquitectura y disposición de espacios físicos en los cuales tienen ubicados los administrativos sanitarios sus puestos de trabajo y ejercen su labor. La diversidad de entornos de trabajo podría mejorar si se pudieran promover cambios:

- Adaptar y mejorar las estructuras físicas de los servicios masificados.
- Establecer espacios reservados para la recogida de información y datos.
- Definir ámbitos de privacidad para situaciones especiales.
- Tener especial interés y cuidado en los despachos compartidos.

5 Discusión-Conclusión

La ley en todo momento cataloga los datos sanitarios como datos sensibles significando que los datos sobre la salud forman parte de la intimidad de las personas y merecen una especial protección. Las prisas, fruto de la presión asistencial, hacen olvidar la necesidad de ser muy cuidadosos en la preservación de la intimidad. Además, a esto se suma la baja percepción de la gravedad que supone la falta de respeto a la intimidad, llegando incluso a una banalización de la cuestión.

La custodia de la confidencialidad y la protección de datos en los servicios sanitarios nos obliga a revisar nuestros entornos de trabajo en todos los ámbitos tales como las consultas externas, áreas de hospitalización, admisión, etc., lugares en los que el administrativo sanitario está presente.

Deberían existir programas de formación para los administrativos sanitarios en educación, hábitos y actitudes frente a la confidencialidad. Sin confidencialidad, no hay privacidad ni confianza. Sin confianza, no hay confidencia.

6 Bibliografía

- 1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Jefatura del Estado «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986 Referencia: BOE-A-1986-10499.
- 2. La Ley Orgánica 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la propia Imagen considera intromisión ilegítima la revelación de datos de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional de quien los revela.
- 3. La importancia de la confidencialidad como referente ético en el entorno sanitario. Quirón Salud.

- 4. CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD. M Iraburu . Vol 29, Supl 3. La relación clínica en el siglo XXI.

Capítulo 1125

EL CELADOR EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

España es un país con una tasa de envejecimiento de la población cada vez más elevada, lo que va a redundar directamente en las necesidades de los centros hospitalarios que verán cómo cada año se irán elevando el número de pacientes de la tercera edad y dentro de estos de los grupos de población con 80 años o más.

Cuanta mayor sea la edad de los pacientes ingresados en centros hospitalarios mayor será la probabilidad de que puedan presentar problemas de movilidad, entre otros, lo que incrementaría la probabilidad de aparición de las úlceras por presión, siendo la mejor estrategia en estos casos la prevención de su aparición. Por ello, analizaremos mediante una revisión bibliográfica exhaustiva, la importancia del celador en la prevención de las mismas.

Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística, en el año 2018, en España había 8.908.151 personas mayores de 65 años y, de éstos, más de cuatro millones tenía más de 80 años.

Este Instituto realiza proyecciones de población y a 5 de noviembre de 2018, la estimación era que la población mayor de 65 años supondría el 25,2% de la población total española en el año 2033, siendo en el 2018 el 19,2%. Esta tendencia se vería agravada en años posteriores con la incorporación a estos tramos de edad de los niños nacidos durante el baby boom (nacidos entre 1958 y 1977).

El envejecimiento de la población supone un reto para la sociedad, en general, y de forma más específica para el sistema sanitario que debe adaptarse a las exigencias que puedan suponer en el trabajo diario estos sectores de población. Según el artículo “El envejecimiento poblacional como problema sanitario” (3) estos grupos de población son los que tienen el mayor número de ingresos hospitalarios y con estancias más largas. Afirman que “es la población que genera una mayor demanda medicosanitaria: 50% del tiempo profesional del médico de atención primaria, 70% del médico orientado a geriatría y el 62% del gasto farmacéutico”.

A mayor envejecimiento de la población, nos encontraremos con una mayor prevalencia de patologías crónicas que dan como resultado un aumento de la pérdida de capacidades como son las de poder desarrollar de forma autónoma las Actividades Básicas de la Vida Diaria (aseo, vestido, movilidad funcional, ...); y esto se traduce, en un mayor número de pacientes encamados o con movilidad reducida, aumentando la probabilidad de aparición de úlceras por presión.

2 Objetivos

- Establecer medidas de prevención de la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados.
- Analizar cuáles de estas medidas pueden ser llevadas a cabo por la figura profesional del celador.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se han realizado búsquedas de artículos, manuales y protocolos de intervención a partir de la búsqueda de palabras clave en diferentes bases de datos: “úlceras por presión”, “escaras”, “prevención de las úlceras por presión”, “protocolos úlceras por presión”, “movilizaciones úlceras”, “cambios posturales úlceras”, “envejecimiento población”, “pirámide poblacional”.

Las bases de datos utilizadas han sido: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros.

Se han utilizado como criterios de inclusión en la búsqueda tanto textos en castellano como en inglés donde se hiciese mención a las necesidades de movilización y manipulación corporal para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión y como criterios de exclusión, se han descartado aquéllos que se han cen-

trado en estudios de prevalencia de la patología o de impacto económico y social del mismo.

4 Resultados

- La Guía para la Prevención y Manejo de las UPP y Heridas Crónicas, define las úlceras por presión como: “lesión localizada de la piel y/o el tejido subyacente a ella, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea, a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento”.

Para la prevención de las mismas existen numerosas indicaciones relacionadas con el cuidado de la piel, el aseo, la nutrición, la utilización de medios como los colchones antiescaras, no obstante nos centraremos en aquellas actuaciones o cuidados que pueden ser dispensados por la figura profesional del celador, ya que el resto serían objeto de la actuación de otros profesionales sanitarios.

Por lo tanto, haremos hincapié en los cambios posturales de personas encamadas y en las precauciones que se deben tomar a la hora de movilizar a pacientes que ya tienen úlceras en el momento de apoyar a los auxiliares de enfermería para realizar el aseo o al personal de enfermería a la hora de llevar a cabo las curas de las mismas.

- Como recomendaciones generales habría que tener en cuenta: no arrastrar al paciente, asegurarse de que se mantiene la alineación corporal y un adecuado equilibrio, evitar que las prominencias óseas se encuentren en contacto entre sí utilizando diferentes medidas (cojines, almohadas, etc.), utilización de sábanas adecuadas (entremetida) para evitar los movimientos de cizalla, que tal y como se indicó en la definición es una de las causas de su aparición.

Más en concreto, se deberá tener en cuenta a la hora de realizar cambios posturales que éstos deberán hacerse a intervalos horarios regulares en función del riesgo de padecerlas, cada 2-4 horas, según lo pautado por el personal sanitario; de forma rotativa, siendo las posturas más frecuentes las posiciones de decúbito lateral derecho, supino y lateral izquierdo.

En el desarrollo de su labor como apoyo al personal sanitario, a la hora de hacer curas, aplicación de cremas y otros tratamientos como la aplicación de ácidos grasos, el celador se encarga de la manipulación corporal, sujeción y levantamiento de extremidades, para facilitar el trabajo de los otros profesionales tomando las precauciones precisas para favorecer la atención y evitar la aparición de nuevos daños. Nos hemos centrado en dichas funciones ya que en el Estatuto de personal

no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, por orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, recoge entre las funciones del celador el de apoyar a enfermeras y ayudantes de planta en la movilización de pacientes que por sus características particulares así lo precisasen.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber realizado una revisión bibliográfica sobre el tema se ha podido apreciar que el celador tiene un papel importante en la prevención de la aparición y / o empeoramiento de las úlceras por presión, al ser uno de los encargados de realizar los cambios posturales de estos pacientes, siendo ésta una tarea más en el desarrollo de sus numerosas funciones.

Como un miembro más del equipo multidisciplinar encargado de la atención de estos pacientes, se prevé que la labor del celador será cada vez más necesaria, en cuanto a que el número de pacientes de estas tipologías cada vez será mayor, sin olvidar, no obstante del resto de medios preventivos que deberán desarrollar el personal sanitario que también integra dicho equipo.

Por todo ello, debemos ser conscientes de la importancia de esta figura profesional en los próximos años, ya que la previsión es cada vez serán más demandadas este tipo de intervenciones profesionales al aumentar el número de pacientes geriátricos.

6 Bibliografía

- 1. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadísticas sobre padrón población española.
- 2. INE. Notas de prensa. Octubre 2018.
- 3. Puig Vela, J.M., Adell Aparicio, M.C., Prat Marín, A., J. Oromí Durich. El envejecimiento poblacional como problema sanitario. Revista Medicina Integral Vol. 41. Núm.3. Marzo 2003.
- 4. Complejo Hospitalario Univesrsitario de Albacete. Protocolo de prevención de úlceras por presión.
- 5. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Rich Ruiz, M. (Coord). Hospital Universitario Reina Sofía.
- 6. Guía para la prevención y manejo de las UPP y heridas crónicas. Varios autores. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.

Capítulo 1126

SITUACIONES DE CONFLICTO EN EL AMBITO HOSPITALARIO

CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Partiendo de la concepción de que el conflicto en términos generales es inherente al ser humano, es comprensible que cualquier organización, empresa, familia y en suma cualquier espacio compartido entre varias personas, pueda ser susceptible de presenciar conflictos de diferentes tipologías. No obstante, el conflicto no debe ser necesariamente negativo, ya que a pesar de que las sensaciones y experiencias personales que se experimentan en el momento en el que se desarrolle dicho conflicto, son en su mayoría desagradables, la forma de afrontarlo y las consecuencias pueden llegar a resultar beneficiosas para las partes y para su contexto próximo, si se aborda del modo correcto. Sin embargo, si las habilidades de gestión del conflicto y las consecuencias son íntegramente negativas para una o varias de las partes involucradas en el conflicto, los problemas consecuentes podrían ser de mayor gravedad, provocando un deterioro de las relaciones y un posible empeoramiento del ambiente.

Todo ello, se puede ver agravado en un contexto laboral y asistencial como es el hospitalario. En este caso, se producen conflictos dados por la convivencia del personal sanitario, provenientes de las relaciones interpersonales y jerárquicas del mismo (propias de todas las organizaciones de trabajo), aquellos conflictos dados por la relación asistencial con los pacientes, además de los producidos por la convivencia entre los mismos y familiares/acompañantes. Es innegable que todo ello tiene diferentes consecuencias en el rendimiento del personal, la eficacia asistencial y el funcionamiento general de la institución sanitaria.

Para poder evitar estas situaciones en la medida de lo posible, o encararlas una vez se hayan producido, el personal ha de estar dotado de ciertas habilidades e información que les permitan salir lo más airoso posible, ya que en una resolución positiva de un conflicto redundará en beneficio del paciente, del profesional y de la propia institución.

2 Objetivos

- Establecer las habilidades comunicativas que ha de poner en práctica el personal a la hora de entablar relación con el paciente y/o con los familiares de este.
- Enumerar los posibles perfiles de agresores potenciales.
- Aconsejar posibles actuaciones al profesional para solucionar o salir del conflicto.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos relacionados con el tema a tratar. Para ello se ha realizado una revisión en las bases de datos de Scielo y Pubmed.

4 Resultados

Los profesionales han de contar con ciertas habilidades para poder entablar con los pacientes y familiares una comunicación que desemboque, en el mayor número de casos, en el entendimiento más favorable posible. Es precisamente cuando esto no sucede, el paciente no se siente atendido o entendido, cuando se da lugar a posibles situaciones de tensión entre ambas partes.

En este caso, nombraremos una serie de habilidades que los el personal del ámbito hospitalario han de desarrollar en este proceso de comunicación para que ésta sea lo más fructífera posible:

- Atender al contexto socio cultural de paciente para dirigirse a él, con el lenguaje que a éste le sea más claro y comprensible.
- Generar situaciones de distensión, sin presionar al paciente para que hable, pero en la que se sienta lo suficientemente cómodo para hacerlo si lo desea. También no es aconsejable interrumpir al paciente cuando éste se encuentre expresando algún malestar, molestia o queja.
- Desarrollar una actitud de escucha activa.

- Manifestar una actitud cordial y positiva ante el paciente y los familiares. Lo que se refleja en el lenguaje verbal, corporal e incluso, en la vestimenta del profesional.
- Evitar que el paciente o los familiares sientan en modo alguno que el profesional lo está sometiendo a juicios de valor.
- Perseguir que tanto el paciente como los familiares no se sientan desatendidos en ningún momento.

Lo que se deduce de todo lo anterior, la vital importancia que tienen en particular dos habilidades concretas: la escucha, tanto pasiva como activa; así como la empatía.

En todas las relaciones mantenidas entre el paciente y el personal, éste último ha de regirse por los siguientes cinco principios:

- Respeto: nunca cruzar la línea de lo personal y tratar al paciente otorgándole la mayor dignidad. No menospreciar por el aspecto, facilidad de expresarse, etc.
- Sinceridad: no se puede dar información que no sea veraz al cien por cien puesto que las expectativas incumplidas es una causa de frustración.
- Empatía: cuando el paciente se dirija al personal éste habrá de intentar comprender la situación completa del mismo para intentar poner solución a la cuestión planteada.
- Rigor: va de la mano de la sinceridad.
- Asertividad: el personal siempre ha de mostrarse firme, correcto, pero inamovible en cuanto al cumplimiento de las normas y del funcionamiento. Nunca ha de transigir y aceptar una conducta inadecuada con tal de poner fin a una situación incómoda.

Podemos clasificar a los agresores que ejercen la violencia en una situación determinada en tres grandes grupos:

- Agresores por mala praxis: este grupo está constituido por aquellas personas que adoptan el papel de agresores espoleados por la sensación de que la atención que se les está prestando es deficiente por ineptitud o desidia del personal hospitalario. Es decir, este individuo no viene predispuesto al conflicto, sino que es su percepción de la situación vivida en las instalaciones hospitalarias la que desata el malestar.
- Agresores “habituales”: son aquellos individuos que ejercen la violencia como instrumento que se les antoja válido para conseguir sus objetivos. No es necesario que haya ningún desencadenante en su estancia hospitalaria, sino que desde el principio muestran este modo agresivo de dirigirse al personal hospitalario. Este tipo de agresores han de encontrar la oposición desde el primer momento en que

manifiesten un mínimo comportamiento violento, si no fuese así, se le estaría alentando a continuar en este rol y, con él, a todos quienes fuesen testigos de estas situaciones y comprobaran que el agresor consigue sus propósitos de un modo más acelerado pasando por encima de las normas del sistema.

- Agresores por estrés: en este grupo es donde más enfermos podemos encontrar. Dejando a un lado aquellos que concurren a la violencia como consecuencia de algún trastorno psiquiátrico, psicológico, etc., podemos encontrarnos con enfermos que por estar sometidos a una situación altamente estresante; por su propia condición de enfermos; por el sufrimiento de sus dolencias; por encontrarse en un lugar desconocidos rodeado de personas ajenas a él, pueden desarrollar alguna conducta violenta como respuesta al caos y al estrés de esta situación.

Ya que, desafortunadamente, las situaciones de conflicto son frecuentes en el ámbito hospitalario, el personal ha de estar preparado para poder comportarse en tales circunstancias. Por ello se aconseja seguir estas pautas:

- Analizar la situación: lo que conlleva una observación tanto del entorno como la del propio agresor.

- Intervenir: para ello es absolutamente necesario que el personal, en primer lugar, se calme a sí mismo. Después de conseguido se dirigirá al agresor en un lenguaje que éste pueda comprender, con un tono calmado, amable pero firme y sin levantar la voz, no adoptará una postura corporal que pueda interpretarse como hostil (cruzando brazos, apretando labios, etc.). El personal procurará que haya el menor número de espectadores posibles y habrá alertado, discretamente, a los servicios de seguridad de la instalación hospitalaria. Intentará emplear la escucha activa y empática con el agresor, sin llegar a tomarse nunca como personales los insultos, para poder llegar a comprender qué le ha llevado hasta esa situación de agitación e intentar encontrar una solución a dicho problema.

- Resolución: si la persona generadora del conflicto se aviene a razones y se puede encontrar una solución satisfactoria, a que se le pondría fin al evento. En el caso de que la agresión verbal sea continuada o pase a la categoría de física, todo el personal habrán de acudir en ayuda del compañero y, en el supuesto de que éste se encuentre solo, habrá de huir del lugar tan pronto como le sea posible.

- Denunciar: el acuerdo es unánime sobre esta cuestión. Siempre debería ser este el último paso que diera el personal hospitalario tras haberse enfrentado con una situación de conflicto. No obstante, no sucede así, debido a la cantidad ingente de incidentes violentos a los que se tienen que enfrentar el personal hospitalario en su día a día.

5 Discusión-Conclusión

Es importante facilitar a los profesionales sanitarios y no sanitarios de los hospitales, y de todos los niveles asistenciales, la información y la formación adecuada para que sepan encarar las posibles situaciones conflictivas que se les puedan presentar. Además de ofrecerles una red de apoyo ya que, también se ven sometidos a los rigores del estrés y la tensión psíquica que les causan las situaciones vividas tan a menudo en el desempeño de sus funciones laborales.

6 Bibliografía

- Novel,G. Los programas educativos en la resolución de conflictos en el ámbito sanitario.
- López-Soriano. Mapa de conflictos éticos intrahospitalarios.
- Google- Wikimedia.

Capítulo 1127

CELADORES, ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL BURNOUT

JOSE IVAN ARIAS LLANO

1 Introducción

El síndrome del burnout se refiere a un riesgo psicosocial que se da con más frecuencia en los trabajadores que tienen que realizar una atención directa con el usuario. Supone un desgaste continuo en el trabajador, motivado por múltiples factores, tales como altos niveles de exigencia, controles sobre el personal, tareas repetitivas, problemas de comunicación con el usuario y su entorno y sobrecarga de funciones. Todo ello puede afectar de una manera muy negativa al entorno laboral, a la calidad del trabajo y supone un desgaste físico y emocional para el trabajador y un alto coste para la empresa, siendo una consecuencia común el absentismo laboral.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), ha incluido el burnout en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-II) ha sido incluida en la sección “problema asociados” y dice sobre este que es un síndrome resultante del estrés crónico y del trabajo que no ha sido gestionado con éxito. En junio de 2018 la OMS publicó la nueva CIE-II que entrará en vigor el 1 de enero de 2022. El burnout a diferencia de estrés supone una falta de implicación, una pérdida de ideales de referencia, de tristeza. Sólo tiene aspectos negativos.

Ante este problema se hace necesario conocer y desarrollare estrategias que nos permitan, tanto a nivel personal como de organización sanitaria, prevenir su aparición y minimizar los riesgos que el burnout lleva aparejados consigo.

2 Objetivos

- Describir las causas del Burnout en los celadores así como las estrategias para combatir el Burnout.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los profesionales más vulnerables que tienden a padecer el síndrome del burnout son aquellos con una relación humana estrecha del tipo trabajador/cliente. Podemos mencionar especialmente ramas profesionales como la sanitaria, dentro de la que están incluidos los celadores, docencia o trabajo social. Teniendo esto en cuenta, los trabajadores que sufren este síndrome se encuentran en un estado que los desmotiva e incapacita laboral y socialmente. El contacto continuado de los celadores, así como del resto de personal, con el dolor físico, la muerte, la angustia, el miedo, el problema de la masificación de la actividad sanitaria, la ansiedad por el conocimiento de la existencia de lagunas propias, la insuficiencia de la formación recibida por parte del personal y la insuficiencia de recursos pueden contribuir al aumento del burnout.

También la rutina del trabajo diario, la falta de reconocimiento de los esfuerzos del personal son factores que están también presentes en el sector sanitario. Tampoco ayudan las presiones asistenciales y emocionales, las continuas reestructuraciones y cambios en el servicio. Todas las razones expuestas anteriormente conducen a deducir que el síndrome de burnout está frecuentemente presente en los hospitales y centros asistenciales.

Las estrategias para combatir el Burnout las exponemos a continuación:

- La reducción de las actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol de profesional, así como reducir la sensación de encontrarse emocionalmente agotado.

- Intentar lograr que el absentismo, la bajada de rendimiento laboral y de la productividad, el empeoramiento de la calidad del trabajo, el deterioro del ambiente laboral, el incremento de la baja calidad de las relaciones personales, el aumento de los riesgos de accidentes del personal laboral, sean detectados y prevenidos antes de que ocurran.
- Uno de los principales objetivos es ser capaces de identificar y reconocer el síndrome del burnout para poder buscar soluciones y eliminar la tensión que este aporta al personal laboral.

5 Discusión-Conclusión

Se tiene que hacer hincapié en el desarrollo de una metodología múltiple en el sentido de que desarrolle estrategias diferentes para afrontar el problema. La prevención precisa la colaboración entre la organización y el trabajador. La formación de los trabajadores y la mejora de la resiliencia contribuyen al empoderamiento de los mismos, haciéndoles más capaces de sobrellevar situaciones difíciles de manera positiva y efectiva.

Técnicas personales que fomenten la relajación y reestructuración cognitiva, técnicas fisiológicas orientadas a reducir el malestar emocional y físico, ocasionado por el desarrollo de las actividades laborales, sería necesaria la implantación de talleres y sesiones formativas para prevenir y combatir el síndrome del burnout. Existen técnicas que ayudan a reducir y prevenir, terapias de aceptación/compromiso, terapias de relajación: yoga, meditación, control de la respiración, diversas actividades para el control y eliminación de pensamientos negativos, la realización de ejercicio físico moderado, son todas estas estrategias a nivel individual y deberían de ser promocionadas y ofrecidas a todos los trabajadores del sistema sanitario por parte de la organización.

Por otro lado estas organizaciones en un número importante pertenecientes a la administración pública deberían tener en cuenta la asignación de las tareas a los profesionales competentes para ello, promocionar el enriquecimiento de la comunicación a todos los niveles, fomentar las buenas relaciones interdisciplinarias y el buen trabajo en equipo, así como el valor de la opinión de los trabajadores. Por parte de la organización, el estricto cumplimiento de la legislación laboral en materia de prevención: la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, fija límites a la facultad de organización del empleador (gerente), exigiendo que esta se cumpla de un modo no perjudicial para la salud de los trabajadores.

El artículo 4.7.d. define como “condición de trabajo” a “todas aquellas otras características del trabajo, incluidos los relativos a su organización y ordenación que influyan en la magnitud de los riesgos a que está expuesto el trabajador”, por lo que si la organización y la ordenación del trabajo son susceptibles de producir daños a la salud de los trabajadores, serán por tanto objeto de evaluación y planificación preventiva. A la hora de evaluar estos riesgos psicosociales es importante exigir que el método evalúe cada puesto de trabajo y tenga una finalidad preventiva. Tomando otra vez la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el artículo 18.2, dice que el empresario deberá consultar con los trabajadores y permitir su participación en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y la salud en el trabajo. Los trabajadores tendrán derecho a efectuar propuestas al gerente, así como a los órganos de participación y representación dirigidos a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud en la empresa.

Los resultados de aplicar esta perspectiva amplia que hemos explicado anteriormente, el tratamiento integral del problema, el actuar desde la organización así como desde la persona y el ambiente laboral, traen aparejados consigo una prevención y disminución de los problemas de salud de los trabajadores a la par que llevan aparejados una disminución de los problemas de absentismo laboral y de costes atribuidos a la baja productividad del personal y a las bajas ocasionadas por el burnout.

Los riesgos que asumimos todos (organización sanitaria, trabajadores) son evidentes y como demuestran diferentes estudios, continúan en aumento. Su conocimiento y prevención se hacen necesarios para aportar seguridad a los trabajadores y un beneficioso incremento para los resultados de la organización y de la sociedad en general.

6 Bibliografía

- Ortega Ruíz. C. y López Rios. F. (2004) El Burnout o síndrome de estar quemados en los profesionales sanitarios; revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137, 160.
- Yela, J.R. (1996) Desgaste emocional, estrategias de afrontamiento y trastornos psicofisiológicos en profesionales de la enseñanza, *Boletín de Psicología*, 50,37-52.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 1128

MEDIDAS HOSPITALARIAS PREVENTIVAS PARA EL SCA.

ISMAEL RIVAS CABALLERO

SILVIA ARIAS FUENTES

1 Introducción

El síndrome confusional agudo (SCA) o “delirium” es uno de los grandes síndromes hospitalarios, cuya incidencia y prevalencia aumenta con la edad. Según en DSM-IV se trata de una alteración transitoria de la conciencia, sumado a alteraciones cognitivas que se sufre durante un periodo corto de tiempo y caracterizado por ser un proceso fluctuante, que van desde estados hiperactivos, hipoactivos o mixtos. Podemos encuadrarlo por lo tanto como un síndrome cerebral, orgánico, de origen multifactorial, pero que también se puede prever y controlar. El SCA produce un trastorno mental de las funciones superiores, que genera una discapacidad funcional sobre: la conciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, la psicomotricidad, las emociones y los ciclos del sueño. 2, 3, 4, 6, 9, 12, 13, 14,15

La salud hospitalaria aglutina el conjunto de actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y las tareas de rehabilitación y de cuidados; y por otro lado, debe promocionar la salud, la educación sanitaria y la prevención. La salud hospitalaria tiene que garantizar una atención continuada e integral, una vez que hemos sobrepasado las posibilidades de la atención primaria, sin olvidar de mantener una eficaz cooperación con ésta. 1 La salud hospitalaria debe centrarse en las características del paciente y su proceso, apoyándose en los recursos humanos

y técnicos, para facilitar el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación; durante todo el curso de la enfermedad. 1 El envejecimiento global de la población ha generado un aumento de las personas de edad avanzada que padecen enfermedades crónicas. En muchas ocasiones deben ser sometidos a una intervención quirúrgica, de la cual pueden surgir complicaciones perioperatorias, siendo una de las más frecuentes, en este colectivo, el SCA. 11

El cuadro clínico del SCA es el conjunto de alteraciones cognitivas que cursa con ideas delirantes y alucinaciones, con un inicio brusco y fluctuante, caracterizado por tener pensamientos desorganizados, inatención y un nivel alterado de conciencia. Su padecimiento genera un mayor riesgo de institucionalización al alta y un avance en el deterioro funcional. 7, 11,14 Su incidencia aumenta con la edad, las enfermedades subdiagnosticadas, el ingreso a través de los servicios de urgencias hospitalarios, los procesos postoperatorios, el ingreso en unidades de cuidados intensivos, paliativos, centros de rehabilitación o residencias. 2, 6, 7,9

El SCA perjudica claramente la calidad de vida de los pacientes, ya que incrementa los tiempos de recuperación, prolongando el tiempo de estancia en el hospital, y está vinculado con mayores tasas de mortalidad respecto a los pacientes que no desarrollan el síndrome. Aunque sus efectos se consideran reversibles, pueden aflorar un posible deterioro cognitivo próximo. 2, 3, 6, 9,10

El SCA tiene una alta incidencia en pacientes de avanzada edad durante los primeros días de la hospitalización y que padecen un deterioro cognitivo previo. Un problema vinculado a este trastorno es que puede pasar inadvertido, por lo que los sanitarios deben conocerlo y estar atentos, ya que es complejo detectarlo por falta de instrumentos eficientes y válidos, confundiendo en ocasiones con demencia o depresión, por ejemplo. Es importante establecer protocolos de prevención y detección para tratar de forma precoz el SCA. 6, 7,11

Una herramienta empleada para la detección del SCA es el Confusion Assessment Method (CAM) ya que es práctico, sencillo, rápido y seguro, pudiendo ser empleado de forma habitual en la atención hospitalaria. También se puede complementar en pacientes de avanzada edad con la escala ADL de Katz, ya que permite evaluar de forma integral y objetiva la autosuficiencia del paciente, por lo que puede ser útil para pronosticar y determinar la influencia del trastorno en su calidad de vida. 7, 9, 10,15 Según diferentes investigaciones podemos dividir los factores que causan el SCA en dos subgrupos; por un lado nos encontramos con los factores de riesgo y por otro los factores desencadenantes. 2,3

2 Objetivos

- Determinar los factores de riesgo y las medidas de prevención del SCA en el enfermo de alto riesgo cardiovascular.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Medlineplus y Google Académico. Los descriptores empleados fueron “síndrome confusional agudo”, “factores”, “riesgos”, “desencadenantes”, “tratamiento” y “prevención”. Como criterios de inclusión se añadieron “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y “periodo temporal 2000-2020”. De un total de 57 publicaciones, fueron seleccionadas 15.

4 Resultados

- Los factores de riesgo más importantes son:
 - El envejecimiento cerebral biológico que genera variaciones bioquímicas y morfológicas. 2, 12,14
 - La presencia de patologías cerebrales: depresión, ansiedad, Parkinson; la demencia y el deterioro cognitivo son los factores más determinantes. 2,3,6,7,9,10,12,14
 - La dependencia funcional previa. 2,9,15
 - Determinados componentes psicosociales, como por ejemplo: el estrés, una familia desestructurada, el aislamiento social, los trastornos del sueño, el analfabetismo y la situación de duelo. 2,6,12
 - La hospitalización, que provoca desubicación, trastornos en los horarios, aislamiento, cambio de ambiente o la necesidad de tener que emplear restricciones físicas sobre algún paciente. 2, 5,7,10,14
 - Trastornos de la visión y/o audición, que genera la disminución de la agudeza visual y/o la hipoacusia. 3,7,14
 - Episodios previos de SCA. 14
- Por otra parte los factores desencadenantes más destacables son:
 - Las infecciones vinculadas principalmente con el sistema urinario, la hipoalbuminemia, proteinuria, sífilis y VIH. 2,3,9,10,15
 - La administración de polifarmacia, ya que la administración de más de tres fármacos favorece la aparición del SCA y generalmente relacionados con sus efectos secundarios, o la retirada de éstos o del alcohol. 2,3,6,7,10,14,15

La desnutrición, las variaciones metabólicas relacionadas con bajos niveles de sodio y la deshidratación, son factores etiológicos. 2,3,7,9,10,14,15

La insuficiencia de sistemas u órganos, principalmente el hepático y renal, ya que repercuten en el proceso metabólico. También es habitual que actúe como desencadenante una insuficiencia respiratoria, como por ejemplo la neumonía; enfermedades que producen hipoxemia, como la EPOC, o la insuficiencia cardíaca congestiva. 2,3,7,14,15

Determinadas enfermedades neurológicas agudas, como el ictus, la meningitis y la encefalitis. 2,3,10,15

Las enfermedades endocrinas, los problemas en la glándula de la tiroides o el descontrol de la diabetes pueden influir en su aparición. 2

Las cirugías, especialmente de cadera, y en menor medida de rodilla; cirugías torácicas y de aneurisma de aorta. 2,3,6,7,14

Las intervenciones agresivas, como la colocación de sondas vesiculares. 2,3,7,10,15

El dolor, procedente por ejemplo de fracturas, es un factor precipitante. 2

- Según las diferentes investigaciones consultadas para la elaboración de esta revisión bibliográfica, podemos determinar que las medidas hospitalarias más importantes para prevenir y/o aminorar el impacto del SCA son:

Implementar medidas terapéuticas a través de los equipos multidisciplinares de forma coordinada, tanto para la prevención como para mejorar la atención hospitalaria de los pacientes que lo sufren. 2,12

Se debe controlar, por parte del personal sanitario, la administración o retirada de determinados fármacos relacionados con la aparición del SCA. 2

Es muy importante mantener un ambiente hospitalario, con niveles bajos de ruido que permitan descansar; proporcionar una buena iluminación diurna natural y oscuridad nocturna que facilite el mantenimiento de los ciclos del sueño, evitar los cambios de habitación y de profesionales, y mantener una rutina asistencial diaria; ayudan a prevenir la desorientación y el estrés en los pacientes. 2,8,12

Es beneficioso estimular la movilidad del enfermo, facilitar la presencia de sus familiares flexibilizando el horario de visitas, así como permitir algunos objetos personales y/o fotografías. 2,8,12

Es conveniente facilitar la orientación tiempo-espacial, mediante el empleo y visualización de relojes, calendarios, prensa diaria, televisión o radio. 2,12

Durante la atención hospitalaria se debe asegurar y controlar una correcta hidratación y nutrición del paciente de riesgo. 2,12

Evitar en la medida de lo posible las restricciones físicas y los tratamientos farmacológicos que tengan como efecto secundario la posible aparición del SCA. 2,

Si es imprescindible aplicar algún fármaco, se debe tener en cuenta que los que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento del SCA han sido los neurolepticos, con mención especial del haloperidol. 2,4,5,14

Sería un gran avance fomentar las investigaciones sobre la problemática, para protocolizar un conjunto de medidas hospitalarias dirigidas a prevenir o aminorar los factores predisponentes y desencadenantes del SCA. 10,14

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo anterior expuesto, podemos determinar que, implementar un programa específico sobre el SCA en los equipos multidisciplinares, aumentar el conocimiento sobre las características específicas del paciente mediante su historia sociosanitaria y ejecutar una serie de medidas ambientales hospitalarias, benefician la prevención y abordaje del SCA.

6 Bibliografía

- 1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. 2012.
- 2. Lázaro Del Nogal M., Ribera Casado J.M. Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. Viguera Editores. N° 1. Supl. 4. 2009. p. 209-221.
- 3. Ferreira A., Belletti G., Yorio M. Síndrome confusional agudo en pacientes internados. *Rev. Medicina de Buenos Aires*. Vol. 64. N° 5. 2004. p. 385-389.
- 4. Formiga F. et al. Síndrome confusional agudo en pacientes ancianos ingresados por patología médica. *Rev. Clínica Española*. 2005. p. 484-488.
- 5. Rodríguez Mondéjar J.J. et al. Síndrome confusional agudo en UCI: factores que influyen y actitud de enfermería. *Rev. Enfermería Intensiva*. Vol. 12. Issue 1. 2001. p. 3-9.
- 6. Regazzoni C.J., Aduriz M., Recondo M. Síndrome confusional agudo en el anciano internado. *Rev. Medicina de Buenos Aires*. Vol. 60. N° 3. 2000. p. 335-338.
- 7. Lama Valdivia J., Varela Pinedo L., Ortiz Saavedra P.J. Prevalencia y factores de riesgo del estado confusional agudo en el adulto mayor en una sala de emergencias médicas. *Rev. Médica Heredia*. Vol. 13. Supl. 1. 2002. p. 10-18.
- 8. Cachón Pérez J.M., Álvarez López C., Palacios Ceña D. Medidas no farmacológicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo en la unidad de

- cuidados intensivos. Rev. Enfermería Intensiva. Vol. 25. Issue 2. 2014. p. 38-45.
- 9. Amado Tineo J.P. et al. Factores asociados a síndrome confusional agudo en adultos mayores internados en emergencia de un hospital terciario. Rev. An. Fac. med. de Perú. Vol. 74. Supl. 3. 2013. p. 193-197.
 - 10. Llorens M. et al. Características clínicas del síndrome confusional en un hospital general: factores de riesgo y factores precipitantes. Rev. Prensa Médica Latinoamericana. Vol. XXXI. Supl. 4. 2009. p. 93-98.
 - 11. Martínez Velilla N. et al. Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. Rev. Cirugía Española. Vol. 90. Issue 2. 2012. p. 75-84.
 - 12. Rivas Mercader G., Carmona Lorente I. M., Megías Peralta M. Prevención del síndrome confusional agudo en mayores: cuidados del paciente hospitalizado. Libro Salud, alimentación y sexualidad en el ciclo vital. Rev. ASUNIVEP. Vol. III. 2018. p. 105-109.
 - 13. Duaso E., Formiga F., Rodríguez D. Tratamiento farmacológico del delirium. Rev. Española de Geriatria Gerontol. N° 43. Supl. 3. 2008. p. 33-37.
 - 14. González M., De Pablo J., Valdés M. Delirium: la confusión de los clínicos. Revista Médica Chile. N° 131. 2003. p. 1051-1060.
 - 15. Fuentes Covian R. Incidencia y factores relacionados del delirium en una Unidad de Cuidados Intensivos Generales. Rev. Nure Investigación. Vol. 14. Supl. 89. 2017. p. 1-15.

Capítulo 1129

EXTINCIÓN DE CONATOS DE INCENDIOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

1 Introducción

El riesgo de incendio está presente en cualquier actividad, por ello es de vital importancia que todos conozcamos, como se origina, como funciona la combustión, como se propaga y sobre todo como se extingue.

2 Objetivos

Exponer los factores que intervienen en la formación, extinción y prevención de un fuego, así como las normas generales de actuación ante un conato de incendio.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para que un fuego se inicie es necesario que se encuentren presentes los tres lados del triángulo del fuego para que un combustible comience a arder. Por este motivo el triángulo es de gran utilidad para explicar cómo podemos extinguir un fuego eliminando uno de sus lados. Los actores del incendio son:

- El combustible: se trata del elemento principal de la combustión, es cualquier sustancia capaz de arder, puede encontrarse en estado sólido, líquido o gaseoso.
- El comburente: el comburente principal en la mayoría de los casos es el oxígeno (se encuentra en el aire, con una concentración de 21%).
- La energía de activación: (calor) es la energía necesaria para iniciar la combustión, puede ser una chispa, una fuente de calor, una corriente eléctrica, etc.
- Actualmente se ha descubierto que para que se mantenga la combustión es necesario un cuarto elemento, la reacción en cadena es decir sin la unión de estos tres componentes el fuego no se produce y si eliminamos de la combustión cualquiera de los lados del triángulo el fuego se apagará. Al incluir la reacción en cadena en el esquema del triángulo del fuego obtenemos el tetraedro del fuego.

El principio básico del tetraedro del fuego es el mismo que el del triángulo del fuego, todos los lados del tetraedro son necesarios para que la combustión se mantenga ya que si eliminamos cualquiera de los lados el fuego se apaga. La reacción en cadena de la combustión desprende calor que es transmitido al combustible realimentándolo y continuando la combustión.

- ¿Cómo funcionan los métodos de extinción?

Por enfriamiento: eliminando el calor

Por sofocación: Evitando o reduciendo la aportación de oxígeno.

Por eliminación del combustible: Retirando los combustibles presentes, diluyendo los líquidos, o cerrando las válvulas de conducción de gases.

Por inhibición: Mediante la neutralización de los radicales activos.

- ¿Dónde puedo localizar un extintor? El emplazamiento de los extintores debe permitir que sean fácilmente visibles y accesibles

Estarán situados próximos a los puntos donde se estime mayor probabilidad de iniciarse el incendio. Además, próximos a las salidas de evacuación y a ser posibles colocados sobre soportes fijados a paramentos verticales, de manera que la parte superior del extintor quede situada entre 80 y 120 cm del suelo. Su distribución ha de ser tal que el recorrido horizontal, desde el punto del sector de incendio, hasta el extintor no supere los 15m

- ¿Qué tipo de extintor debo utilizar?

Como ya dijimos anteriormente el primer paso a la hora de apagar un fuego con un extintor de incendios es identificar el tipo de fuego al que nos enfrentamos. Teniendo en cuenta esta categorización, podemos entender mejor los tipos de extintores existentes y sus características particulares:

Extintores de agua: son apropiados para extinguir fuegos de tipo A, es decir todos aquellos producidos por la combustión de elementos sólidos. El poder del agua como elemento extintor se debe a su gran capacidad para absorber el calor consiguiendo así reducirlo más deprisa de lo que el fuego es capaz de regenerar. A la hora de utilizarlo es muy importante revisar el entorno y no utilizarlo en lugares donde haya electricidad o una corriente eléctrica para evitar el riesgo de electrocución.

Extintores de polvo: es el más común y es indicado para los tipos A, B y C, es aquel cuyo agente extintor se encuentra en estado pulverulento y es proyectado mediante la presión proporcionada por la liberación de un gas auxiliar o por una presurización previa

Extintores de CO₂: estos tipos de extintores son aptos para fuegos de tipo A, B y C. Al ser un extintor limpio, resulta ideal para maquinaria delicada y equipamientos eléctricos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata de un elemento químico y que por tanto, para evitar intoxicaciones, es muy importante salir de inmediato del lugar cuando se haya extinguido el fuego.

Extintores para fuegos especiales: estos son los únicos que se pueden utilizar para sofocar fuegos de clase D. Actúan en general por sofocación y algunos también absorben el calor actuando por enfriamiento al mismo tiempo que por sofocación.

Extintores en cocinas industriales: instalaciones automáticas que utilizan acetato potásico y sistemas de agua nebulizada, o agua con aditivos y espumas.

¿Cómo debo utilizar el extintor?

Una vez hayamos identificado correctamente el tipo de fuego al que nos enfrentamos y hayamos comprobado que el extintor es adecuado para ese tipo de incendio procederemos a comprobar el extintor.

Debemos asegurarnos que el extintor está cargado y que ha sido revisado recientemente. Si se ha cargado el extintor en el último año debería tener una cinta plástica de color rojo o azul en la parte de la palanca.

Realizadas estas comprobaciones ya estamos listos para utilizar el extintor. Descolgar el extintor asiéndolo por la maneta o asa fija que disponga y dejarlo sobre el fuego en posición vertical y en caso de que el extintor posea manguera, cogerla por la boquilla para evitar la salida incontrolada del agente extintor

El siguiente paso es quitar la anilla de seguridad y colocarnos a una distancia de un metro del fuego como mínimo siempre entre el fuego y una vía de escape, en caso de espacios abiertos acercarse en la dirección del viento

Realizar una pequeña descarga de comprobación de salida del agente extintor. Después sujetaremos la manguera del extintor con fuerza apuntando a la base del fuego y accionaremos la palanca. Apuntando a la base del fuego intentaremos extender el agente extintor por toda la superficie en llamas, con un movimiento de zig-zag hasta que consigamos apagar completamente el fuego.

- Y sobre todo y muy importante, ¿cómo debo evitar la aparición de un incendio?
No sobrecargues los enchufes.

No fumes en los centros de trabajo. Recuerda que además de estar prohibido, puedes provocar un incendio.

Algunos equipos de trabajo pueden provocar incendios al generar calor, chispas o llamas. Utilízalos con precaución.

Si detectas cualquier anomalía en las instalaciones eléctricas o de protección contra incendios, comunícalo a tu Responsable en materia de Seguridad y Salud Laboral del centro.

No obstaculices los recorridos y salidas de evacuación.

Identifica los medios de extinción y alarma, y familiarízate con ellos.

Los equipos de trabajo pueden generar otros riesgos añadidos en función del lugar donde los uses, por ello, presta atención al entorno donde los utilices.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que todos los trabajadores de un hospital o centro socio-sanitario, independientemente de su ocupación, tengan la formación teórica y

práctica lo más completa posible, sobre las instrucciones de funcionamiento y los peligros de utilización de un extintor portátil.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
 - NTP 45: Plan de emergencia contra incendios.
 - NTP 99: Métodos de extinción y agentes extintores.
 - NTP 536: Extintores de incendio portátiles: utilización.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1130

EL CELADOR SANITARIO EN EL SERVICIO DE CONSULTAS

ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA

ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ

BEGOÑA COLLAR ALVES

1 Introducción

Dentro de la profesión de celador sanitario, existen una gran variedad de labores a realizar según al servicio que sea destinado, en este libro hemos querido estudiar y explicar algunas de ellas, dentro del presente capítulo nos hemos querido centrar en el trabajo del celador en consultas.

Aunque las funciones del celador vienen redactadas en su Estatuto correspondiente, en la práctica debido a que cada hospital dispone de un personal determinado, presupuestos concretos, servicios, capacidad y necesidades específicas; hace que las funciones del celador cambien según el centro de trabajo donde desarrolle su actividad; las consultas suelen ser un servicio muy dispar donde hay distintas especialidades (medicina de familia, oftalmología, medicina interna, digestivo, rehabilitación, neumología, pediatría, ginecología, traumatología, hematología ...) según el centro u hospital en cuestión pueden tener más o menos pero éstas suelen ser básicas.

Sabemos que, pese a la naturaleza diversa del trabajo del celador en consultas, existen unos patrones que se pueden aplicar en todas, en el presente capítulos

pretendemos estudiar las pautas para realizar su función de la manera más adecuada.

2 Objetivos

- Resumir todas las labores, tareas a realizar por el celador en el servicio de consultas hospitalarias.

3 Metodología

La búsqueda de información comienza en la base de datos de Google académico, hacemos el primer criterio de exclusión que es el idioma, buscamos sólo artículos, manuales y trabajos en idioma español, la situación la ceñimos a España y la temporalidad al año 2019 para obtener la información más actual posible; los descriptores utilizados son “celador en consultas hospitalarias” obtenemos un resultado de 251 artículos, la gran mayoría no son relevantes para nuestro capítulo así que nos ceñimos a artículos procedentes de Protocolo de actuación del celador en servicio de consultas, manual del desarrollo de competencias de un celador sanitario, de blogs especializados de celadores tales como celadores online, o el blogdelcelador, etc. referenciados en la bibliografía.

Hacemos una búsqueda de la información a la cual le añadimos la experiencia profesional que tenemos, al ser todos los autores celadores y así hemos querido hacer un compendio teórico-práctico de conocimientos y exponerlos. A modo de tener una investigación a modo de manual propio del celador en este servicio determinado.

4 Resultados

Cuando nos referimos a consultas hospitalarias queremos incluir consultas especializadas, consultas externas, etc. de manera global y genérica, ya que después cada hospital tiene una organización propia; en primer lugar las funciones del celador en consultas siempre serán una función auxiliar o función de apoyo, colaboración con el resto del equipo multidisciplinar de consultas que suelen ser médico, enfermera, auxiliar de enfermería ; y por otro lado la labor asistencial que es aquella donde el celador hace dentro de sus funciones y bajo supervisión las funciones de ayuda al paciente en lo que requiera.

Dentro de las funciones auxiliares del celador en consultas están:

- Abrir o cerrar las dependencias donde están ubicadas las consultas, según estudios consultados esta función algunos hospitales la suele realizar o bien el celador de consultas o el vigilante/vigilantes de seguridad (suele ser empresa externa). No es necesario recordar que el tener a nuestra custodia las llaves de lugar perteneciente a un hospital, por la responsabilidad que esto supone debemos realizarlo siempre con sumo cuidado y sabiendo la importancia que tiene el no extraviar esas llaves, abrir las dependencias de forma puntual, etc.
- Ir a archivos y mediante un listado de pacientes de la consulta que este asistiendo o auxiliando traer las historias clínicas de los pacientes que estén citados para ese día, estos listados deben estar solo al alcance del personal sanitario de esa consulta, y cuando ya no necesitemos esos listados con información de pacientes y respetando la ley de protección de datos si queremos tirarlos a reciclar siempre lo haremos en los contenedores habilitados para ello, contenedores cerrados, algunos disponen de un destructor de documentos a la vez que los tiramos; hacer un buen uso de esos listados que están a nuestro cargo, o evitar la pérdida de los mismos es nuestro cometido.
- Transporte de documentación de consultas a diferentes servicios, como por ejemplo desde archivos para traer historias clínicas, de consultas a otras consultas para comunicar interconsultas, a admisión para solicitar sucesivas citas, a esterilización a llevar o recoger material, etc. Este transporte debe hacerse siempre preservando la información sensible (carpetas de historias “boca abajo”) son detalles mínimos y casi de sentido común, pero que debemos recordar cuando lo llevemos a cabo; también recordar nuestro autocuidado a la hora de transportar documentación, o aparataje necesario para dichas consultas recordar los principios de mecánica corporal a la hora de transportar pesos o cargas.
- Revisión de material, lencería, mobiliario de la consulta, observar el buen funcionamiento de todo mesa de exploraciones, sillas, camillas, y si se observa alguna incidencia siempre registrarla y comunicarla para que se solvete la misma, esta revisión la puede hacer solo el celador, el celador junto con el auxiliar de enfermería, o de manera conjunta que es lo más habitual como equipo multidisciplinar que somos, el trabajador que se da cuenta lo comunica para que podamos avisar, ya que muchas veces podemos no darnos cuenta o pasar por alto la revisión antes, durante y después de la consulta, por si falta algo, o no está en buenas condiciones, o debemos ir a por más material, respondiendo a las necesidades del servicio.

- Dentro de la función asistencial, algunos autores incluyen aquí funciones que hemos dispuesto dentro de las funciones auxiliares y otros las excluyen; nuestra diferenciación la hemos considerado así para diferenciar bien las actividades asistenciales enfocadas específicamente al paciente y no asistir al resto del equipo ya que consideramos que es más una labor auxiliar porque es en conjunto con el resto del equipo.

- Dentro de estas labores el celador ayudará, auxiliará como la propia función nos recuerda al paciente según sea su grado de dependencia, si el paciente no puede deambular de forma correcta le ayudaremos, en ocasiones necesitan moverse en silla iremos a buscarle a la sala de espera y le llevaremos a la consulta si debemos llevarle a alguna dependencia para pruebas o análisis in situ, siempre lo haremos respetando su privacidad, intimidad, por la zona menos saturada de personas, siempre cubierto nunca ir mostrando a un paciente semidesnudo después de una exploración, siempre le cubriremos ayudaremos a vestirse, desvestirse, sentarse de forma correcta en la mesa de exploración, o en la zona de placas, ayudar a colocarlo en la posición necesaria aplicando las movilizaciones de pacientes de forma correcta y menos dañina para el mismo, estas actividades podemos realizarlas solo, con la ayuda de enfermero/a o de auxiliar de enfermería. En la mayoría de los casos las movilizaciones se hacen en equipo.

Dentro de esta función hay que saber la disparidad de pacientes a quien irá nuestra asistencia dirigida; puede ser un anciano dependiente hasta un bebé de meses de vida, con lo cual hay aspectos como la empatía el trato adecuado al paciente a asistir es primordial.

5 Discusión-Conclusión

En todos los estudios analizados nos hacen referencia a términos como respeto a la intimidad, empatía, tolerancia; son conceptos que son básicos y que suponemos todos los trabajadores sanitarios y no sanitarios tienen, por eso se dedican a la sanidad, muchas veces por el exceso de tareas, carga excesiva de trabajo y la celeridad para realizar todas las labores pasamos por alto estas cosas que es lo que siempre debemos recordar. Ha sido muy positivo ver como en todos y cada uno de los estudios analizados no se olvidan de mencionárnoslos; así que todo lo que realicemos ira bajo estos preceptos.

Estudiar en profundidad un tema que a priori parecía sencillo nos hace comprobar una vez más que en la realidad todo discurre de una forma más natural, co-

laborativa; por ejemplo, en las funciones consultadas es nuestros estudios vienen muy limitadas, pese a esto en la realidad cuando el servicio lo requiere cualquier compañero colabora en ayudarnos a llevarlas a cabo, ha sido muy positivo ver la adaptación en la realidad de cualquier compañero para ayudarnos, resulta reconfortante.

Entre las pretensiones principales de este capítulo están que nosotros como celadores en nuestros primeros días había discrepancias entre lo que los estatutos decían que eran nuestras funciones, lo que nuestros jefes decían que teníamos que hacer (porque normalmente no están presentes durante toda la jornada) y las necesidades del mismo servicio, no ser corresponden ninguna de las 3 funciones por eso nos decidimos a realizar este capítulo que sirva como guía o ayuda a compañeros que empiecen a trabajar en ese servicio en una planta hospitalaria, y les ayude como guía a saber que tienen que hacer y cómo. Sumando los conocimientos adquiridos y consultados a nuestra experiencia propia.

6 Bibliografía

- Rubial Bernárdez.” Gestión de consultas externas”.
- Soriano Narváez, F.J; Barrales Fernández R. y Blanco Delgado F.J. “Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios”.

Capítulo 1131

¿CÓMO ACTUAR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO?

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los trastornos mentales constituyen una parte importante de la morbilidad atendida en los servicios de atención primaria y en los servicios de urgencias, es por esta razón recomendable mejorar e incrementar la formación de los trabajadores del sector sanitario.

El personal debe fijarse, además de en su apariencia, en su forma de hablar, su estado de ánimo, su afecto, su forma de comportarse y su capacidad de juicio.

Actitud: se debe observar el tipo de actitud que presenta: cooperación, determinación, amabilidad, madurez, seducción, hostilidad, evasión, actitud de defensa o de cautela. Debe evaluar el contacto ocular que mantiene el paciente, ya que puede ayudar a saber si está comprendiendo la explicación:

- Movimientos oculares aberrantes pueden significar distracción.
- La evitación de la mirada puede indicar timidez u hostilidad.
- Una mirada examinadora puede revelar suspicacia.

Conducta: Es recomendable observar los movimientos expresivos del paciente, ya que estos complementan al lenguaje verbal. Estos movimientos residen en partes clave del cuerpo y es de gran ayuda fijarse en ellos para hacerse una idea del posible estado del paciente:

Las manos se convierten en una constante fuente de información y pueden ofrecer datos de gran interés. Por ejemplo, dirán cómo evoluciona el ánimo del paciente durante la conversación que el personal mantenga con este:

- Mostrar las palmas de las manos se asocia con la verdad; la palma hacia abajo denota autoridad; la palma de la mano sobre la nuca es un gesto de cólera controlada; frotarse las manos comunica una expectativa positiva; las manos cogidas detrás de la espalda es un gesto de superioridad y seguridad; cogerse la muñeca detrás de la espalda señala frustración, y las manos en las caderas indican que se está preparado para la acción.
- Los brazos. Cuando están cruzados indican que la conversación no le interesa al paciente. A veces, se da un cruce parcial de brazos, que es característico en personas con falta de confianza en sí mismas.
- Las piernas. En caso de que la conversación se lleve a cabo sentados, las piernas cruzadas indican actitud negativa o defensiva.
- La cabeza. Los dos movimientos más utilizados son la negación y el asentimiento. La cabeza levemente hacia un lado indica interés.
- Boca cubierta. Si alguien se cubre la boca mientras se le está hablando, indica que piensa que estás mintiendo. Muchas personas intentan disimular este gesto emitiendo una ligera tos. El gesto de tocarse la nariz es una versión del de taparse la boca, igual que el de frotarse el ojo, rascarse el cuello o frotarse la oreja. Todos ellos pueden ser señales de que el paciente desconfía.
- Cabeza sobre la mano. Si se apoya la cabeza sobre la mano es señal de aburrimiento.
- Barbilla. Si el paciente pone la barbilla en la palma de la mano y el índice en la mejilla con los otros dedos replegados indica evaluación crítica.
- Mirada fija. Sólo cuando dos personas se miran fijamente a los ojos, existe una base real de comunicación.
- Lenguaje. El lenguaje del paciente es una ventana a su pensamiento y afectividad. El tono, la monotonía, el volumen de la voz pueden revelar datos importantes.

2 Objetivos

- Lograr empatizar con el paciente y tratar de calmar su estado de agitación.
- Lograr descubrir lo que nos quiere transmitir.
- Conocer las medidas de seguridad disponibles si fueran necesarias.

3 Metodología

Elementos a tener en cuenta en el trato al paciente psiquiátrico:

- Conocer sus respectivos nombres.
- Definir las responsabilidades de cada uno.
- Aclarar los objetivos de la relación.
- Establecer los lugares y horas de los siguientes encuentros.
- Centrarse en los sentimientos del paciente.
- Hacer preguntas abiertas.
- Usar un tono de voz cálido.
- Transmitir una actitud no enjuiciadora.
- Mantener el contacto visual.
- Sincronizar los movimientos con los del paciente.
- Asentir periódicamente con la cabeza.
- Sonreír frecuentemente.
- Gesticular suavemente.
- Abrir los brazos.
- Inclinarsse ligeramente hacia delante.
- Demostrar comodidad.
- Organizar las preguntas con sensibilidad para disminuir la ansiedad del paciente.
- Interrumpir a los que hablan mucho con el mayor tacto posible.
- Expresar empatía hacia pacientes llorosos, silenciosos o que tienen dificultad para expresar sus problemas.

Medidas de seguridad.

El primer paso a seguir es aplicar las medidas necesarias de seguridad para mantener la integridad física del paciente y del personal que interviene. Estas medidas van desde una compañía tranquilizadora, hasta una contención mecánica, prefiriéndose siempre las medidas menos coactivas.

Si el paciente porta armas u objetos que puedan ser utilizados como tales, deberá ser desarmado por personal de seguridad o policía. Debe mantenerse una distancia de seguridad prudencial, preservar una vía de salida de fácil acceso y realizar una entrevista en un lugar tranquilo y sin sobrestimulación externa.

Existen una serie de factores predictores de agresividad o riesgo inminente de agitación psicomotriz que se deben de tener en cuenta para aplicar las medidas oportunas:

- Aumento creciente de la actividad motora.

- Presencia de gestos y actitudes violentas: amenazas verbales, gritos, o exhibición de violencia sobre objetos.
- Signos de ansiedad
- Sospecha de consumo de tóxicos reciente y/o habitual.
- Antecedentes de conducta violenta previa.
- Signos no verbales en la expresión facial: evitar contacto visual, mirar de reojo, expresión de perplejidad... pueden hacernos pensar en la existencia de clínica delirante y/o alucinatoria que puede precipitar un paso al acto.

Medidas de contención verbal:

Antes de iniciar el contacto conviene conocer la mayor información posible, hablando con el personal sanitario, las fuerzas del orden, familiares... Cuando se trata de pacientes que son trasladados a un hospital, en numerosas ocasiones ocurre que la propia contención realizada para el traslado hace desaparecer el cuadro, mostrándose el paciente tranquilo.

Es necesario evitar conductas hostiles, desafiantes o irrespetuosas. El objetivo principal es tranquilizar.

La contención verbal puede ser insuficiente para controlar algún cuadro de agitación, sobre todo en casos de agitación orgánica en los que está alterada la comprensión.

Medidas de contención mecánica:

Cuando la conducta agitada del paciente supone un peligro para sí mismo o para los demás y no puede ser controlada de ninguna otra forma, se utiliza la contención mecánica, procedimiento consistente en restringir los movimientos del paciente para disminuir los riesgos de agresividad. El número ideal para la sujeción son 5 personas, se aplica en decúbito supino, con los miembros separados entre sí y la cabeza ligeramente incorporada para disminuir la posibilidad de aspiración. Debe mantenerse el tiempo estrictamente necesario, ser prescrito por un facultativo competente y sustituirse por otras medidas en cuanto la situación lo permita.

Medidas de contención química:

Los fármacos a utilizar dependen de la etiología del cuadro y siempre bajo la supervisión de un profesional cualificado.

4 Resultados

Tras el uso de las diversas pautas mostradas con el paciente psiquiátrico se logran reducir los niveles de frustración, ansiedad y/o agresividad, posibilitando de este modo el acercamiento del personal al mismo.

En los casos más complejos en los que sea necesaria la contención, ya sea verbal, mecánica o química se asegura que el procedimiento a seguir cumpla unas garantías de eficacia y seguridad tanto para el paciente como para el personal laboral.

5 Discusión-Conclusión

Dado que los trastornos mentales constituyen una parte importante de la morbilidad atendida en los servicios de atención primaria y en los servicios de urgencias, adquiere gran importancia una buena praxis por parte de todo el personal que presta sus servicios en la atención sanitaria.

Además de conocer métodos para comunicarse con el paciente psiquiátrico e interactuar con él de manera segura y eficaz, es de gran utilidad disponer de conocimientos sobre seguridad ante la posibilidad de sufrir algún tipo de agresión por parte del paciente o evitar que este se lesione.

6 Bibliografía

1. Anillo A, Guillen F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Aten Primaria* 1998;21:265-9.
2. Pérez Sánchez A. *Prácticas psicoterapéuticas*. Barcelona: Paidós, 1996. Compte Güell A, Guardia Sans M. Agitación y comportamientos violentos. *Manual del residente de psiquiatría*. Madrid, Grupo Ene Life Publicidad SA Eds., 2009: 507-515.
3. Correas Lauffer J, Villoria Borrego L. El paciente agitado o violento. En: Chinchilla, A. (coord.). *Manual de urgencias psiquiátricas*, Barcelona, Masson, 2003:109-121.
4. Chinchilla Moreno A. *Tratado de terapéutica psiquiátrica*. Madrid, Nature Publishing Group Eds., 2010: 581-591; 902-911; 949-958.
5. Grivois H. *Urgencias psiquiátricas*. Barcelona, Masson, 1989: 79-97.
6. Hyman SE. El paciente violento. En: Hyman SE, Tesar GE. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona, Masson, 1996:31-40.

7. Josephson SA, Miller BL. Confusion and delirium. En: Harrison's principles of Internal Medicine, 18th Edition, New York, McGraw-Hill, 2011: 196-201.
8. Kapur R, Fink E. The violent patient (capítulo e293.1). En: Tintinalli's Emergency Medicine. A comprehensive study guide, New York, McGraw-Hill Medical, 2010:e85-89.
9. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2006; 30: 586-98.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría 10ª Edición. De Barcelona, Lippincott W&W, 2009: 907- 923; 1319-1329.
11. Tellez Lapeira, J. y cols. El paciente agitado. Guías Clínicas 2005.

Capítulo 1132

IMPORTANCIA DE LA CORRECTA MOVILIZACIÓN COMO MÉTODO DE PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN DIRIGIDO A CELADORES

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

SONIA FERREIRO SIMON

IGNACIO SASTRE FALCÓN

1 Introducción

En los últimos años se ha venido demostrado el importante problema de salud que supone el alto desarrollo de úlceras por presión. Dichas úlceras no solo se producen en pacientes dependientes como cabría esperar sino que también se dan en los no dependientes. En el año 1999 se realiza un estudio piloto sobre la epidemiología de las úlceras por presión en la comunidad autónoma de La Rioja. A raíz de este estudio, se realizan otros en los años 2001, 2005, 2009 y 2013 a través del GNEAUPP (Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por presión y Heridas Crónicas). Se establece como objetivo principal de dichos estudios posicionar dichas úlceras como un problema de salud pública y la necesaria

dotación de recursos y medios para combatirlo. Según el Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por presión, nos encontramos con una estabilidad de la prevalencia de dichas úlceras de entre un 7%-8% en unidades hospitalarias, un 9,1% en personas que necesitan atención domiciliaria. En casos como los centros de salud dicha prevalencia aumenta considerablemente, llegando a porcentajes entre el 12,6% y 14,2%. Podemos observar así mismo en dicho estudio que la mayoría de las úlceras por presión presentes (en torno al 65%) son nosocomiales, es decir que son originas tanto en centros de atención primaria como en centros hospitalarios.

En la mayoría de los países existen gran cantidad de estudios tanto a nivel hospitalario, como en centros de atención primaria o incluso atención domiciliaria, no sucede así en nuestro país ya que el número de estudios es considerablemente menos. En países como Suecia, Irlanda, Noruega o Finlandia hay una prevalencia de entre un 15 al 20%, bastante más elevada si la comparamos con los países del sur de Europa.

Países como China obtienen cifras impactante de prevalencia, en torno al 1,5% según en el estudio realizado por Jiang et al. (2014), al contrario de países como Suiza, donde se observa tras la realización de un estudio en catorce hospitales infantiles una gran prevalencia del 26,5% en niños menores de un año.

La North American Nursing Diagnosis Association, en su última publicación (NANDA Internacional, 2014), clasifica y expone un total de cuatro diagnósticos relacionados con la pérdida o el riesgo de perder la integridad cutánea, así mismo expone también objetos y actividades a cumplir, con el fin de minimizar el riesgo de aparición de úlceras por presión o incluso limitar el proceso de incremento de la gravedad presente.

2 Objetivos

- Definir un protocolo de movilización en pacientes dependientes, con el fin de prevenir la aparición de UPP a la vez que facilitar a los cuidadores principales un sistema de educación para la salud.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de documentación científica en bases de datos de ciencias de la salud como Scielo, Medline, Cuiden y Encuentra, a la vez que se realizó

búsqueda en motores de búsqueda como Google Scholar. Se utilizaron descriptores como "úlceras por presión", "UPP", "paciente dependiente", "prevención", "movilización" y "encamado". En cuanto a la fórmula de búsqueda, se combinaron los descriptores mencionados anteriormente utilizando operadores booleanos como AND, OR y NOT. En este estudio, se incluyeron documentos científicos, ya sean artículos, capítulos de libro y libros completos, publicados desde el año 2000 hasta la actualidad todo ellos tanto en español como en inglés y que tengan en su contenido temas relacionados con el estudio en cuestión. Se excluyeron los documentos no científicos que no trataran del tema y que estuvieran en otro idioma de publicación, a la vez que se hayan publicado anteriormente al año 2000.

4 Resultados

Durante el año 2006, se publica en España por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. En dicho plan se establece como "Objetivo 8.3" la implantación a través de convenios con las Comunidades Autónomas de proyectos que den impulso y sirvan para evaluar prácticas seguras en ocho áreas específicas. Alguno de esos convenios van encaminados a la prevención de las úlceras por presión en pacientes de riesgo. Soldevilla (2010), define éste problema como una "epidemia". En aquella fecha, más de 90.000 personas padecían un deterioro de su integridad cutánea resultado de una presión continuada. Se realiza una afirmación sobre el coste del tratamiento de dichas úlceras. Este autor, como director del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, considera que con la utilización de un correcto protocolo, se podría llegar a disminuir la aparición de úlceras por presión en al menos un 95%. Así mismo, propone las conocidas como cinco reglas fundamentales para la prevención de las úlceras por presión: apoyo sanitario, utilización de medidas especiales para el manejo de la presión, mantenimiento de una correcta higiene y adecuada nutrición y movilización.

La movilización va encaminada a reducir la falta de movilidad, la cual es considerada principal factor de riesgo para el desarrollo de las úlceras tanto en pacientes encamados como aquellos que pasan gran parte del día sentados. Se pueden utilizar a su vez superficies especiales para la disminución de la presión como podrían ser cojines dinámicos y estáticos o bien colchones, los cuales deben proveerse como medida preventiva en todo nivel asistencial implicando un bajo coste a largo plazo. Un aspecto importante a tener en cuenta es el de la higiene, se

deberá enfocar la limpieza y eliminación del exceso de humedad de manera metódica en aquellas zonas en riesgo, además de prestar atención a la hidratación de la piel y de la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados en dichas zonas. En cuanto al aspecto nutricional, se mantendrá una adecuada nutrición tanto en macro como en micronutrientes específicos. Por último, se prestará apoyo por parte de los profesionales sanitarios. Dicho apoyo es de vital importancia. Los cuidadores principales deben solicitar y recibir el apoyo de personal de enfermería para así, elaborar un plan preventivo efectivo y a la vez, individualizado.

Otro plan enfocado a la prevención y tratamiento de las úlceras por presión es el propuesto por Rumbo (2016). Dicho plan está basado en el acrónimo formado por la palabra EVITANDO: Evaluar el riesgo, Vigilancia Activa, Integridad cutánea, Tratamiento Tópico, Alivio de la presión, Nutrición, Documentar y Orientar.

Se podría establecer un modelo protocolizado de prevención y tratamiento, resultante de la unión de los dos anteriores que se expone a continuación:

Valoración inicial . Será necesaria la realización detallada de una evaluación inicial de enfermería, la cual utilizará todos los recursos disponibles como la historia clínica, entrevista al entorno y entrevista personal. Se realizarán otras pruebas contempladas como complementarias, tales como analíticas de sangre, palpación de zonas con riesgo de estar afectadas o bien afectadas, a la vez que medición e identificación del riesgo de padecer úlceras por presión mediante la realización de escalas de valoración como pueden ser Escala de Norton, Escala de Braden (o Braden Q en casos de pediatría), Waterloo y EMINA. Así mismo, se realizará una valoración de enfermería basada en los patrones funcionales de Marjory – Gordon, en la que se hará hincapié en el patrón nutricional metabólico (valoración de la dieta y nivel metabólico), en el patrón de eliminación (incontinencia y sudoración) y en el patrón actividad – ejercicio (movilidad) siendo estos los que están mayormente relacionados con el tema que nos atañe. Es importante identificar los potenciales riesgos que la persona presente en el momento, tales como la presencia de sondajes, ya sea vesical o nasogástrico, oxigenoterapia, ventilación mecánica, escayolas y/o férulas, presencia de tracciones, etc.

Identificación del problema, diagnósticos de enfermería. La NANDA Internacional, publica en 2014 una propuesta de cuatro diagnósticos de enfermería relacionados directamente con la pérdida de la integridad cutánea:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (pp. 386). Deterioro de la integridad cutánea (pp. 387). Deterioro de la integridad tisular (pp.388). Riesgo de deterioro de la integridad tisular (pp.389). En esta misma publicación nos encontramos

con otros diagnósticos relacionados con la aparición de úlceras por presión en el ámbito de la movilidad (deterioro de la deambulación (pp. 214), deterioro de la movilidad en cama y en silla de ruedas (pp. 217-218), deterioro de la movilidad física (pp. 217-220) y actividad/ejercicio (pp. 214-222), relacionados con la eliminación (incontinencia fecal (pp. 201), incontinencia urinaria (pp. 185-190) y diarrea (pp. 192) y relacionados con la termorregulación.

Como implementación del plan de cuidados, se procederá a realizar una valoración continua de la piel. Dicha valoración será realizada a la hora del ingreso del paciente en la unidad y regularmente según se indique dependiendo de la puntuación obtenida en las escalas de valoración. Se hará especial énfasis en la vigilancia en aquellas zonas que presenten enrojecimiento, exceso de humedad y sobre todo en las zonas indicadas como zonas de riesgo.

En cuanto a las úlceras ya presentes, su tratamiento, se deberán de empezar con aceites hiperoxigenados. Las categorizadas como grado 1, y las que son categorizadas como grado 2, 3 y 4 ya serán tratadas dependiendo de las características de la úlcera.

Rubio (2016), relaciona en su tesis doctoral la malnutrición de un paciente y el desarrollo de úlceras. Se llega a la conclusión de que un paciente con un alto índice de malnutrición, presenta 4,1 veces más probabilidades de desarrollar úlceras por presión que otro con un aceptable estado nutricional. Se contempla como actuación primordial, la realización de consultas interdisciplinarias a los dietistas y médicos con el fin de realizar una dieta conjunta y personalizada que cubra los requerimientos dietéticos.

Será necesario realizar evaluaciones periódicas y personalizadas, pero la piel deberá de ser evaluada en cada turno o incluso varias veces por turno, por ejemplo a la hora de realizar un cambio postural, centrándose siempre en la identificación de nuevas anomalías, enrojecimientos o incluso zonas de presión que no cambian de color (Rumbo, 2016).

Será necesario documentar todo proceso realizado, manteniendo un exhaustivo control de los aportes nutricionales, control de los fluidos administrados y de los eliminados. Además, se registrarán todos los cambios que el paciente presente, ya sean de empeoramiento como de mejora.

En estos últimos años, se han acrecentados los cuidados domiciliarios por parte de familiares. Dichas personas no están a priori cualificadas para atender con

corrección los cuidados que una persona dependiente requiere. Los profesionales del equipo de enfermería se ven en la obligación de implantar metodologías educativas encaminadas a la formación de dichos cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

Podemos considerar las úlceras por presión como un aspecto que abarca mucho más allá de lo que sería los problemas en la piel. Debería ser visualizado como un problema que engloba a otros entornos, no solo al paciente sino también a la familia. Es importante ser conocedores de los tipos de apósitos nuevos existentes en el mercado y estar familiarizado con su correcta forma de utilización para poder garantizar su eficacia. Es importante no centrarse solo en el aspecto del tratamiento, sino que se le habrá dar la debida consideración a la prevención. Conocer y utilizar diferentes dispositivos e identificar el adecuado para eliminar las posibles zonas de riesgo de presión (colchones de aires, cojines anti-escaras, o regulares cambios posicionales). Como se ha comentado anteriormente, se deberá prestar especial atención a los problemas nutritivos, termorreguladores y de continencia que presente el paciente. De gran importancia será la realización de grupos formativos dirigidos a familiares con el fin de educar y enseñar a administrar los cuidados necesarios en cada caso. Dichos grupos no solo cubren un aspecto formativo sino también de apoyo entre grupos de personas con la misma problemática y les ayudará a resolver dudas entre ellos y desahogarse de alguna manera. Los profesionales de la salud, deberán mantener sus conocimientos actualizados y estar al tanto de nuevos materiales disponibles atendiendo a cursos de formación y charlas educativas.

6 Bibliografía

- Bulechek, G., Butcher, H.K., y McCloskey, J. (2009). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier Health Sciences.
- Gallagher, P., Barry, P., Hartigan, I., McCluskey, P., O'Connor, K., y O'Connor, M. (2008). Prevalence of pressure ulcers in three university teaching hospitals in Ireland. *Journal of Tissue Viability*, 17, 103-109.
- Gálvez, C. (2014). Aplicación de la metodología enfermera en pacientes con úlceras por presión. Caso clínico. *Revista de Enfermería*, 37(5) 356-361.
- González-Consuegra, R.V., Matiz-Vera, G.D., Hernández-Martínez, J.D., y Guzmán-Carrillo, L.X. (2015). Plan de atención integral de enfermería para el

cuidados de personas con úlceras por presión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 69-80.

- Guerras, J.M. (2016). Análisis del diagnóstico riesgo de deterioro de la integridad cutánea en la prevención de úlceras por presión. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 8(1), 1-41.
- Gunningberg, L., Stotts, N.A., e Idvall, E. (2011). Hospital-acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross-sectional data as the foundation for future quality improvement. *International Wound Journal*, 8(5), 465-473.
- Gunningberg, L., Donaldson, N., Aydin, C., e Idvall, E. (2012). Exploring variation in pressure ulcer prevalence in Sweden and the USA: benchmarking in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(4), 904-910.
- Gunningberg, L., Hommel, A., Baath, C., e Idvall, E. (2013). The first national pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality settings in Sweden. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 862-867.
- Jiang, Q., Li, X., Qu, X., Liu, Y.,
- Leijon, S., Bergh, I., y Terstappen K. (2013). Pressure ulcer prevalence, use of preventive measures, and mortality risk in an acute care population: a quality improvement project. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(5), 469-474.
- León, J.A., Font, L., y Ballesteros, E. (2014). Implantación de un programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto "Pie de Cama". *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 39(1), 11-21.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2006). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
- Moore, Z., Johanssen, E., van Etten, M. (2013). A review of PU prevalence and incidence across Scandinavia, Iceland and Ireland (Part I). *Journal of Wound Care*, 22(7), 361-368.
- Morgado-Carrasco, D., Fustà-Novell, X., Pedregosa-Fauste, S., y Alsina-Gibert, M. (2017). Apósitos para úlceras. *Piel*, 32(5), 305-309.
- NANDA Internacional (2014). *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015 – 2017*. Barcelona: Elsevier.
- Pancorbo, P.L., García, F.P., Torra i Bou, J., Verdú, J., y Soldevilla, J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162-170.
- Qaseem, A., Humphrey, L.L., Forciea, M.A., Starkey, M., y Denberg, T.D. (2015). Treatment of pressure ulcers: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 162(5), 370-379.

Capítulo 1133

PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLOGICOS EN EL PERSONAL HOSPITALARIO

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El riesgo biológico es aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos, que existe en todos los ambientes, pero es mayor a nivel de servicios de salud y centros de investigación biomédica. En algunas ocasiones la infección se transmite directa o indirectamente de un paciente a otro; además los trabajadores de centros sanitarios están en riesgo de adquirir infecciones a partir de los pacientes y a su vez contagiarlos a ellos, de forma que pueden actuar como fuentes, vectores u hospederos.

Todas las profesiones llevan implícito un riesgo inherente a la naturaleza misma de la especialidad y al ambiente donde se desenvuelve. Los riesgos de salud de quienes trabajan en los servicios de salud constituyen un tema que cada vez cobra mayor importancia.

Existen estudios que demuestran la existencia de riesgos físicos, químicos, biológicos e incompatibilidades ergonómicas que de modo abierto o encubierto afectan a los profesionales que prestan servicios de salud. Las enfermedades infecciosas tienen mayor relevancia para el personal de la salud que para cualquier otra categoría profesional, ya que su práctica involucra una alta manipulación

de elementos corto punzantes, así como por el manejo de líquidos orgánicos potencialmente infecciosos que pueden representar un riesgo para la salud del trabajador. Debido a esto, el personal de la salud (enfermeras, médicos, personal de laboratorio, auxiliares y personal de administración, mantenimiento y limpieza), están potencialmente expuestos a una concentración más elevada de patógenos humanos que la población general, por ello han de conocer y seguir una serie de recomendaciones en materia de seguridad biológica. El presente trabajo tiene como finalidad exponer los riesgos biológicos del personal de la salud, así como también presentar las normas de bioseguridad, las cuales varían según la labor y las circunstancias en donde se desenvuelva el personal sanitario

2 Objetivos

- Establecer la clasificación de los agentes biológicos según el nivel de riesgo de la infección y las principales vías de entrada de los microorganismos al ser humano.
- Dar a conocer el concepto de Precauciones Universales/Estándar y sus principios, así como otros aspectos de importancia para la Bioseguridad.
- Plasmear las pautas generales de manejo de las personas expuestas a sangre o fluidos potencialmente contaminados.

3 Metodología

Este trabajo es una revisión bibliográfica de estudios basados en evidencia científica así como de protocolos que abordan el tema de riesgos biológicos. Para ello he utilizado bases de datos (Dialnet , Scielo) utilizando para ello las normas de búsqueda de cada una, como también he utilizado fondos bibliográficos de editoriales como Elsevier y Guías de práctica clínica.

4 Resultados

Clasificación y vía de entrada de los agentes biológicos. Los agentes biológicos se clasifican en función del riesgo de infección, en cuatro grupos:

Grupo 1: aquél que resulta poco probable que cause una enfermedad en el hombre, no es necesario profilaxis, riesgo de propagación a la colectividad nulo .

Grupo 2: aquél que puede causar una enfermedad en el hombre y puede suponer un peligro para los trabajadores, siendo poco probable que se propague a la colectividad y existiendo generalmente profilaxis o tratamiento eficaz.

Grupo 3: aquél que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz.

Grupo 4: aquél que causando una enfermedad grave en el hombre supone un serio peligro para los trabajadores, con muchas probabilidades de que se propague a la colectividad y sin que exista generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaz.

Las vías de entrada de los microorganismos al ser humano son las siguientes:

Vía respiratoria: inhalación de aerosoles producidos por centrifugación de muestras, agitación de tubos, aspiración de secreciones, tos, estornudos, etc.

Vía digestiva (fecal oral): por ingestión accidental, al pipetear con la boca, al comer o fumar en el lugar de trabajo.

Vía sanguínea, por piel o mucosas: como consecuencia de pinchazos, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras, etc.

Estrategias preventivas. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre), en su artículo 14 convierte al empresario y a las Administraciones Públicas respecto de personal a su servicio, en el garante de la Seguridad y la Salud de los trabajadores. En esta línea, deberá adoptar cuantas medidas sean necesarias para la protección permanente de estas condiciones de seguridad y salud.

Las estrategias generales de prevención se basan en el establecimiento de una serie de barreras:

- Lavado de las manos: se recomienda efectuar lavado de manos con agua y jabón después de tocar cualquier fluido o secreción corporal independientemente de que se haya utilizado guantes o no; y lavarse las manos siempre después de retirarse los guantes, entre contactos con pacientes y en cualquier otra ocasión que se considere necesario.

- Elementos de protección de barrera: se debe utilizar guantes, máscaras para protección ocular/pantallas faciales, tapaboca, ropas protectoras y delantales quirúrgicos, según grado y tipo previsible de exposición. Uso de guantes al manejar sangre o fluidos corporales, objetos potencialmente infectados o al realizar procedimientos invasivos, como colocación de sondas urinarias, punción lumbar o pleural, intubación endotraqueal, extracción de muestras de laboratorio de sangre venosa o arterial, manipulación de ropa sucia, curaciones de heridas, aspiración de secreciones, aseo de pacientes, etc. Las intervenciones quirúrgicas se deben realizar con doble guante. Se debe utilizar mascarilla cuando exista riesgo de salpicaduras de sangre o fluidos hacia la mucosa nasal u oral; protección ocular,

cuando existe este riesgo para la mucosa ocular; y batas y delantales impermeables frente a riesgo de grandes volúmenes de salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos.

- Manejo de objetos cortantes o punzantes: tener extremo cuidado con los mismos, no reencapsular las agujas y si es imprescindible tapparlas, colocar la tapa de la aguja en una superficie sólida y con una sola mano ; eliminar el uso de dispositivos con agujas cuando existan alternativas seguras y efectivas; implementar el uso de dispositivos dotados de mecanismos de seguridad; no dejarlos abandonados en cualquier sitio, comprobar que no van entre las ropas que se envían a lavandería y eliminarlos en contenedores rígidos de seguridad . El descartador debe estar hecho con material resistentes a pinchazos, provisto de asas para su transporte ubicadas lejos de la abertura del descartador y ésta debe ser amplia de forma tal que al introducir el material descartado la mano del operador no sufra riesgo de accidente; debe ser de color amarillo y tener el símbolo de material infectante. Los contenedores se deben disponer en un lugar cercano al lugar de trabajo de modo que los implementos se puedan desechar de inmediato tras su utilización .

- Precauciones basadas en el mecanismo de la transmisión: se utilizan en pacientes que tienen diagnósticos o sospecha de infección por microorganismos altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes, para los cuales se necesitan medidas adicionales a las precauciones estándar. Se debe tener en cuenta los tres mecanismos de transmisión que son vía aérea, gotas y contacto. Ejemplo de estas enfermedades son tuberculosis, varicela y sarampión.

Pautas generales en el manejo de las personas expuestas a sangre o fluidos potencialmente contaminados.

Tratamiento inmediato del accidentado

Lavar con agua y jabón (NO usar desinfectantes ni exprimir el área de la lesión).

Lavar las membranas mucosas afectadas con agua.

No existen evidencias de que usando antisépticos tópicos o comprimiendo o exprimiendo los bordes de la herida se pueda reducir el riesgo de transmisión patógena; si embargo, el uso de antisépticos no está contraindicado.

Determinar el riesgo de la exposición

- Tipo de fluido (sangre, virus concentrado de laboratorio).

- Tipo de exposición: percutánea, en mucosa o sobre piel intacta o con abrasiones o heridas previas, mordida (con sangre).

- Profundidad de la herida, si hubo descarga hacia el trabajador de fluidos corporales o sangre proveniente de una jeringuilla, duración del contacto.

Evaluar la fuente

- ¿Es un paciente infectado por VIH? Si no se tiene la información se debe hacer una prueba rápida de reconocida calidad, dado el corto tiempo disponible para comenzar profilaxis post exposición (PPE) o con ELISA si no se cuenta con pruebas rápidas.

- Lo mismo si no se conoce a quien pertenece la sangre (exposición por pinchazo con jeringuilla o instrumento desechado).

- Lo mismo en paciente fallecido donde no se pueda averiguar su estado respecto a la infección por VIH. Considerar riesgo de exposición a VIH.

- No tiene sentido hacerle pruebas de ningún tipo a las jeringuillas o agujas desechables.

Evaluar a la persona expuesta:

Verificar si ha participado en algún protocolo de vacuna anti VIH, de modo que pudiera tener anticuerpos contra VIH sin estar infectado. Informe al afectado acerca de la posibilidad de adquirir la infección y de que la única forma de evitarla es la PPE.

Aplicar la profilaxis a personas con riesgo de infectarse

Iniciar la profilaxis tan pronto sea posible, preferiblemente antes de cuatro horas después de la exposición. El intervalo de tiempo después del accidente en que la PPE ya no es útil no está definido. Entre 34 y 36 horas de ocurrido el accidente, no se pierde nada con aplicarla, previo análisis del riesgo y beneficio

Descartar embarazo (mujer fértil).

Si se sospecha resistencia a las drogas antivirales por parte de la fuente infectante, remitir a consulta en atención terciaria o con experto en el tema.

Utilizar la PPE por cuatro semanas.

Seguimiento y consejería del afectado

Acudir al médico por cualquier síntoma de enfermedad aguda.

Realizar VIH en el momento del accidente y repetir a las seis semanas, a los tres y seis meses y al año después de la exposición, dando de alta luego del año.

Si se producen síntomas y signos indicar test de VIH.

Advertir a la persona expuesta que mientras dure el seguimiento deben proteger a otros usando medidas de protección.

Realizar evaluación médica en aquellas personas bajo PPE 72 horas después del inicio de ésta y evaluar toxicidad de las drogas utilizadas por lo menos durante dos semanas después de haberlas comenzado a utilizar.

Exámenes complementarios de evaluación: Hemograma completo, exámenes de función renal y hepática cada dos semanas.

Descartar embarazo en mujeres bajo PPE y realizar serología para hepatitis B y C.

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales sanitarios que trabajan en un centro sanitario pueden exponerse durante el desarrollo de su labor asistencial a una serie de enfermedades transmisibles, vehiculadas fundamentalmente por la sangre. Aunque el punto de vista de la salud ocupacional no debemos olvidar que nuestro principal objetivo debe seguir siendo la prevención, la contaminación biológica es uno de los riesgos clásicamente asociados a la actividad profesional de los trabajadores sanitarios, ya que las tareas que desarrollan fundamentalmente en atención primaria, pueden generar sustancias favorables a la difusión de las enfermedades transmisibles, El pinchazo es el accidente más frecuente quizás debido a la costumbre de reencapsular las agujas o por no disponer de un sistema de eliminación de residuos adecuado con el suficiente número de contenedores rígidos; por este motivo, sería conveniente implantar en todos los centros de atención primaria la utilización de material punzante que se auto protege una vez utilizado.

Hay que considerar la importancia de un Programa de Salud Laboral en todos los centros de Atención Primaria incluyendo en los mismos:

- La evaluación y mejora de las condiciones de trabajo.
- La educación en materia preventiva de todos los profesionales de enfermería,
- La incorporación de hábitos higiénicos a las actividades sanitarias, así como el desarrollo de los servicios de salud laboral, de modo que favorezcan las medidas preventivas de control biológico y de adaptación al puesto de trabajo.

6 Bibliografía

1. REAL DECRETO 664/1997, de 12 de mayo, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
2. Directivas del Consejo de las Comunidades Europeas 90/679/CEE y 93/88/CEE, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

3. Hernández A. y Martí M. C. Evaluación y control de agentes biológicos en ambientes laborales. INSHT.
4. Martí M. C. y otros. Prevención de riesgos biológicos en el laboratorio. INSHT. 1997.
5. Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 1134

EL CELADOR EN PLANTA Y SU IMPORTANCIA EN EL SISTEMA HOSPITALARIO

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

1 Introducción

Es un puesto que requiere celeridad, paciencia, empatía y sobre todo es un trabajo en equipo. Sus funciones son muy diversas, como lo es el trabajo en una planta de cualquier centro hospitalario, y su conocimiento exige de formación continuada para su desempeño. El celador es una pieza clave en el funcionamiento de la unidad de cuidados.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en la ayuda al personal de enfermería, tanto enfermeras como auxiliares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se consulta en diversas fuentes, usando como referencia "celador en planta". También se aporta experiencia personal en este trabajo.

4 Resultados

- Las funciones del celador en planta son varias, ya que el trabajo en planta así lo requiere:

Se hace cargo de los enfermos que llegan a la planta.

Dirige al enfermo a la habitación asignada, ayudando a encamarlo al personal auxiliar sanitario.

Colabora con la auxiliar en el aseo diario del paciente.- Realiza la movilización del enfermo, ya sea en cambios posturales o para levantarlo de la cama a la silla. Dependiendo de la colaboración del paciente, si esta es poca o nula, el celador utiliza la grúa sanitaria.

Traslada aparatos y material con sumo cuidado.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo de celador en planta es uno de los más arduos dentro del Hospital, ya que requiere resistencia, dado el esfuerzo físico que se realiza., humanidad para tratar con los pacientes, amabilidad para que su estancia sea lo más agradable posible. Resiliencia para afrontar el trabajo diario, a veces estresante. Y no menos importante es saber trabajar en equipo.

En definitiva, a veces el trabajo del celador parece invisible, pero es parte fundamental del sistema, siendo el primero que recibe al paciente y el último que le acompaña.

6 Bibliografía

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

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

Capítulo 1135

PREVENCION PARA EVITAR CAIDAS EN EL PACIENTE GERIATRICO.

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

1 Introducción

Los ancianos y personas mayores son vulnerables a las lesiones que casi siempre vienen derivadas por las caídas y accidentes en el hogar. Es muy importante un patrón de prevención de riesgo para estas personas por su vulnerabilidad a la hora de sufrir este tipo de accidentes.

Casi todos los años, entre el treinta por ciento y en ocasiones mas del cuarenta por ciento de los ancianos y personas mayores que viven en la comunidad y el cincuenta por ciento de los que viven en hogares o centros geriátricos experimentan caídas y accidentes. Estas caídas ponen en riesgo la independencia y libertad de los ancianos así como su vida, causando una multitud de consecuencias individuales y socioeconómicas. Entre los problemas que pueden acrecentar este riesgo es la edad, la cantidad y mal uso de los medicamentos que deben de tomar y las alteraciones en la estabilidad.

2 Objetivos

- Identificar las diferentes intervenciones para reducir o remediar en la medida de lo posible las caídas en el paciente mayor.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las medidas a seguir con cautela deberán centrarse en una revisión exhaustiva de toda la medicación, ejercicios para perfeccionar la estabilidad del recorrido, programas de ejercicios para aumentar y fortalecer la agilidad personal del anciano. Adecuar el entorno para tener facilidad a la hora de desplazarse (quitar alfombras, muebles y obstáculos en el hogar).

Usar barandillas de ayuda para caminar y mejor sujeción en escaleras, pasillos o camas, inodoros con sujeción o elevadores, adecuar el baño, sobre todo la ducha donde se produce más del 75% de las caídas y accidentes. También sería conveniente un dispositivo de tele asistencia que da información y seguridad al anciano que vive solo.

5 Discusión-Conclusión

Es extremadamente importante la preparación de los profesionales de la salud y celadores para poder llevar a cabo las pautas y seguimiento que se necesitan para que el anciano o persona mayor pueda evitar las caídas, intentando transmitir seguridad y tranquilidad. Esto es indispensable en el ámbito hospitalario y los celadores tienen la responsabilidad de evitar y poner los medios humanos y técnicos para la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1136

ADMISION DE URGENCIAS (PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO) AUXILIAR ADMINISTRATIVO: DESINFECCIÓN DE MANOS Y USO DE MASCARILLA

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

BIBIANA NUÑO PEREZ

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de la desinfección de manos y uso de las mascarillas, en el ámbito de la salud, lo vinculamos directamente al personal sanitario (médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería) o los celadores (personal no sanitario). Pero los auxiliares administrativos, que sobre todo trabajan en el ámbito de admisión de urgencias, tema a exponer a continuación, se ven día a día expuestos a en sus funciones:

Ejemplos, por el que el uso de la mascarilla y el correcto lavados de manos, también es aplicable al auxiliar administrativo:

- Al coger la documentación del paciente, tarjeta sanitaria, la cual puede haber estado en cualquier sitio y ser un foco de infección (ejemplo: si la han tocado encima o estado manipulada con las manos, si estas, pueden ser ya portadoras de algún contagio).
- Directamente, mano con mano del paciente foco de infección (varicela, conjuntivitis, sarampión, gastroenteritis etc).
- Las que se producen por el aire, e implica el correcto uso de la mascarilla (neumonía, resfriado ,gripe).

Método de esta pauta: en el lavado de manos, podemos distinguir dos tipos:

- El lavado de uso común, de higiene personal, con lavado convencional de jabón.
- El clínico, del personal de salud, que se realiza antes o después del contacto con los pacientes.

2 Objetivos

- Evitar contagios, es el principal objetivo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los resultados: una desinfección correcta y control.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión, el correcto uso de la mascarilla y de la correcta desinfección de manos, nos pueden evitar de ser contagiados, pues por la manos, el foco de contagio se estima en el 80% de las enfermedades a transmitir.

6 Bibliografía

- Heraldo.es.
- <https://www.elsevier.com>.

Capítulo 1137

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SALAS DE AUTOPSIAS Y MORTUORIOS.

MARIA DOLORES RODRIGUEZ MUÑIZ

1 Introducción

Según el artículo 14.2 del antiguo Estatuto de Personal no Sanitario, los celadores "ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario. Por tanto, siguiendo con lo establecido en este artículo, la operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería. En ambos casos el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeros la realización de su cometido.

Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, es cuando deben ser efectuados los cuidados "postmortem". El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad y en el menor plazo posible para evitar el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y posteriormente el cadáver pueda ser trasladado al mortuario. Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los de cuidadores.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en las salas de autopsias y mortuorios.

3 Metodología

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

Descriptores las palabras: Celador, autopsia, mortuorio, amortajamiento...

4 Resultados

El artículo 14.2 del Estatuto del Personal no Sanitario establece que los celadores: "Ayudarán en la sala de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala". Asimismo los celadores ayudarán a las enfermeras y al personal encargado a amortajar a los pacientes que hayan fallecido. Además su función será la de trasladar al cadáver al mortuorio. En ningún caso el celador será el que comunique a los familiares del cadáver el fallecimiento de éste, ya que debe ser el personal facultativo el encargado de dar esta información.

Autopsias:

Si hubiera que realizarse una autopsia, el cadáver será conducido por el celador hasta la Sala de Autopsias, ayudando al celador de Anatomía Patológica a colocarlo en la mesa.

Funciones del celador:

- Transportar el cadáver desde el depósito o las cámaras frigoríficas a la sala de autopsias, colocándolo en la mesa de autopsias.
- Entregar las muestras orgánicas que deber ser analizado en los servicios correspondientes.
- Realizar cualquier otra misión auxiliar demandada por el médico como traslado de documentos, etc.
- Preparar el cadáver para realizar la autopsia y efectuar sobre el mismo aquellos movimientos que sean necesarios para la práctica de dicha autopsia.
- Colabora con el personal sanitario en todo aquello que no requiera la utilización de instrumental sobre el cadáver.

- Amortajar y colocar el cadáver en el mortuario, cuidando el aspecto externo del difunto.
- Recomponer y asear al cadáver una vez finalizada la autopsia.
- Limpiar la mesa y la sala de autopsias.
- Limpiar el instrumental utilizado en la autopsia.

Traslado al mortuario:

- El celador realizará los traslados al mortuario de la forma más discreta posible. Una vez llegue consignará los datos del fallecido en el Libro de Registro de Movimientos en Mortuario. El celador llevará dicho libro de registro con todos los datos relativos al paciente donde se incluirá la fecha y hora de entrada al mortuario y la fecha y hora de salida del mismo.
- El celador se encargará también de subir a los cadáveres a la cámara frigorífica cuando sea necesario.
- En el caso de que los pacientes se encuentren en la cámara frigorífica, los celadores los sacarán 2 horas antes de que los servicios funerarios se los lleven para su inhumación o incineración.
- Los restos humanos serán introducidos en tubos herméticos para su posterior traslado e incineración.

Amortajamiento:

- En cuanto al amortajamiento del cadáver, es muy importante que si el paciente fallecido comparte habitación con algún otro enfermo, se tape a éste por medio de cortinas o biombos.
- El amortajamiento se realizará en aquellos casos que no sea necesaria la autopsia, al conocerse las causas de su muerte.
- En cualquier caso, se procederá al lavado, aseado y si fuese necesario, al afeitado del fallecido para que se encuentre preparado.
- Todos los orificios del cuerpo se deben tapar para evitar que exista salida alguna de ningún tipo de fluido como deben ser la nariz, el ano, las orejas, la boca y la vagina. Para ello se utilizarán gasas o algodones.
- Antes de que se traslade al fallecido al mortuario debemos de tener su documentación correctamente. Se trata de una ficha que deberá acompañarlo hasta que abandone el centro hospitalario y en el que se incluirán los datos básicos del mismo como son, su número de historia clínica, el nombre y los apellidos, que día se produjo el ingreso y en que cama y habitación se encontraba, el servicio de procedencia y la fecha de su muerte.
- Durante el traslado al mortuario se tapará al cadáver totalmente con una sábana.
- Se procurará que no haya gente por los pasillos por los que vamos a pasar, por

lo que pediremos a las personas que se encuentren en ellos que se introduzcan momentáneamente en sus respectivas habitaciones.

- El traslado se realizará lo más discretamente posible intentando pasar por los lugares menos transitados.

5 Discusión-Conclusión

En este artículo se pretende plasmar de una forma clara, breve y sencilla la importancia de la labor del celador en este ámbito. Como se pretende dejar claro, su labor facilita enormemente el trabajo del resto de personal bien sea enfermeras o personal encargado en el caso del amortajamiento como del forense en el caso de prestar ayuda en la Sala de Autopsias.

6 Bibliografía

- http://www.elgotero.com/funciones_del_celador.html.
- <http://www.medihepservices.com>.
- <http://www.hospitalpioxii.com>.
- <http://www.juntadeandalucia.es>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 1138

TRABAJAR CON EL CORAZÓN: EMPATÍA CON EL PACIENTE

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

No se puede poner en duda el proceso de vulnerabilidad que sufre un paciente durante un proceso de enfermedad, ocasionando una alteración global en todas las dimensiones del ser humano, la condición de estar hospitalizado o tener que acudir a un centro sanitario es un agravante que se intensifica cuando surge la desinformación y deshumanización pues aflora más el sentimiento de impotencia, de dependencia, de carencia, de control sobre sí mismo y sus actividades e, incluso, de despersonalización.

Los cambios que está sufriendo la sanidad con la incorporación de las nuevas tecnologías, a dejado de lado las habilidades relacionales con el paciente dando prioridad a las habilidades intelectuales.

Empatía es intentar la aproximación al enfermo, comprendiendo, entendiendo sin juzgar y facilitando el proceso de su enfermedad.

Entre las principales habilidades que el profesional debe adoptar está:

- Saludar, presentarse y preguntar es el paso.
- La escucha activa.

- Llamar al paciente por su nombre.
- Evitar tecnicismo, adaptándose al nivel cultural del usuario.
- Entender que quiere el paciente, sin juzgar.

Como norma general utilizar la regla de las 3 C: Comunicación, confianza y Comprensión.

La sensibilización con el paciente según los códigos deontológicos de los profesionales de la salud ha de realizarse intentando llegar a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, elaborando un abordaje integral de la persona, ponderando las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual, reforzando la asistencia, haciéndola digna y acorde a los valores inalienables al ser humano y a la dignidad de la persona.

2 Objetivos

Estudiar las principales habilidades que un profesional tiene que utilizar para empatizar con el usuario.

3 Metodología

Para presentar este trabajo hemos realizado un estudio pormenorizado en distintas revistas especializadas, así como en distintos artículos encontrados como resultado de una búsqueda sistemática en buscadores como: Google Académico y en distintas bases de datos como: Pubmed, Scielo, Dialnet...

Como datos de inclusión se utilizan textos escritos con menos de 10 años, avalados científicamente, artículos completos en idioma Inglés y español. Se excluyen gran parte de los mismos por carecer de suficiente rigor científico.

4 Bibliografía

1. Benito, V. ¿Qué es la empatía?.
2. Bermejo, J. Derecho a la humanización.
3. Villanueva A, Nebot C, Galán G, Gómez G, Cervera M, Joaquín J, Pérez J y Tomas L. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos

sobre cómo llevar a cabo la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. Medisan 2006.

4. Cebolla, A. Mindfulness, empatía y compasión. Mindfulness, empatía y compasión. 2010 ; 4 (ISSN-e 2530-2787).

Capítulo 1139

EL CELADOR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ

ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA

BEGOÑA COLLAR ALVES

1 Introducción

Para saber qué actividad desarrolla un celador en el bloque quirúrgico lo primero que haremos será describir que es el bloque quirúrgico, ya que es un bloque muy restringido donde debemos saber cómo tenemos que realizar nuestra labor de la forma más eficiente posible y evitando los máximos riesgos para todos nosotros como personal y para los pacientes.

El bloque quirúrgico o área quirúrgica está formada por varios quirófanos donde se realizan distintas intervenciones; donde existen unas zonas apartadas denominadas zonas de lavado, zona de esterilización, vestuarios y pasillos (pasillo limpio y pasillo sucio); cada una de las zonas evidentemente se corresponde para lo que su nombre designa; y deberán estar situados lo más cerca posible de las unidades de vigilancia (U.V.I.) y cuidados intensivos (U.C.I.).

A menudo suele ser una zona aislada y restringida de los centros sanitarios, por tanto el personal que allí se encuentra también está como en otra zona del hospital, no tenemos oportunidad de conocer muy bien como funciona esta área y mucho menos saber la actividad que desarrolla el personal no sanitario como es

la función de un celador dentro de ese área, por eso hemos querido hacer este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer al máximo el bloque quirúrgico para eso analizaremos y estudiaremos: Qué tipos de quirófanos existen de que tipos pueden ser y para qué suelen ser utilizados.

Qué características deben reunir y en que Ley vienen recogidas estas características .

Cómo están distribuidas las zonas del área quirúrgica.

Cuál es el equipo quirúrgico porque miembros está formado.

Cuáles son las funciones del celador en el área quirúrgica.

3 Metodología

Como ya nos ha sucedido en otras ocasiones a la hora de buscar información que no sea de personal sanitario se nos limita mucho la información así; en la búsqueda de Decs “celador en bloque quirúrgico” tanto en Google Académico, como en pubmed, Dialnet, Medline, Scielonos derivan a artículos derivados de estudios de prevalencia de accidentes, infecciones en el área quirúrgica, riesgos biológicos todos referentes a pacientes o personal sanitario, de los revisados no hemos encontrado ninguno específico a personal no sanitario.

Así que hacemos una búsqueda más genérica en descriptores “bloque quirúrgico hospitalario” pero acortamos temporalidad, situacionalidad refiriéndonos sólo a estudios en España, pero centrados en Asturias, en los protocolos aplicados en el Hospital Universitario Central de Asturias, y la experiencia adquirida trabajando en otros hospitales de las comarcas suroccidentales de Asturias, aparte de biografía consultada, que referenciamos al final de este capítulo, también nos hemos servido del Real Decreto Autorización de Centros y Servicios Sanitarios en Asturias.

4 Resultados

Los quirófanos pueden dividirse en 3 tipos que los celadores deberemos conocer:
- Quirófanos de alta tecnología: son aquellos que están destinados a cirugías especiales con una aparatología innovadora para unas cirugías concretas especiales

y específicas por ejemplo trasplantes de órganos, cirugías cardíacas, vasculares, ortopédicas, neurocirugías.

- Quirófanos convencionales y/o de urgencias: para cirugías que surjan que no entrañan en principio complicaciones, cirugía menor, o cuando surge una cirugía no programada o incluso cuando no queda otro quirófano libre y hay que operar de urgencia.
- Quirófanos mayor ambulatorio (Ucma) y salas de partos: cirugías programadas, partos, etc.

Las principales características que deben reunir los quirófanos son: paredes lisas, puertas correderas, temperatura entre 17-23 grados Celsius, humedad elevada, insonorizados, muchos hospitales tienen otros muchos requerimientos, pero nunca menos, estas son las mínimas, están recogidas en el Real Decreto RD/55/2014 de 28 de mayo por el que se regula la Autorización de Centros y Servicios Sanitarios en el Principado de Asturias; y siempre se regirán bajo sus normas ahí recogidas.

Como se distribuye la zona quirúrgica. La distribuiremos por áreas según tengan más o menos restringido el acceso, así tenemos:

- Área de intercambio: Donde no hay una limitación específica de acceso del personal, en esta área se sitúan normalmente los vestuarios, despacho, sala de estar de personal, almacenes. Para moverse por toda esta área la indumentaria que se exige es el uniforme (normal, blanco, no quirúrgico) no estamos en un área limpia ni estéril (aún). Entendiendo siempre que estamos dentro de un bloque quirúrgico y que la acepción “limpia” quiere decir desinfectada no que podamos ir ensuciando ni sin el uniforme ni con ropa de calle o zapatos de calle.

Área limpia: Zona semilimitada. Ya empieza a haber ciertas restricciones respecto a indumentaria y personal. Se encuadra en esta zona el pasillo limpio y el almacén estéril; el personal que atraviese esta zona lo hará con el uniforme aséptico, calzas, tratando de no tener ninguna enfermedad infecto contagiosa de lo contrario lo comunicará y tratará de ser sustituido.

Área estéril: Zona limitada. Es donde se encuentran los quirófanos y los antiquirófanos donde todas las precauciones son pocas para evitar posibles riesgos e infecciones, zonas de lavado quirúrgico y áreas de preparación de instrumental. El personal por supuesto se lavará las manos como proceda, utilizará calzas, gorro, mascarilla, uniforme aséptico, en ocasiones según la operación mascarilla ocular, etc.

Área sucia: Zona semilimitada. Se encuentra el pasillo de sucio y para transitar

por él, el personal utilizará el uniforme blanco normal no el aséptico.

El equipo quirúrgico lo forman según estén ataviados o no con indumentaria estéril porque unos tienen contacto directo con el paciente y otros se encargan de otras funciones asistenciales que tienen importancia con la operación pero no son directas con el paciente, por eso son por una parte : miembros estériles, que son: cirujanos, ayudantes de cirujanos, otros especialistas, y enfermería instrumentista y miembros no estériles : anestesiólogo, enfermería de anestesia, enfermería circulante, enfermería perfusionista, auxiliar de enfermería, celador y personal de limpieza.

Las funciones que nos competen como personal celador que somos dentro del bloque quirúrgico las podemos dividir en las funciones propias del celador y las funciones asistenciales de celador en quirófano.

Las funciones propias del celador en quirófano serán:

- El traslado de pacientes desde su unidad de origen hasta quirófano, y de éste a las unidades de recuperación, post-anestésica, UCI, o su unidad de origen.
- Traslado de muestras, material, equipos, aparatología y documentos.
- Rasurado de pacientes (nos consta que según el protocolo de cada hospital esta función puede variar a TCAE o incluso a Enfermería).
- Funciones asistenciales dando asistencia al anestesiólogo: colocar y mantener en la posición correcta al paciente, bajo las indicaciones referidas bajo orden del anestesista, para que la anestesia que se le va introducir sea general o raquídea se haga de la forma más correcta y menos dolorosa que no haya torsiones, no el paciente no se mueva que mantenga el brazo extendido. Ect.
- Al cirujano: siempre bajo orden del facultativo colocar, movilizar al paciente en la posición adecuada para cada intervención, colaborando, sujetando si fuera necesario la extremidad donde se va a realizar la isquemia. Ayudar a la desinfección de la zona a operar sujetándola, extendiéndola para facilitar el acceso al cirujano. Colaborar en el vendaje de extremidades, cabeza, o colocación de escayolas al final de cada intervención.
- Durante el tiempo que dure la intervención el celador deberá esperar en el antequirófano por si se le requiere para algún tipo de ayuda desde modificar la posición del paciente a buscar sangre o trasladar algún tipo de aparato.

5 Discusión-Conclusión

En nuestra búsqueda de información como casi siempre que nos enfrentamos a revisar información de personal no sanitario pero del ámbito sanitario, nos

encontramos con el mismo problema la no especificidad de nuestra categoría profesional, o se nos incluye dentro del personal sanitario o no se nos incluye directamente.

Después del estudio realizado concluimos con que la figura del celador en el quirófano es multidisciplinar e imprescindible, y que abarca muchos conocimientos para los que debe recibir una preparación previa para lo que recomendamos la lectura de este capítulo, el celador de quirófano debe conocer desde las posiciones anatómicas a la perfección, hasta movilizaciones de pacientes, vendajes, nociones de instrumental, conocer el aparataje que se está utilizando en distintas intervenciones porque es quien lo transporta y quien debe de realizar el montaje de las mesas quirúrgicas así como los distintos topes y soportes de estas mesas. Y nos encontramos con el problema como hemos dicho de que no existe mucha bibliografía escrita más que las pocas nociones que te pueden dar los compañeros o los protocolos propios de cada hospital.

6 Bibliografía

1. BOPA. RD/55/2014 de 28 de mayo Autorización de Centros y Servicios Sanitarios.
2. <https://www.astursalud.es/>.
3. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf>.
4. <https://www.quirofano.net/areas-quirofano/zonas-quirofano.php>.

Capítulo 1140

HIGIENE HOSPITALARIA: MEDIDAS DE PREVENCIÓN ANTE EL RIESGO BIOLÓGICO, MINIMIZAR EL POSIBLE CONTAGIO ENTRE EL PERSONAL Y EL PACIENTE EN AISLAMIENTO DE CONTACTO

SARA SÁNCHEZ VELASCO

MARTA SUÁREZ PÉREZ

1 Introducción

Hoy en día, según datos aportados por la Sociedad Internacional de Enfermedades Infecciosas (ISID), en países desarrollados las infecciones nosocomiales abarcan del 5 al 10% del total, mientras que en países en vías de desarrollo pueden llegar a elevarse hasta el 25% y superarlo. Estas infecciones, como cabe esperar, aumentan de forma considerable la comorbilidad, la mortalidad y los costes en el sistema sanitario. Por estos motivos, las medidas de bioseguridad deben suponer una práctica rutinaria entre el personal que trabaja en los servicios de salud y las instituciones hospitalarias.

Hemos hablado de bioseguridad, pero para entender estas medidas debemos previamente aclarar el concepto de “riesgo biológico” y que definiremos como la

posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a contraer enfermedades, motivadas por la actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, cutánea o mucosa. Los riesgos biológicos son los principales riesgos laborales a los que se exponen los trabajadores de Centros Sanitarios y de Instituciones Hospitalarias, afectando estos a todas las categorías profesionales sanitarias y no sanitarias.

Principalmente los celadores se encuentran en riesgo de contagio por contacto debido al trabajo que desempeñan en la movilización de pacientes en los hospitales y en sus traslados por las diferentes dependencias hospitalarias. Del mismo modo se exponen mucho al contagio por vía aérea de enfermedades.

En 1996 el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, publicó las nuevas técnicas de aislamiento, las cuales dan cobertura a todas las posibilidades de transmisión:

Precauciones estándar

- Vacunación: Hepatitis B, obligatoria para el personal que entre en contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes. También son recomendables dentro del ámbito sanitario laboral, pero no tienen carácter obligatorio las siguientes vacunas: gripe, tétanos, varicela, rubéola o la triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis).
- Normas de Higiene Personal: cubrirse las heridas y lesiones que se tengan en las manos con apósitos impermeables que eviten el contacto con piel no intacta o con cualquier útil o mobiliario sanitario. Lavarse las manos (siguiendo la recomendación de los 5 momentos para la higiene de manos promovidos por la Organización Mundial de la Salud). Es la medida más económica, sencilla y eficaz para prevenir las llamadas infecciones intrahospitalarias. No comer, beber ni por supuesto fumar, en el área de trabajo. No realizar pipeteo con la boca.
- Utilización de equipos de protección, barrera que sean apropiados a cada tipo de exposición: uso de guantes, principalmente para minimizar los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal laboral y posibilidad de transmisión de estos a los pacientes. También su uso es obligatorio cuando el trabajador sanitario y no sanitario presente heridas o lesiones cutáneas, si maneja sangre o fluidos corporales o instrumental potencialmente contaminado. Uso de mascarillas, ligadas a la atención de pacientes con enfermedades de transmisión por vía aérea, por gotas o riesgo de alcance de aerosoles. También durante la actuación con riesgo de producir salpicaduras. Uso de gafas de protección ocular, en contacto con enfermos susceptibles de contagiarnos por salpicaduras. Uso de bata, también para evitar salpicaduras.

- Atención en el manejo de material cortopunzante: hace referencia a la necesidad de adecuar correctamente los desechos de material punzocortante para prevenir accidentes y por consiguiente, prevenir y minimizar al máximo la transmisión de enfermedades infecciosas. Algunas medidas relacionadas con este aspecto son: no encapsular agujas ni objetos cortantes o punzantes, depositar estos materiales en los contenedores adecuados para su eliminación.
- Desinfección y esterilización correcta de instrumentos y superficies.
- Manejo de ropa sucia: que debe colocarse en bolsas de plástico y transportarla en carros exclusivos para tal fin.

Precauciones basadas en la transmisión

Para el control de de los microorganismos infecciosos en los hospitales, se utilizan los sistemas de aislamiento por contacto, por aire y por gotas de acuerdo con la ruta de transmisión.

2 Objetivos

- Revisar el protocolo de higiene de manos del personal sanitario y no sanitario de las instituciones hospitalarias.
- Concienciar a los celadores de la importancia del control y la prevención de enfermedades a través de una correcta higiene de manos.
- Sensibilizar a cerca de la transmisión de enfermedades nosocomiales en el entorno hospitalario.
- Reconocer los símbolos de aislamiento e interpretar los carteles que se encuentran en las puertas de las habitaciones con cualquier tipo de aislamiento.

3 Metodología

En un estudio experimental sobre la introducción de un Plan de Intervención y la influencia derivada de este en el cumplimiento de la higiene de manos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se observó que el personal sanitario de la UCI incrementó la higiene de manos tanto en el contacto previo con el paciente como después del mismo.

De aquí podemos generalizar que la introducción de un Plan de Intervención sobre la Higiene de Manos en una UCI, aumenta de forma estadísticamente significativa el número de acciones de lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.

A través de jornadas y charlas de sensibilización y concienciación con la transmisión y propagación de infecciones intrahospitalarias. Además, se ha llevado a cabo una investigación con una revisión bibliográfica sistemática, sobre varios artículos o trabajos en referencia a la higiene hospitalaria.

4 Resultados

En un estudio experimental sobre la introducción de un Plan de Intervención y la influencia derivada de este en el cumplimiento de la higiene de manos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se observó que el personal sanitario de la UCI incrementó la higiene de manos tanto en el contacto previo con el paciente como después del mismo.

De aquí podemos generalizar que la introducción de un Plan de Intervención sobre la Higiene de Manos en una UCI, aumenta de forma estadísticamente significativa el número de acciones de lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.

En cuanto a lo que nos atañe con el título de este capítulo, hemos querido recordar y revisar las medidas de autoprotección para el acceso a una habitación donde nos encontramos con un paciente con aislamiento de contacto. Antes de nada, recordar que el aislamiento hospitalario hace referencia a un conjunto de normas que persiguen la prevención, el control y la no propagación de las enfermedades infecciosas dentro de las diferentes estancias y servicios que nos ofrece la institución hospitalaria.

Si hablamos de un aislamiento de contacto o cutáneo, nos encontramos con un paciente cuya infección es altamente transmisible; para evitar esto debemos adoptar:

- Precauciones estándar, comunes para todos los aislamientos y que hemos desarrollado en la introducción del presente capítulo.
- Precauciones basadas en la transmisión, que en este caso son:
 - Ubicación del paciente: habitación individual o compartida con pacientes de la misma patología.
 - Higiene de manos.
 - Uso de guantes.
 - Evitar tocar (después de la retirada de guantes) superficies del entorno del paciente potencialmente contaminadas.

Utilizar bata limpia no estéril.

Utilizar siempre que se pueda, material sanitario desechable.

Para la higiene del enfermo, utilizaremos jabón antiséptico (Clorhexidina solución jabonosa al 4%).

- Medidas de autoprotección para el acceso a la habitación:

Guantes, que debemos colocarnos al entrar en la habitación. Durante los cuidados del paciente debemos de cambiar los guantes después de haber tenido contacto con el material potencialmente infectado. Señalar aquí que la retirada de los mismos debe suceder antes de abandonar el entorno del paciente infectado y tenemos que depositarlos dentro de la habitación en el espacio señalado para tal fin. Al salir nos lavaremos las manos con jabón antiséptico o aplicación de solución alcohólica.

Bata limpia no estéril, que nos colocaremos antes de entrar a la habitación y que tendremos que quitarnos antes de salir del entorno del paciente y depositarla en el recipiente destinado a su posterior eliminación para evitar así propagar la infección fuera del entorno del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia ocupacional de exposiciones de riesgo ante las diferentes enfermedades y su transmisión están directamente relacionadas con la categoría laboral, la experiencia profesional, el área de trabajo y la actividad realizada.

Tener claro las funciones del celador en cada puesto de trabajo y como actuar ante los diferentes tipos de aislamiento, conociendo y llevando a la práctica el protocolo fijado, minimiza al máximo el riesgo por contagio y transmisión de infecciones intrahospitalarias.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Fichas de Riesgos Específicos del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área Sanitaria V. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Plan de Acogida para Celadores del Hospital de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

- Gaspar Carreño, M.; Arias Pou, P.; Rodríguez Berges, O.; Gamundi, MC.; Carbonell Tatay, F. Revisión sobre el uso de guantes en los hospitales. *El Farmacéutico Hospitales*. Oct2011, número 197, p6-23.
- Sánchez, J.; García, P.; Barrenengoa, J.; et al. Resultados de un programa de prevención de exposiciones accidentales a fluidos biológicos en personal sanitario basado en la mejora del grado de cumplimiento de las precauciones estándar. *Trauma*. 2010; 21: 64-71.
- Solano, VM. Exposiciones accidentales: nuevas perspectivas. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132: 251-8.
Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Capítulo 1141

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON UN PACIENTE EN FASE TERMINAL Y POSTMORTEM

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

1 Introducción

Partiendo de dos las definiciones de paciente en fase terminal:

La OMS define al Paciente Terminal como “el paciente con enfermedad muy avanzada, activa, en progresión y con un pronóstico vital limitado” (Paciente que sufre una enfermedad cuyo fin es una muerte próxima, generalmente inferior a 6 meses). La Sociedad Española de Cuidados Paliativos define Paciente Terminal como “paciente que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta a tratamiento específico, cuyo pronóstico de vida será inferior a seis meses”.

En estas situaciones en las que el paciente se encuentra en fase terminal, el objetivo de la atención al enfermo no es el de la curación, sino el de cuidado físico y psicológico -controlar los síntomas, calmar el dolor, apoyar a la familia, etc., lo que se llama cuidados de confort o cuidados paliativos. Los cuidados paliativos

requieren un trabajo en equipo (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, psicólogos, voluntarios, etc.) en el que el celador tendrá un papel importante, ya que tendrá un trato directo con el paciente en fase terminal siendo cariñoso y comprensivo, además de colaborar en la movilización tanto para el aseo como para la realización de pruebas del paciente. Cuando se produce el fallecimiento del paciente el celador tendrá una serie de funciones a realizar reguladas en el artículo 14.2 del Estatuto de personal no sanitario que ampliaremos en los siguientes puntos y que consistirán básicamente en, movilizar, transportar y trasladar al cadáver.

2 Objetivos

- Establecer las funciones principales a realizar por el celador con pacientes en fase terminal y fallecidos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se ha consultado la sociedad española de cuidados paliativos y el estatuto del personal no sanitario en su artículo 14.2. Los términos buscados "cuidados paliativos" "muerte" "cuidados postmortem" "celador".

4 Resultados

El equipo multidisciplinar formado por enfermeras, auxiliares y celadores son los principales encargados de los cuidados tanto paliativos como postmortem.

- Las Funciones Principales del celador con respecto a los cuidados paliativos son: Mantener la buena imagen del enfermo (higiene profunda tanto de la persona como de la cama), fomentando la dignidad del paciente.

Cambios posturales. Para minimizar el dolor.

Atención integral, individualizada y continua.

Proporcionar un ambiente agradable y sin olores, confort y bienestar tanto físico como emocional, social y espiritual al paciente.

Mejorar la calidad de vida del paciente.

A los familiares se le deben proporcionar cuidados psicológicos.

- Las Funciones del celador con respecto al paciente fallecido (postmortem) vienen recogidas de manera general en artículo 14.2 el Estatuto de personal no sanitario que dice “” ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio”. De forma mas especifica estas funciones serán:

Traslado del cadáver al mortuorio de la forma más discreta posible.

Consignará los datos del fallecido en el libro de registro de movimientos en mortuorio (con letra mayúscula y legible).

Transporte del cadáver desde el depósito o las cámaras frigoríficas a la sala de autopsias, colocándolo en la mesa de autopsias.

Preparar el cadáver para realizar la autopsia, y efectúa sobre el mismo aquellos movimientos que sean necesarios para la práctica de la autopsia.

Colabora con el personal sanitario en todo aquello que no requiera la utilización de instrumental sobre el cadáver.

Recompone y asea al cadáver una vez finalizada la autopsia.

Amortaja y coloca el cadáver en el mortuorio, cuidando el aspecto externo del difunto.

Limpia la mesa y la sala de autopsias.

Limpia el instrumental utilizado en la autopsia.

Entrega las muestras orgánicas u otro material que debe ser analizado en los servicios correspondientes.

Realiza cualquier otra misión auxiliar demandada por el médico y las generales como traslado de documentos, etc..

Todo lo anteriormente citado lo realizara manteniendo unas medidas de prevención que irán desde el uso de guantes, mascarillas y gafas, batas desechables, todo ello unido al lavado de manos ordinario, es uno de los pilares básicos para evitar la contaminación a través de microorganismo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final diremos por tanto, los celadores son de gran importancia en los cuidados paliativos y postmortem, recayendo en ellos el grosor del trabajo. Debido a la carga mental del mismo, se crea un puesto especial de celador de autopsias cuyo acceso suele requerir experiencia en el campo. Siendo de vital importancia que los celadores encargados de estas tareas estén preparados

psicológicamente pues no es una tarea sencilla y acarrea gran carga emocional. Además, los celadores que se dediquen a este trabajo deben ser altamente empáticos y preservar la dignidad del cuerpo durante todo el proceso.

Tenemos que resaltar que sería, por tanto aconsejable cursos de preparación psicológica, no solo para celadores, sino para todo el equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.), que beneficiaría tanto al personal en sí como a pacientes y familiares, para ayudar a pasar este duro trance de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de La Salud (OMS).
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Estatuto del Personal No Sanitario.
- Celadores Online, Blogstop.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 1142

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACION

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

1 Introducción

El servicio de rehabilitación de un hospital abarca todos aquellos “tratamientos” que se puedan realizar a un paciente enfermo de cualquier edad (bebés, niños adultos, ancianos), para ayudarlo en su mejora tanto física como psíquica, ya que estos tratamientos van desde gimnasio, logopedia, terapia ocupacional, piscina, electroterapia, parafina, respiratorio, etc. A este servicio acudirán tanto pacientes externos (derivados desde el propio hospital u otros centros sanitarios por orden médica) y pacientes internos, ingresados en el propio hospital.

El trabajo del celador en rehabilitación, no engloba solo el trabajo dentro del gimnasio (recuperación física), sino todo lo relacionado con la atención, del paciente desde su llegada a rehabilitación, lo que denominamos como celador de puerta de rehabilitación, así como las funciones que desempeña el celador dentro de todos los servicios que lo engloban: gimnasio, piscina, terapia ocupacional, logopedia, electroterapia, parafina... y todos aquellos servicios que supongan una mejora del paciente enfermo, que variaran según el centro donde se realice. Y que contará con pacientes externos e internos.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del celador en el servicio de rehabilitación, con el fin de garantizar la calidad y eficacia de su trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se han buscado sus funciones en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de personal no sanitario al servicio de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971). Aunque se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003).

4 Resultados

- Funciones del celador de puerta de rehabilitación:

Vigilar la entrada al Servicio de Rehabilitación.

Informar a los pacientes de la zona donde se encuentran los diferentes tratamientos.

Coordinarse con el personal de las ambulancias para la recogida de pacientes con movilidad reducida por lesiones, ictus, derrames, etc. que no se valgan por sí mismos y ayudar a su movilidad, bien sea acompañándolos caminando, en silla de ruedas o camilla y llevarlos al tratamiento que corresponde (piscina, gimnasio, terapia, etc.), y su posterior retorno en ambulancia a su destino de origen.

Controlarán a los pacientes durante la espera de entrada los tratamientos, y su posterior recogida en ambulancia, por si pudiera producirse alguna anomalía en su estado de salud y así poder actuar con rapidez, avisando a auxiliares de enfermería y enfermeras que se encuentran en el servicio de rehabilitación para que puedan atenderlos y solucionarlo a la mayor brevedad posible.

Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que se encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material (sillas de ruedas, camillas..).

En caso de conflicto con un visitante o intruso, requerirán la presencia del personal de seguridad.

En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su estatuto y todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

- Funciones del celador de rehabilitación propiamente dicho:

Hace el trabajo de planta bajando a los enfermos que se encuentran en ella a la hora señalada a los diferentes tratamientos de Rehabilitación y su posterior retorno de nuevo a planta.

Ayudar a los fisioterapeutas y demás personal que trabaje en la zona a movilizar a los pacientes para colocarlos de la forma adecuada y así puedan los profesionales trabajar bien. También ayudarán a la sujeción de los enfermos.

Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.

Estarán siempre localizados en la Unidad a la que estén adscritos y cumplirán los horarios establecidos.

Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final podríamos decir que el trabajo del celador es fundamental en el servicio de rehabilitación, pues de él depende principalmente la movilización y traslado de los paciente a los diferentes tratamientos. Y será fundamental para ello contar con formación continua, especialmente relacionada con movilización y trato con el paciente. También tenemos que decir que para que

un servicio funcione bien (Rehabilitación) es fundamental el trabajo en equipo de todos los profesionales que lo componen desde médicos, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas, enfermeros, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, personal de limpieza, etc. Esta colaboración entre todos beneficiara tanto al hospital, como al personal miembro del equipo y fundamentalmente y más importante al paciente.

6 Bibliografía

- Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Celadores. Servicio Andaluz de Salud.
- Base de datos Pubmed y Cuiden
- Base de datos Cuiden.
- Manual/Temario Online de celadores de Instituciones Sanitarias
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 1143

FUNCIONES DEL CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN.

JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

El celador de hospitalización será el celador de planta, y cumplirá con las funciones de celador que le requieran en un área específica de la institución. El celador es parte del equipo profesional de la planta, ejerciendo múltiples tareas necesarias para el buen funcionamiento del servicio de hospitalización y es además pieza fundamental para el desarrollo de las mismas. Cada planta tiene un grupo de pacientes heterogéneos que exigen el conocimiento de patologías y su manejo de forma profesional, es por eso que en este capítulo se va a especificar las funciones que tiene el celador en planta.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en la planta de hospitalización.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- <https://libroslaboratorio.wp.com/el-celador-marco-legal-y-funcionalidad.pdf>.
- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf.
- <http://celadoresonline.blogspot.com/>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 1144

FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL CELADOR EN QUIROFANO

MARÍA SONÍA ORTIZ TEJÓN

1 Introducción

Las funciones del celador en quirófano son variables dependiendo de la institución en la que se trabaje, aun así relataremos las más comunes para un buen funcionamiento de la unidad quirúrgica. En resumen, el objetivo del Celador dentro del quirófano es permanecer allí a las necesidades del personal sanitario, tanto para el movimiento de cualquier aparataje o la sujeción del paciente, de esta manera la actividad quirúrgica gozará de una buena organización y un mejor resultado.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador dentro del área quirúrgica.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf
- <http://celadoresonline.blogspot.com/>
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm
- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/tipos-de-posicionamientos-quirurgicos-y-sus-intervenciones>

Capítulo 1145

RIESGOS LABORALES EMERGENTES DE LOS PROFESIONALES EN LA SANIDAD

LAURA RODRIGUEZ PIÑERA

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA

MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trabajos relacionados con el sector sanitario, ya sea en hospitales, laboratorios, consultorios, o en otros espacios de atención al paciente tienen riesgos laborales específicos originados por actividades, instalaciones y equipos específicos del sector sanitario, además de los riesgos propios asociados a todo lugar de trabajo, que en el caso de la actividad sanitaria se desarrolla en edificios cerrados, generalmente complejos tanto en dimensiones y distribución y que por su carácter son lugares compartidos por pacientes y familiares.

La encuesta europea sobre las condiciones de trabajo ‘European Working Conditions Surveys (EWCS)’ ofrece una imagen de amplio espectro del trabajo en Europa en los distintos países, ocupaciones, sectores y grupos de edad.

Sus conclusiones ponen de relieve diversas acciones dirigidas a los agentes políticos, con el fin de ayudarles a abordar los retos que afronta Europa en la actualidad. En 2015, Eurofound llevó a cabo su sexta encuesta de la serie (iniciada en 1991), en la que se entrevistó a cerca de 44 000 trabajadores en 35 países. Sus resultados

proporcionan información detallada sobre una amplia gama de cuestiones, entre las que figuran la exposición a riesgos físicos y psicosociales, la organización del trabajo, el equilibrio entre vida laboral y personal, y la salud y el bienestar.

Por otra parte la segunda edición de la encuesta europea de la EU-OSHA a las empresas, 'European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (Esener)', recopiló respuestas de casi 50.000 empresas sobre la gestión de la Salud en el Trabajo y los riesgos en el lugar de, trabajo incluyendo la información pertinente sobre las actividades de gestión de riesgos en el sector de la asistencia sanitaria, revelando la gran preocupación que suscitan cuestiones como las bajas por enfermedad y los riesgos psicosociales.

2 Objetivos

- Concienciar al lector sobre los riesgos laborales que pueden sufrir los profesionales de la sanidad.

3 Metodología

Para redactar este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática, llevando a cabo una búsqueda de información relacionada con el tema expuesto a través distintas bases de datos científicas.

4 Resultados

Del análisis de estos datos y los contenidos en la Encuesta de población activa (EPA) de la Unión Europea se pueden extraer unas primeras conclusiones del panorama del entorno de trabajo y los principales riesgos a los que se enfrenta el personal sanitario europeo:

Los trabajadores de la asistencia sanitaria y social tienen la cuarta tasa más alta de problemas graves de salud relacionados con el trabajo, solo superada por la de sectores como la fabricación y la construcción. La proporción más elevada de enfermedades profesionales se observa en los sectores de 'fabricación' (38%), 'construcción' (13%), 'comercio al por mayor/al por menor, reparaciones' (7%), y 'sanidad y servicios sociales' (5%). Las mujeres del sector de la sanidad y los servicios sociales tienen más probabilidades de sufrir al menos un accidente o de padecer una enfermedad profesional que las trabajadoras de otros sectores.

Según la anterior Quinta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo, la exposición a riesgos biológicos o químicos más prevalente es la que se da en el sector de la asistencia sanitaria, en el que los médicos y el personal de enfermería a menudo han de manejar materiales infecciosos o bien productos químicos que se utilizan para desinfección del instrumental y del lugar de trabajo.

En relación con los riesgos posturales, el sector sanitario ocupa la quinta posición, después de la construcción, la agricultura, la industria y el comercio al por mayor, el comercio al por menor y la hostelería.

El estrés, la violencia y el acoso laboral son problemas importantes para la salud y la seguridad en el trabajo. Todos estos riesgos psicosociales alcanzan una importancia de primer orden en el sector de la asistencia sanitaria y los servicios sociales, seguidos por la educación y la administración pública.

De la encuesta del 'European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (Esener)', podemos extraer las siguientes conclusiones: en materia de evaluación de riesgos o medidas similares, este sector aparece justo por encima de la media de la UE, pero por debajo de sectores como la construcción y la fabricación. En cambio, ocupa el primer lugar en el control de las bajas por enfermedad. También es el sector en el que hay un mayor grado de preocupación por el estrés laboral y por la violencia o la amenaza de violencia.

5 Discusión-Conclusión

A partir de los datos de las respuestas a los cuestionarios de las encuestas del 'European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks' (Esener) los principales riesgos emergentes de los profesionales sanitarios que cabe esperar en Europa a partir de los cambios contextuales y los riesgos actuales, son los siguientes:

Se prevé un aumento de la exposición a agentes químicos relativamente nuevos, como los nanomateriales, con consecuencias desconocidas para los trabajadores. El personal que maneje estos materiales debe adoptar precauciones extraordinarias y hay que seguir investigando además sobre sus posibles efectos.

La exposición a agentes biológicos puede aumentar debido al aumento de los viajes y de la movilidad de los pacientes. Además, es probable que aumente la exposición a agentes (partículas procedentes de animales, etc.) en las viviendas,

dada la previsión de aumento del número de trabajadores de la asistencia domiciliaria.

La exposición al ruido y a los riesgos físicos (por ejemplo, a la radiación) ligados al uso de técnicas médicas nuevas (como las Radiaciones Magnéticas) puede aumentar a medida que se desarrollen nuevos equipos. Todo ello puede entrañar nuevos riesgos para los trabajadores y exigir nuevas investigaciones sobre los efectos de la exposición.

Otro riesgo de inseguridad puede ser el vinculado a las barreras lingüísticas entre los trabajadores, y entre estos y los pacientes, a consecuencia de la inmigración.

La recesión económica puede elevar el riesgo de fallos en los equipos, dada la reducción de las inversiones para mantenimiento y reparación, o para la compra de otros nuevos. El crecimiento de los costes de la asistencia, junto con los recortes del gasto público, ha aumentado la presión para la mejora de los servicios prestados, aunque manteniendo un elevado nivel asistencial.

Algunos hospitales han cerrado a causa de la situación económica, con lo que hay menos camas disponibles en las proximidades de los pacientes. Con la reducción del personal hay que aumentar, por otra parte, la eficiencia del servicio, lo que seguirá representando un factor de presión para los trabajadores en activo.

Las cargas de trabajo físico siguen suscitando preocupación, debiendo mencionarse entre los factores contribuyentes los siguientes: falta de equipos (como aparatos elevadores) en el hogar o aumento de los cuidados de larga duración en los pacientes con enfermedades crónicas, como la obesidad. También la creciente implantación de herramientas informáticas influye en los aspectos físicos. Los equipos móviles entrañan otros peligros ergonómicos.

El tiempo de trabajo seguirá siendo un problema si los trabajadores tienen que trabajar más horas (debido a las elevadas cargas de trabajo) y si hay más trabajadores (por ejemplo trabajadores domésticos y profesionales de la asistencia domiciliaria) que no estén protegidos por la legislación sobre SST.

La intensificación del trabajo puede aumentar a causa de las restricciones presupuestarias, la reconversión, la falta de personal, el mayor número de pacientes y la mayor necesidad de eficiencia. El creciente uso de las TIC puede influir también en este aspecto, al igual que un posible aumento del número de personas con más de un empleo. Los trabajos de la asistencia sanitaria y los trabajadores de otros subsectores en los que hay falta de personal pueden verse también afec-

tados. La reconversión del sector contribuye al aumento de la inseguridad en el empleo.

La conciliación de la vida laboral y personal puede seguir siendo un problema y afecta en particular a las numerosas mujeres que trabajan en este sector.

La violencia y el acoso, en combinación con el carácter emocional del trabajo, generan aún gran preocupación en el ámbito de la asistencia sanitaria. Los expertos que participaron en la elaboración del informe de la EU-OSHA 'Expert Forecast on Emerging Psychosocial Risks' (previsiones de los expertos sobre los riesgos psicosociales) expresaron su opinión de que, aun tratándose de riesgos que no son nuevos, preocupan cada vez más, en especial en este sector. La creciente capacitación de los pacientes es un factor que contribuye aún más a estos riesgos.

La Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza tendrá un efecto negativo en algunos de los Estados miembros de la EU-28. Aunque en teoría la cooperación de los profesionales sanitarios en iniciativas dirigidas a favorecer la movilidad de los pacientes les permitirá aprender más y recibir formación sobre nuevos procedimientos y enfoques médicos, tendrá también una serie de efectos potenciales en ellos. La movilidad de los pacientes influirá en las oportunidades laborales y en las cargas de trabajo. En el país receptor de los pacientes, habrá que ampliar la capacidad contratando más personal; no obstante, con el actual déficit de profesionales sanitarios (por ejemplo, de enfermería) lo más probable es que aumente la carga de trabajo. Por otra parte, es muy posible que estos profesionales sanitarios hayan de enfrentarse a expectativas y actitudes distintas de las que tienen los pacientes nacionales, con la generación consiguiente de dificultades de comunicación y culturales, incluso de actitudes de acoso y de violencia. En los países que pierdan profesionales sanitarios, se tratarán de aprovechar al máximo los recursos humanos disponibles, lo que provocará el agotamiento laboral del personal y una elevada rotación.

Tendencia a favor de la asistencia domiciliaria: con la inminente aplicación de políticas dirigidas a acentuar el desplazamiento de la asistencia en régimen cerrado a la asistencia en régimen abierto, será necesario prestar más atención a la Seguridad y Salud en el sector de la asistencia sanitaria. Las personas con alguna patología pueden recibir asistencia no solo en hospitales, sino también en su propio domicilio y en residencias para mayores. Aumentará la presión que las instituciones asistenciales de nivel superior ejerzan sobre los médicos de familia

y los trabajadores de la asistencia domiciliaria para que asuman más tareas.

Además de los cambios sociales y demográficos a escala nacional, se prevén otros que tendrán un efecto positivo sobre la Seguridad y Salud Laboral en este sector como:

Más atención a las lesiones causadas por instrumental cortopunzante: las modificaciones de la legislación nacional tendrán más en cuenta la Directiva 2010/32/UE del Consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumental médico cortopunzante en el sector hospitalario y sanitario. Con ello se espera que mejore el cumplimiento de la normativa sobre Seguridad y Salud Laboral en el ámbito de las inspecciones específicas y de la cooperación entre las autoridades. Las mismas precauciones para la prevención de esas lesiones se aplican a otras profesiones del sector, como los servicios de limpieza, los de eliminación de residuos, etc. Se espera que tales medidas tengan una influencia positiva en los servicios y en la calidad de la asistencia.

Gestión de la salud y la seguridad en el trabajo: se prevé un aumento del número de especialistas en seguridad y salud en el trabajo en este sector. Con la mayor presencia de especialistas de estas características en hospitales (y en otros centros) que tengan la facultad de introducir cambios tales como la insistencia en el cumplimiento de los programas de vacunación, la prestación de ayuda y asistencia a los trabajadores con discapacidad, el ofrecimiento de programas de rehabilitación, etc., debería mejorar considerablemente la Seguridad y Salud en el Trabajo de los trabajadores sanitarios.

Se mantiene un vivo debate sobre el modo de mejorar la integración de la asistencia sanitaria y la asistencia social, lo que redundará en una mejora de la calidad de la asistencia. La implantación de «hospitales virtuales», mediante los cuales se realice una parte importante del tratamiento en el domicilio de las personas mayores, puede mejorar la prestación de los servicios y los resultados obtenidos. Una integración más estrecha de los riesgos clínicos y los riesgos para la SST permitirá mejorar la gestión de ambos.

Legislación e inspección: se prevé el cumplimiento del marco jurídico, el refuerzo de los órganos de inspección y el aumento de la sensibilización.

6 Bibliografia

1. European Working Conditions Surveys (EWCS). <https://www.eurofound.europa.eu/>.
2. European Agency for Safety and Health at Work. Priorities for Occupational Safety and Health Research in Europe: 2013– 2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013. 2. European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European.
3. European Agency for Safety and Health at Work. Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2)-Summary. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.
4. Eurofound EU-OSHA. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention. 2014
Gagliardi D, Marinaccio A, Valenti A, Iavicoli S. Occupational safety and health in Europe: lessons from the past, challenges and opportunities for the future. *Ind Health* 2012; 50:7–11.
5. GBD 2013 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386:2287–232.
6. Rantanen J, Lehtinen S, Iavicoli S. Occupational health services in selected International Commission on Occupational Health (ICOH) member countries. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:212–216.

Capítulo 1146

COMUNICACIÓN DEL CELADOR CON PACIENTES ENFERMOS DE ALZHEIMER

SONIA FERREIRO SIMON

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

IGNACIO SASTRE FALCÓN

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso complejo, lento, progresivo e irreversible que implica factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores pueden ser genéticos, es el llamado envejecimiento intrínseco (modificaciones físicas y psíquicas) y factores externos de envejecimiento, es decir modificaciones sociales. El proceso de envejecer no debe considerarse en absoluto como una patología, sino como una serie de modificaciones graduales que comporta la readaptación de las actividades de la vida cotidiana desde el más amplio punto de vista integral del individuo, (García, 2012). Las alteraciones del lenguaje son una de las manifestaciones más comunes de la enfermedad de Alzheimer. Los trastornos del lenguaje suelen aparecer después de la afectación de la memoria y poseen un patrón de afectación propio, de forma que ya en fases tempranas de la enfermedad pueden

aparecer dificultades de lenguaje incluso antes de evidenciarse ninguna de las manifestaciones clínicas que caracterizan el inicio del deterioro.

La demencia no supone una consecuencia normal del envejecimiento, pero afecta principalmente a las personas mayores. En el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos, (OMS, 2015). La Enfermedad de Alzheimer es la forma más común de todas las demencias, entre un 60% y un 70% de los casos (Thies y Bleiler, 2012). Se trata de un trastorno del sistema nervioso central, que se caracteriza por el deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cerebrales. A nivel cerebral, aparecen unas alteraciones que son las placas seniles y los ovillos neurofibrilares, característicos de esta enfermedad. (Sánchez & Sayago, 2000).

El número de personas mayores va en aumento y diferentes autores estiman que un 5% de los mayores de 65 años presenta alguna demencia, y de estos, la primera causa es el Alzheimer. Según el inicio de la enfermedad, puede presentarse de forma presenil o temprana, que sucede cuando aparece antes de los 65 años (entre el 5-10% de los casos) ; y la forma senil o tardía (90-95% de los casos) , cuando la enfermedad aparece a partir de los 65 años. El riesgo es mayor si hay personas en la familia que tuvieron la enfermedad.

El Alzheimer comienza lentamente. Primero afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Las personas que lo padecen pueden tener dificultades para recordar cosas que ocurrieron de forma reciente o los nombres de personas que conocen, por eso es tan importante que el celador sea capaz de adaptar su discurso a este tipo de pacientes. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad progresiva. Esto significa que en general sus síntomas comienzan lentamente y son leves. Las habilidades cognitivas y funcionales de una persona empeoran con el tiempo. En las últimas etapas de la enfermedad, una persona que tiene Alzheimer ya no es capaz de comunicarse y depende totalmente de otras personas para su cuidado.

Es una patología que provoca numerosos cambios en la persona, tanto a nivel cognitivo, como físico y afectivo. Es de gran importancia el estudio y aprendizaje de los cambios y las necesidades de estos pacientes respecto a la comunicación, puesto que van perdiendo capacidad de relacionarse, al no poder expresarse, entender o relacionar conceptos. Debemos conocer los cambios a nivel del lenguaje y las necesidades que tienen estos enfermos. A los trastornos producidos por la enfermedad de Alzheimer hay que añadir los propios de la edad del individuo, como problemas de oído, dificultad para hablar por prótesis dentales o malestar

general de su boca o el analfabetismo, todo ello empeora el proceso de comunicación en los enfermos. (García, 2006).

Ciertos factores aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad: edad (después de los 65 años, la probabilidad de desarrollarla se duplica cada 5 años), genética y antecedentes familiares (más probable que contraiga la enfermedad de Alzheimer si tiene antecedentes familiares y si se poseen ciertos genes), factores ambientales y estilo de vida (traumatismo craneal, problemas cardiovasculares o cardíacos, diabetes y obesidad parecen aumentar su riesgo para la enfermedad). También parece ser más común en las mujeres que en los hombres. (Céspedes, S. 1995).

Los celadores deben de tener ante el enfermo de Alzheimer una buena actitud en la que fluya la asertividad, la empatía y el respeto al paciente. Además, la comunicación debe ser clara y concisa, se debe mantener una escucha activa, así como una conversación fluida. La reconducción, la validación, el resumen y la interpretación del lenguaje no verbal también se hacen necesarios en las habilidades para una comunicación terapéutica (Vidal, Adamuz, y Feliu, 2009; Díaz, 2011; Campos y Campos, 2012).

En un estudio, Christenson, Buchanan, Houlihan, y Wanzek (2011), examinaron los tipos de estrategias de comunicación recomendadas, utilizadas por cuidadores de pacientes con EA, entre ellas las diferentes formas de dar órdenes durante las actividades de la vida diaria. Las órdenes concisas, claras, y viables fueron las que mostraron un mayor cumplimiento. Además, concluyeron que las órdenes que directamente se indican, que aclaran y refuerzan una orden anterior, y que se repiten, producen un mejor cumplimiento. Wilson, Rochon y Mihailidis (2012), en su estudio analizaron las estrategias de comunicación verbal y no verbal para ayudar a personas con Enfermedad de Alzheimer moderada o severa a la realización con éxito de actividades de la vida diaria. Los autores plantearon la hipótesis de que el uso de preguntas cerradas y la repetición sería de mayor beneficio, demostrando la importancia de la atención centrada en la persona como un aspecto central para facilitar la realización de las actividades de la vida diaria.

Por último, otra investigación que demuestra la importancia del buen uso de la comunicación, fue llevada a cabo por Rochon, Wilson, Mihailidis, y Leonarda (2012), donde evaluaron las estrategias de comunicación social. Fue llevada a cabo por cuidadores, para ayudar a las personas con la Enfermedad de Alzheimer moderada y grave durante una actividad básica de la vida diaria: el cepillado dental. Concluyeron que resultó óptimo para lograr una comunicación eficaz y como consecuencia la realización de la tarea ,el uso de oraciones simples, preguntas

de tipo cerrado y repetición de las mismas. Además, examinaron el uso de estrategias de comunicación no verbales (el toque de atención, el contacto y demostración de acciones) que se relacionó con el éxito en la comunicación.

2 Objetivos

- Analizar las etapas de la enfermedad de Alzheimer.
- Identificar los cambios en el lenguaje de las personas con enfermedad de Alzheimer a través de las diferentes fases por las que atraviesa.
- Conocer cuáles son los métodos o habilidades necesarias para una correcta comunicación de los celadores con los enfermos de Alzheimer.

3 Metodología

Basada en una revisión bibliográfica sobre la comunicación de los celadores en pacientes con Alzheimer. Para ello se ha empleado como herramienta de búsqueda de información, bases de datos como Medline, CiberIndex y Google Academy. Los descriptores utilizados han sido: comunicación, paciente, Alzheimer y problemas en el lenguaje.

Como criterios de inclusión, han sido utilizados textos con información acorde al tema desarrollado, artículos y libros científicos, exceptuado toda aquella documentación a la que no ha sido posible acceder a su texto completo y por lo tanto no aseguraba un grado óptimo de evidencia científica reciente.

Como criterios de exclusión, se han tenido en cuenta aspectos como la repetición de documentos, aquellos en los que el acceso a la información suponía una traba como por ejemplo las suscripciones o pagos por acceso y en definitiva los que no cumplían con los criterios de inclusión.

4 Resultados

- Los trastornos del lenguaje son unas de las primeras manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer, apareciendo en el 40 % de los casos en las primeras fases de la enfermedad y en el 100% de los casos en demencia severa (García, 2006). Los trastornos del lenguaje pueden suponer una limitación en el manejo del tratamiento de la enfermedad, pero a su vez nos sirven para el diagnóstico y para poder predecir el grado de deterioro de los pacientes desde la primera etapa de la enfermedad.

Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer empeoran con el tiempo, aunque la velocidad a la que avanza la enfermedad varía de una persona a otra. Las etapas por las que atraviesa la enfermedad, implican una idea general de cómo cambian las habilidades comunicativas una vez que aparecen los síntomas, por lo que solo debe usarse como guía general. La enfermedad de Alzheimer generalmente avanza lentamente en tres etapas: una leve (etapa temprana), una moderada (etapa media) y una grave (etapa final). Dado que el Alzheimer afecta a las personas de diferentes formas, cada persona experimentará síntomas, o atravesará las etapas del Alzheimer de una forma distinta.

En la etapa temprana del Alzheimer, la persona puede desenvolverse de forma independiente. Es posible que pueda conducir, trabajar y participar de actividades sociales. A pesar de esto, la persona puede sentir que tiene episodios de pérdida de memoria a corto plazo, que incluyen olvidarse palabras familiares o la ubicación de objetos cotidianos.

Se detectan problemas de memoria o concentración. Las dificultades comunes incluyen: problemas para encontrar la palabra o el nombre correctos, recordar nombres cuando se presenta a personas nuevas, para realizar tareas en entornos sociales o laborales, olvido de algo que acaba de leer, perder o traspapelar un objeto valioso y/o tener más problemas para planificar u organizar.

El Alzheimer moderado o etapa media, generalmente constituye la etapa más prolongada y puede durar muchos años. A medida que la enfermedad avanza, la persona con Alzheimer confunde palabras, se frustra o enoja, esto es debido a que el daño en las células nerviosas del cerebro puede dificultar la expresión de pensamientos. Puede olvidar información de su historia clínica, no poder recordar la dirección o el número de teléfono propios o la escuela o universidad donde se graduó, confusión sobre la ubicación y fecha actuales y aumento del riesgo de desorientación. Además, en esta fase, el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.

En la etapa final de esta enfermedad, las personas pierden la capacidad de responder a su entorno, de llevar adelante una conversación y de controlar los movimientos. Todavía pueden decir palabras o frases, pero la comunicación se torna difícil. A medida que la memoria y las habilidades cognitivas empeoran, es posible que ocurran cambios significativos en la personalidad y que las personas necesiten mucha ayuda con las tareas diarias. En esta etapa, las personas necesitarán asistencia todo el tiempo con las actividades diarias y el cuidado personal, perderán la noción de experiencias recientes y de los hechos que las rodean

y por supuesto experimentarán cambios en las capacidades físicas, incluida la capacidad de hablar y comunicarse. Con el paso del tiempo el lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo.

- Una buena comunicación del celador con el enfermo de Alzheimer, conlleva tomar una serie de medidas que contribuyen a mejorar la comprensión del mensaje por parte del enfermo. Todo ello supone facilitar el proceso comunicativo correctamente, ya que los pacientes tienen problemas para iniciar la conversación y saber tomar su turno de palabra adecuadamente, además de problemas para escribir, leer y entender lo que escriben, perdiendo el sentido de las conversaciones, conduciendo a problemas de adaptación social por no saber responder a su interlocutor, al cual ignora. (García, 2006). Estas medidas se basan en buscar el momento adecuado para la comunicación, que estén relajados, colocándonos frente a ellos, mirándole a los ojos y manteniendo un ambiente adecuado. Debemos hablar de uno en uno y dar tiempo a los pacientes a que procesen la información recibida y puedan desarrollar su respuesta de forma adecuada.

Nunca deberemos acabar las frases por ellos y toda la información será referida con términos simples y empleando frases cortas. Por supuesto, hay que vocalizar muy bien y gesticular. La mayoría de los estudios consultados hacen referencia al beneficio del empleo del lenguaje corporal. De todos estos artículos, recogemos una serie de medidas y pautas recomendadas a seguir durante el proceso de comunicación para hacerlo más efectivo, tales como: mantener el contacto visual con los enfermos, hablar poniéndonos delante de ellos o en su defecto mostrándoles la cara, estar quietos mientras hablamos y no realizar movimientos bruscos, también es importante mantener una distancia cercana pero sin invadir los espacios privados.

Hay que tener en cuenta siempre que los enfermos notan con el contacto el afecto con el que son tratados y a su vez les muestra seguridad y confianza. Debemos poner facilidades para que pueda asimilar conceptos, repetir la información si es necesario, hacer preguntas cerradas y mostrar imágenes u objetos. Si se observa que no hay posibilidad de un diálogo fluido con el celador, hay que evitar que se agobien, no forzando la situación.

Además, a la hora de la conversación con el enfermo, el celador debe evitar realizar varias preguntas a la vez, y en el caso de tener que repetir la pregunta formulada, hacerlo con las mismas palabras que inicialmente, dejaremos tiempo para que elaboren su respuesta e intentaremos saber qué nos quieren decir.

5 Discusión-Conclusión

Las alteraciones del lenguaje en el enfermo de Alzheimer son importantes porque producen un efecto negativo en el paciente y lleva a una incapacitación y aislamiento. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer al tener comprometida su capacidad de comunicación quedan excluidos de su capacidad de interactuar con su entorno, como puede ser la interacción que se produce entre celador y paciente. Si ya por sí misma la comunicación es complicada, esta adquiere una dificultad añadida cuando se pretende establecer una relación de ayuda con pacientes con dificultades cognitivas, como son los pacientes que sufren la Enfermedad de Alzheimer, enfermedad cada día más común en nuestra sociedad.

Son personas que tienen la capacidad de comunicación mermada o ausente, necesaria para comprender el lenguaje, hablar, leer, escribir, nombrar objetos e incluso son incapaces de repetir frases que acaban de escuchar. Conforme progresa la enfermedad aparece dificultad para nombrar y solo comprenden frases sencillas y breves. Generalmente no tienen conciencia de su defecto y pueden mantener conversaciones durante mucho tiempo sin transmitir una información relevante. Al avanzar la enfermedad las frases cada vez son más cortas e incompletas, aparecen las llamadas parafasias, que es el uso de palabras que “inventan” para nombrar un objeto que ellos creen que se llama así y cada vez la comunicación va siendo más complicada porque no se sabe que han dicho ni a que se puede referir.

Es por ello que el celador debe buscar técnicas para ayudar a la comunicación de estos enfermos, hablando por ejemplo claro y conciso y no acabando las frases por ellos. Hay que mantener contacto visual y vocalizar muy bien y gesticular. Sabemos que la comunicación no verbal es muy importante en este tipo de enfermos, por eso el celador ha de tener muy presente todo lo que dice y también lo que transmite. En estadios avanzados de la enfermedad, cuando los pacientes están encamados y llegan a perder el lenguaje, no hablan ni comprenden, se dan cuenta del tono con el que nos dirigimos a ellos, quedando una pequeña vía de contacto con el resto de personas.

En definitiva, el celador debe de estar instruido como profesional no sanitario en este tema, para poder ayudar a los pacientes a una comunicación eficaz. La comunicación juega un papel fundamental en la calidad de vida y la satisfacción de las personas en general, y en los enfermos y sus familias en particular, (Díaz, 2011).

6 Bibliografía

- Aguilar, M.C., Haro, M.C., y Moreno, J. (2006). La comunicación con el enfermo de Alzheimer. Afrontamiento de la enfermedad de Alzheimer. (1ª edición, pp 231-242). Graficas La Paz de Torredonjimeno, S.L.
- Céspedes, S. (1995). Manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Alzheimer. Revista de Neuropsiquiatría, 58, 190-196.
- Hernández Jaramillo, J. (2010). Demencias: los problemas del lenguaje como hallazgos tempranos. Acta Neurol Colomb: 26, 101-111.
- Hernandez, M.E., Manzo, J., y Herrera, M. (2010). Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. Revista de neurología, 51(3)153.164.
- Noreña-Peña, A.L., Cibanal-Juan, L., y Alcaraz-Moreno, N. (2010). La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Revista Española de Comunicación en Salud, 1(2),113-129.
- Sans, L., & Gázquez, E. (2013). Cuidados al paciente con Alzheimer. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. (1ª edición, pp235-240). Almería: Artes Gráficas Salvador.
- Valles, B. (2013). Una aproximación al estudio de la conversación de la persona con Alzheimer y sus interlocutores sanos. Revista de investigación en logopedia, (2), 96-119.

Capítulo 1147

ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE UN HOSPITAL

MARÍA TERESA BELLO SOUTO

SUSANA GALÁN SERRANO

MANUEL GÓMEZ MURIAS

MARÍA AQUILINA MURIAS RICO

1 Introducción

Son muchos los estudios que avalan que el lavado de manos es el método más eficaz, económico y sencillo para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas dentro del entorno hospitalario.

Ya en el siglo XIX, Ignaz Semmelweis fue el primero en demostrar que tener una adecuada higiene de manos ayuda a prevenir la transmisión de enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018 publicó una última campaña (“Una atención limpia es una atención mucho más segura”) de técnica de lavado de manos con el objetivo de evitar la sepsis y que está basada en cinco momentos:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una técnica aséptica o limpia.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.

- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente

El objetivo del lavado de manos, es la eliminación de la suciedad visible, y en el ámbito sanitario también la de los microorganismos. Hay varios tipos de antisépticos de los que hablaremos a continuación, pero para escoger uno u otro, hay que tener en cuenta una serie de factores, como por ejemplo su actividad antimicrobiana, su capacidad residual, los efectos secundarios, etc.

Existen en el mercado varias fórmulas farmacéuticas para llevar a cabo un buen lavado de manos. Las más eficaces son:

- Lavado con jabón no antiséptico: eliminan la suciedad, pero no tienen actividad antimicrobiana por lo que no son capaces de eliminar los patógenos que puedan tener los profesionales en sus manos. Se recomienda para casos en los que la suciedad es visible.
- Solución alcohólica: hay varias concentraciones, pero la más eficaz es la que se contiene entre un 60 y un 95% de alcohol. Son capaces de eliminar bacterias gram positivas y gram negativas, incluyendo microorganismos multirresistentes, algunos hongos, y los virus con envuelta lipídica, pero no tienen actividad en esporas bacterianas y virus sin envuelta. Son muy válidos para evitar las infecciones nosocomiales.
- Clorhexidina: tiene una acción muy semejante a las soluciones alcohólicas, pero con actividad más lenta y residual. Eliminan bacterias gram positivas, gram negativas, virus con envuelta lipídica y hongos, pero no virus sin envuelta lipídica. Las fórmulas más eficaces son las que tienen una concentración superior al 4%.
- Soluciones iodóferas: tienen capacidad antimicrobiana y antiséptica y son capaces de eliminar bacterias gram positivas, gram negativas, micobacterias, hongos y virus. Se consideran seguros los productos yodados al 5-10%, teniendo como inconvenientes que manchan y que en muchos casos producen dermatitis de contacto. Tras el lavado de manos con estas soluciones, tienen una capacidad residual corta, entre 30-60 minutos.

Técnica correcta de lavado de manos

- Solución alcohólica: se aplica el producto sobre la palma de las manos y se frota ambas, hasta que estén secas.
- Agua y jabón: mojar las manos, aplicar jabón en la palma de una de las manos y frotar durante al menos 15 segundos por todas las zonas. Enjuagar completamente y secar con papel desechable.

2 Objetivos

Analizar el cumplimiento para un correcto lavado de manos en el ámbito hospitalario.

3 Metodología

Se han seleccionado los artículos más relevantes en los últimos cinco años, conforme a la búsqueda realizada con las palabras clave. En total se revisaron 35 artículos en idioma castellano e inglés. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Dialnet y Google académico.

Palabras clave: lavado de manos, microorganismos, personal sanitario, técnica aséptica, antisépticos.

4 Resultados

A pesar de todo ello, el cumplimiento por parte de los profesionales que están en contacto con el paciente oscila entre un 15% y un 50%, generando una transmisión de infecciones nosocomiales en torno al 9%.

El personal en contacto con el paciente no se suele cumplir los cinco momentos recomendados por la OMS. Es después de tocar al paciente cuando casi el 90% del personal se lava las manos.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los principales inconvenientes que se presenta en la práctica diaria dentro del hospital, es el riesgo de transmisión de infecciones.

Cualquier profesional que esté en contacto con los pacientes, tiene el riesgo de provocar una infección nosocomial, a pesar de poder evitarse con la higiene de manos. En nuestro país, supone el 25% de las infecciones durante el ingreso.

Un gran porcentaje del personal que está en contacto con los pacientes hospitalizados, se lava las manos, sin embargo, son pocos los profesionales que cumplen todos los momentos recomendados por la OMS, y aun un menor porcentaje de ellos cumple los tiempos estipulados de lavado de manos.

6 Bibliografía

- Villalobos Salas J.L, Mendoza Macías C.L. Contribución de la técnica social de lavado de manos en la reducción de microorganismos transitorios en la piel. *Jóvenes en la ciencia*. 2015; 1(2): 167-171
- Organización Mundial de la Salud [consultado 21 de Diciembre 2019]. Disponible en <http://who.int>
- Espinoza Díaz C.I, Rodríguez Quezada F.C, Martínez Ortiz M.A, Vizuela Carpio J.F, Torres Segarra S.M, et al. Carga microbiana y lavado de manos en el personal de emergencia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2018; 37(3): 266-269
- López-Cudco L.L, Herrera-Sánchez P.J, Rodríguez-Díaz J.L, Parcon-Bitanga M. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. *Revista Archivo Médico Camagüey*. 2019; 23(4): 464-476
- Del Río-Carbajo L., Vidal Cortés P. Tipos de antisépticos, presentaciones y normas de uso. *Medicina Intensiva*. 2019; 43(1): 7-12.
- Consejería de Salud [consultado 21 de Diciembre 2019]. Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud. 2015
- Merino-Plaza M.J, Rodrigo-Bartual V., Boza-Cervilla M., García-Llopis A., Gomez-Pajares F., et al. Cómo incrementar la adhesión del personal sanitario al protocolo de higiene de manos. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2018; 92.
- Aranaz-Andres J.M, Aibar-Remon C., Vitaller-Burillo J., Requena-Puche J., Terol-Garcia E., et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-14.

Capítulo 1148

CONSECUENCIAS DE UNA INCORRECTA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE.

MARÍA AQUILINA MURIAS RICO

MARÍA TERESA BELLO SOUTO

SUSANA GALÁN SERRANO

MANUEL GÓMEZ MURIAS

1 Introducción

La movilización de pacientes requiere una técnica adecuada para evitar los problemas derivados de una mala praxis tanto en el paciente como en el profesional. En el trabajo diario de un hospital, tanto los celadores como los auxiliares de enfermería tienen que atender a un gran número de pacientes, con múltiples patologías, y en muchos casos con problemas de movilidad o discapacidades, que requieren de un trabajo en equipo muy determinado. En todos los casos, hay que tener en cuenta las capacidades del paciente para poder ayudarnos.

Es preciso y necesario que todos los trabajadores que vayan a realizar este tipo de trabajo, tengan una formación específica, ya que hay que tener en cuenta que los pacientes pueden tener miedo y hacer movimientos bruscos, involuntarios o voluntarios, que producen un mayor esfuerzo por parte de los profesionales para poder realizar la movilización de forma correcta y evitar así las lesiones sobretodo

a nivel dorsolumbar. Existe el método MAPO (es la única metodología disponible para cuantificar, de forma fiable y válida, el nivel de riesgo por movilización de pacientes en el ámbito socio-sanitario), por lo que permite conocer los trastornos que sufren los profesionales a nivel musculoesquelético por una mala praxis en la movilización de los enfermos.

2 Objetivos

- Conocer las consecuencias para los trabajadores por una incorrecta movilización del paciente hospitalizado.
- Conocer distintas estrategias para facilitar el trabajo en función de cada caso.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave utilizadas han sido: movilización de pacientes, método MAPO, auxiliares de enfermería, celadores y formación.

4 Resultados

- Parece ser que las lesiones más comunes entre el personal, son las relacionadas con la columna vertebral por realizar tareas de movilización manual de los pacientes a los que atienden. Esas lesiones parecen estar directamente relacionadas con las repeticiones del mismo movimiento. A mayor número de pacientes que haya que movilizar, mayor número de lesiones.
- En los estudios revisados, en más de un 80% de los casos en los que el paciente no podía colaborar nada, se han utilizado ayudas como grúas, transfer, etcétera. Los trabajadores en un 65% consideran que son adecuados, sin embargo, un 20% considera que están obsoletos. Sea como fuere, tienen una disponibilidad para cuando la necesiten, en el 85% de los casos.
- En los estudios que valoraban el método MAPO, los resultados son favorables, ya que, no hay un riesgo significativo de posibilidad de lesión en los profesionales, siempre y cuando éstos utilicen los medios necesarios para evitarlo.

5 Discusión-Conclusión

Se quiere llegar a conseguir, que la movilización de los pacientes, se haga enfocada a tres estrategias: la seguridad del paciente, la seguridad de la persona que le moviliza y la participación activa del paciente para prevenir incidentes. Las lesiones más frecuentes son las producidas por coger más peso del tolerable, o por hacer mal uso de los aparatos de ayuda. Quizás es importante que el personal que estamos trabajando con pacientes que precisan movilizaciones frecuentes, nos preocupásemos de nuestra salud, aprovechésemos más los medios que nos facilitan para la movilización de los pacientes, y nos formásemos más en el tema. También consideramos importante que las instituciones se vinculen con sus trabajadores y favorezcan la formación.

6 Bibliografía

- Álvarez Casado, E., Hernández Soto, A. C., & Rayo García, V. (2010). El riesgo asociado a la movilización de pacientes. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, (67), 26-29.
- Hernández Vaquero, M. (2012). Análisis de cargas y evaluación postural en la movilización de pacientes como método preventivo de TME.
- Martín, R. A. (2016). Ergonomía aplicada a la movilización de pacientes en un servicio de hospitalización mediante el método MAPO. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(2), 43-50.
- Saturno, P. J. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(3), 124-130.
- Uribe López, J. F., Bernal Osorio, M., & Fernández Carrera, C. J. (2018). Aplicación del método "MAPO" para evaluar el riesgo biomecánico por movilización de pacientes en auxiliares de enfermería del Hospital General San Isidro de la ciudad de Manizales.

Capítulo 1149

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL (SANITARIO Y NO SANITARIO).

LORENA LÓPEZ CERÓN

ANA ISABEL VIJANDE ANGEL

DANIEL SAMPAYO IGLESIAS

MIGUEL MOLINA MENÉNDEZ

1 Introducción

El síndrome de Burnout (SB) es una patología muy común para las personas que trabajan de cara al público, bajo presiones laborales desde los jefes hasta el propio trabajador (exigencias, plazos, normativas, horarios que cumplir, técnicas conocimientos etc.) como en nivel ascendente desde el propio trabajador hacia la dirección de la empresa (días libres, permisos, vacaciones, aumentos de sueldo, necesidades del puesto, seguridad en el desempeño de funciones, etc.). Cuando las expectativas no se cumplen, hay una sobrecarga a nivel personal que puede desencadenar este síndrome en los trabajadores. El Hospital es un ambiente muy propicio para su aparición.

El síndrome de Burnout es una patología producida por un estrés laboral llevado a unos límites en los que la persona no es capaz de asumirlo y se derrumba. La persona acumula un estado de agotamiento físico, mental, emocional que incide directamente sobre su nivel de autoestima y que puede llegar a provocar altos

niveles de ansiedad e incluso depresión, teniendo que llegar a ser tratados por otros profesionales de la salud en esos extremos, y teniendo que coger bajas de su puesto de trabajo para intentar mejorar y recuperarse.

Son de los principales desencadenantes de este síndrome dentro del ambiente laboral:

Inicialmente lo desencadena una acumulación de estrés laboral que se da a nivel individual pero que puede llegar a interferir en la organización y en la de los grupos de trabajo dependiendo de como afecte la persona que lo sufre. La implicación con respecto al trabajo, intentar conseguir un desarrollo óptimo a pesar de todo lo demás. Además, anteponer la situación laboral a la propia vida de la persona. Asumir tareas y cargos que no nos corresponden para conseguir que el trabajo salga adelante y cubrir necesidades que no nos competen, que nos ocupan un tiempo que no tenemos para realizar nuestra labor diaria. También influye al SB que se realice un trabajo que escapa al control y al conocimiento de la persona, la falta de formación y el aumento del nivel de exigencias, el miedo a perder el empleo, fomentando conductas poco saludables y estresantes, las presiones ejercidas por las personas cuando tratamos con ellas directamente, teniendo que mantener un estatus. Y las presiones legales de nuestra actuación.

2 Objetivos

-Estudiar el contexto y desencadenantes del síndrome de Burnout en el ámbito laboral hospitalario.

3 Metodología

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

Se han revisado artículos entre 2013 y 2019. Palabras clave: Burnout, síndrome, syndrome, hospital, personal, staff.

4 Resultados

Los artículos revisados hacen más hincapié en el cansancio del trabajador como desencadenante bien sea por exceso de jornada/carga laboral, tiempo sin disfrutar vacaciones, exceso de carga laboral, etc.

- El desempeño de funciones conjuntas combinando la atención directa a personas y las obligaciones propias del puesto ocupado también fomentan el aumentar los niveles de estrés y desencadenar este característico síndrome.
- Otros refieren que las tensiones que se generan en el servicio por la demora en la atención suelen desencadenar agresiones verbales de los mismos compañeros hacia el trabajador que provocan estrés inicialmente y pueden desencadenar el síndrome.
- El tiempo acumulado en el servicio multiplica las probabilidades de padecer el síndrome.
- Uno de los desencadenantes principales es el agotamiento emocional que puede venir de obtener poca satisfacción en la labor realizada.
- Por género no hay mucha diferenciación según los artículos revisados, aunque las mujeres suelen tener peor trato en ocasiones y valoración como profesionales dentro de algunos ámbitos como el personal de mantenimiento por ejemplo.
- Las colas y listas de espera para ser atendidos, las repercusiones que pueden desencadenar no ser capaces de resolver situaciones, que favorezcan agilizar la atención a las personas, unido a las reclamaciones y a las amenazas de demanda legal implican. Fomentan el desarrollo de este tipo de problemas en el trabajador

5 Discusión-Conclusión

Tanto el síndrome de Burnout como el estrés laboral, son problemas asociados a las personas que trabajan en sanidad, sanitarios y no sanitarios. El contacto diario con pacientes y compañeros de diversa índole y en diversas circunstancias pueden desencadenar estas circunstancias en el trabajador. Las presiones laborales, la carga excesiva, las agresiones verbales, la jornada laboral, etc, son desencadenantes en ocasiones del síndrome de Burnout.

El agotamiento emocional por la poca satisfacción sobre la labor realizada o por la falta de conocimientos para llevarla a cabo adecuadamente suelen ser de los principales desencadenantes dentro del ámbito sanitario. En el ámbito hospitalario hay servicios con más capacidad de provocar estrés que otros, urgencias, quirófano, admisión de usuarios, mantenimiento de sistemas son de las áreas de hospital en las que el síndrome de Burnout surge con más facilidad, dado que con-

fluyen muchas de las circunstancias que sirven de desencadenante tales como: el estrés laboral, la falta de descanso, las largas esperas, el goteo continuo de pacientes y familiares, las quejas, la falta de descanso, etc.

Se concluye que relajarse, evitar pensar en el trabajo durante el tiempo libre, conocer y saber aplicar técnicas de relajación adecuadas. Identificar el problema desde un inicio, pudiendo buscar una solución temprana o dejarse aconsejar por profesionales en el afrontamiento del síndrome pueden ser varias de las opciones de las que disponemos frente a esta patología.

6 Bibliografía

- Vásquez-Manrique JF, Maruy-Saito A, Verne-Martin E. Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2014; 77 (3): 168-174.
- Portero-Cruz S, Vaquero-Abellán M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2015; 23(3): 543-552.
- Torres FC, et al. Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas: perspectivas en psicología*. 2013; 9 (1): 65-80.
- Gallegos WA, Zegarra-Valdivia J. Clima organizacional, síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de un hospital oncológico de Arequipa. *Evista de psicología/Journal of Psychology*. 2013; 15(1): 37-54.
- Romero, H.G. Muñoz, Y. Osorio, D. Robles, E. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *Enfermería Global*. 2016; 15(1): 244-271.
- Yslado, R. Atoche, R. Cermeño, B. Rodríguez, D. Sánchez, J. Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos-organizativos en profesionales de salud. Hospitales del callejón de Conchucos, Ancash, Perú-2012. *Revista de Investigación en Psicología*. 2013; 16(1); 191-209.
- Solís-Chuquiyaui, Z. Zamudio-Eslava, L. Matzumura-Kasano, J. Gutiérrez-Crespo, H. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. *Horizonte médico*. 2016; 16(4): 32-38.

Capítulo 1150

EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA

1 Introducción

El Trabajo Social en el ámbito de la salud es la actividad que se ocupa de los aspectos psico-sociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en el mantenimiento de la salud y en la aparición de la enfermedad de las personas, los grupos y las comunidades, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

El trabajador social que ejerce su labor profesional en el ámbito hospitalario se encarga, sobre todo, de conocer la situación de los enfermos y sus familiares, si los tuvieran, de asesorar o dar acompañamiento en cuestiones de su competencia.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del Trabajador Social (TS) y su metodología en el ámbito hospitalario, contribuyendo a facilitar el acceso a los recursos que puedan dar lugar a la resolución de los problemas que presentan los pacientes

3 Metodología

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

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

4 Bibliografía

- Colom, D. El trabajo social sanitario. Pág. XXIX)
- Decreto 74/2007, de 18 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. <https://www.amirsalud.com/que-hace-un-trabajador-social/>
- Guía de intervención del Trabajo Social Sanitario de la Generalitat Valenciana.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 1151

ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO.

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Introduciendo en este concepto la salud mental. Es a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, cuando la salud mental es integrada y se equipara al enfermo mental en el sistema sanitario general. Se atenderán los problemas de salud mental de la población en el ámbito comunitario, utilizando recursos ambulatorios y sistemas de hospitalización parcial y domiciliaria, reduciendo al máximo posible el internamiento hospitalario. Se habilitaran unidades psiquiátricas en los hospitales generales para su hospitalización.

Entendemos por psiquiatría, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. La psiquiatría puede rastrearse hasta tiempos inmemorables. Confundida en sus comienzos con la religión y la magia hasta la actualidad como especialidad altamente cualificada. A lo largo de su historia se cruzan dos variantes, la primera

que busca el tratamiento de las enfermedades mentales a través de la comprensión de fuerzas externas, y otra que lo intenta con el tratamiento de procesos orgánicos internos. El reto de la psiquiatría actual es lograr una interacción de las dos, integrando el funcionamiento interno y sus alteraciones externas.

La red psiquiátrica en nuestro país está formada por:

- Centros de salud mental: estructura asistencia dividida en áreas dependientes de las comunidades autónomas. Centros constituidos por un equipo multidisciplinar en el que se incluyen psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de psiquiatría y celadores principalmente. Es la vía de acceso al resto de dispositivos socio-sanitarios.

- Unidades de hospitalización psiquiátrica (unidades de corta estancia): unidades adecuadas al internamiento de pacientes mentales localizadas principalmente en hospitales generales. Sectorizados y coordinados con el resto de los recursos de salud mental y asistencia psiquiátrica. Se encuentran atendidas por un equipo multidisciplinar. Están atendidas 24h y se ocupan de casos tales como: a. Cuando la enfermedad puede causar daño al propio paciente o al entorno de este b. Cuando el tratamiento ambulatorio no es exitoso c. Para separar al paciente del entorno familiar, por ser negativo para el paciente o viceversa, y no puede ser atendido por la familia. d. Evaluación y diagnóstico e. Desintoxicación f. Enfermedad física que se agrava con patología psíquica

Hospital de día (estructura intermedia): Alternativa al ingreso total, se define como una hospitalización parcial, con programación individual que comprende tratamiento, terapias y reeducación.

Centros asociados al servicio de salud con horario de mañana y media tarde (de 9h a 17h) y se permanece en el domicilio el resto del tiempo. Tienen una duración de uno a seis meses.

Centro de día: centros donde se trabaja con pacientes crónicos en situación de dependencia o con medio sociolaboral desestructurado. Tienen como fin la recuperación de habilidades y destrezas para reincorporarse a la vida social y laboral.

Centro de media estancia: pertenecen al nivel terciario y su finalidad es la rehabilitación del paciente después de pasar entre seis y doce meses ingresado.

Centro de larga estancia: centros para pacientes sin autonomía carentes de familia y recursos sociales, los cuales no pueden seguir ningún tratamiento rehabilitador.

Talleres ocupacionales: centros de formación ocupacional donde proporcionan enseñanzas en el trabajo denominada "protegida". Son pacientes derivados de otros recursos asistenciales.

Pisos protegidos: considerados de carácter terciario, son pisos compartidos por

varios pacientes donde el fin es que puedan llegar a una vida completamente autónoma bajo la supervisión de un trabajador social. De carácter temporal, exceptuando pacientes con carencia de recursos laborales, familiares y sociales, donde pueden llegar a ser permanentes.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del personal no sanitario, dentro del cuidado integral del paciente psiquiátrico.

3 Metodología

Se realiza búsqueda bibliográfica sobre enfermedades mentales, actuación y trato a pacientes mentales por personal no sanitario en motores de búsqueda (google académico, dialnet, etc.) y en bases de datos científicas (Pubmed, elsevier, etc.) así como de la historia de la psiquiatría, con gran impacto en el descubrimiento y tratamiento de las principales enfermedades mentales.

4 Resultados

- Las funciones del personal no sanitario dentro del área psiquiátrica son las siguientes:

Cuidado del entorno ambiental del paciente, apagando y encendiendo luces y subiendo y bajando persianas dependiendo de las necesidades.

Ayuda al aseo personal.

Vigilancia de pacientes.

Controla acceso y circulación de personas dentro del área.

Recoge medicación de farmacia.

Traslado de pacientes.

Controla el suministro de tabaco a pacientes dependientes.

Colabora en la reducción de pacientes agitados.

Acompaña a pacientes en sus paseos fuera del área.

Ayuda al personal sanitario en la administración de medicación.

Las principales enfermedades mentales se dividen en dos variantes, la neurosis y la psicosis.

Se entiende por neurosis, el trastorno psíquico donde el paciente conserva su propio juicio y es consciente de la realidad y de su enfermedad y solicita

ayuda psicológica o psiquiátrica. De este grupo derivan los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, disociativos, de personalidad, la depresión, etc. Entendemos por psicosis, la enfermedad mental donde el paciente trastorna la realidad. Dichas personas necesitan tratamiento psiquiátrico y algunas de ellas internamiento. Las principales son la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar.

5 Discusión-Conclusión

Realizar programas de prevención basados en las necesidades poblacionales de cada territorio, han dado evidencias suficientes que producen beneficios importantes en la salud mental de los individuos y en general en toda la sociedad. Las enfermedades mentales están aumentando en los últimos años, se estima que un 15% de la población sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Iniciativas preventivas por parte de los Sistema Nacional de Salud hace que se puedan detectar precozmente estas alteraciones desde atención primaria, considerada por la O.M.S. como una prioridad sanitaria, económica y social, disminuyendo los costes de una posible enfermedad mental con procesos de larga duración.

Desde el personal no sanitario, un buen conocimiento de los tipos de enfermedades mentales y de las áreas de psiquiatría del hospital, así como de las funciones de dicho personal dentro de esta área asistencial podría llegar a reducir la estancia de estos pacientes en el internamiento, abaratando así los costes por paciente internado.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud.
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Versión on-line ISSN 2340-2733 versión impresa ISSN 0211-5735
- www.medlineplus.gov
- Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- www.infosalus.com
- www.mayoclinic.org

Capítulo 1152

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL ENFERMO MENTAL

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Englobando en este concepto a la salud mental.

Entendemos por psiquiatría, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. La psiquiatría trata ciertos trastornos de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales como la Psicosis, y la Neurosis.(Sanmartí, 1985) que es un trastorno psíquico donde la persona conserva el juicio de la realidad, se da cuenta de su problema, es consciente de su enfermedad y solicita ayuda psicológica o psiquiátrica. En este grupo se encuentran los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos disocia-tivos, trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de Burnout,

el síndrome de pánico, etc. Por último, la psicosis que es un enfermedad mental grave caracterizada por la deformación de la realidad. Las personas que padecen este tipo de enfermedad o trastorno necesitan tratamiento psiquiátrico y algunas de ellas también internamiento. Las más características son la esquizofrenia y el trastorno de afecto bipolar.(Szasz, 1976)

2 Objetivos

- Resaltar las tareas que realiza el celador en el ámbito de las salud mental y su importancia en el cuidado de los pacientes afectados por tales enfermedades.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las funciones del celador en la unidad de psiquiatría son las siguientes:

- Vigila la puerta de acceso a la unidad controlando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.
- Colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.
- Tramitará y conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.
- Cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente de luz y sonido, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Vigila el orden y la armonía de los pacientes.
- Cuidará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todas las dependencias de la unidad, respetando los horarios de sueño.

- Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.
- Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Vigila que todos los pacientes realicen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.
- Estará encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger el pedido, incluyendo el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a la farmacia.
- Acompaña a los pacientes, junto con el personal sanitario, a los paseos por el exterior del recinto hospitalario.
- Estimula la actividad física de los pacientes.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.
- Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados.
- Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso. (Nuñez, 2009)

5 Discusión-Conclusión

La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio con el fin de reducir al máximo la hospitalización.

Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general estarán en coordinación con los servicios sociales para cubrir la prevención primaria y atender los problemas psicosociales que conllevan la pérdida de la salud. (Gimenez, 2012), siendo la figura del celador crucial para el cuidado de estos enfermos y es por ello, que su trabajo debe realizarse de forma profesional.

6 Bibliografía

- Giménez-Muñoz, M. C. (2012). El gobierno socialista y la atención a la salud mental: la reforma psiquiátrica (1983-1986). *Historia Actual Online*, (27), 19-28.
- Szasz, T. S., & Wolfson, L. (1976). *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu.
- Sanmartí, L. S. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos.
- Núñez, D. M. (2009). *Manual Básico del Celador*. Lulu. com.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 1153

TAREAS BÁSICAS DEL CELADOR

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

1 Introducción

La Ley General de Sanidad establece que en los servicios de salud se integrarán los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito. Tal integración se realiza con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal. (Montero, 2005)

El celador forma parte del personal de los servicios sanitarios cuyas funciones están reguladas por el estatuto preconstitucional de 1971, por ello era necesario actualizar y adaptar su régimen jurídico. La actualización se realiza a través de la Ley 55/2003, 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud constituyendo la norma básica de dicho personal, todo ello se realiza de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18. (Cano, 2017)

Aprobada la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, que regula el personal estatutario, las funciones del celador y del jefe de personal subalterno siguen siendo las que refleja la orden preconstitucional del 5 de julio de 1971, en su artículo 14 (en el punto 1 las funciones del jefe de personal subalterno y el punto 2 las de los celadores), como así lo establece la disposición transitoria sexta de la Ley

2 Objetivos

- Describir las funciones que realiza el celador en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de las funciones que proceden del Estatuto de Personal No Sanitario, del artículo 14.2 debe de realizar sobre vigilancia las siguientes:

- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y materia.
- Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando son introduzcan en las instituciones más que aquellos paquetes expresamente aterrizados por la dirección.
- Vigilaran, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que estos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución.

El celador:

- No dejará nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.

- No permitirá la estancia a toda aquella persona que no esté debidamente autorizada.
- Prohibirá la entrada a toda persona que presente muestras de suciedad, origine alboroto o manifieste síntomas de embriaguez.
- No permitirá la entrada a personas que lleven comida o bebida.
- Vigilará la apertura y cierre de los accesos, tendrá el control del encendido tanto del interior como del exterior del edificio (hospital, centro de salud).
- Vigilará la salida de los enfermos, quienes deberán acreditar el alta o autorización para abandonar la Institución (en el caso de no tener la acreditación se pondría en conocimiento de los inmediatos superiores).
- Las visitas programadas ajenas a los pacientes ingresados portarán un pase especial emitido por la dirección del centro, el celador podrá exigir dicha identificación a aquellas personas que se encuentren en las dependencias hospitalarias.
- Ejercerá labores de control de acceso a personal ajeno a la institución, como proveedores, transportistas, mensajeros, etc. Para ello solicitará la identificación mediante el DNI, anotando en un libro de registro los datos personales (nombre, apellidos, número de DNI y la dependencia o servicio al que se dirigen).
- En caso de que sean portadores de objetos o muebles, el celador solicitará la autorización, tanto para introducirlos como para sacarlos del establecimiento. En caso de que se posea de un aparato de detección, escáner, se utilizarán para asegurarse de que no portan objetos o armas peligrosas. Al finalizar cada turno (mañana, tarde o noche), el celador elaborará un parte de incidencias remitiéndolo a su superior.

Dentro de las funciones que se derivan del Estatuto de Personal No Sanitario, del artículo 14.2 el celador en motivo de asistencia al personal sanitario, tanto facultativo como no facultativo deberá:

- Ayudarán, asimismo, a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pueda éste ser movido sólo por las enfermeras o ayudantes de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
- Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.

- En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.

También, se debe destacar la ayuda que el celador presta al personal sanitario:

- Al aseo del paciente encamado, función que tiene asignada la auxiliar de enfermería como regla general, y bajo la supervisión de la enfermera.
- A la movilidad de los enfermos encamados para hacerles la cama, función que corresponde al personal de enfermería ayudados por el celador cuando el enfermo requiera un trato especial en razón a sus dolencias, atendiendo a las indicaciones de la supervisor/a.
- A la colocación y retirada de cuñas para la recogida de excretas, en pacientes que ante circunstancias especiales no puedan realizarlo solas las auxiliares de enfermería.
- A reducir a pacientes que se encuentran agitados, mediante sujeción mecánica, acción que no deberá hacerse sin la autorización facultativa.
- Al personal técnico especialista en la realización de placas radiográficas tanto con dispositivo portátil, como en la colocación de pacientes en las mesas respectivas.
- Al fisioterapeuta a iniciar la deambulacion de los pacientes.
- Al personal facultativo de anatomía patológica para la realización de autopsias, sin hacer uso de ningún tipo de instrumental.
- Trasladar a quirófano desde las habitaciones a pacientes que vayan a ser sometidos a alguna intervención, asegurándose siempre que le acompañe la historia clínica y que ésta coincida con el paciente.
- Ayuda al personal sanitario a colocar y retirar al paciente de la mesa de operaciones.
- Ayudar en el servicio de reanimación al personal sanitario al aseo e inmovilización de los pacientes recién operados.
- A la sujeción de miembros de pacientes para ser pintados.(Comunicación Sanitaria, 2016)

5 Discusión-Conclusión

El celador suele ser la primera persona con la que contacta paciente y familiares al llegar a una institución sanitaria, dependiendo de la forma en que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de los

mismos. Por este motivo es conveniente que el celador obtenga una adecuada formación. (Calvo, 2017)

6 Bibliografía

- Montero, J. M. L. (2005). Comentario a la Ley de Tasas y Precios públicos de la Comunidad de Castilla y León. Librería-Editorial Dykinson.
- Cano, F. S. (2017). Un nuevo modelo de régimen jurídico y de los recursos humanos en la sanidad. Universidad de Alicante.
- Crespo, A. R., ALAMILLO, M. A. T., & ORTUÑO, B. R. (2012). El celador y el trabajo en equipo. Lulu. com.
- Cardeñoso Lomas, J. (2012). Los recursos humanos de la Administración sanitaria de Castilla y León. Especial referencia al personal estatutario del Servicio de Salud.
- Calvo Cabrera, I. M. (2017). Humanización del cuidado, vivencias, experiencias y percepciones de personas con enfermedades crónicas en un área sanitaria de la provincia de Sevilla. de Comunicación Sanitaria, A. E. (2016). Resúmenes del I Congreso Internacional de Telemedicina Investigación Sanitaria. Ciencia, Tecnología y Salud. 20-21 Octubre 2016, Madrid, España.
- Wikipedia
- Relaciones en el entorno de trabajo (Macmillan profesional)

Capítulo 1154

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RESPECTO AL CELADOR, AL AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL PERSONAL SANITARIO.

BIBIANA NUÑO PEREZ

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La seguridad del paciente es un objetivo a destacar de nuestro sistema de salud, encaminando diversas acciones y aptitudes mediante la cultura sanitaria para así poder prevenir todas aquellas acciones que puedan desencadenar en daños tanto físicos como psicológicos del paciente. Trabajadores sanitarios y no sanitarios intentan superarse día a día para poder ofrecer la máxima calidad en la atención al paciente.

Teniendo en cuenta que la seguridad es intentar prevenir por todos los medios de los profesionales de la salud cualquier lesión o error derivado del proceso asistencial y que según La Organización Mundial de la Salud (OMS) "es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria" queda más que justificado el tema de este capítulo.

2 Objetivos

- Evaluar la metodología de seguridad del paciente por parte del celador, auxiliar administrativo y personal no sanitario, para un cuidado integral del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

-Métodos para la seguridad del paciente:

La comunicación de se debe transmitir al paciente debe ser siempre correcta. Es muy importante poner en práctica una serie de pautas:

Preparar el escenario donde se va a dialogar con el paciente, en un espacio íntimo y tranquilo que le dé privacidad.

Saber escuchar. No precipitarnos al contestar para que el paciente tenga la seguridad de que se le está entendiendo lo que quiere expresar.

Transmitir de forma clara, tanto en la comunicación verbal como no verbal, la información que se pretenda dar a conocer al paciente.

Reducción de infecciones asociadas a la atención: una buena medida de prevención es el lavado de manos convencional y el antiséptico.

Reducción de riesgos por caídas, este tipo de riesgo aumenta cuando el paciente es mayor, toma medicación o está desorientado. Para ello se recomienda al paciente:

Pedir ayuda a los profesionales para deambular por las estancias del hospital.

Evitar escaleras, peldaños, etc.

Respetar los suelos húmedos, caminar despacio, utilizar bastón andador si se precisase.

Cultura sanitaria. Mediante programas, carteles y folletos informativos, se pretende enseñar al paciente y a sus familiares y acompañantes, las acciones preventivas con las que pueden evitar riesgos para su salud.

Observamos por tanto, que la seguridad del paciente aumenta considerablemente con la utilización de dichos métodos.

5 Discusión-Conclusión

La metodología propuesta se concibe como un proceso formalmente estructurado para disminuir paulatinamente el riesgo de accidentes imprevistos aumentando así la seguridad del paciente y creando una confianza de si mismo, de la institución en la que es atendido y en el personal que lo asiste. Desarrollando e implantando las tácticas citadas anteriormente minimizamos los incidentes relacionados con la seguridad del paciente, creando un clima de tranquilidad y confianza en el usuario.

6 Bibliografía

- <https://www.seguridaddelpaciente.es>
- <https://www.who.in.patient-safety>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 1155

MEDIDAS QUE DEBE DE TOMAR UN CELADOR EN LOS DIFERENTES TIPOS DE AISLAMIENTOS DE ÁMBITO HOSPITALARIO.

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

1 Introducción

El celador debe comprobar que haya una advertencia en la puerta del paciente que indique el tipo de aislamiento que se requiere. Después, debe de verificar que disponga de todos los equipos necesarios para poder entrar en contacto con el paciente sin poner en peligro su salud o la de los demás. Por otro lado, el celador no debe de mostrar rechazo al paciente en ningún momento, ya que se podrán sentir mal o culpables. Hay que intentar distraerlos para que no se enfoquen en la enfermedad, tratandolos igual que a los demás e incluso mejor, siempre y cuando respetando en todo momento las normas establecidas por el médico ya que es de vital importancia.

2 Objetivos

- Exponer los diferentes tipos de aislamiento dentro del ámbito hospitalario, evitando la propagación de la infección.

3 Metodología

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

4 Resultados

Hay diferentes tipos de aislamientos:

- Aislamiento estricto: se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto. Las medidas de prevención son: Lavado de manos, mascarilla, gafas si se prevén salpicaduras, guantes y dejar siempre la puerta cerrada.
- Aislamiento respiratorio: se aplica para prevenir la transmisión por vía aérea. Las medidas de prevención son: Lavado de manos, mascarilla, guantes, dejar la puerta cerrada y limitar la salida de la habitación al paciente.
- Aislamiento por contacto: se aplica para prevenir enfermedades infecciosas que se pueden contagiar por: heridas y lesiones cutáneas o por secreciones orales. Las medidas de prevención son: Lavado de manos, guantes, bata y mascarilla cuando sea necesario.
- Aislamiento inverso: se aplica para proteger a pacientes inmunodeprimidos. Las medidas de prevención son: lavado de manos obligatorio, guantes, mascarilla y bata cuando se esté haciendo algún procedimiento invasivo.
- Aislamiento entérico: se aplica para prevenir enfermedades con objetos contaminados o heces infectadas, puede ser por contacto directo o indirecto. Las medidas de prevención son: Lavado de manos, bata y guantes.
- Aislamiento parenteral: se aplica para prevenir enfermedades transmisibles por sangre u objetos contaminados. Las -medidas de protección son: lavado de manos, guantes y bata.

Después de cualquier aislamiento, el celador se debe de desvestir y dejar la bata y los guantes contaminados en un cubo especializado para ello dentro de la habitación, menos la mascarilla que se quitara fuera.

5 Discusión-Conclusión

Todos los aislamientos son diferentes, por lo tanto requerimos de distintos equipos para cada ocasión. Así, utilizando las medidas correspondientes, prevenimos males a terceros y a nosotros mismos. Dada la complejidad de la patología infecciosa, la cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1156

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PERSONAS MAYORES

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

SONIA FERREIRO SIMON

IGNACIO SASTRE FALCÓN

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

1 Introducción

La mayoría de los enfermos que acuden al hospital, ambulatorios, centros sanitarios de gestión pública o privada, tienen problemas de movilidad, no se valen por sí mismos y muchos necesitan ayuda del personal cualificado del centro. Es por ello que el celador juega un papel cada día más importante, pues según el artículo 14.2, del capítulo II clasificación del personal sección 1.^a Grupos, escalas y categorías del Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social: "Ayudarán asimismo, a las Enfermeras y Ayudantes de planta, al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieren un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles la cama." página 215.

En España se calcula que un 20% de la población ha sufrido o sufrirá un trastorno mental en su periodo de vida, calculándose también que el 1% de la población sufrirá enfermedades mentales graves. Los pacientes mayores con trastorno mental grave conforman un conjunto de pacientes con necesidades primordiales, ya pueda ser en el plano psicológico como social. Las tasas de mortalidad y de alteraciones metabólicas son superiores a las de la población media (Baxter et al., 2016). En el caso de los pacientes ancianos, estas necesidades importantes se añaden a las cotidianas por la edad, sumadas por el riesgo aumentado, de situaciones cardiovasculares y síndrome metabólico que algunas veces no se detectan, elevando de esta forma el riesgo de forma muy importante (Gardner-Sood et al., 2015). Es por ello que resulta innegable la interrelación salud mental salud física (Paúl et al., 2015). La creación de un espacio de confianza y una adecuada relación entre el celador y el paciente mayor con trastorno mental grave será fundamental para poder tratar mejor a este grupo de pacientes. Las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas, así como sus propias dificultades, incrementan el riesgo de aislamiento y marginación. La estigmatización, además de sumar sufrimiento y dolor personal así como la exclusión social, puede contribuir a que la persona mayor afectada no quiera buscar ayuda por miedo a ser etiquetada.

Los pacientes mayores con enfermedades mentales graves tienen más altas tasas de mortalidad y morbilidad por causas no relacionadas directamente con su patología mental. La creación y evaluación de programas de atención preventiva y de seguimiento de estos pacientes se convierte en una necesidad cada vez mayor (Baxter, 2016). La OMS reconoce la importancia de atención primaria en la atención de estos pacientes por su visión integradora física y psíquica, desestigmatizadora y su cercanía al paciente. Especialmente en estudios realizados en atención primaria (Paúl, 2015) se destaca el papel de estos profesionales en la detección de personas en riesgo (ancianos, comorbilidad con enfermedad física, con discapacidad) para poder actuar de forma especial con ellos y poder prevenir futuras complicaciones. Por otra parte, programas como el Proceso Asistencial Integrado trastorno mental grave de Andalucía (Consejería de Salud, 2006), subrayan el papel de atención primaria en el seguimiento, detección y la valoración de la salud física de los pacientes con trastorno mental grave.

Otras iniciativas desarrolladas por todo el mundo para garantizar la cobertura de los pacientes con trastorno mental grave son las llamadas “Tratamiento intensivo comunitario”. Existen muchos programas y estudios acerca de este tipo de intervenciones, realizadas en la comunidad por personal especializado. Parecen haber demostrado una mejoría clínica y una mayor funcionalidad social en compara-

ción con programas no intensivos y estándar (O'Brien, et al., 2012); sin embargo, al comparar estos programas con otros diferentes pero también holísticos e integradores, las diferencias no están tan claras (Marshall y Lockwood, 2011), por lo que se precisarían más estudios que comparen la atención estándar con estos últimos (Dieterich, Irving, Park, y Marshall, 2010). Existen ensayos multicéntricos aleatorizados europeos recientes (Francia) (Tinland, et al, 2013), que sugieren el modelo de América del Norte, conocido como "Primera Vivienda", una estrategia prometedora e innovadora para prestar servicios de calidad a las personas sin hogar con enfermedad mental grave. El objetivo principal es el estudio de uso de servicios de alto coste como pueden ser los ingresos hospitalarios. Como objetivos secundarios incluyen los resultados de salud, el funcionamiento social, estabilidad de la vivienda y el contacto con los servicios de policía. Se trata pues de una asistencia sanitaria generosa del sistema nacional francés, centrada en un ámbito más social. Todas estas son iniciativas y estudios desarrollados en la comunidad que intentan encontrar un papel de la medicina general y los servicios sociales más activo en el cuidado del paciente mayor con trastorno mental grave. Nuestro objetivo es analizar la atención que existe actualmente para este grupo concreto de personas mayores y la percepción de las necesidades al respecto en el contexto de atención que requieren y su interrelación con el celador, siendo éste una persona importante para poder satisfacer las necesidades que demandan y saber ofrecer un mejor servicio a este colectivo que según estudios recientes esta en auge.

El celador que realiza trabajos con los enfermos de un hospital o centro sanitario en las unidades de cuidados paliativos, urgencias, áreas de psiquiatría, ejerce una función de elevada carga emocional, siendo en algunos casos difícil de digerir tras el enfrentamiento con pacientes mayores con trastorno mental grave. Pudiendo aparecer síntomas de ansiedad, estrés y agotamiento, que pueden reducir las capacidades físicas del celador y alterar su trabajo diario.

2 Objetivos

- Determinar la valía de los trabajadores a través de sus conocimientos en la materia y actitudes psicológicas para poder afrontar con éxito estas tareas.
- Analizar las posibles causas emocionales que puedan desarrollar los celadores por la elevada carga emocional de las tareas a realizar con este grupo de pacientes que se pueden encontrar en su trabajo diario en un centro sanitario.

3 Metodología

Hemos utilizado el método de un estudio descriptivo. Realizamos una amplia búsqueda de artículos científicos, por medio de criterios de selección en la base de datos Pubmed y Scielo. Descriptores: los utilizados son enfermedad mental, personas mayores, trastornos psicológicos, atención primaria. Búsquedas que nos han llevado a diferentes fuentes: páginas web, artículos, revistas electrónicas, etc. Fórmulas de búsqueda: Búsqueda y lectura de documentación consultada en diferentes bases de datos como: Medline, Dialnet Índice Médico Español, entre otros.

4 Resultados

La ausencia de concienciación en torno a los riesgos orgánicos de estos pacientes y su particular riesgo, fortalece la necesidad, percibida en estudios como el de Paúl (2015) de entrenamiento de los profesionales de atención primaria, hospitales y centros sanitarios en la detección de riesgos en pacientes mayores de Salud Mental. Además de la coordinación con Psiquiatría, algunos profesionales mencionan la necesidad de poder destacar en el listado de problemas las necesidades de estos pacientes para intentar poder abarcarlas más específicamente. En otras comunidades autónomas se ha realizado en base a estos programas de trastorno mental grave con apoyo de atención primaria y definición de protocolos concretos. Poder aprovechar el listado de problemas para el desarrollo de registros y, a partir de estos y su continua actualización, poder desarrollar programas en los que se establezcan puntos de colaboración entre Servicios, podría constituir una forma de integrar y estandarizar puntos de atención que, probablemente, quedan desatendidos en la actualidad. La valoración de los resultados se ve limitada por la escasa participación lograda. Nos planteamos nuevamente como principal motivo la dificultad que los profesionales presentan para percibir la relevancia de los servicios de atención primaria en pacientes mayores con una enfermedad mental grave. Así pues, se descubre un dato más a favor de la necesidad de abrir más canales de comunicación y de colaboración entre Servicios. Como conclusiones se destacan los siguientes puntos:

- Una clara evidencia en la necesidad de atención somática a los pacientes mayores con trastorno mental grave de edad anciana por su orientación integradora y cercanía a medio del paciente y su entorno socio-familiar.
- La falta de percepción de esta relevancia por parte de los profesionales de atención primaria, subraya la importancia de abrir espacios de coordinación entre

atención primaria y especializada. Éstos constituyen un apoyo a atención primaria y permiten la formación de los profesionales y garantizar una adecuada asistencia a los pacientes por parte de los celadores.

- Deberían valorarse la realización de programas que permitan la estructuración de la atención y la coordinación.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que llegamos con este trabajo de investigación, tomando como referencias artículos de revistas sanitarias, es que en la sanidad pública española, el celador juega un papel cada vez más importante, es por ello que deberá tener conocimientos sobre como tratar con personas mayores con trastornos mentales graves, así como experiencia en el trato con este colectivo. De esta forma establecerá el celador una relación más empática y profesional con el paciente.

El estigma en el paciente con patología mental grave es un problema actual y presente en nuestras vidas. Es percibido por el propio paciente, por la población general y por el propio celador de un hospital o centro sanitario donde realiza sus funciones. Es recomendable saber que el paciente está enfermo, no es enfermo. La importancia de la sensibilización ya sea de los celadores, de los profesionales como de la población en general. Podemos establecer que es de vital importancia una relación más unida entre las Unidades de Salud Mental, familiares y cuidadores de pacientes, como es en este caso los celadores. Hay margen de mejora en la Atención Primaria y base para futuros estudios. Análisis de tasas de mortalidad de origen orgánico en relación al paciente medio.

Otra de las conclusiones que sacamos es que cualquier enfermo con trastorno mental grave que es sometido a un traslado sanitario, ya sea dentro del propio hospital (traslados desde el área quirúrgica a UCI, por ejemplo) como de camino a él (un accidentado trasladado en ambulancia) corre el riesgo de desarrollar alteraciones graves de su fisiología normal como consecuencias de los procesos físicos y mecánicos que afectan al vehículo que transporta al paciente y a las distintas estancias donde se realiza su exploración. Por ello el transporte del paciente y más aquel que se encuentra en una situación crítica o muy grave no debe de ser un proceso improvisado, sino que tiene que ser un proceso en el que se lleven a cabo todas las medidas de prevención para asegurar un transporte lo más equilibrado posible.

Las encuestas revelan la necesidad percibida por los profesionales de una intervención conjunta entre el servicio de psiquiatría y la medicina de atención primaria. El desconocimiento de cuidados específicos para pacientes mayores con trastorno mental grave fue significativo con un 100% de los encuestados, no existiendo o no conociéndose ningún programa específico para estos pacientes. A diferencia de la información aportada por los estudios previamente comentados (Baxter, 2016; Paúl, 2015), en los que se subraya la especial fragilidad de los pacientes ancianos con enfermedad mental grave, los encuestados opinaron en un 37,5% de los casos que no se trataban de pacientes con necesidades especiales y que por ello requiriesen la realización de programas concretos. Del 62,5% restante, la mayoría de los profesionales opinaron que, en caso de existir alguna particularidad, era más de tipo social y psiquiátrico, no mencionándose en ningún caso la importancia de las comorbilidades físicas ni de una mayor tasa de mortalidad. Estudios como el de Garder-Sood (2015) en los que se plantea la realización de un screening en población de Salud Mental, detectándose tasas de riesgo.

6 Bibliografía

- Bannayan, G.A., y Hajdu, S.I. (1972). Gynecomastia: clinicopathologic study of 351 cases. *American Journal of Clinical Pathology*, 57, 431.
- Braunstein, G.D. (2007). Clinical Practice: Gynaecomastia. *New England Journal of Medicine*, 357, 1229.
- Deepinder, F., Braunstein, G.D. (2012).
- López, M. (2009). Ginecomastia. Manual del residente de endocrinología y nutrición de la SEEN.
- Narula, H.S., y Carlson, H.E. (2014).
- Nicolis, GL, Modlinger, R.S. y Gabrilov, J.L. (1971). A study of the histopathology of human gynecomastia. *Journal of Clinical Endocrinology y Metabolism*, 32,173.
- Niewoehner, C.B., y Nuttal, F.Q. (1984). Gynecomastia in a hospitalized male population. *The American Journal of medicine*, 77, 633.
- Simoes Dornellas de Barros, A.C. y Castro Moura, M. (2012). Gynaecomastia: physiopathology, evaluation and treatment. *Sao Paulo Medical Journal*, 130, 187-197.
- Subbiah, S., Walia, R. y Kumar, S. (2011). An unusual case of gynaecomastia. *British Medical Journal*. Doi: 10.1136/bcr.04.2011.4154.
- Viani, G.A., Godoi, L. y Stefano, E.J. (2012). Prevention of gynecomastia and Breast Pain Caused by Androgen Deprivaion Therapy in Prostate Cancer.

Capítulo 1157

FUNCIÓN DE CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

MARIA DOLORES RODRIGUEZ MUÑIZ

1 Introducción

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria. Esta unidad está integrado por farmacéuticos, farmacéuticos internos residentes (FIR), enfermeros (DUE), auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores. El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico. Según la Ley 25/1990, del 20 de diciembre del Medicamento, los hospitales con 100 o más camas contarán con un servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia del hospital.

Los hospitales del más alto nivel y aquellos otros que se determinen deberán disponerse de servicios o unidades de farmacología clínica. Los hospitales con menos de 100 camas que no seseen establecer servicios farmacéuticos podrán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para mantener un deposito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinados por la autoridad sanitaria competente. La distribución de medicamentos se realiza por dosis/día que utilizan cada uno de los pacientes ingresados. Se incluyen generalmente en los siguientes servicios: cirugía, medicina interna, traumatología, geriatría, neumología, ginecología, etc.

2 Objetivos

- Establecer las funciones generales del servicio de farmacia y del celador en dicha unidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

La función fundamental del servicio de Farmacia presente en cualquier hospital, será tener disponible los medicamentos demás productos galénicos, para ser administrados a los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización y para aquellos que en régimen ambulatorio lo precisen. A cargo de ella está un Facultativo Especialista en Farmacia y las actividades que se llevan a cabo dentro de la farmacia son preparación y dispensación de:

- Fórmulas magistrales y soluciones desinfectantes.
- Nutriciones parentales.
- Material estéril para curas.
- Los compuestos consignados en la farmacopea y formularios oficiales de Hospital
- La dispensación de medicamentos se realizará por stocks o por unidosis a los diferentes servicios.
- Control y dispensación de estupefacientes, psicotropos y medicamentos extranjeros.
- Control de los botiquines existentes en los distintos servicios.
- Propuesta de la adquisición de ciertos medicamentos, material de curas o productos.
- Elaboración de sistemas de registro de información para control de consumos, gastos y costes.
- Establecer registros de información acerca de los efectos de los medicamentos y farmacovigilancia.

Las funciones del celador en el servicio de Farmacia serán las siguientes:

- Recepción del material: se encarga de comprobar que el material servido corresponde con el que figura en los albaranes de entrega. No debe recogerlo en caso de no coincidir debe consultar con el responsable de farmacia.
- Acondicionamiento del material: entrega el material y una copia del albarán al personal sanitario, para que lo clasifique y coloque en los estantes. Algunos materiales son colocados directamente por los Celadores, como es el alcohol los botes de suero, pero en ningún caso medicamentos.
- Transporte de material dentro de la farmacia: en caso de cargas de gran volumen o peso.
- Distribución de medicación y demás productos a las Unidades de Hospitalización. Se encarga del traslado de peticiones de los distintos servicios hasta la farmacia y de los envases.
- El traslado suele realizarse por la tarde, una que se han registrados los cambios de medicación de cada paciente. - Cada carro contiene la medicación correspondiente al turno de la tarde, noche y mañana del día siguiente de cada paciente. El celador debe dejar el carro a cargo del personal de Enfermería que tenga asignados esos pacientes.
- Transporte de productos desde otras Unidades hasta la farmacia: determinados productos se encuentran en el almacén general y deben ser transportados hasta la farmacia. En el caso de que haya más de una farmacia, el celador se encargará de distribuir a las mismas el material necesario.
- Dispensación de determinado material: el celador de farmacia puede dispensar determinado material que él haya preparado o no (alcohol, nutriciones parentales, fórmulas magistrales).
- Preparación de alcohol: el celador es el encargado de preparar el alcohol rebajado a 70% que se emplea en las Unidades del Hospital.
- Controles e inventarios: el celador realizará recuentos periódicos del material que dispensa, para comprobar existencias reales de los productos almacenados y colaborará en el recuento del Inventario General que se realice en la Farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Conforme a lo expuesto en este artículo podemos concluir que los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y las estructuras de atención a la salud, están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas. En esta labor interviene activamente la figura del celador como figura importante dentro

del equipo multidisciplinar, ofendiendo cuidados de calidad al enfermo desde la propia unidad de farmacia hospitalaria.

6 Bibliografía

- Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud.
- Revista 10 Donostia Ospitalea. www.osakidetza.euskadi.es
- Hospital Universitari i Politènic. www.lafe.san.gva.es
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 1158

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE. EL DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU SALUD.

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

1 Introducción

El concepto de empoderamiento nace en la década de los 70 unido al proceso de fortalecimiento de los derechos y capacidades de las personas y comunidades vulnerables, haciéndoles ganar relevancia y confianza, de tal manera que todos los seres humanos tengan acceso a los recursos (Iapo, 2017) y a tomar todas las decisiones que afecten a sus vidas.

En el sector de la salud el concepto de paciente empoderado hace referencia a la aceptación del rol activo por parte del paciente respecto a las gestiones sobre su propia salud, pasando a tomar un lugar activo en vez del tradicional que le relegaba a un lugar pasivo, donde el paciente se limitaba a ser cuidado mientras los profesionales sanitarios tomaban las decisiones.

El empoderamiento del paciente tiene que ver con un cambio en la mentalidad y en costumbres arraigadas en el sistema sanitario, respetando como un derecho inalienable las opiniones, el derecho a escoger, a tomar decisiones,(Senes-

cencia,2016) a ser informado adecuadamente y a que su opinión sea una parte imprescindible en el proceso de atención y de toma decisiones.

2 Objetivos

La finalidad del presente trabajo es analizar las características fundamentales que el sistema sanitario a de ofrecer al paciente empoderado, así como estudiar aquellas susceptibles de ser mejoradas.

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha realizado un estudio pormenorizado de distintos artículos encontrados en buscadores como Google Académico, así como en distintas bases de datos como: Dialnet, Pubmed y Elsevier.

Como datos de inclusión se utilizan: textos completos avalados científicamente, escritos en los últimos 10 años, búsqueda en español e Inglés; se obtiene un amplio número de artículos del que se excluyen la mayor parte por falta de rigor científico. Se estudian en profundidad 13 de estos artículos.

Como descriptores de búsqueda se utilizan las palabras: empoderamiento, paciente, ámbito, sanitario.

4 Resultados

Podemos resumir en cuatro las características principales que el sistema sanitario a de ofrecer al paciente para que éste pueda hacerse responsable de sus propias decisiones, en definitiva para poder empoderarse, la accesibilidad, la equidad y la universalidad.

- Entendiendo por accesibilidad el derecho al uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios que garantice los mejores resultados para la salud del paciente. Para que un sistema sanitario sea considerado de alto valor a de ofrecer a la población diferentes vías de acceso , ofreciendo garantías de atención , sin más criterios que el de la propia necesidad en salud(Junta de Andalucía,2017)
- Equidad, significa que los usuarios del sistema sanitario puedan desarrollar su potencial máximo de salud, independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales, equidad implica que los recursos sean asignados según la necesidad de cada persona (Mscbs, 2019).

- Universalidad, es asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios, sin pasar penurias económicas, mediante un sistema sólido, eficiente y con un buen funcionamiento capaz de hacer frente a las necesidades de salud de la sociedad (OMS, 2012).
- Cohesión, que permitan el establecimiento de acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias que permitan garantizar las anteriores características, como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración general y de las CCAA, sin que deban existir diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas(BOE , 2003).

Han de añadirse a las características anteriores determinados elementos que son susceptibles de mejorarse a la hora de garantizar el fortalecimiento del paciente:

- El sistema sanitario que se precie ha de ser sostenible, solvente, solidario e innovador, apostando por la innovación, cuidando escrupulosamente la investigación y desarrollando nuevas tecnologías (Wordpress, 2016)
- El uso eficiente y efectivo de todos los recursos sanitarios disponibles, ya sean públicos o privados, gestionándolos de una manera sinérgica de tal forma que se puedan aprovechar eficazmente los recursos sanitarios.
- Concienciación de los ciudadanos en la gestión de su salud, el usuario ha de ser consciente de que lo que se usa se paga, y es un gasto pagado solidariamente por todos. Por ello es importante tener presente que nuestras decisiones sanitarias producen un gasto (Redacción Médica, 2019).
- Reforma y adecuación de las estructuras de SNS a la realidad demográfica, incrementando los centros de corta y larga estancia para gestionar la cronicidad y el proceso de envejecimiento, liberando de saturaciones a los centros de agudos y de corta estancia .(Torrente ,2019).
- Habilidades sociales del profesional, siendo un referente en educación sanitaria para el paciente, desde un punto de vista informativo y consejero en prevención. No olvidando que gran parte de las patologías que afectan al usuario tienen un componente psíquicosomático que si se es capaz de identificar es más fácil de resolver (Medicointeractivo, 2019).

5 Discusión-Conclusión

Los cambios profundos que se están produciendo en la sociedad dan paso al protagonismo del ciudadano, pasando a ser su salud el centro y la finalidad del sistema sanitario, con unos derechos bien definidos que dan al paciente el valor, no solo de colaborar en la gestión de su propia salud, sino de exigir una serie de

características (Cerezo, 2016), como accesos adecuados, tecnologías suficientes, limitaciones en las demoras de pruebas..., que redunden en su propia salud.

Desde el entorno del profesional de la salud se ha de aceptar , amoldar y favorecer que las cosas cambien, manteniendo un espíritu creativo y emprendedor ,está demostrado que un paciente informado, interactúa mejor con el profesional, aceptando tratamiento y continuándolos(Chana, P, 2012) , con resultados positivos para su salud y con menos repercusión económica para el sistema.

Podemos concluir el trabajo afirmando que el Sistema nacional de Salud, precia de una reforma que ha de ser consensuada por todas las partes que la conforman (March J ,2015), si se quiere que el paciente empoderado tenga los derechos que por ley le corresponden, derechos de accesibilidad, de equidad y de cohesión en igualdad en cualquier CCAA

6 Bibliografía

1. Iapo. Empoderamiento del paciente. 2017.
2. Senescencia. Corresponsabilización y participación de las personas en la gestión de su propia salud.
3. Junta de Andalucía. Eficiencia Accesibilidad Efectividad Experiencia del paciente Seguridad Coordinación Capacidad del sistema Innovación Accesibilidad.
4. Mscbs. Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud.
5. OMS. ¿Qué es la cobertura sanitaria universal?
6. BOE. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
7. Wordpress. Plan Estatal de Investigación Científica y Técnica y de Innovación 2013-2016.
8. Redacción médica. Gasto sanitario por habitante.
9. Torrente, C. La mayoría de pacientes mayores ingresados en hospitales de agudos no sobrevive más de cinco años.
10. Medicointeractivo. 10 estrategias del paciente empoderado.
11. Cerezo, P. NCBI. 1) Conceptos y medidas de empoderamiento del paciente: una revisión integral. Weblog
12. Chana, P. Empoderamiento del paciente: una nueva dimensión en la relación médico-paciente.
13. March, J. Pacientes empoderados para una mayor confianza en el sistema sanitario.

Capítulo 1159

COMO DEBE ACTUAR EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES.

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

1 Introducción

La mayoría de personas que acuden a centros hospitalarios o que están ingresados en los mismos, a veces tienen dificultades de movilidad a causa de diferentes patologías. Aquí es donde entra el celador, es el que se encarga de realizar los movimientos imprescindibles, siempre y cuando siga unas normas establecidas para disminuir riesgos y favorecer la comodidad del paciente. Por ejemplo para moverlos correctamente de la cama, así como el movimiento que deban realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital, a través de sillas de ruedas, camillas o la misma cama.

2 Objetivos

Conseguir un buen traslado de los pacientes que tenemos a nuestro cargo.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos sobre cómo debe actuar el celador y poder llegar a unos resultados y conclusiones

4 Resultados

El traslado de pacientes es habitual en un hospital, ya que es necesario para la realización de pruebas o intervenciones quirúrgicas.

El traslado puede ser mediante una silla de ruedas, una camilla o la misma cama del paciente.

Hay que tener en cuenta que al utilizar la cama, en un ascensor siempre ha de ir primero la cabecera y el celador, al igual que en una silla de ruedas, el celador mete la silla de espaldas.

El paciente debe de estar bien sujeto, debe de tener siempre las extremidades protegidas dentro de la silla o cama para evitar caídas o golpes en su desplazamiento.

Y por ultimo y no menos importante, hay que evitar situaciones donde el paciente pueda sentirse incomodo.

A través del trabajo en equipo, la comunicación entre el celador-auxiliar y el paciente, hará mas fácil nuestro trabajo y por lo tanto un mejor desplazamiento, ellos se sentirán agradecidos y habrá un mejor ambiente en el hospital.

5 Discusión-Conclusión

Hay que trasportar a los pacientes dándoles seguridad, no poniéndoles incómodos y utilizando las normas básicas para su desplazamiento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1160

EL PACIENTE TERMINAL ACTUACION DEL CELADOR.

VERONICA CALLEJA FERNANDEZ

1 Introducción

Se define como enfermedad terminal aquella que presenta características concretas, como la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en la que se produce una falta de respuesta a un tratamiento específico y la aparición de numerosos problemas o síntomas con un pronóstico de vida inferior a seis meses. Todo ello supone un gran impacto emocional para el propio enfermo, en su entorno y en el equipo terapéutico.

En la fase terminal no hay tratamiento curativo, se acerca la muerte en un plazo inferior o igual a seis meses. Según la Sociedad Española de Cuidados paliativos, la enfermedad avanza de una manera progresiva e imparable. Los cuidados paliativos son el objetivo principal ya que se dan en el tratamiento, diagnóstico y seguimiento tanto desde la atención primaria como la atención especializada. Se debe proporcionar confort porque provoca con el avance de la enfermedad un sufrimiento en el paciente, en su familia y también en el personal sanitario.

Todas las personas que son conscientes de la presión que las partes de su cuerpo ejercen cambian de postura a menudo. No obstante hay personas que debido al grado avanzado de su enfermedad no son capaces de darse cuenta o que por el contrario no pueden moverse por sí mismas, ya que pueden tener paralizadas partes de su cuerpo como las extremidades inferiores y debido a esto son frecuentes la aparición de úlceras por presión en determinadas partes de su cuerpo.

La actitud que cada persona toma ante la posibilidad de su propia muerte varia en función, de la edad, la personalidad, la duración de la enfermedad, el entorno familiar, la educación, las creencias religiosas, etc. Los pacientes terminales pasan por diferentes fases hasta llegar a la aceptación del hecho de su trayecto hacia su propia muerte.

2 Objetivos

- Conocer la actuación y comportamiento del celador ante el paciente terminal y su familia dando apoyo en todo momento.
- Analizar y determinar las técnicas de movilización y traslado con el objetivo de minimizar posibles lesiones.
- Determinar cómo realizar las movilizaciones para cambiar a los pacientes sin hacerles daño y las franjas de tiempo que pueden pasar entre las movilizaciones.
- Definir la manera más adecuada de comunicarse con los pacientes terminales para facilitar una correcta comunicación y el mayor bienestar para este.

3 Metodología

Se realizó una consulta bibliográfica sobre procedimientos de actuación y funciones del celador así como distintas bases de datos como Dialnet, ISOC, Google Académico, PubMed, Scisearch, Elsevier, además se realizaron consultas como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Ministerio de sanidad, Cuidar Bien. Además se han leído diversos artículos de SciELO.

4 Resultados

Se determinan los comportamientos ante el paciente terminal como escuchar al paciente, ser respetuoso, respetar las creencias, observar la comunicación no verbal, cautela en las palabras, acompañar al paciente, atender las necesidades del paciente, colocar al paciente en las posiciones adecuadas, apoyo a la familia y ante el duelo posterior. Mejorar en general en medida de lo posible la calidad de vida del paciente.

Los procedimientos utilizados en las movilizaciones y traslados de los enfermos terminales suponen un riesgo elevado de lesiones corporales para el personal que cuida a estos pacientes ya sea por la fuerza y coordinación que se necesita. Todo ellos afectan a la columna vertebral y proporciona una sobrecarga muscular,

que al ser de carácter repetitivo lleva a lesiones más graves e invalidante. De ahí la importancia de las técnicas adecuadas para la movilización de pacientes. El desconocimiento de estas hace que se actúe de manera improvisada y recurriendo a la fuerza. Por ello creemos que la movilización de enfermos terminales al tratarse de actos muy frecuentes, requieren un aprendizaje y un entretenimiento repetido que harán que los celadores realicen su trabajo de forma más segura y eficiente. Para atender al paciente todo el personal debe trabajar como un equipo coordinado e implicado. El papel del celador en este caso es muy importante ya que su actuación, empatía y saber estar pueden provocar sentimientos positivos tanto en la familia como en el paciente, siendo a la vez una actuación negativa la causante de mucho sufrimiento. Se trata de dar calidad de vida al paciente y a su familia, sin pretender alargar su supervivencia. Hay que tener muy presente las necesidades, tanto físicas, psicológicas, sociales o incluso las espirituales del paciente y de su familia. Por ello resulta prioritario involucrar a los trabajadores en la formación y actuación de técnicas de comunicación verbal y no verbal.

Tras los reconocimientos de los síntomas de una enfermedad avanzada e incurable donde el pronóstico de vida tiene un margen de vida determinado, podremos empezar a evaluar si lo más adecuado es que el paciente sea trasladado a su casa para sus últimos cuidados. Es aquí donde es fundamental también el papel de los celadores y del personal sanitario a través de la comunicación que se encargará de asesorar a la familia facilitándoles la mayor cantidad de información sobre el estado del paciente, aconsejar para que en todo momento los familiares expresen sus sentimientos e informar a las familias de la existencia de grupos de apoyo. Con estas acciones conseguiremos paliar en la medida de lo posible el sufrimiento del paciente y de sus familiares.

Cuando el enfermo colabora los cambios pueden llevarse a cabo con una sola persona y la ayuda que le proporciona el paciente, si el paciente no nos puede ayudar será necesario que estén dos personas para realizar las movilizaciones. Colocaremos la cama completamente recta, sin que este elevada y podemos usar una entremetida que este colocada debajo del paciente, esta debe llegar desde los hombros hasta los muslos. Con este método podremos colocarlo en decúbito lateral izquierdo o decúbito lateral derecho, o también podremos subir al paciente hacia la parte de arriba de la cama. También para movilizarlo hacia arriba podemos colocar la cama en posición de Trendelenburg y una persona por cada lado meter una mano debajo de los omoplatos del paciente y con la otra pasarla por debajo del brazo a la altura de la axila y entre los dos tirar hacia la parte de arriba de la cama.

Para el decúbito lateral tanto izquierdo como derecho podemos tirar del paciente a la altura del hombro y por abajo a la altura del muslo tirar de él hacia nosotros anteriormente habremos doblado la rodilla para que este rueda hacia nosotros y nos suponga un mínimo esfuerzo ya que hay que intentar facilitar las movilizaciones para intentar dañar lo menos posible la espalda, a la vez que hacemos todos estos movimientos debemos tener las rodillas flexionadas ya que cargaremos el mayor peso en ellas y no en la espalda, que a la larga sino se va a ir resintiendo.

Los cambios posturales normalmente se realizan cada dos horas aunque durante la noche se pueden posponer un poco más hasta las cuatro horas para facilitar el descanso de los pacientes. El celador deberá practicar la escucha activa, la empatía con el paciente y la aceptación, estos son los tres pilares básicos sobre los que se sustenta una buena comunicación con este tipo de pacientes y sus familiares. Con la escucha activa el oyente se sitúa en un segundo plano sin expresar su punto de vista, este se limitará a parafrasear y responder sin juzgar. Con la empatía se reconocen y se pueden identificar las diferencias emocionales del paciente y se le hace ver que se conecta con él. Y con la aceptación se permite que el paciente exprese lo que se siente sin ser juzgado. Tan importante como el mensaje que transmitimos con las palabras es la manera en que lo hacemos. El contacto físico, la mirada, el tono de voz, etc. Puede matizar, reforzar o incluso contradecir lo que decimos.

5 Discusión-Conclusión

El celador forma parte de un equipo y su trabajo es muy importante en este ámbito, ya que la enfermedad avanza de manera progresiva y hay que mantener la buena imagen del paciente, proporcionar un ambiente agradable, bienestar, mantener en orden la unidad del paciente.

Dentro de un hospital son muy frecuentes los traslados de enfermos sometidos a cuidados paliativos para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos. Para ellos, es necesario movilizar al paciente de una forma adecuada. El celador suele ser el primer eslabón entre el paciente y el médico, por lo que es fundamental que tengan unos conocimientos básicos que le ayuden en su cometido. Durante los cambios posturales es muy importante tener en cuenta tanto la salud del paciente como de los cuidadores que se encargan de ellos ya que si estos se resienten esto repercutirá en el enfermo.

La comunicación con el enfermo terminal debe centrarse en la información sobre su diagnóstico y tratamiento, y en el apoyo y comprensión de sentimientos para afrontar los duros momentos por los que este tiene que pasar. Destacar la importancia frente al paciente terminal del apoyo psicológico, tanto por parte del personal hospitalario como por parte de la familia, de la necesidad de la empatía y de poder comprender sus emociones y como se sienten y de expresar a través de la comunicación tanto verbal como no verbal, la ayuda que ha de prestarse a este tipo de enfermos, con el objetivo final de que se alcancen un grado de aceptación ante la situación que les rodea.

6 Bibliografía

- www.mscbs.gob.es
- www.cuidadospaliativos.info.es
- www.cuidarbien.es
- www.ho.int
- www.innsz.mx
- www.cancer.gob.org

Capítulo 1161

EL CELADOR ANTE EL AISLAMIENTO DE PACIENTES CONTAGIOSO

BEATRIZ RIO DIAZ

JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL

LAURA LIZCANO BARREIRA

1 Introducción

El aislamiento es la separación de un paciente que tiene una enfermedad transmisible del resto de pacientes, descartando el personal sanitario y con ello evitar la transmisión de enfermedades. Todo el personal está en la obligación del cumplimiento de las normas que se deben de tomar en el hospital para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas en las distintas estancias y servicios hospitalarios.

2 Objetivos

- Describir los tipos de aislamiento.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática. Buscamos información en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, utilizando las palabras claves: aislamiento, paciente, infección, hospital, encontrando un total de

31 artículos de los cuales se seleccionaron 17 en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

Todas las habitaciones de pacientes infecciosos deberán estar debidamente señalizadas con el tipo de aislamientos con el material necesario para acceder a ellas. Podemos encontrar distintos tipos de aislamiento:

- Aislamiento estricto, su contagio puede propagarse tanto por vía aérea como por contacto directo. El paciente estará en una habitación individual, con la puerta permanentemente cerrada, dotada de lavabo y con todo el material clínico de uso exclusivo para él. Toda persona que acceda a la habitación deberá colocarse de forma obligatoria antes de entrar la mascarilla, nada más entrar se lavará las manos y se pondrá bata, guantes y calzas, material que se encontrará preparado dentro de la habitación, antes de salir se retirará todas las prendas contaminadas, menos la mascarilla y las depositarán en contenedores especiales que estarán dentro de la habitación para tal efecto.
- Aislamiento de contacto, su contagio se propaga únicamente por contacto directo tanto en heridas y lesiones cutáneas como en secreciones orales. El paciente estará en una habitación dotada de lavabo, permanecerá con la puerta cerrada y tendrá todo el material clínico de uso exclusivo para él. Podrá ser compartida por otro paciente que esté contaminado con el mismo microorganismo. Cuando se entre en la habitación se deben de lavar las manos y a continuación colocarse bata, mascarilla y guantes. Se deberá de abstener el tocar con las manos heridas o lesiones. Antes de salir se retirará toda la ropa contaminada y será depositada en contenedores especiales que estarán dentro de la habitación para tal efecto.
- Aislamiento respiratorio, su propagación es por vía aérea a través de gotitas o de partículas que contienen el agente infeccioso en una distancia igual o superior a un metro. El paciente estará en una habitación individual, con lavabo en su interior y la puerta permanecerá siempre cerrada, es muy importante que la presión de la habitación sea siempre negativa para evitar la dispersión de gérmenes al abrirse la puerta. La habitación puede ser compartida por enfermos que estén contaminados con el mismo germen. Antes de entrar es obligatorio colocarse mascarilla de alta resolución y lavarse las manos al acceder a ella y antes de salir. La mascarilla se retirará cuando se salga de la habitación y será depositada en un contenedor especial que estará colocado en la salida de la puerta.

- Aislamiento entérico, su contagio se produce por contacto directo o indirecto con heces infectadas o por elementos que están contaminados por los mismos. El paciente estará en una habitación individual, con lavabo en su interior, la puerta permanecerá cerrada y tendrá todo el material clínico exclusivo para él. Al entrar en la habitación habrá que lavarse las manos y es de uso obligatorio la bata si se va a tener contacto directo con el paciente así como el uso de guantes cuando se manipule el material contaminado dentro de ésta. Antes de abandonar la habitación se depositará la bata y los guantes en el contenedor especial colocado para tal efecto.
- Aislamiento protector o inverso, al contrario de los otros tipos de aislamiento este es para proteger al propio paciente ya que sufre una deficiencia en su sistema de defensa, lo que se conoce como paciente inmunodeprimido o con depresión inmunológica. El paciente estará en una habitación individual, con lavabo en su interior, la puerta permanecerá cerrada, tendrá todo el material clínico exclusivo para él y la presión de la habitación será positiva impidiendo así la entrada de algún germen al abrir la puerta. Será obligatorio el lavado de manos antes de entrar a la habitación al igual que el uso de bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas. Toda la ropa y guante serán retirados al salir de la habitación en el contenedor especial preparado para ello.

5 Discusión-Conclusión

Todas las obligaciones indispensables que tanto el celador, como el resto de personal debe de cumplir se tienen que respetar en el momento de tratar con el paciente. Cualquier técnica mal realizada puede desencadenar en un empeoramiento y un grado de peligrosidad tanto para el paciente como para el personal sanitario. El paciente será instalado en una habitación individual con medidas para evitar el contagio. Las precauciones que todo tipo de aislamiento hospitalario busca son las de interrumpir la cadena epidemiológica, separando la fuente o el reservorio y cortando el mecanismo de transmisión, disminuir la incidencia de infección nosocomial, prevenir y controlar los brotes y racionalizar el uso de recursos.

Se puede afirmar que las tres vías principales de transmisión de enfermedades en el medio sanitario son por contacto, aérea y por transmisión mediante un vehículo, por ello todas las medidas para evitar la propagación de gérmenes deben de ser de obligado cumplimiento para todo el personal sanitario como para los familiares.

El paciente contagioso debe de percibir los mismos cuidados que otro tipo de paciente e incluso mayor ya que su situación respecto a los demás no es la misma. Nunca se deberá de tomar ninguna aptitud de rechazo ante un paciente de este tipo y al igual que con él actuaremos ante sus familiares demostrando empatía y afinidad.

6 Bibliografía

- Manual de aislamiento hospitalario MINSA 2003
- Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Ramón y Cajal. Madrid.2002
- Comite de Seguridad Biología.
- Logoss

Capítulo 1162

PREVENCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA EN EL ÁMBITO LABORAL

CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El esfuerzo físico es parte esencial de toda actividad laboral, siendo un elemento de fatiga importante, no solo en aquellos trabajos considerados “pesados”, sino también en trabajos que se desempeñan en nuestro sector, como enfermería, celadores, personal administrativo, cirugía, etc. El manejo de cargas, el mantenimiento de posturas inadecuadas, los movimientos repetitivos y el trabajo con pantallas de visualización de datos, entre otros, pueden ser causas de lesiones del sistema músculo esquelético. La fatiga subjetiva debería ser considerada como el indicador más fiable para establecer la carga física apropiada a la capacidad de trabajo concreta.

De los daños músculo esqueléticos el dolor de espalda es la patología más frecuente entre el personal que trabaja en sanidad.

2 Objetivos

- Conocer la magnitud del problema de patología músculo esquelética.
- Recabar información sobre su repercusión en el absentismo laboral.
- Proponer medidas preventivas a adoptar para evitar esta patología los trabajadores.

3 Metodología

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

4 Resultados

De los daños músculo esqueléticos, el dolor de espalda es la patología más frecuente entre el personal que trabaja en sanidad. Las lesiones músculo esqueléticas incluyen alteraciones que se identifican y clasifican según los tejidos y estructuras afectados, se trata sobre todo de mialgias, tendinitis y/o tenosinovitis, compresión de los nervios, artritis y trastornos degenerativos de la columna. Estos trastornos suelen ser de carácter crónico por lo que se desarrollan durante largos períodos de malestar y dolor, de ahí la dificultad para su identificación y relación con los factores laborales, así como su consideración como enfermedades profesionales.

Las lesiones músculo esqueléticas se producen por la exposición de los trabajadores a factores de riesgo procedentes de la carga física de trabajo tales como las posturas forzadas, los movimientos repetidos y la manipulación de cargas, éstas constituyen la causas inmediatas porque están relacionadas estadísticamente con las lesiones músculo esqueléticas, a diferencia de otros factores de riesgo, considerados como causas favorecedoras por estar relacionadas con la organización del trabajo, como son por ejemplo el ritmo del trabajo. El ritmo del trabajo constituye un indicador de cómo el trabajador percibe las demandas externas y de cómo las gestionan para acomodarlas a su capacidad de ejecución. El trabajo a alto ritmo, con objetivos temporales muy estrictos y determinados puede provocar reacciones de estrés. El estrés se considera como un factor a tener en cuenta en el desarrollo de las lesiones músculo esqueléticas porque produce una limitación en la capacidad del organismo y pueden provocar situaciones de excesivo esfuerzo por parte del trabajador.

En las lesiones músculo esqueléticas predomina el dolor como síntoma y consecuentemente una cierta alteración funcional. Pueden afectar a cualquier parte del cuerpo y su gravedad se extiende desde la fatiga postural reversible hasta

afecciones periarticulares irreversibles. En una primera fase aparecen síntomas de forma ocasional para instaurarse posteriormente de forma permanente y crónica. El dolor osteomuscular es muy frecuente en las distintas categorías del sector sanitario público y ocasiona baja laboral en un alto porcentaje de afectados. Las principales localizaciones son espalda, cuello, tobillos/pies y muñecas/manos.

5 Discusión-Conclusión

En general se debe seguir el principio de ajustar el trabajo a las personas y no a la inversa. Para ello se suele recurrir a la combinación de alguna de las siguientes acciones o medidas preventivas:

- Medidas basadas en el diseño de los puestos de trabajo para mejorar los espacios o lugares, los métodos y los equipos de trabajo.
- Medidas basadas en cambios en la organización del trabajo, evitando ritmos excesivos, estableciendo instrucciones y supervisiones de trabajo adecuadas a las tareas, organizando sistemas de rotación, pausas y descansos y fomentando, entre otras, el trabajo en equipo.
- Medidas dirigidas a la mejora de los métodos de trabajo, con información sobre los riesgos y formación de los trabajadores y trabajadoras, sobre la forma correcta de realizar las tareas para prevenir lesiones musculoesqueléticas.

Algunas medidas concretas para evitar, con carácter general, los riesgos de alteraciones musculoesqueléticas por manejo de cargas, mantenimiento de posturas inadecuadas o realización de movimientos repetitivos son:

1. Poner a disposición del personal dispositivos mecánicos para evitar el manejo manual de cargas.
2. Instruir en el uso adecuado de los mismos.
3. Mantenimiento preventivo del aparataje, mobiliario y medios mecánicos.
4. Disponer áreas de trabajo bien distribuidas e iluminadas, mejorar la calidad del suelo para los desplazamientos y mantener los espacios de trabajo ordenados y libres de obstáculos.
5. Acondicionamiento adecuado de las condiciones ergonómicas de los elementos de trabajo.
6. Instruir al personal en técnicas para el manejo de cargas y en caso de no disponer de medios mecánicos manejar las cargas sin prisas y entre dos o más personas.
7. Registro adecuado de los casos de lesiones relacionadas con el riesgo postural, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas o el uso de pantallas de

visualización.

8. Vigilancia de la salud orientada específicamente a los riesgos de lesiones musculoesqueléticas, según protocolos específicos elaborados por las autoridades sanitarias.

9. Estudio y análisis epidemiológico de los datos sobre vigilancia de la salud. Tratamiento adecuado para las personas afectadas proporcionando asistencia médica y de rehabilitación. Recolocación en tareas sin riesgos de las personas lesionadas.

10. Uso de calzado adecuado para evitar las lesiones de pies y tobillos por tener que realizar frecuentes desplazamientos o postura mantenida de pié.

6 Bibliografía

- Protocolo de Vigilancia Sanitaria Especifica Manipulación de Cargas. Comisión de Salud Publica Consejo Interterritorial Servicio Nacional de Salud.
- Díaz, C. Ipas, M. Método de evaluación de la carga física en puestos de trabajo.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 1163

SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO: RECLAMACIONES, QUEJAS Y SUGERENCIAS

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA

MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ

LAURA RODRIGUEZ PIÑERA

1 Introducción

Las reclamaciones y sugerencias constituyen la máxima expresión de la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario dado que, a través de él, estos manifiestan su opinión sobre su funcionamiento. Son, además, uno de los instrumentos fundamentales empleados habitualmente por las instituciones sanitarias para conocer la percepción que tienen los destinatarios de sus servicios. Este conocimiento permite la adopción de medidas que permitan mejorar la calidad.

El derecho a presentar reclamaciones y sugerencias en el ámbito sanitario se encuentra recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde expresamente dice, en su artículo 12 que “se facilitará a todos los usuarios información sobre las vías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones”.

En el Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano, entre sus funciones, recoge-

das en el artículo 4, se encuentra la de “recepción de las iniciativas o sugerencias formuladas por los ciudadanos, o por los propios empleados públicos para mejorar la calidad de los servicios, incrementar el rendimiento o el ahorro del gasto público, simplificar trámites o suprimir los que sean innecesarios, o cualquier otra medida que suponga un mayor grado de satisfacción de la sociedad en sus relaciones con la Administración General del Estado y con las entidades de derecho público vinculadas o dependientes de la misma”, y la de “recepción de las quejas y reclamaciones de los ciudadanos por las tardanzas, desatenciones o por cualquier otro tipo de actuación irregular que observen en el funcionamiento de las dependencias administrativas”.

En el capítulo III de este Real Decreto, se configura, con carácter común a toda la Administración General del Estado, el Libro de Quejas y Sugerencias, como “el instrumento más adecuado para recoger y tramitar las que los ciudadanos deseen formular sobre el funcionamiento, forma de prestación o calidad de los servicios públicos gestionados por aquélla, cuando consideren que han sido objeto de cualquier tipo de desatención o de irregularidad o cuando piensen que se pueden mejorar cualesquiera de dichos aspectos”. En nuestra Comunidad Autónoma en 1985, se aprobó el Decreto 88/1985, de 5 de septiembre, por el que se reguló la Oficina de Información, Iniciativas y Reclamaciones de la Administración del Principado de Asturias, decreto inspirado fundamentalmente en las normas del procedimiento administrativo estatal vigentes en el momento de su aprobación.

Con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se estableció un nuevo concepto de las relaciones entre las Administraciones Públicas y los ciudadanos por lo que se hizo necesario actualizar la normativa en materia de atención ciudadana y de oficinas de registros, garantizando que todas las personas puedan ejercer el derecho de acceso a la información en el sector público en condiciones de igualdad.

Se elabora entonces el Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos, que deroga la normativa vigente hasta aquel momento, en esta materia, en nuestra comunidad.

Este decreto tiene como objeto “regular la atención ciudadana a prestar por el Servicio competente en la materia (en adelante, SAC) y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos”. Entre las funciones del SAC, descritas en el capítulo

II sección 1ª apartado b), se encuentra la “Recepción y gestión de sugerencias y quejas”.

2 Objetivos

Establecer en este capítulo las normas que actualmente están en vigor y cómo afectan estos cambios a los auxiliares administrativos que trabajan en los Servicios de Atención al Usuario de las instituciones sanitarias.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de toda la normativa relacionada con el tema expuesto, verificando cuáles son las leyes que quedaron derogadas y cuáles están actualmente en vigor.

4 Resultados

Para cumplir con la normativa establecida en este circuito e impulsar las acciones que faciliten la participación de los usuarios en la mejora continua del sistema se redactan los siguientes estándares de calidad:

- El centro impulsa de forma proactiva la transmisión de quejas, sugerencias, reclamaciones o agradecimientos en relación con la atención sanitaria.
- El centro garantiza la contestación en el tiempo y forma establecido por la normativa vigente, de las reclamaciones planteadas.
- La dirección del centro hace un análisis agrupado de las reclamaciones, quejas y sugerencias e incorpora los resultados en acciones de mejora.

El Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, define así las sugerencias y quejas:

“d) Sugerencia: manifestación o declaración de un ciudadano en la que este transmite una idea con la que pretende mejorar los servicios que presta la Administración del Principado de Asturias o sus organismos y entes públicos, o alguno de sus procesos, o bien solicita la prestación de un servicio o actuación no previsto o no ofrecido. e) Queja: exposición de una incidencia, durante la prestación de un servicio por parte de la Administración del Principado de Asturias o sus organismos y entes públicos que produce en la persona que reclama la percepción de ineficacia o de actuación inadecuada, y requiere de una respuesta.”

En su sección 3ª, artículo 11, establece su forma de presentación, tramitación y control:

“1. Las sugerencias y quejas podrán presentarse a través de los canales previstos en las letras a), b) y e) del artículo 6. En todo caso, el solicitante debe estar debidamente identificado y serán dirigidas al SAC.

2. Recibida la sugerencia o queja, el interesado recibirá constancia de su presentación y del trámite que se dé a la misma en el plazo de siete días.

3. En el plazo de dos días, el SAC remitirá la sugerencia o queja al órgano o la unidad afectada por la misma, quien informará al respecto en el plazo de quince días. Transcurrido ese plazo sin que se hubiese recibido el informe solicitado, se reiterará la petición dirigiéndola a la Secretaría General Técnica de la Consejería competente.

4. Recibido el informe anterior, el SAC lo comunicará al interesado en el plazo de un mes, dando por finalizado el procedimiento.

5. Las sugerencias o quejas relativas a los organismos y entes públicos previstos en el artículo 2b) serán remitidas por el SAC al correspondiente organismo o ente para su tramitación.

6. Corresponde a las Secretarías Generales Técnicas, controlar la gestión de las sugerencias y quejas relativas a su Consejería.”

Además, en su artículo 12, define la obligatoriedad de realizar informes anuales de las sugerencias y quejas recibidas:

“EL SAC remitirá a las Secretarías Generales Técnicas de las Consejerías, durante el primer trimestre de cada año, informe sobre las sugerencias y quejas que se hayan presentado en relación con los servicios de las mismas. Asimismo, dará traslado de dichos informes a la Inspección General de Servicios.”

Elementos de los tres estándares:

- Existe un plan/estrategia/procedimiento para informar a los usuarios e impulsar activamente la transmisión de reclamaciones, quejas y sugerencias.
- Los profesionales conocen el procedimiento y lo implementan.
- El centro sanitario impulsa la recogida proactiva de sugerencias.
- Las reclamaciones son contestadas en el tiempo establecido.
- Se realiza análisis de los motivos agrupados de las reclamaciones, agradecimientos, etc.
- El centro elabora un informe anual de quejas, reclamaciones y sugerencias que se difunde a los profesionales.
- La dirección incorpora los resultados del análisis en acciones de mejora.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones de los auxiliares administrativos que trabajan dentro de los Servicios de Atención al Usuario dentro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) serán los de informar y orientar al ciudadano sobre la forma de ejercer sus derechos y deberes en relación con el SESPA y en concreto con los derechos relacionados con la información sanitaria:

- 1.- Derecho a la información asistencial.
- 2.- Derecho a la información epidemiológica
- 3.- Derecho a la información previa al consentimiento informado .
- 4.- Derecho de renuncia a recibir información.
- 5.- Derecho a una información de calidad.
- 6.- Derecho a la información sobre el sistema sanitario.
- 7.- Derecho a la información para elegir médico y centro sanitario.
- 8.- Derecho a la información sobre registro y acceso a la información contenida en la Historia Clínica.
- 9.- Derecho al Informe de alta.
- 10.- Derecho a la certificación de la información sobre el estado de salud.

Además se ha establecido a lo largo del capítulo cuáles son las normas en vigor a las que deben atenerse en su labor. Recordar también que hay que tener muy en cuenta el Derecho a la confidencialidad en toda la información que se facilite.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Real Decreto 208/1996, de 9 de febrero, por el que se regulan los servicios de información administrativa y atención al ciudadano.
- Decreto 88/1985, de 5 de septiembre, por el que se reguló la Oficina de Información, Iniciativas y Reclamaciones de la Administración del Principado de Asturias.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- Decreto 89/2017, de 20 de diciembre, por el que se regula la atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros en la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

Capítulo 1164

RIESGO DORSOLUMBAR EN PERSONAL HOSPITALARIO.

MARÍA YOLANDA GARCÍA VILLABRILLE

SONIA LÓPEZ MARTÍN

1 Introducción

En el sector sanitario los trastornos músculo-esqueléticos son uno de los problemas más comunes entre el personal debido al esfuerzo que supone la movilización de pacientes la mayoría de las veces de forma manual. Entre ellos, las más frecuentes son las lesiones dorsolumbares. Debido al paso del tiempo y a la mala aplicación la mayor parte de las veces de la mecánica corporal se van generando problemas en la condición física y la salud del trabajador provocando diferentes tipos de patologías, por lo que es importante informar al personal de los riesgos a los que está expuesto y realizar un estudio ergonómico de cada área de trabajo con el objetivo principal de promover la salud, el bienestar y reducir accidentes de dicho personal.

2 Objetivos

- Determinar el tipo de tareas que suponen un riesgo a nivel dorsolumbar para el personal hospitalario, describir el tipo de dolencias a las que están expuestos en el desarrollo de dichas tareas.
- Enumerar los distintos factores que ayudarían a optimizar su trabajo disminuyendo cargas y realizando una mejora de calidad asistencial.

3 Metodología

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

4 Resultados

El dolor dorsolumbar supone la situación más frecuente de discapacidad a lo largo de la vida laboral del personal hospitalario, que es uno de los colectivos cuya salud se ve mas afectada por la realización de su trabajo. Hay un alto porcentaje de accidentes ligados a lesiones de esfuerzo, principalmente lesiones de espalda, que en este colectivo se agrava debido a las altas exigencias físicas que conlleva.

Factores generales que influyen en este tipo de dolencias:

- Incorporar, levantar, sostener y desplazar a pacientes dependientes.
- Manipular equipos y materiales pesados y voluminosos (de más de 15kg.).
- Adoptar posturas incorrectas.
- Realizar inclinaciones o torsiones inadecuadas.
- Desarrollar continuas tareas repetitivas.
- Permanecer de pie más de 8 horas continuadas.

Estas tareas se realizan a veces con posturas forzadas, de difícil equilibrio y en situaciones de resistencia, lo que hace que el riesgo se vea incrementado.

Factores de carácter individual que suponen riesgo dorsolumbar:

- Debilidad física (fatiga muscular, falta de flexibilidad en tendones y ligamentos, artritis) para desarrollar este tipo de tareas.
- Utilización de ropa, calzado y efectos personales inadecuados.
- Insuficiencia de conocimientos o de formación.
- Existencia previa de algún tipo de patología dorsolumbar.
- La edad.
- El sexo.
- El sobrepeso.

Según estudios realizados en diferentes centros hospitalarios entre el 38% y el

57% de los trabajadores dicen estar expuestos a riesgos ergonómicos durante toda su jornada laboral, de entre ellos el 71% presentan dolencias principalmente de cuello y el 51% de espalda. Factores psicológicos:

- Baja satisfacción laboral.
- Carencia de compañerismo en el centro de trabajo.

Este tipo de factores a los que están sometidos los trabajadores les provoca:

- Tensión muscular inconsciente y prolongada.
- Disminución en el uso de unos requisitos mínimos de prevención debido al carácter urgente de su tarea.

Patologías:

El dolor de espalda desde el punto de vista anatómico se define como cualquier tipo de dolor localizado en la parte posterior del cuerpo desde los hombros hasta la cintura. La espalda la podemos dividir en dos sectores:

- Espalda superior o zona dorsal que contiene la columna dorsal.
- Espalda inferior o zona lumbar que contiene la columna lumbar.

La zona lumbar es la de mayor movilidad y la que está sometida a mayor sobrecarga. De todos los dolores de espalda, el porcentaje más importante (70%) corresponde a la zona lumbar. Los componentes más importantes de la anatomía de la espalda son:

- Las vértebras. Tenemos de 33-35 vértebras. Se dividen en:
 - 7 cervicales.
 - 12 dorsales.
 - 5 lumbares.
 - 5 sacras.
 - 4 a 6 coccigeas fusionadas.

Las cervicales son más débiles que las lumbares.

- Los discos. Sirven para amortiguar los movimientos de las vértebras entre si.
- Los ligamentos. Sujetan entre si las vértebras superpuestas garantizando así cierta rigidez y solidez de la columna vertebral.
- Los músculos. Se insertan por encima de los ligamentos, permiten que la columna se mantenga derecha y pueda moverse.

El origen del dolor de espalda se encuentra en lesiones, alteraciones o disfunciones de los elementos de la columna vertebral, que incluyen tanto estructuras neurales (médula, raíces y plexos nerviosos) como musculoesqueléticas y articulares. Puede afectar, por tanto, a la región cervical, dorsal o lumbar. El dolor en

la zona lumbar se produce normalmente por una contractura debida a una postura forzada relacionada con el trabajo, a estrés o a un sobreesfuerzo. Este tipo de dolor a veces se irradia hacia la extremidad inferior debido a la compresión de un nervio. Según la duración del dolor se puede clasificar en:

- Agudo: cuando dura menos de 6 semanas.
- Subagudo: si dura entre 6 semanas y 3 meses.
- Crónico: el que se prolonga durante más de 3 meses.
- Recurrente : si se producen episodios agudos sucesivos separados por periodos libres de síntomas de 3 meses de duración.

Si las crisis son frecuentes, más de tres en un año, se puede considerar que el proceso se cronifica. Según el ritmo del dolor puede ser:

- Mecánico: es el más habitual; se caracteriza porque se agudiza con el movimiento y disminuye o cede cuando se está en reposo, suele ser de origen inespecífico y habitualmente es autolimitado. Al avanzar en la vida, el dolor de espalda de tipo mecánico suele estar relacionado con procesos degenerativos inherentes a la edad u otras circunstancias especiales.
- Neuropático: se trata de un dolor en la zona de los nervios lesionados y puede describirse como un hormigueo o quemazón que se potencia con el roce. Puede irradiar a las extremidades, alterar la sensibilidad y no cede con el reposo.
- Inflamatorio: no cede en reposo y en algunos casos reaparece o empeora con el descanso nocturno; es característico de afecciones reumáticas o viscerales

El dolor dorsal normalmente es de tipo mecánico y es producido por un sobreesfuerzo o una deficiente higiene postural. Puede comenzar con un dolor moderado que se incrementa con el movimiento causando limitación funcional. La aparición de dolor agudo puede suponer que un nervio intercostal esté afectado causando dolor con el movimiento e incluso con la inspiración profunda.

El trabajador debe conocer las limitaciones y posibilidades de su columna vertebral, a la vez que aplicar diversas técnicas de movilización y economía del esfuerzo como:

- Aproximarse a la carga que desea desplazar ya que sino la zona lumbar se expone a un esfuerzo cinco veces superior a lo normal.
- Buscar el equilibrio con la correcta posición de los pies.
- Fijar la columna vertebral manteniéndola recta y alineada.
- Utilizar la fuerza de las piernas.
- Aprovechar el peso del cuerpo para desplazar la carga.
- Realizar el trabajo en equipo.

El peso máximo en condiciones ideales que un trabajador debe levantar será:

- 25 kg. en general.
- 15 kg. para mujeres, trabajadores jóvenes o mayores, o si se quiere proteger a la mayoría de la población.

Peso máximo en condiciones especiales:

- 40 kg. trabajadores sanos y entrenados, manipulación esporádica y en condiciones seguras (evitar si se puede utilizando grúas, elevadores, etc.).

Cinturones de transferencia. Se trata de cabestrillos de tela acolchada (u otro material similar) con asideros para las manos. Se colocan en la cintura o en la zona lumbar del usuario. En función del modelo pueden tener diferentes usos:

- Ayudar en la movilización del usuario entre dos superficies (por ejemplo de la silla de ruedas al inodoro).
- Ayudar en la deambulación del usuario (sirven de soporte).
- Recolocarlo a un usuario sobre una superficie.

Discos de transferencia: Se trata de discos giratorios para ayudar a la transferencia. Los discos se colocan en el suelo y los pies del usuario sobre el disco de transferencia. Se usan para girar al usuario 90 grados. Evitan que el trabajador tenga que realizar movimientos de giro. Tablas de transferencia: Una tabla de transferencia es un tablero rígido o semi-flexible que puede usarse para mover usuarios desde una superficie a otra que esté a una altura similar.

5 Discusión-Conclusión

El personal hospitalario debe de adquirir una correcta formación en movilización de pacientes y debe ser conocedor de diversos factores preventivos como:

- Manejo de grúas.
- Pedir ayuda a compañeros.
- Realizar una adecuada movilización.
- Fortalecerse realizando ejercicio físico.

Además por parte del centro hospitalario se debe de realizar una valoración del número de pacientes no autónomos, de las maniobras que se realizan de forma manual, así como precisar el nivel de formación que posee el personal en movilización de pacientes. Hay que considerar la salud del trabajador como parte de la eficiencia y calidad del servicio de atención y asistencia al paciente o persona dependiente, atendiendo, por tanto, al ritmo de trabajo y al número de enfermos

y tareas que cada empleado puede desarrollar sin poner en peligro su salud dorsolumbar.

El estilo de vida occidental dificulta unos hábitos de vida saludables, produciendo una alta carga de estrés y unos malos hábitos posturales que pueden favorecer o agravar los dolores de espalda. La elevada prevalencia y las manifestaciones clínicas condicionan que el dolor de espalda sea un motivo importante de pérdida de calidad de vida además de ocasionar importantes repercusiones socioeconómicas, tanto por la atención sanitaria como por la pérdida de jornadas de trabajo.

6 Bibliografía

- <http://repositorio.usfq.edu.ec>
- <http://dspace.umh.es/>
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- <https://pdfs.semanticscholar.org/>
- <https://blogs.imf-formacion.com/>
- <https://www.semergen.es/>
- <https://www.unirioja.es/>
- <http://ergodep.ibv.org/>

Capítulo 1165

RIESGOS POR EXPOSICIÓN A AGENTES QUÍMICOS

MARÍA YOLANDA GARCÍA VILLABRILLE

SONIA LÓPEZ MARTÍN

1 Introducción

Dentro de los riesgos a los que están sometidos los trabajadores en los centros hospitalarios están los derivados de la exposición a los diferentes agentes químicos empleados en su tarea diaria. Los riesgos químicos juegan un papel importante en los servicios hospitalarios, ya que el personal puede absorber sustancias químicas durante su manejo o por mantenerse cerca de ellas.

Los gases anestésicos, antisépticos, manipulación de drogas citostáticas, medicamentos y preparados farmacéuticos pueden provocar efectos biológicos en el trabajador, dependiendo de la concentración, manipulación, exposición, susceptibilidad del trabajador, el agente y la práctica de protección adoptada por el personal.

2 Objetivos

- Enumerar los distintos agentes químicos a los que están expuestos en el día a día los trabajadores en los centros hospitalarios dependiendo del servicio en el que están adscritos y describir el tipo de patologías que pueden llegar a padecer por dicha exposición.

3 Metodología

Revisión bibliográfica. Bases de datos utilizadas. Eglobal, Scielo, Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo. Google Académico. Estrategia de búsqueda: “Riesgos químicos en personal hospitalario”.

4 Resultados

Los trabajadores hospitalarios se encuentran expuestos en gran medida a los siguientes agentes químicos:

- Agentes anestésicos: son sustancias que afectan al sistema nervioso central y que pueden provocar problemas a nivel de movilidad, conciencia y sensibilidad. De carácter general se absorben por vía respiratoria y los más usados son el Óxido de dinitrógeno, Isoflorano entre otros. Este tipo de productos suelen encontrarse en lugares como quirófanos y estancias cercanas a este, como pueden ser salas de reanimación, paritorios y otro tipo de lugares donde se puedan administrar gases anestésicos a pacientes. Los efectos sobre la salud para el personal que se expone de manera recurrente son de alto grado de peligrosidad, siendo los principales: infertilidad, problemas en el hígado, riñones e incluso malformaciones.
- Agentes esterilizantes y desinfectantes: Compuestos utilizados en gran cantidad de ámbitos sanitarios y cuya función principal es proteger de la contaminación de patologías causadas por microorganismos tanto a profesionales sanitarios como pacientes tras el contacto con materiales médicos. Este amplio grupo de sustancias podemos a su vez dividirlo en 2 grupos:
 - Glutaraldehídos: Compuesto químico utilizado principalmente como desinfectante de equipos médicos, odontológicos y de laboratorio. Se utiliza, solo o en combinación con otros productos, para la limpieza, desinfección y esterilización de material clínico delicado y de superficies. Debido a sus excepcionales cualidades bactericidas, fungicidas y virucidas, su uso ha aumentado de manera progresiva. Se le puede considerar un irritante de la piel, ojos, vías respiratorias y sensibilizante, por lo que debe restringirse su uso a aquellos casos que sea imprescindible. Por otro lado, la aplicación de unas buenas prácticas de manipulación son fundamentales para reducir la exposición a los niveles más bajos posibles.

El glutaraldehído, se utiliza principalmente en la esterilización del material destinado a endoscopias (colonoscopias, bronoscopias) y de otros aparatos o materiales delicados no resistentes al hipoclorito sódico (lejía), al calor, o a otros tratamientos eficaces

frente algunos agentes biológicos como el VIH y Tuberculosis, entre otros. También se emplea en limpieza, desinfección y esterilización de superficies, como suelos, paredes, armarios y mesas, en quirófanos y zonas de alto riesgo. También está presente en los laboratorios de anatomía patológica, en la operación de fijación de tejidos, en radiología, durante el revelado de placas, y en dermatología, para el tratamiento de verrugas.

Para prevenir su exposición hay que reducir al mínimo posible su utilización en el puesto de trabajo, protegerse de salpicaduras y contacto directo con la piel, establecer un plan de formación e información del personal que lo utiliza y realizar un protocolo de vigilancia médica cuando sea preciso y principalmente a las personas sensibilizadas.

- Óxido de etileno: es extremadamente inflamable, pero posee gran efectividad a la hora de eliminar microorganismos presentes en la superficie de material termosensible. Se puede utilizar puro o mezclado con otros gases para la esterilización de material sensible al calor o líquido para esterilización de líquidos. Ambos son utilizados en servicios acondicionados para ello y pueden afectar al personal por inhalación, ingestión y por contacto (alergias, quemaduras). Los síntomas más frecuentes son gastrointestinales, afectación de mucosas y neurológicos, irritación de ojos, nariz y garganta, secreción nasal, tos, cefalea y dificultad respira. Se debe limitar su uso a zonas de trabajo con una ventilación adecuada y realizar controles y monitoreos frecuentes.

- Agentes Citostáticos: componentes citotóxicos que han sido creados con el fin de disminuir o eliminar el crecimiento de células tumorales impidiendo el desarrollo del cáncer, sin embargo, no solo afectan a las células malignas, si no que actúan sobre todas las células corporales. Se emplean principalmente en Oncología, Farmacia (preparación de medicamentos) y Odontología. Sus efectos son principalmente por inhalación (aerosoles, micro gotas) pero también puede ser por contacto directo, vía oral o parenteral (pinchazos o cortes). El personal manifiesta náuseas, cefaleas, prurito postquímico, irritabilidad de piel y mucosas e hipersensibilidad. El incremento de su utilización ha supuesto el aumento de preocupación entre las personas encargadas de su manipulación ya que está evidenciado su alto potencial mutagénico y cancerígeno.

- Formaldehídos: destruyen eficazmente bacterias, hongos microscópicos y tiene una excelente acción virucida. Se emplea para desinfectar superficies, aparatos e instrumentos principalmente en laboratorios y sus efectos pueden ser por contacto (piel, ojos), inhalación (irritación del tracto respiratorio) e ingestión. Su ex-

posición prolongada puede producir cáncer. Para valorar la exposición laboral al formaldehído, en España está establecido que se realicen mediciones ambientales periódicas en los centros de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Para evitar riesgos el personal hospitalario debe:

- Obtener la formación e información adecuada sobre la correcta utilización de agentes químicos en los distintos servicios
- Debe realizarse un mantenimiento adecuado del aparataje.
- Realizar un exhaustivo control en lo referente a recepción, modos de almacenamiento, distribución y etiquetado de estos productos.
- Se debe proveer al personal de los equipos de protección individual adecuados y realizar una vigilancia periódica de su estado de salud.

6 Bibliografía

1. <http://istas.net/>
2. [Rhttps://revistas.um.es/](https://revistas.um.es/)
3. <https://blogs.imf-formacion.com>
4. <https://www.redalyc.org/>

Capítulo 1166

NORMAS BÁSICAS DE HIGIENE EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

YESICA GARCÍA MAYO

1 Introducción

Los centros hospitalarios son grandes centros de trabajo cuya actividad se centra sobre todo en el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los enfermos. Son organizaciones altamente cualificadas con un importante abanico de riesgos en sus instalaciones que pueden afectar tanto a los trabajadores sanitarios que desempeñan una actividad asistencial en el centro, como a otros trabajadores auxiliares (personal administrativo, de limpieza, restauración, lavandería, mantenimiento) que deben tenerse en consideración para la aplicación de unas medidas preventivas correctas. Cuando la higiene de las instalaciones no se cuida, los pacientes, los profesionales sanitarios y las personas que viven en las proximidades, corren un riesgo demasiado elevado de contraer infecciones. Los establecimientos sanitarios pueden incluso convertirse en el epicentro de brotes de enfermedades.

Desde hace años, a nivel mundial, se están desarrollando iniciativas y esfuerzos para conocer la presencia y las causas de los riesgos asociados a la higiene y tratando de minimizar los mismos a través de una serie de normas generales de actuación básicas:

- Normas de higiene para el personal, que son obligatorias para todos los trabajadores, sean personal sanitario o no sanitario. La principal es el lavado de manos. La técnica depende del tipo de maniobra que se vaya a realizar. En la mayoría de casos es el lavado de manos higiénico (agua y jabón). En el caso de realizarse un lavado quirúrgico de manos, es necesaria la utilización de un jabón antiséptico y prolongar el tiempo de lavado durante 5 minutos.

- Para el saneamiento del medio ambiente hospitalario. Incluye los procedimientos de limpieza, desinfección, esterilización, desinsectación y desratización, (las dos últimas suelen llevarlas a cabo empresas contratadas para ello), las restantes las realiza el personal de hospital diariamente.
- Normas en instrumentación: destinadas a la obtención, manipulación y eliminación de material biológico. Todas las maniobras con capacidad contaminante deben restringirse al máximo. Cuando se tenga que realizar deben hacerse en condiciones de asepsia y manteniéndose en el menor tiempo posible.
- Medidas de aislamiento. Encaminadas a reducir la contaminación de persona a persona, (enfermo, profesional, visita...). Indicadas para prevenir que las personas infectadas transmitan la infección a los demás y proteger a los pacientes con riesgo elevado.

Además, se deben llevar a cabo una serie de precauciones universales de obligada aplicación en todos los pacientes que se atienden, independientemente de su patología o posible estado infeccioso. Dichas precauciones generales deben realizar si el profesional va a entrar en contacto con sangre, fluidos corporales, piel no intacta o membranas mucosas, a continuación se indica un resumen de estas precauciones universales:

- Lavado de manos: Antes y después de quitarse los guantes. Usar jabón normal para lavado rutinario. El uso de jabón antiséptico para circunstancias específicas.
- Uso de guantes: Usar cuando se toca sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y material contaminado.
- Mascarillas y protectores oculares: Proteger membranas de mucosas de ojos, nariz o boca.
- Bata: Proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa.
- Control medioambiental: Procesos de limpieza y desinfección rutinaria.
- Salud ocupacional y patógenos de transmisión hemática: no encapuchar, no quitar las agujas usadas de la jeringa con la mano.
- Ubicación de los pacientes: Situar en una habitación individual a un paciente que pueda contaminar.

2 Objetivos

Sensibilizar a los profesionales del sector sanitario sobre la importancia de la higiene hospitalaria en el proceso global de la atención sanitaria y la salud de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La higiene hospitalaria es, por tanto, un ámbito prioritario no sólo para profesionales sanitarios sino también para gestores e instituciones, con alto impacto en los resultados en salud, con una repercusión económica significativa, que cuenta con un potencial de mejora en la gestión eficiente de recursos y supondría una mejora en la percepción de la calidad asistencial por parte de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la sensibilización de los profesionales sanitarios y el auge de la cultura de gestión de riesgos, ha reforzado la relevancia de la higiene hospitalaria y su importancia respecto a los resultados en salud y la calidad asistencial. Por otra parte, se percibe la necesidad de llegar a acuerdos a nivel nacional que establezcan más estándares consensuados de higiene hospitalaria, que garanticen la unificación de criterios, la homogeneización de ámbitos de actuación y que faciliten su implantación dada la existencia de múltiples actores involucrados.

6 Bibliografía

- Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Una atención limpia es una atención más segura. Génova (Suiza); 2005-2006. 18 p.
- Fundación Tecnología y Salud en colaboración con Antares Consulting. «Propuesta de Plan de Lucha contra las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria.» Madrid, 2013.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. «Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020.» Madrid, 2015.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias. Buenas prácticas en seguridad del paciente. 2011.

Capítulo 1167

DERECHO A LA INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

YESICA GARCÍA MAYO

1 Introducción

La intimidad es un concepto complejo que tiene que ver con los valores que nos definen como seres humanos y que hemos asumido como propios, (ya sean éstos religiosos, filosóficos, políticos...) y con la libertad que cada individuo tiene para gestionarlos en su vida cotidiana. Es, por tanto, una derivación de la dignidad de la persona, por lo que estamos ante un bien jurídico que el ordenamiento protege al más alto nivel. Estos derechos adquieren una especial relevancia en el ámbito sanitario, donde la información sobre los pacientes es una herramienta fundamental para proporcionar una asistencia de calidad. De hecho, para poder prestar atención sanitaria los pacientes tienen que proporcionar datos sobre su estado físico o sobre su salud y, cuando no están disponibles, han de colaborar en su obtención, lo que implica que las organizaciones sanitarias y los profesionales son depositarios de datos personales especialmente sensibles, como pueden ser los relativos a las creencias, la filiación, la opción sexual, los datos de enfermedades, hábitos, etc.

Sensibilizar a los profesionales de la salud, a los gestores y en general a cuántos agentes están implicados en la relación asistencial, sobre la necesidad de lograr el máximo respeto a la intimidad, a la confidencialidad y a la protección de datos. Por todo esto es objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones para la defensa del derecho a la intimidad y sobre la historia clínica del paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

- A continuación se indicarán una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales para preservar la intimidad y confidencialidad de los datos de carácter personal de los pacientes:

Respecto a la información sobre la salud del paciente

No pueden revelarse datos de salud u otros datos personales del paciente sin su expreso consentimiento o sin que una norma lo establezca.

Respecto a los comentarios sobre la salud de los pacientes realizados en lugares públicos (pasillos, ascensores, cafeterías, etc.) hay que evitarlos, incluso aunque el interlocutor sea un profesional sanitario que participe en el proceso asistencial. Si un trabajador del centro sanitario hace preguntas sobre un paciente en cuyo cuidado no está involucrado, no se le debe dar información que no haya sido autorizada por el propio paciente.

La información asistencial sólo se facilitará al paciente o a aquellas personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho que aquél permita de manera expresa o tácita. La ley prevé que se debe informar a personas distintas del paciente en los supuestos en que sea necesario completar o sustituir un déficit de capacidad.

El paciente puede prohibir que se dé información asistencial sobre su proceso a cualquier persona. Esta decisión debe ser plenamente respetada y constar por escrito.

Ante cualquier pregunta de personas ajenas al paciente, el profesional debe remitirles al paciente mismo, o a sus familiares, quienes considerarán si se les ha

de informar o no.

La información ha de ofrecerse al paciente o a los familiares, en su caso, en lugares específicos y reservados, evitando en lo posible informar en los pasillos o en lugares de paso del público en general.

El personal que acceda a información que contenga datos de carácter personal, ya sea de ficheros automatizados o de otro tipo, no podrá realizar copias para uso privado o personal.

- Respecto a la historia clínica:

La historia se redactará y se elaborará de forma comprensible.

Las hojas de interconsultas, los resultados de pruebas diagnósticas y las historias clínicas, que pasan por muchas manos y no todas implicadas en el tratamiento, deben circular de modo que se preserve la confidencialidad de los datos.

Para las anotaciones subjetivas del profesional y datos de terceras personas se debe reservar un apartado específico y separado de los datos clínicos del paciente y del resto de información, en la medida en que constituyen un límite en el acceso a la historia clínica.

Sólo debe entregarse la historia clínica al paciente o a sus representantes debidamente autorizados y acreditados. Los familiares tienen derecho a acceder a la información de pacientes fallecidos, salvo que aquél lo haya prohibido explícitamente.

Salvo situaciones excepcionales, la información confidencial no debe darse por teléfono.

Tendrán acceso a la historia clínica de un paciente los profesionales que realicen su diagnóstico y tratamiento, como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. El personal de gestión y administración tendrá limitado su acceso a los datos necesarios para el desempeño de sus funciones.

Todo el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

Los profesionales sanitarios deben participar en los procesos de centralización de la historia clínica, formulando sugerencias sobre los niveles de acceso a la información que deben habilitarse y, en particular, sobre la conveniencia de mantener reservados determinados accesos.

- En el caso de ficheros automatizados:

Para minimizar los riesgos de vulneración del derecho a la confidencialidad, cada profesional sanitario con actividad asistencial deberá tener una clave (incluidos los residentes y sustitutos) que no deberá ceder a nadie y de cuyo uso será el único responsable. El personal administrativo debe acceder a aquella parte de la

historia que deba conocer por el ejercicio de sus funciones y siempre accederá a través de clave intransferible.

Una vez finalizada la sesión de trabajo en el ordenador, debe cerrarse la ventana de consulta para impedir que cualquier persona ajena pueda utilizarla sin necesidad de usar la clave.

- Respecto a la destrucción de documentos:

Los documentos que contengan datos de carácter personal y que ya no sean de utilidad, deberán destruirse por completo mediante métodos que aseguren su completa eliminación de forma que no sea posible extraer información ni identificar a la persona a la que se refieran.

Sigue siendo necesario hacer hincapié sobre la importancia de adoptar medidas de seguridad en los sistemas informáticos o protocolizar el acceso a los datos, así como la necesidad de la discreción de todos los profesionales respecto a los datos de los pacientes. Debemos de seguir trabajando para conseguir una atención sanitaria que sea todavía más justa y humana.

5 Discusión-Conclusión

Si queremos ser respetuosos con la intimidad y con la confidencialidad de los datos de los pacientes, todos tenemos que asumir una serie de obligaciones para que no se vulneren estos derechos, por un lado los centros deberán adoptar una serie de medidas de protección y, por otro, los profesionales tienen que mantener la reserva o secreto de los datos de los pacientes.

6 Bibliografía

- Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Guía de protección de datos personales para servicios sanitarios públicos. Ed. Civitas.
- Herrán Ortiz, Ana Isabel. El derecho a la protección de datos personales en la sociedad de la información. Universidad de Deusto.
- Sánchez Caro, Javier y Abellán, Fernando. Telemedicina y protección de datos sanitarios. Aspectos legales y éticos. Ed. Comares.
- María Beltrán, Josep; Collazo, Eliseo; Gervás, Juan; González Salinas, Pedro; Gracia Guillén, Diego; Júdez, Javier; Rodríguez Sendín, Juan José; Rubí, Jesús y Sánchez, Miguel. Guías de ética en la práctica médica.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

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

Capítulo 1168

MOVILIZACIÓN DE UN PACIENTE OBESO

ADRIÁN ALONSO PERTIERRA

JUAN MONTES MÁRMOL

1 Introducción

Como parte del trabajo de celador en una institución sanitaria o residencial la movilización de pacientes debe responder a unos criterios tanto de calidad y seguridad para las personas movilizadas como desde el punto de vista de la ergonomía y la higiene postural para los propios trabajadores. En este sentido, la movilización de pacientes obesos reviste especiales dificultades y debería enfocarse con unos protocolos específicos.

2 Objetivos

- Analizar las dificultades y problemas que puede suponer cualquier tipo de movilización de un paciente obeso.

3 Caso clínico

Nos encontramos ante el caso clínico de un paciente con obesidad mórbida que ingresa en el hospital tras una fractura en su domicilio, y que debe ser aseado a diario y movilizado en quirófano, todo ello buscando no dañar al paciente, conservando el máximo de confort en las actuaciones y mantener estrictamente la seguridad de los trabajadores.

Para ello se pidió consejo al departamento de salud laboral del centro hospitalario, se reforzó el personal necesario para cada movilización, se utilizaron todos los medios técnicos a disposición de los trabajadores como grúas y transfers y todo ello se hizo tratando con exquisito respeto al paciente en todo momento.

4 Resultados

Tras su alta el paciente manifestó a los servicios de atención al paciente su satisfacción por el trato recibido por el equipo de celadores. Por otro lado ningún miembro del personal sufrió ninguna lesión o molestia tras las intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario abordar estos casos con sumo interés y todos los medios disponibles para evitar posibles incidencias en el transcurso de las actuaciones profesionales.

6 Bibliografía

1. Obesidad mórbida. R Funes, J Méndez, G Rodríguez - 2012 - bdigital.uncu.edu.ar.
2. Rehabilitación en la obesidad por sobrecarga ponderal. S Dejean, C Barraud, S Helbecque-Caussin... - EMC-Kinesiterapia ..., 2000 - Elsevier
3. Obesidad. C Ciangura, S Czernichow, JM Oppert - EMC-Tratado de Medicina, 2010 - Elsevier.
4. Consideraciones perioperatorias en el paciente obeso. J Nazar, D Coloma, C Contreras, J Ignacio... - Revista chilena de ... 2018 - scielo.conicyt.cl.
5. Estudio ergonómico de lesiones músculo-esqueléticas en personal hospitalario de la Patagonia Argentina, debido al manejo y movilización de pacientes. JR Varas, E MacDonald - researchgate.net.

Capítulo 1169

LA COMUNICACIÓN ENTRE EL CELADOR Y EL PACIENTE GERIÁTRICO

LAURA LIZCANO BARREIRA

BEATRIZ RIO DIAZ

JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL

1 Introducción

La vejez es una etapa de la vida por la que la mayor parte de las personas han de pasar. Con el paso del tiempo el cuerpo se va deteriorando y perdiendo parte de sus capacidades lo que da lugar a cambios tanto físicos como psicológicos en las personas que es necesario conocer y tener en cuenta en la atención hospitalaria por parte de todos los grupos de profesionales que entran en contacto con este tipo de pacientes cuando necesitan acudir al hospital por algún tipo de dolencia.

La pérdida de cierta movilidad y la merma en la funcionalidad de alguno o todos los sentidos hacen a estas personas más vulnerables y desconfiadas por lo que es necesaria un tipo de comunicación acorde a su situación para que su estancia en el centro hospitalario resulte lo más amena posible.

Además, su situación personal de cierta soledad en el día a día puede generar casos que requieran un extra de empatía respecto a los pacientes comunes pues en muchas ocasiones solo necesitan una conversación trivial que les haga olvidarse de su enfermedad por un tiempo y les reconforte en cierta medida.

2 Objetivos

Uno de los grupos profesionales que tendrán contacto con los pacientes de avanzada edad es el celador por lo que el objetivo de este estudio es, a partir de las funciones del celador en el centro hospitalario, tratar de extraer unas pautas para que, el trabajador pueda obtener toda la información que necesite del anciano, y éste pueda recibir un trato adecuado y digno, generando una relación de confianza entre ambos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Partiendo de la base de las funciones del celador en el hospital, se inducen las relaciones que va a tener con el paciente y, a partir de ahí, se pueden identificar los factores y agentes que intervienen en la comunicación, tanto verbal como no verbal, entre el profesional y el paciente geriátrico. A continuación, se estudiarán las posibles causas que dificultan la correcta comunicación entre ambas partes, tratando de relacionar las causas con el agente que las produce para, de esta manera poder mejorar la relación entre trabajador y paciente.

Las funciones del celador en un hospital que van a hacer que se relacione con el paciente geriátrico son las siguientes:

- Será el encargado de recibir al paciente cuando se baja de la ambulancia o llega por sus propios medios al centro hospitalario por lo que es el profesional con el que tiene el primer contacto dentro del hospital.
- Se encargará de trasladar al enfermo dentro del centro para la realización de pruebas, rehabilitación, visitas a médicos, etc. siguiendo siempre las instrucciones del personal facultativo correspondiente.
- Durante las operaciones quirúrgicas, trasladará al paciente desde la habitación hasta el quirófano asegurándose que lleve toda la documentación y pruebas nece-

sarias para la misma. Una vez allí, lo pasará de la camilla a la mesa de operaciones y, una vez concluida la operación, lo volverá a trasladar desde la mesa de operaciones a la camilla. Todo ello debe estar supervisado por el personal auxiliar correspondiente.

Concluida la operación, trasladará al enfermo a la unidad de reanimación correspondiente y de ahí de nuevo a la habitación cuando se lo ordene el facultativo correspondiente, ayudando a encamarlo si fuera necesario. Ayudará a las enfermeras y auxiliares al movimiento y traslado de enfermos encamados que requieran un trato especial, para hacerle las camas. Trasludará al enfermo a la ambulancia o la puerta de salida, si fuera necesario, cuando le den el alta por lo que también serán la última persona que vean cuando abandonen el centro después de su estancia.

Una vez identificadas las situaciones en las que el celador se va a interactuar con el paciente geriátrico, el trabajador deberá, por una parte, conocer perfectamente todos los conceptos de movilización y ergonomía, así como las técnicas de traslado y deambulaci3n y, por otra entablar una relaci3n personal con el paciente para que se sienta lo m3s c3modo posible en el periodo de tiempo que va a permanecer en el centro hospitalario.

El presente estudio se centra en esta última parte y para ello, se analizan los elementos que intervienen en la comunicaci3n entre ambos y los obstáculos que la dificultan de cara obtener unas pautas de comportamiento para el profesional sanitario con el objetivo de mejorar el ambiente y la relaci3n con dicho paciente. Estas pautas no son solo para la comunicaci3n hablada, sino tambi3n en cuanto a actitud, gestualidad, entonaci3n, etc.

La comunicaci3n entre el celador y el paciente puede ser de dos formas

1. Verbal, que es la que se produce por los canales oral, incluyendo tambi3n la entonaci3n, y el escrito.
2. No verbal, es la de la gesticulaci3n, la expresi3n de la cara, los movimientos corporales, etc. que complementan a la comunicaci3n verbal. Por tanto, ya tenemos como parte de la comunicaci3n, al celador, al paciente geriátrico y el instrumento para comunicarse entre ellos. Lo siguiente ser3a el mensaje que se deben intercambiar, para ello el celador debe tener unos objetivos que ser3n los siguientes:
 - Fomentar la interacci3n y generar confianza con el paciente evitando involucrarse emocionalmente.
 - Tratar de obtener la m3xima informaci3n posible en cuanto a su estado de ánimo y posibles dolencias

- Obtener la cooperación del paciente.
- Intentar que el paciente se sienta tratado dignamente y que sus demandas son atendidas.
- Cuando sea posible conceder al paciente unos minutos para mantener una conversación desenfadada sobre asuntos triviales que le relajen y hagan su estancia más placentera.

Para conseguir estos objetivos es necesario emitir un mensaje de manera verbal y no verbal, como se vio antes y, para ello hay una serie de obstáculos que se deben evitar como los que se enumeran a continuación:

- Malentendidos
- Sobreentendimiento
- Prejuicios
- Estereotipaciones
- No organizar el pensamiento antes de hablar.
- Solucionar los problemas rápidamente.
- Expresar demasiadas ideas a la vez.
- No escuchar al emisor del mensaje.
- No intentar comprender al otro.
- Pensar la respuesta a dar sin escuchar.

Al mismo tiempo, se deben tener en cuenta las siguientes herramientas para mejorar la comunicación y conseguir los objetivos:

- Ponerse en el lugar del otro.
- Tranquilizar evitando culpabilizar.
- Mostrar interés por lo que dice el otro.
- Comprender sus sentimientos.
- Evitar juzgar y aconsejar.
- Mantener contacto físico y gestualidad.
- Mostrar apoyo para la superación de situaciones difíciles.

5 Discusión-Conclusión

Una correcta comunicación con el paciente permite al celador encargado del mismo, poder obtener la máxima información para mejorar la atención al enfermo. A su vez, el paciente se siente tratado dignamente y con la confianza en que el profesional puede ayudarle o aliviarle su problema.

6 Bibliografía

- Juan Carlos Cobo Domingo. El celador ante el paciente Geriátrico. Tema 2. Cambios Físicos y psíquicos en la vejez. Formación Continuada Logoss, S.L. (2013)
- Juan Carlos Cobo Domingo. El celador ante el paciente Geriátrico. Tema 3. Comunicación con el anciano. Formación Continuada Logoss, S.L. (2013)
- Francisco Checa Marín, M^a Dolores Miralles García Gustavo M. Contreras Martos. El celador ante el paciente Geriátrico. Tema 4. Conceptos fundamentales en movilización y ergonomía. Formación Continuada Logoss, S.L. (2013)
- Varios Autores. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación Continuada Logoss, S.L. (2001)
- Varios Autores. El celador en urgencias y emergencias. Formación Continuada Logoss, S.L. (2009)
- Varios Autores. El celador en quirófano. Formación Continuada Logoss, S.L. (2013)

Capítulo 1170

DERECHOS Y DEBERES EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Todos los usuarios del sistema sanitario o de cualquier centro vinculado a éste tienen unos derechos y deberes establecidos en la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Estos derechos y deberes son la base de una adecuada relación entre todos los profesionales de los centros sanitarios con los usuarios, desde su entrada en el centro hasta su salida ya sea en atención primaria, urgencias u hospital. Estos derechos y deberes deben ser conocidos y respetados por todos los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios.

2 Objetivos

Resaltar la importancia para que todos los deberes se cumplan y los derechos se hagan valer que tanto los usuarios de los centros sanitarios como todos los profesionales que trabajan en ellos conozcan a la perfección todos sus puntos, los respeten y los hagan respetar. Utilizar los métodos que sean necesarios para divulgar estos derechos y deberes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La información es fundamental en la tarea de conocer los derechos y deberes de los usuarios. Desarrollamos a continuación cuáles serían esos derechos y deberes de los usuarios sanitarios y que por tanto desde el auxiliar administrativo hasta el celador, pasando por todos los trabajadores sanitarios deberían conocer para poder actuar en consecuencia.

- Derecho a ser informado de manera comprensible, con un lenguaje que le permita entender todo lo referente a su salud. Igualmente tiene derecho a elegir no ser informado o a la información o no a los familiares.
- Derecho a la confidencialidad de todos sus datos así como de mantener su privacidad.
- Derecho a conocer la identidad de su médico.
- Derecho a saber si va a ser utilizado como proyecto docente o investigación clínica, para lo que tendrá que firmar su consentimiento.
- Derecho al acceso a la información escrita en su historia clínica.
- Derecho a ser informado de los riesgos para su salud.
- Derecho a la libre elección de médico y de centro sanitario.
- Derecho a que sus prestaciones sanitarias le sean realizadas en unos plazos definidos reglamentariamente.
- Esta guía de derechos tiene su otra mitad en los deberes que todo usuario de los centros sanitarios tiene también que conocer y cumplir para el buen funcionamiento de cualquier centro.
- Cumplir las prescripciones generales en materia de salud comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios. Utilizar las instalaciones de manera adecuada.
- Ser responsable con el uso de los recursos ofrecidos por el sistema sanitario como pueden ser la utilización de servicios, incapacidades temporales y prestaciones.

- Cumplir las normas las normas y procedimientos de uso y acceso a los centros sanitarios.
- Respetar las normas de cada centro así como a todo su personal.
- Deber de firmar el documento correspondiente en caso de negarse a la actuación sanitaria.

Dar a conocer estos derechos y deberes tanto a los usuarios como a todo el personal de los centros sanitarios es muy importante para ofrecer las mismas garantías a todos los ciudadanos.

Tener una información clara y concisa sobre a qué atenernos, nos deja claro la manera de actuar en los centros sanitarios. Es importante que todo el personal, ya sea sanitario o no sanitario, conozca a la perfección los deberes y derechos del paciente para que su actuación siempre sea acorde a ellos.

5 Discusión-Conclusión

La información es el poder del ser humano, por ello el saber qué puede suceder, qué se debe respetar y hasta dónde podemos llegar es fundamental en cualquier ámbito. En los centros sanitarios la información con la que se trabaja diariamente ya sea escrita, oída o vista es fundamental que sea preservada, respetando así estos derechos fundamentales de los usuarios. Todo el personal de los centros sanitarios así como los usuarios deberían conocer estos derechos y deberes, ya que beneficiaría mucho la convivencia en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, 25 abril, General de Sanidad.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Deberes y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Castellano Arroyo, María. Información y documentación clínicos, 1997.

Capítulo 1171

HIGIENE PERSONAL Y ESTERILIZACIÓN EN EL ÁMBITO DEL CELADOR

LAURA LIZCANO BARREIRA

BEATRIZ RIO DIAZ

JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL

1 Introducción

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre la salud. Podemos diferenciar entre dos tipos de higiene.

- La personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.
- La social trata de la salud pública o colectiva en cuya aplicación interviene la autoridad prescribiendo reglas preventivas.

En los centros sanitarios es especialmente importante controlar rigurosamente la higiene de todas las personas y equipos que intervienen en el mismo para evitar la transmisión de enfermedades entre ellos y con los propios pacientes. Esto se consigue a través del saneamiento, que consiste en dar condiciones de salubridad a una estancia u objeto. Esta acción, engloba, en el ámbito sanitario, tres actuaciones sistemáticas:

- Limpieza.

- Desinfección.
- Esterilización.

Estas actuaciones deben ser llevadas a cabo por profesionales capacitados para dicha actividad.

Debido al constante contacto con enfermos en estos ámbitos, es especialmente importante una higiene correcta tanto individual como social. Para ello se busca eliminar la mayor cantidad posible de microorganismos presentes en el medio para evitar su difusión y prevenir infecciones.

2 Objetivos

- Particularizar su aplicación en el ámbito en el que se mueve el celador de manera que se puedan extraer unas instrucciones generales para el trabajador en el ámbito sanitario.
- Identificar las actuaciones periódicas a realizar para mantener la higiene en los centros sanitarios de cara a conservar la salud y prevenir la enfermedad en estos lugares de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se identifican 3 tipos de acciones sistemáticas a realizar para mantener la higiene en el ámbito sanitario:

La limpieza, es el procedimiento encaminado a eliminar toda la materia depositada y que puede estar contaminada con gérmenes nocivos. Existen varios tipos de limpieza:

- Limpieza en seco, con escoba y aspiradora, no se utiliza agua, pero tiene el inconveniente que se mueve mucho polvo.

- Limpieza húmeda, con mopas y paños humedecidos en soluciones detergentes o desinfectantes es una técnica más rápida y eficaz que la anterior puesto que el polvo queda adherido a las mopas o paños y el riesgo de dispersar gérmenes es muy pequeño.
- Limpieza manual, con agua entre 25°C y 27°C y sustancias detergentes capaces de remover restos de sangre y de otros fluidos orgánicos, pudiendo utilizar cepillos para facilitar el proceso. o Limpieza mecánica, con maquinaria diseñada para ello.

Lavadoras preparadas para este tipo de limpieza usando programas automatizados que incluyen desinfección térmica o química, secado y acondicionamiento de los objetos metálicos. Aun así, en ciertos casos se necesita una limpieza previa con cepillo manual para mejorar el resultado.

Ultrasonidos se realiza en una cuba capaz de producir vibraciones sónicas de alta frecuencia que, mediante impacto, desprenden la materia orgánica de los instrumentos. Las piezas están totalmente sumergidas en cubetas, por lo que los espejos pueden dañarse. Los motores y el material elástico no deben limpiarse mediante este método puesto que absorben los ultrasonidos. El secado se realizará mediante pistola de aire o mediante paños textiles que no dejen restos.

La desinfección, operación de saneamiento que tiene por objeto suprimir los gérmenes patógenos que puedan encontrarse en la piel, ropa, instrumental, etc. Mediante la desinfección se pueden destruir formas vegetativas, pero no elimina las esporas bacterianas. Los procedimientos de desinfección son: o Mediante procedimientos físicos, pueden ser dos tipos:

- Mediante calor o pasteurización
- Mediante radiaciones ultravioleta que reducen, pero no eliminan totalmente la masa microbiana. o Mediante procedimientos químicos utilizando dos tipos de productos:
 - Desinfectantes, productos químicos capaces de destruir los gérmenes depositados sobre material inerte.
 - Antisépticos, sustancias dotadas de capacidad desinfectante, pero con escasa o nula toxicidad, por lo que se usan para la desinfección de la piel o tejidos humanos.

La esterilización: técnica de saneamiento para la destrucción de toda forma de vida, eliminando todo tipo de microorganismos. Previamente a los procesos de esterilización propiamente dichos, se debe realizar una limpieza de restos superficiales que pueden actuar como barrera inactivando o reduciendo la eficacia de

éste procedimiento. Los procesos de esterilización:

- Con calor húmedo en autoclaves que generan presión y vapor saturado.
- Con calor seco en hornos que generan aire a altas temperaturas.
- Con rayos gama mediante radiación ionizante que penetra profundamente en los objetos y no dejan residuos radiactivos.
- Flameado.
- Incineración.
- Óxido de etileno, es un gas para la esterilización de aquellos materiales que no resisten la temperatura del autoclave.
- Ozono.
- Productos esterilizantes de contacto.

Higiene personal:

Por otro lado, y al igual que en todas las rutinas diarias de la vida, es importante la higiene personal, más aún en los centros sanitarios donde el contacto entre trabajadores y pacientes enfermos es habitual. Por todo ello se debe conocer perfectamente la normativa aplicable y las medidas a cumplir en estos centros en el ámbito de la higiene personal, diferenciándose dos aspectos:

- Higiene personal del celador
- Debe cuidar minuciosamente su aseo personal tanto físico como de su ropa y calzado. Se hace especial hincapié en las manos ya que intervienen en la mayor parte de las tareas que el trabajador realiza constantemente en el desarrollo de su jornada laboral. Se deben seguir estrictamente los diferentes protocolos de lavado de manos que deben conocer perfectamente los trabajadores y que tienen que formar parte de su rutina diaria.
- Medidas profilácticas, las encaminadas a evitar la transmisión de enfermedades entre trabajadores o pacientes que cohabitan en el centro. Se incluyen las siguientes medidas:

Cada trabajador debe aportar su estado vacunal y la presencia de enfermedades transmisibles a su incorporación al centro.

Debe seguir controles periódicos de exposición, de acuerdo a la normativa aplicable en cada centro.

Acudir al servicio de medicina preventiva si sufre un accidente con sustancias biológicas o materiales previsiblemente contaminados.

Extremar el cumplimiento de las normas de higiene si presenta alguna enfermedad potencialmente transmisible.

Higiene personal del enfermo, aunque el celador solo realiza este tipo de trabajo de manera excepcional debe conocer las actividades relacionadas con la higiene del enfermo y como llevarlas a cabo.

Estas son las siguientes:

- Baño en ducha, la realiza el paciente por sí solo, el trabajador solo debe preparar el material necesario y acompañar al paciente a la ducha al comenzar y a la cama una vez haya finalizado la misma.
- Aseo en baño, en este caso el paciente puede desplazarse hasta el baño, pero no se puede duchar por sí mismo. La tarea del trabajador consiste en preparar el material necesario, llenar la bañera de agua y colaborar con el paciente en lo que necesite. Por último, recoger el material utilizado en el proceso.
- Baño en la cama, en este caso el paciente no puede levantarse, por lo que el baño se realiza sin moverse de la cama. Debe ser realizado por dos personas que deben conocer perfectamente el protocolo de actuación paso a paso. Este caso es el más común en el que el celador debe colaborar con el auxiliar encargado habitualmente de estas tareas.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario es especialmente importante mantener la higiene adecuada para evitar la difusión de enfermedades, por lo que la metodología de limpieza, desinfección y esterilización deben ser controladas de una manera estricta y cada profesional debe implicarse en conseguir que esto se lleve a cabo en su ambiente de trabajo, evitando cualquier posible distracción.

Se debe tener en cuenta también la higiene personal, tanto del trabajador como del paciente, cuestiones estas en las que la responsabilidad personal de cada uno juega un papel más importante y se debe concienciar en cada caso a los trabajadores para que no se relajen.

6 Bibliografía

1. Virginia Cano Íñiguez, Ángela Comas Hermoso. Conocimientos básicos y funciones del celador. Tema 6. Principios de esterilización e higiene personal. Formación Continuada Logoss, S.L. (2001).
2. Virginia Cano Íñiguez, Ángela Comas Hermoso. Conocimientos básicos y funciones del celador. Tema 6. Principios de esterilización e higiene personal. Formación Continuada Logoss, S.L. (2001).
3. Ángela Comas Hermoso, Virginia Cano Íñiguez. Conocimientos básicos y funciones del celador. Tema 7. Los accidentes laborales en el celador. Cómo actuar ante ellos. Formación Continuada Logoss, S.L. (2001).

4. Ángela Comas Hermoso, Virginia Cano Íñiguez. Conocimientos básicos y funciones del celador. Tema 8. Funciones del celador. Formación Continuada Logoss, S.L. (2001)
5. <http://www.isipedia.com/enfermeria/higiene-del-medio-hospitalario-y-limpieza-del-material/limpieza-y-desinfeccion-de-material-e-instrumental-sanitario>
6. <http://www.funlargaia.org.ar/Herramientas/Guia-de-Prevencion-de-Infecciones-Intra-Hospitalarias>
7. Varios Autores. El celador en urgencias y emergencias. Formación Continuada Logoss, S.L. (2009).
8. Varios Autores. El celador en quirófano. Formación Continuada Logoss, S.L. (2013).

Capítulo 1172

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL EN EL AMBITO SANITARIO

CONSUELO URDANGARAY SUÁREZ

1 Introducción

La protección a la infancia consiste en garantizar los derechos de los menores, en satisfacer sus necesidades básicas y en promover su integración en los grupos naturales de convivencia, en unas condiciones que posibiliten su participación en la vida familiar, social y cultural y su desarrollo como individuo. Los servicios sanitarios constituyen un lugar privilegiado para prevenir y detectar situaciones de riesgo y/o maltrato infantil, entendiéndose por éste toda “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”, definición aportada por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El paso previo a cualquier intervención protectora consiste en poder identificar aquellas señales que indiquen desprotección o sospecha de maltrato y comunicarlas a la entidad competente en la materia. Cualquier profesional (médico, enfermera, trabajador social, matrona, psicólogo) podrá detectar durante el desempeño de sus funciones factores de riesgo o indicios que hagan sospechar o evidencien un maltrato infantil.

A continuación citaremos los diferentes tipos del maltrato y sus indicadores más evidentes:

Negligencia

Indicadores físicos en el niño:

- Constantemente sucio, con escasa higiene corporal.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas.
- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencias.
- Hematomas inexplicables.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas. • Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.

Indicadores comportamentales en el niño:

- Pide o roba comida.
- Comportamientos autogratificantes.
- Somnolencia, apatía, depresión.
- Hiperactividad, agresividad.
- Tendencia a la fantasía.
- Absentismo escolar.
- Se suele quedar dormido en clase.
- Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde.
- Dice que no hay quien le cuide.
- Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
- Permanencia prolongada fuera del hogar.
- Comportamientos antisociales: vandalismo, prostitución, toxicomanías. • Retraso en las áreas madurativas.
- Problemas de aprendizaje escolar.

Conducta del cuidador:

- Vida desorganizada.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Tiene una enfermedad crónica.
- Los padres no presentan el aspecto de abandono de sus hijos.
- Ejerce poca supervisión y vigilancia en sus hijos.
- Despreocupación respecto a las enfermedades de sus hijos y por su prevención (incumplimiento del calendario de vacunaciones).

Maltrato emocional

Indicadores físicos en el niño:

- Retraso en el desarrollo físico, piel fría y sucia, delgadez y desnutrición, cabellos frágiles con placas de alopecia.
- 0-2 años: talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas.
- 2-6 años: talla corta, enfermedades de origen psicosomático, retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional.
- 6-16 años: talla corta, enfermedades de origen psicosomático.

Indicadores comportamentales en el niño:

- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual, desconfianza hacia el adulto, inhibición del juego.
- 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas, tímidos, pasivos, asustadizos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuesta a estímulos sociales.
- 2-6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, agresividad, pasividad en las relaciones sociales, hiperactividad.
- 6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves de control de esfínteres.

Conducta del cuidador:

- Renuncia a su rol parental.
- Inaccesibilidad, no disponibilidad para el niño.
- Falta de respuesta a las conductas sociales de los niños.
- Falta de participación en las actividades diarias del niño.
- Insulta o desaprueba constantemente al niño.
- Culpa o desprecia al niño.
- Es frío o rechazante.
- Niega amor.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Parece no preocupado por los problemas del niño.
- Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas.
- Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño, no pone límites.

Abuso sexual

Indicadores físicos en el niño :

- Dificultad para andar y sentarse, no relacionada con posturas inadecuadas o problemas psicomotores conocidos.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal, escoriaciones en cara interior del muslo.
- Tiene una enfermedad de transmisión sexual.
- Tiene la cérvix o vulva hinchados o rojos.
- Tiene semen en boca, genitales o ropa.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- Infecciones urinarias de repetición.

Indicadores comportamentales en el niño:

Conductuales:

- Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer retrasado.
- Tiene escasas relaciones con sus compañeros.
- No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultades para participar en actividades físicas.

Psicosomáticos:

- Trastornos del sueño y alimentación.
- Dolor abdominal, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, sin causas claras.
- Enuresis, encopresis.

Psíquicos:

- Baja autoestima.
- Terrores nocturnos.
- Depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones.
- Obesidad, anorexia.
- Problemas de conducta: fugas, fracaso escolar.
- Promiscuidad sexual, prostitución masculina o femenina.
- Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales habitualmente).

Conducta del cuidador:

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente fuera del hogar.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes indicadores de maltrato infantil con la finalidad de que sirvan de referencia a los profesionales del ámbito sanitario que en el desempeño de sus funciones tengan contacto directo con menores.
- Facilitar la detección e intervención ante situaciones de desprotección infantil, así como darles la mayor difusión posible.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente documento se ha hecho una revisión bibliográfica de la literatura, consultando diferentes Guías para el Profesional, que abordan el tema que nos ocupa de forma integral y dónde se desarrolla un minucioso análisis de los indicadores de desprotección infantil, así como otros documentos.

4 Resultados

La detección de potenciales situaciones de maltrato infantil supone un requisito indispensable para hacer posible la intervención de los servicios competentes en materia de protección de menores. Para ello, el ámbito sanitario es un lugar privilegiado, especialmente para la detección de posible maltrato en niños menores de 5 años o en aquellos que apenas tienen contacto con otros miembros de la comunidad.

5 Discusión-Conclusión

No debemos olvidar que detectar y notificar los casos de maltrato es una obligación legal y moral del personal del ámbito sanitario puesto que sólo si se de-

tectan y notifican éstos casos, es posible intervenir y prevenir secuelas físicas y socioemocionales mayores en los niños.

6 Bibliografía

- “Atención al maltrato infantil en el ámbito sanitario”. Guía para el profesional. Región de Murcia.
- El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil”. Elaborado por la Consejería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.
- “Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid”. Editado por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Capítulo 1173

AGRESIVIDAD DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD ANTE EL PERSONAL NO SANITARIO.

SANDRA MARÍA ARGÜELLES PINIELLA

1 Introducción

Como personal de gestión que trabaja al servicio de las instituciones sanitarias nos hemos visto amenazados en ocasiones por los usuarios del sistema de salud. Muchas veces son los propios pacientes que se sienten dolidos y descargan contra nosotros; el estrés producido por un diagnóstico no deseado, una prolongada enfermedad, sufrimiento, dolor, una larga lista de espera e incluso una mala praxis por parte del personal sanitario y no sanitario pueden ser razones de peso aunque no concluyentes para sentirnos atacados; los familiares también son parte importante en esta cadena.

Entendemos por agresividad, la tendencia a atacar o a actuar de modo agresivo descargando el resentimiento sobre las personas más próximas. Las vías de agresividad pueden ser varias y de muy diversas maneras: verbales, físicas y psíquicas. Aunque el mayor tanto por ciento de agresividad a personal no sanitario es el recibido de manera verbal: insultos, amenazas,..

2 Objetivos

- Intentar minimizar y evitar los riesgos producidos por una agresividad.
- Empatizar con el usuario.

- Mantener la calma.
- Escuchar al usuario.
- Ofrecer vías alternativas a su problema.
- Dar una respuesta adecuada a la demanda del usuario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Realizando una búsqueda exhaustiva y bibliográfica en la base de datos de dialnet y scielo, son múltiples las revistas médicas que se hacen eco de este tipo de noticias publicando infinidad de artículos al respecto, explicando determinados casos y situaciones que se les han podido presentar a los profesionales del sistema sanitario, contextos en los que se han producido, actuaciones y protocolos a seguir.

Hoy en día todos los hospitales disponen de unos manuales de actuación para los trabajadores de las instituciones sanitarias frente a agresiones externas y asisten a talleres impartidos por graduados en prevención de riesgos laborales, ofreciendo formación al personal para dotarlo de habilidades que hagan posible hacer frente a este tipo de situaciones y a su vez se ha establecido un protocolo de actuación una vez la agresión ya se ha producido.

En estos casos lo primero que debemos de hacer es detectar al paciente agresivo, muchas veces es fácil por el tono de voz y la actitud amenazante, mantener la calma, con un tono de voz adecuado y neutro, no entrar en provocaciones, mantener una escucha activa haciéndole ver que entendemos su problema, ofrecerle posibles soluciones,...; si por el contrario no conseguimos minimizar la agresividad, deberíamos de buscar ayuda de otros compañeros, dar por finalizada la conversación, buscar una vía de escape y por último dar la señal de alarma.

La buena organización de los centros sanitarios es parte importante en este conflicto ya que muchas de las actuaciones de los pacientes vienen derivadas como he dicho anteriormente por una mala praxis y por una mala gestión en el sistema, deberíamos de combatir esto en su origen y buscar soluciones desde la administración de las instituciones sanitarias. Aplicando determinadas habilidades sociales deberíamos de conseguir que el paciente vaya moderando su actuación y mantenga una conversación más fluida con nosotros.

5 Discusión-Conclusión

En las instituciones sanitarias el personal de gestión somos la primera y última toma de contacto con el usuario, por lo tanto debemos de mantener la calma y tener una buena comunicación para poder evitar que se produzcan este tipo de daños. Debemos de ponernos en el lugar de los demás para comprender mejor como se sienten y dar una respuesta adecuada a sus problemas haciendo ver al paciente que nosotros estamos ahí para ayudarlo. Si todos ponemos un poco de nuestra parte el camino hacia el entendimiento será más fácil.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales
- <http://www.seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/agresiones>
- <https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/agresiones/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 1174

VIOLENCIA LABORAL- VIOLENCIA EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La violencia laboral es algo cada vez más común. Las agresiones en los centros sanitarios van en aumento. La violencia laboral sucede en casi todos los sectores sin embargo en el sector sanitario suceden la cuarta parte del total de las agresiones en los ámbitos laborales.

Las agresiones y las amenazas hacia el personal que trabaja en los centros sanitarios van en aumento cada día, por ello es necesario conocer sus alcances y establecer unas medidas tanto preventivas como sancionadoras de estos actos con el fin de prevenir o erradicar estas conductas.

2 Objetivos

Adoptar medidas para prevenir o posteriormente sancionar agresiones en los centros sanitarios tanto al personal sanitario como al personal no sanitario con el fin de tener un conocimiento de las pautas a seguir. Estas medidas deben hacerse con la colaboración de varios estamentos: administraciones públicas, administraciones sanitarias, colegios de profesionales, asociaciones de usuarios y pacientes y cualquier elemento relacionado con los centros sanitarios.

El aumento exponencial de las agresiones a los trabajadores de los centros sanitarios ha hecho necesaria la creación de medidas para prevenir y sancionar estos actos violentos y para apoyar y asesorar a las víctimas de esta violencia sanitaria.

3 Metodología

La violencia sanitaria se determina teniendo en cuenta quién es la víctima de la agresión. Todas las personas que trabajan para la administración sanitaria médicos, celadores, auxiliares administrativos, conductores, son consideradas víctimas de la violencia sanitaria en caso de ser agredidos en el centro sanitario. Una agresión al personal de los centros sanitarios es constitutiva de ser un delito o una falta.

Las agresiones se pueden dividir en físicas y en verbales: las agresiones físicas serían lesiones. Las lesiones son un daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Jurídicamente una lesión sería una perturbación permanente o transitoria de la integridad corporal física o psíquica de una persona. Lo que se pretende es preservar la integridad física de las personas.

Para que una lesión sea considerada delito y tratada como tal deberá producir un menoscabo en la integridad corporal, salud física o mental y requerir una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico para su cura.

Las lesiones que no son consideradas delitos son denominadas faltas y tienen también sus propias consecuencias, en todo caso más leves que los delitos. Las agresiones verbales serían las amenazas, coacciones, injurias y calumnias. Estas agresiones son la forma más común que sufre el personal de los centros sanitarios. El 75% de las denuncias son por agresiones verbales. Estas agresiones verbales se dividen en:

- Amenazas y coacciones que atentan contra la libertad personal. Serían delitos si es grave y suficiente para perturbar la seguridad de la persona y sería y creíble de ser realizada.
- Injurias y calumnias que atentan contra el juicio, la fama o la reputación social de una persona con intención de injuriar, ofender, desacreditar o deshonar a la misma.

Por ello es primordial que cuando seamos víctimas o testigos de cualquier tipo de agresión, denunciemos estos hechos ante la autoridad para no dejar impunes a los agresores, ya que toda agresión ya sea falta o delito tiene su sanción. A pesar de la enorme importancia que tienen estas conductas hay que resaltar que lo fundamental es la prevención de todo tipo de conductas violentas.

4 Resultados

Las agresiones en los centros sanitarios son un hecho que va en aumento por causas varias, por ello es importante prevenir el hecho antes de que suceda. El consenso entre las administraciones para hacer un frente común frente a esta violencia sanitaria es primordial para reducir o acabar con ella. Es muy importante hacer partícipes a todas las partes implicadas, tanto empleados de los centros sanitarios como usuarios de los mismos.

El reducir o acabar con la violencia en los centros sanitarios debe ser una parte esencial en los planes nacionales, regionales o locales de las políticas de salud. Introducir una legislación acorde con esta nueva problemática que sancione de forme adecuada cada agresión. Hacer campañas para dar visibilidad e intentar concienciar sobre la violencia laboral en los centros sanitarios. Informar y formar a todos los empleados del centro sobre la violencia sanitaria. Fomentar una conciencia de los riesgos, consecuencias y sanciones de la violencia laboral en los centros sanitarios. Prohibir y condenar cualquier forma de violencia en el ámbito laboral. Y a pesar de todo esto si sucede hay que dar apoyo a las víctimas.

5 Discusión-Conclusión

- Lo fundamental para acabar con la violencia laboral en los centros sanitarios es que cualquier administración o persona que tenga algo que aportar en la lucha contra las agresiones en los centros sanitarios lo haga.
- Medios de comunicación, instituciones públicas, defensores de pacientes y usuarios deben luchar contra esta violencia y dar visibilidad a este problema para que se conozca y pueda prevenirse.
- Comunicación, dignidad y respeto, formación, protección y respaldo a las víctimas son principios fundamentales contra las agresiones, favoreciendo su ausencia.
- La base de toda buena convivencia en paz es el respeto a los demás y a lo que te rodea.

6 Bibliografía

1. Rosa M^a Gallardo. La protección penal de la salud de los trabajadores, 2006.
2. Francisco Javier Ereniz Olaechea. La protección de los derechos fundamentales y libertades públicas en la Constitución española, 2007.

3. Gómez Durán E, Gómez Alarcón M, Arimay Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios, 2012.
4. Arena Carlos A. Agresiones a trabajadores sanitarios: estrategias de actuación, 2011.

Capítulo 1175

LA HIGIENE HOSPITALARIA.

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

1 Introducción

Se define como el conjunto de medidas establecidas en el medio hospitalario con la finalidad de prevenir infecciones o combatir los riesgos para la salud tanto de los pacientes como de los profesionales. El riesgo de transmisión directa de una infección por una superficie es mínimo, pero puede contribuir a la contaminación cruzada secundaria a través de las manos de los profesionales o de los instrumentos en contacto con estas superficies. Por eso la higiene de las manos de los profesionales, el empleo de EPIS y la desinfección de las superficies es de vital importancia.

Está demostrado que muchos tipos de virus son capaces de sobrevivir en superficies ambientales de los centros hospitalarios. Los factores que favorecen la contaminación del ambiente dentro de un hospital son los siguientes:

- Las manos de los trabajadores en contacto con las superficies.
- La carencia de medidas profilácticas (guantes).
- La ausencia de la utilización de técnicas básicas por los profesionales.
- Mantenimiento de superficies húmedas.
- Mantenimiento de superficies polvorosas.
- Condiciones precarias de revestimientos.
- Mantenimiento de la materia orgánica.

Los servicios de limpieza del hospital son los encargados de mantener unas óptimas condiciones de higiene y saneamiento en las instalaciones, pero la cartera

de servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública es la responsable de las competencias en la elaboración de normas y el control de calidad de la limpieza de los centros sanitarios, la desinfección y esterilización del material e instrumental médico quirúrgico, la gestión de residuos sanitarios, la desinsectación, desratización y desinfección.

La actividad de los profesionales está estrechamente relacionada con la higiene hospitalaria. Por un lado, el servicio de limpieza es el responsable directo de la correcta ejecución de los procedimientos. Por otro lado, los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en las instalaciones deben asegurarse de que las condiciones higiénicas de los espacios donde ejercen su labor son las adecuadas, de que cumplen las medidas profilácticas adecuadas, además de asegurarse de que su higiene personal sea la correcta.

2 Objetivos

Contribuir a la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

3 Metodología

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

4 Resultados

Contribución de la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS).

- Reducción de ingresos de pacientes debido a infecciones nosocomiales.
- Reducción de tiempo de ingreso del paciente.
- Consolidación de la cultura y concienciación de los profesionales.
- Prevención de Riesgos Laborales sobre la salud de los profesionales.
- Eficiencia económica.
- Mejora de la calidad percibida por los pacientes y familiares.

- Disminución de bajas laborales debidas a IRAS.
- Sostenibilidad medioambiental.

5 Discusión-Conclusión

La diversidad de actores implicados en los diferentes niveles de actuación de la atención sanitaria hace que la higiene hospitalaria sea un ámbito complejo y que requiera, de este modo, un destacado lugar a nivel de coordinación, presupuestario y formativo. A parte de esto, no se debe de olvidar la importancia de que los usuarios, pacientes y familiares hagan caso de las directrices a seguir por parte de la dirección y de los trabajadores en lo que a materia de higiene se refiere.

6 Bibliografía

- <https://www.sempsph.com/es/noticias/noticias/article>.
- <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones.pdf>.
- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-30-enfermedades.html>.

Capítulo 1176

EL SINDROME DE BOURNOT EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO

ISABEL HERNANDEZ SALGUERO

1 Introducción

Conocemos este síndrome como el estado de agotamiento físico y del estado de insatisfacción continuado durante el tiempo que el celador u otra categoría cuida de pacientes terminales o con otras características poco agradables tanto físicas como psicológicas. Teniendo grandes cargas de trabajo sin apoyo laboral o psicológico. Se identifican por tres componentes principales: agotamiento emocional, despersonalización y abandono de la realización personal.

2 Objetivos

Determinar las características claras asociadas al Síndrome de Burnout en el celador y demás personal sanitario. Analizar los síntomas y medidas para prevenir el Síndrome de Burnout.

3 Metodología

Búsqueda en varias bases de datos y revistas científicas y varias publicaciones de psicología e informes del Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo.

4 Resultados

Es un trastorno causado a consecuencia de estrés laboral crónico que se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, actitud cínica y distante frente al trabajo, sensación de ineficiencia y de no hacer adecuadamente las tareas asignadas. A esto se le añade la pérdida de habilidad para la comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos datos para detectar dicho síndrome antes de que aparezca, por eso sería importante abordar y atajar el problema comunicándolo al superior para prevenir y tomar medidas que disminuyan la ansiedad y demás problemas anteriormente mencionados. Tiene una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la Salud. Su prevención permite tener beneficios significativos para el centro de trabajo (mejor atención al paciente...) así como unos beneficios directos para la salud del trabajador tanto en el ámbito laboral, familiar y social.

6 Bibliografía

- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huuhtanen, P., Koskinen, A. y Väänänen, A. (2009). Occupational burnout and chronic work disability: An eight years cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. *Journal of Affective Disorders*, 115, 150-159.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Arthur, N. M. (1990). The assessment of burnout: A review of three inventories useful for research and counselling. *Journal of Counselling and Development*, 69 (2), 186-189.
- Ayuso, J. L. y López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.
- Baker, J. (2003). Early specialization in youth sport: A requirement for adult expertise? *High Ability Studies*, 14, 85-94 .

Capítulo 1177

SECUELAS EN LOS TURNOS DE NOCHE EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO

ISABEL HERNANDEZ SALGUERO

1 Introducción

El trabajo en turno de noche deja varias secuelas en la salud del celador y del personal sanitario en general, más si se alarga durante tiempo dicho turno, ya que se limita la capacidad física y mental. Todo esto conlleva a un desgaste que se va acumulando, ayudando a la aparición de diversas enfermedades y a un desgaste aun mayor tanto física como psicológicamente.

2 Objetivos

- Determinar las consecuencias que provoca el turno d noches en los celadores y demás personal sanitario.

3 Metodología

Se han encontrado seis documentos que nos sirvieron de documentación dentro de la base de datos de Dialnet. Distintas bases de datos con varios documentos a tratar.

4 Resultados

Analizando los resultados vemos las consecuencias que esto atañe a la salud de los celadores y demás personal sanitario que trabajan en turno de noches. El personal que llevaba más de cinco años trabajando en este turno habían padecido estrés, ansiedad y alteraciones del sueño. En canto problemas cardiovasculares NO todos lo padecían, pero SI los que llevaban más de cinco años trabajando en turno de noches.

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias de estos turnos alteran la salud de los trabajadores, por eso hay que tomar medidas para mejorar la salud y la calidad de vida. Programando los turnos con tiempo para que el trabajador organice su vida y el tiempo de descanso.

6 Bibliografía

1. Nogareda, Clotilde y Nogareda, Silvia. “NTP 455: Trabajo a turno y nocturno: aspectos organizativos”. Instituto Nacional e Higiene en el Trabajo. España 1995.
2. De la Cruz Paz, Estefanía. “Estrés laboral y Síndrome de Bornout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria”. Universidad de Valladolid. España 2014.
3. Rojas, Nicolás; Seymour, Camila; Suárez, Rodrigo y Torres, Pedro. “Accidente laborales en el Hospitales Clínico Universidad de Chile periodo 2003-2008”. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Chile 2009.
4. Cossio, Selva; Monier, Silvia y Reyna, Emilia. “Consecuencias del trabajo nocturno en las relaciones familiares, laborales, personales y de pareja de las enfermeras”. Hospital San Roque. Córdoba 2010 -Federación Argentina de Enfermería
5. Gobierno de Chile, Ley de Transparencia informe Anual 2015.

Capítulo 1178

ACTITUD DEL NIÑO ANTE SU INGRESO HOSPITALARIO. RELACION DEL PERSONAL NO SANITARIO CON EL NIÑO HOSPITALIZADO Y SU FAMILIA

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

1 Introducción

Existen diversas circunstancias que influyen en la hospitalización del niño. El niño es hospitalizado por un estado físico que amenaza su vida, o cuyo tratamiento y cuidados ha de ser realizados en un entorno hospitalario. Entre los derechos que se recogen en la carta europea de los niños hospitalizados (Parlamento Europeo, Doc. A 2-25/6), cabe destacar:

- Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria.
- Derecho del niño a ser informado en función de su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a las que se somete.

- Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales.
- Derecho de sus padres o de las personas que los sustituyan a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.
- Derecho de los padres o de la persona que los sustituye a una recepción adecuada y a un seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.
- Derecho a contactar con sus padres o con la persona que los sustituya en momentos de tensión.
- Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
- Derecho a recibir, durante su permanencia en el hospital, los cuidados prodigados por un personal cualificado, que conozca perfectamente las necesidades de cada grupo de edad tanto en el plano físico como en el afectivo.
- Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.

La estancia de los niños en el hospital suele ser breve. Sin embargo, existen situaciones en las que el niño debe permanecer varias semanas o meses en el hospital. Ante esto, el niño hospitalizado presenta una serie de respuestas de ansiedad que interfieren en su comportamiento durante la estancia hospitalaria.

2 Objetivos

- Describir los factores involucrados en el proceso de hospitalización del niño, su posible comportamiento ante esta situación, e identificar las estrategias de mejora en la asistencia del personal no sanitario, al niño y su familia.

3 Metodología

Para llevar a efecto este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de enfermería: Google Académico, mediante las palabras claves “comportamiento niño hospitalizado”, “atención al niño hospitalizado”, etc. Durante el proceso de búsqueda, fueron seleccionados artículos de los últimos 15 años.

4 Resultados

El niño hospitalizado presenta una serie de respuestas de ansiedad, que interfieren en forma negativa en su comportamiento durante la estancia hospitalaria. Las reacciones más comunes en las experiencias de hospitalización, según el estudio de Zetterström (1984), son:

- Depresión, inquietud y ansiedad.
- Terror a los hospitales, personal sanitario y no sanitario, agujas, procedimientos de diagnóstico como los rayos X y la ingestión de fármacos.
- Enuresis o encopresis (orinarse o defecar encima) diurna o nocturna.
- Síntomas histéricos, como pérdida de la voz después de una amigdalectomía.
- Miedo a la muerte.
- Mutismo (no hablar), regresión a grados de incomunicación o retraimiento en el contacto con la gente.
- Problemas de alimentación como rechazo o exceso de alimentación.
- Movimientos espasmódicos involuntarios de la cara o los párpados, es decir, tics.
- Alteraciones del sueño, como insomnio, pesadillas o miedo a la oscuridad.
- Regresión a niveles de comportamiento más primitivos y pérdida de los niveles adquiridos previamente o del aprendizaje o conducta social (comportamiento más infantil del que le corresponde por su edad biológica).

El sistema sanitario como organización, es un sistema complejo y abierto, formado a su vez por profesionales que poseen características propias. Estos profesionales, pueden facilitar el proceso de adaptación a la hospitalización tanto de la familia como del niño, gracias a distintas estrategias de mejora. Entre estas estrategias recomendadas al personal no sanitario, se encuentran:

- No mentir ni engañar al niño.
- Permitirle la presencia de objetos personales.
- Mantenerlo debidamente informado según su nivel de comprensión.
- Estimular la colaboración del niño y sus padres en los cuidados.

Asimismo, es imprescindible tener habilidades sociales, como el autoconocimiento de las propias facultades y límites, la observación, la asertividad, la empatía y la escucha activa. Estas son imprescindibles para llegar a entablar una relación de colaboración con el paciente, a través de una comunicación abierta y fluida. El paciente y la familia se sienten más seguros, cuando la comunicación es la adecuada y el equipo trabaja de modo conjunto y coordinado, para conseguir que los cuidados prestados sean de calidad. Una buena comunicación interna, irá indudablemente unida a una mejora en la comunicación con la familia, evitando así solapamientos o déficits en el flujo de información.

Todo lo anterior, sin olvidar que el proceso comunicativo con el niño, se encuentra condicionado por una serie de factores, tales como la edad, la capacidad cognitiva, sus comportamientos, la condición física y psicológica, el estadio de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El niño hospitalizado se encuentra en un medio hostil que en ocasiones le lleva a adoptar conductas diversas. Dado que el personal no sanitario también está en contacto con los niños, debe ser conscientes de cómo la relación con ellos también va a marcar el modo en que vivan la estancia hospitalaria.

Por lo anterior, es de suma importancia desarrollar programas de preparación a la hospitalización que ofrezcan información, atiendan a las expresiones emocionales derivadas del ingreso, y faciliten una adecuada relación con el personal del Hospital.

6 Bibliografía

- Carta europea de los niños hospitalizados. Parlamento Europeo
- <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
- <https://repositorio.unican.es>

Capítulo 1179

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE TERMINAL

SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO

ISABEL HERNANDEZ SALGUERO

1 Introducción

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente tanto física como psicológicamente. En la fase terminal no hay tratamiento curativo, se acerca la muerte en un periodo igual o inferior a seis meses. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la enfermedad avanza de manera progresiva. Los cuidados paliativos son el objetivo principal ya que se dan en el diagnóstico, en el tratamiento y seguimiento tanto desde la atención primaria como en la atención especializada.

El papel del celador ante el paciente terminal es muy importante, ya que forma parte del equipo (médicos, enfermero/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc.) que proporciona los cuidados paliativos o de confort al paciente y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo. Se debe proporcionar confort porque provoca en su avance un sufrimiento en el paciente, en su familia y en todo el personal sanitario.

2 Objetivos

- Analizar la actuación del celador ante el paciente terminal

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos como PubMed utilizando palabras clave como: Paciente terminal, cuidados paliativos, empatía, duelo. Se consultan varias páginas como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Elsevier, Ministerio de Sanidad, Cuidar Bien.

4 Resultados

Mejorar en general la vida de los pacientes.:

- El papel del celador ante el paciente terminal es muy importante, ya que forma parte del equipo (médicos, enfermero/as, auxiliares de enfermería, psicólogos, etc.) que proporciona los cuidados paliativos o de confort al paciente y por ello debe ser muy cauteloso y profesional en su trabajo.
- El celador deberá de tratar a cada uno de forma individual y distinta respetando siempre sus creencias y necesidades religiosas, observar la comunicación no verbal, colocar al paciente en las posturas adecuadas, apoyo a la familia, etc.

5 Discusión-Conclusión

El celador forma parte del equipo sanitario y su trabajo es muy importante, ya que la enfermedad avanza de manera progresiva y hay que mantener la buena imagen del paciente, proporcionar bienestar, ambiente agradable. En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar”. Por tanto, se exige un manejo profesional de esta situación. Es por ello que el trabajo del celador es fundamental para ofrecer un cuidado holístico e integral al paciente y su familia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1180

RIESGOS BIOLÓGICOS EN CENTROS HOSPITALARIOS

LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA

1 Introducción

El riesgo biológico se define como la posible exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, motivada por la actividad laboral. Constituye uno de los principales riesgos laborales a que están expuestos los trabajadores de centros sanitarios, afectando a todas las categorías. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

2 Objetivos

- Analizar las medidas a adoptar en la prevención de los riesgos biológicos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Con relación a las medidas preventivas frente al riesgo biológico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece tres niveles de acción preventiva:

- Prevención primaria: medidas destinadas a disminuir la probabilidad de que ocurra la enfermedad antes de que ésta aparezca, en el periodo prepatogénico de la enfermedad. El objetivo es disminuir la incidencia al reducir el riesgo de aparición de nuevos casos. Entre ellas se encuentran las medidas de protección de la salud sobre el medioambiente, en nuestro caso en el entorno laboral (prevención de riesgos laborales) y las medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante intervenciones educativas vacunaciones, quimioprofilaxis, etc.
- Prevención secundaria: interrupción o enlentecimiento de la progresión de la enfermedad cuando ya se ha producido el contacto y comenzado actuar el estímulo productor de enfermedad (agente biológico) para eliminar o disminuir sus consecuencias. Epidemiológicamente pretende disminuir la prevalencia. Se apoya especialmente en las técnicas de diagnóstico precoz.
- Prevención terciaria: se realiza cuando la enfermedad ya se ha establecido. Pretende retardar el curso de la enfermedad y atenuar sus consecuencias.

La mejor forma de prevenir la transmisión ocupacional es evitar/minimizar la exposición al agente patógeno. Para conseguirlo se debe promover, en cada centro sanitario, la asignación de recursos para:

- Establecer procedimientos de trabajo adecuados y utilizar medidas técnicas apropiadas para evitar o minimizar la liberación de agentes biológicos en el trabajo.
- Reducir, al mínimo posible, el número de trabajadores que estén o puedan estar expuestos a agentes biológicos.
- Educación y entrenamiento de todo el personal en las precauciones estándar que se deben seguir en cualquier situación en que una persona pueda entrar en contacto con cualquier fluido corporal potencialmente contaminado, como sangre o cualquier fluido o tejido contaminado con sangre, semen, flujo vaginal, líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico o amniótico.
- Disponibilidad de los materiales necesarios para actuar como barrera (guantes, mascarilla, batas y gafas protectoras), así como contenedores de material desechable/no desechable potencialmente contaminado.
- Garantizar el asesoramiento y la asistencia las 24 horas del día con disponibilidad de diagnóstico serológico temprano.

- Facilitar el acceso a la medicación en los casos necesarios en los plazos establecidos.
- Establecer los protocolos de seguimiento adecuados.
- Disponer de profesionales encargados de la atención y seguimiento de los casos.
- Establecer criterios de notificación centralizada para crear un registro y valorar la eficacia de las intervenciones.

Es importante que el personal tenga los conocimientos necesarios sobre las precauciones estándar y universales. Las precauciones estándar establecen que toda sangre humana o fluido biológico así como cualquier material que pueda transmitir infección debe considerarse infeccioso. Están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos independientemente de que su origen sea conocido o no. Estas precauciones incluyen una serie de conceptos que a continuación se enumeran de forma resumida:

- Lavado de manos: debe realizarse con frecuencia. Es la medida más importante para reducir los riesgos de transmisión de agentes biológicos. Se ha de hacer antes y después de quitarse los guantes. Usar jabón normal para lavado rutinario. El uso de jabón antiséptico para circunstancias específicas.
- Uso de guantes: usar cuando se toca sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones y material contaminado.
- Mascarillas y protectores oculares: proteger membranas de mucosas de ojos, nariz o boca.
- Bata: proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa.
- Control medioambiental: procesos de limpieza y desinfección rutinaria.
- Salud laboral y patógenos de transmisión hemática: no encapuchar, no quitar las agujas usadas de la jeringa con la mano, utilizar contenedores resistentes a pinchazos.
- Ubicación de los pacientes: situar en una habitación individual a un paciente que pueda contaminar.

En cuanto a las precauciones universales, constituyen la estrategia fundamental para la prevención del riesgo laboral para todos los microorganismos vehiculizados por la sangre, fundamentalmente, producidas por los virus de las hepatitis B y C, y el VIH.

Se pueden distinguir las siguientes:

- Vacunación (inmunización activa).
- Normas de higiene personal.
- Elementos de protección de barrera.
- Cuidado con los objetos cortantes y punzantes.

- Esterilización y desinfección correcta de instrumentales y superficies.

5 Discusión-Conclusión

Se ha comprobado que si se utilizan todas las medidas preventivas anteriormente indicadas, el nivel de riesgo biológico disminuye. Por lo que una buena formación en prevención de riesgos biológicos es esencial para el personal sanitario.

Es necesario que todas las entidades prestadoras de servicios de salud, pongan en marcha campañas de capacitación para que personal laboral acate los parámetros de prevención y evitar así siniestros, tanto individual como colectivamente.

6 Bibliografía

- NTP 398: Patógenos transmitidos por la sangre: un riesgo laboral.
- Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos - Año 2014.
- <https://www.insst.es/riesgos-biologicos3>.

Capítulo 1181

LA IMPORTANCIA EN EL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO

ISABEL HERNANDEZ SALGUERO

SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO

1 Introducción

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria. La higiene de manos es la medida más importante para reducir las infecciones.

2 Objetivos

- Prevenir la propagación de gérmenes.
- Controlar la transmisión de microorganismos durante la atención a un paciente, el traslado del mismo o de material estéril.

3 Metodología

Existen datos científicos que nos muestran que una buena higiene de manos de los trabajadores de la salud, reduce las infecciones. Desde la Organización Mundial de la Salud piden a los profesionales que trabajan en sanidad que se tomen cinco momentos con el objetivo de prevenir la septicemia. Estos momentos son, antes de tocar al paciente, antes de hacer una tarea limpia, después del

riesgo de exposición a líquidos o fluidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

4 Resultados

Hacemos una búsqueda bibliográfica buscando en internet bases de datos electrónicos como Pub Med, SciELO y el buscador Google Académico. Hemos encontrado documentos de gran utilidad que sirven como documentación en este estudio.

5 Discusión-Conclusión

Todo el personal que trabaje en sanidad y que participe en la atención a un paciente, debe mantener una higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente.

6 Bibliografía

- Lorna F, Kaufmann RB, Kay D, Enanoria W, Haller L, Colford JMC. Water, sanitation and hygiene interventions to reduce diarrhea in less developed countries: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious Diseases*. 2005; 5(1): 42-52.
- Also CV, Cairncross S. Effect of washing hands with soap on diarrhea risk in the community: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*. 2003; 3: 275-281.
- <http://www.lboro.ac.uk/well/resources/f>
- Larson EL, Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology 1992–1993, 1994 APIC Guidelines Committee. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control*. 1995; 23: 251-269.

Capítulo 1182

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE CON UN ELEVADOR HIDRÁULICO O GRUA

ISABEL HERNANDEZ SALGUERO

SARAI HERNÁNDEZ SALGUERO

1 Introducción

El elevador hidráulico o grúa es un dispositivo auxiliar del que disponen los trabajadores de sanidad. Se utiliza para movilizar al paciente de forma segura, evitando lesiones en el trabajador.

2 Objetivos

Exponer la técnica y cuidados para la movilización del paciente con un elevador hidráulico o grúa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para movilizar un paciente con elevador hidráulico o grúa, hacemos lo siguiente: lo primero es informar al paciente de lo que se va a hacer, a continuación giramos al paciente en decúbito lateral y colocamos el arnés, después lo giramos hacia el decúbito lateral contrario y estiramos el arnés. Con el paciente boca arriba acercamos la grúa y metemos las pata por debajo de la cama. Bajar el brazo de la grúa y pasar las bandas del arnés por debajo de cada pierna; enganchamos los anclajes superiores (que recogen toda la espalda) y posteriormente los anclajes inferiores. Elevar al paciente poco a poco hasta la posición de sentado. Transportar al paciente hasta el lugar que queramos: sillón, cama ,baño... Comprobar siempre, que el paciente quedé bien sentado.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer las técnicas de movilización y el manejo de los distintos dispositivos disponibles para lograr una correcta movilización del paciente, aportando seguridad y comodidad. El uso del elevador hidráulico reduce el riesgo de lesiones en la espalda del personal que la utiliza.

6 Bibliografía

- Rodriguez L. Atención del auxiliar en la hospitalización del paciente geriátrico.: MAD SL; 2006.
- Casas SPR, Aguilas Casas M, Benavente Ramos JM, Calcedo Berhal I, Cañestro Marquez A, Martinez Lopez JF, et al. Cuidados auxiliares de enfermería en el área de urgencias.: Vértice; 2009.
- Ordón Chitay EJ. Técnica de movilización y transferencia de pacientes. efisioterapia. 2012 Noviembre.
- Gobierno de Aragón. La tarea de cuidar: Higiene postural, movilización y transferencias. 2011. Manual de buenas practicas para el cuidador.
- Junta de Andalucía. Técnicas de movilización y transferencias. 2009. Guía práctica para el cuidado de personas dependientes.

Capítulo 1183

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A SITUACIONES CONFLICTIVAS CON LOS CIUDADANOS EN CENTROS SANITARIOS

ROGELIO SANCHEZ VALLES

ARACELI GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

Según la Organización Internacional de Trabajo (OIT), el 25% de la violencia en el trabajo se produce en el sector sanitario, debido al estrecho contacto con usuarios. Por este motivo, mediante la elaboración de un protocolo se pretende establecer las pautas de actuación que deben llevar a cabo el trabajador ante una situación conflictiva con los ciudadanos (pacientes, familiares y acompañantes de los mismos), en el que medie cualquier tipo de agresión verbal, física o psíquica. La población diana de este protocolo son el trabajador expuesto y todos los usuarios del sistema sanitario.

2 Objetivos

Mejorar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores del ámbito sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se aplicará el protocolo de vigilancia establecido para ese Centro de Trabajo y cuando no exista protocolo de actuación, se deberán poner en marcha las siguientes actuaciones:

- Valoración de los trabajadores que han sufrido una situación conflictiva con los ciudadanos.
- Evaluación e investigación en los centros donde se den con más frecuencia situaciones de conflicto.
- Valoración del puesto de trabajo en trabajadores especialmente sensibles.
- Colaboración con el Sistema Nacional de Salud.
- Colaboración con la autoridad laboral y sanitaria siempre que ésta lo requiera.
- Reconocimientos médicos después de una incapacidad laboral, si ésta es por una agresión o si el daño es atribuible a una agresión.

En base a ello se establecerá un programa formativo cuyo objetivo será educar a los profesionales en cuanto a habilidades de comunicación e información a usuarios y familiares y en técnicas de afrontamiento directo frente a situaciones conflictivas e información de los aspectos legales sobre las mismas. Para conseguir estos objetivos se propone un programa de formación que al menos contemple los siguientes contenidos:

- Principios básicos de la comunicación en situaciones difíciles.
- Elementos que facilitan y dificultan la comunicación.
- La asertividad: diferentes técnicas.
- La escucha activa.
- La comunicación no verbal.
- Técnicas y habilidades de negociación.
- Autocontrol emocional y manejo del estrés.

5 Discusión-Conclusión

Las profesiones relacionadas con el sector servicios, tal y como indica la OIT (Organización Internacional de Trabajo), son las que presentan un mayor riesgo de sufrir agresiones o actos de violencia debido al estrecho contacto con usuarios y clientes. La relación entre profesionales y usuarios del sector sanitario conlleva un importante componente emocional (dolor, muerte, sufrimiento, incertidumbre...) que puede generar situaciones de riesgo al provocar una percepción de falta de información, o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, aprobado mediante la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, dice que el personal sanitario ostenta el "derecho a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones". Mediante la instauración de un Protocolo específico de actuación en los Centros Sanitarios, se pretende mejorar las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores, que desarrollan su actividad laboral en dicho centro, ya que:

1. Contribuye a disminuir los riesgos de agresión y el efecto lesivo de las agresiones en caso de que se produzcan.

2. Permite prevenir agresiones y actos de violencia contra los trabajadores, tanto en los centros sanitarios como en los domicilios de los pacientes.

3. Confiere protección a los trabajadores, usuarios, bienes y servicios de los Centros de Atención Primaria, a la vez que confiere seguridad y confianza en los mismos, lo que ayuda a mejorar el ambiente laboral, favorece el respeto mutuo y la comunicación.

4. Sensibiliza, informa y forma al personal, animándoles a denunciar los incidentes y a proponer estrategias y actividades para reducir o eliminar los riesgos.

5. Contribuye a registrar y documentar las agresiones y elaborar mapas de riesgo.

6. Permite crear un sistema de denuncia y registro ágil y accesible, así como favorecer el seguimiento en la recuperación total del facultativo.

7. Facilita el análisis de la seguridad de los Centros de Atención Primaria, el estudio de los incidentes por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la elaboración de estadísticas de situaciones conflictivas con los ciudadanos.

8. Facilita a los trabajadores afectados asistencia sanitaria, apoyo psicológico, asesoramiento y defensa jurídica.

Situaciones de riesgo laboral.

Se consideran aquellas circunstancias en las que confluyen determinados factores favorecedores de un clima propenso a generar comportamientos intencionados

con tendencia a producir daño físico o psíquico a otra persona. Tipos de agresión:

- Agresión Verbal: Es el empleo de amenazas verbales, intimidación contra otra persona o grupo, que puede producir daño psicológico.
- Agresión Física: Es el empleo de la fuerza física contra otra persona o grupo, que produce daños físicos.
- Agresión Psíquica: Uso deliberado del poder, o amenazas de recurso a la fuerza física, contra otra persona o grupo, que pueden dañar el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende entre ellos el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas.

Tareas a riesgo: son todas las tareas que realiza el profesional del centro que pueden estar sujetas a algún tipo de situación de conflicto por parte del usuario. Población de riesgo.

1. Trabajador expuesto:

- Profesionales Sanitarios: médico, enfermero/a, auxiliar, fisioterapeutas.
- Profesionales no Sanitarios: personal administrativo, gerencia, conductores de ambulancias, celadores.

2. Trabajador especialmente sensible. Se considera a todo el personal discapacitado, personal con dependencias y personal con perfiles especiales, entre los que podríamos destacar:

- Perfil A: Personas agresivas, que tienden a generar agresiones con más frecuencia.
- Perfil B: Personas explosivas y que manejan mal las situaciones conflictivas.
- Perfil C: Personas pasivas, que gestionan peor las situaciones conflictivas.

Daño a prevenir.

- Lesiones físicas.
- Agresiones sexuales y otros estados de indefensión, situaciones que producen gran impacto emocional o actuaciones condicionadas por miedo a la seguridad del trabajador o la de su familia.
- Síndrome de "burn-out".
- Incapacidad Laboral Temporal o Permanente, cambio o pérdida del puesto de trabajo.
- Situaciones que generan ansiedad, depresión, desmotivación y pérdida de satisfacción profesional causando disminución del rendimiento laboral.
- Abuso de alcohol y/o drogas.

Evaluación del riesgo.

- Estrecho contacto con usuarios y clientes, con importante componente emocional (dolor, muerte, sufrimiento, incertidumbre), que puede generar situaciones

de riesgo al provocar una percepción de falta de información o de mala calidad asistencial. La demanda de atención urgente agrava la situación de riesgo por el estrés que provoca la misma urgencia.

- Abuso verbal, físico o psicológico; amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio, ataques físicos intencionados, amenazas verbales o con un arma ofensiva. Se incluyen entre otros las palizas, patadas, bofetadas, tiros, empujones, mordiscos, pellizcos.
- Coacción o delitos contra la libertad e integridad sexual.
- Situaciones en las que se dirime un beneficio económico o administrativo directo o indirecto (recetas de determinados medicamentos, peticiones sin justificación real de Incapacidad Temporal, prestaciones o pensiones de invalidez).
- Elevada presión asistencial.
- Expectativas de pacientes que no siempre se pueden cumplir.
- Necesidades de los usuarios cada vez mayores, que no se corresponden con las posibilidades reales.
- Retrasos y errores en citaciones, procesos diagnósticos, listas de espera prolongadas y tiempo de espera prolongado para ser atendidos. Masificación en salas de espera, mal diseño o condiciones inadecuadas de las mismas, exceso de confluencia de público, familias alteradas.
- Cambios en la relación médico-paciente debido al trato cada vez más irrespetuoso del paciente hacia el médico, unido a un aumento de la violencia civil.⁸
- Denegación de un servicio solicitado.
- Actuación contra el deseo del paciente.
- Falta de información por parte del usuario.
- Escasez de personal. Trabajar en lugares aislados o alejados, trabajar en zonas socialmente conflictivas.
- Pasillos poco frecuentados, salas solitarias o lugares poco iluminados.
- Trabajo con enfermos mentales o consumidores de alcohol y/o drogas y disponibilidad de drogas en el centro.

Investigación de las circunstancias relacionadas con el incidente.

- ¿Dónde ha ocurrido?
- ¿Cuándo ha ocurrido?
- ¿Por qué ha ocurrido la agresión?
- ¿Cuáles fueron las causas concretas o posibles desencadenantes?
- ¿Cómo sucedieron los hechos?
- ¿Qué perfil tienen el agresor y su víctima?

El programa docente deberá encontrarse dirigido a todos los profesionales de los

centros que de una manera u otra, se encuentren sometidos a estas situaciones conflictivas. Sería conveniente también llevar a cabo campañas de concienciación y sensibilización sobre la prevención de la violencia en el trabajo tanto en los propios centros dirigidos a los profesionales de los mismos, como al resto de la población a través de diferentes medios de difusión. Por último, el protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas deberá ser divulgado entre los trabajadores, y deberá contar con un fuerte apoyo y compromiso tanto por parte de los dirigentes de la institución como de los mandos intermedios, lo que garantizará un conocimiento generalizado del circuito y una implicación de todos los profesionales en el proceso.

6 Bibliografía

- Maestre M, Rosique I. Protocolo de Actuación ante Situaciones Conflictivas con los Ciudadanos en un Hospital. 2007.

Capítulo 1184

LA ILUMINACIÓN EN EL TRABAJO HOSPITALARIO

DAVID MARTÍNEZ NIETO

PAULA GARCIA MIRANDA

LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ

LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La mayor parte de la información, aproximadamente un 80%, se recibe a través de la vista. Ello convierte a la visión en uno de los sentidos más importantes, y sin luz no podemos ver. También es cierto que, gracias a la capacidad de la vista de adaptarse a condiciones de iluminación deficientes, y por tanto, al “ser capaces de ver”, en numerosas ocasiones no se cuida lo suficiente este tema.

2 Objetivos

- Describir la importancia de una buena iluminación en los hospitales y evaluar posibles riesgos debido a la mala iluminación.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en la base de datos Pubmed, seleccionando diversos artículos relacionados con la

iluminación en el medio hospitalario, estableciendo como criterios de inclusión los estudios realizados en los últimos 10 años.

4 Resultados

Tener una iluminación suficiente y apropiada en un área de trabajo es importante por varias razones. Una iluminación apropiada no solo nos ayuda a ver mejor mientras trabajamos, sino que también nos ayuda a prevenir problemas de salud, mejorar nuestra productividad y crear un mejor ambiente laboral en general.

Una iluminación inapropiada en el ambiente de trabajo puede causar problemas relacionados con la salud. Además de la fatiga visual, una iluminación inadecuada puede causar cansancio, estrés físico y jaquecas. Un área de trabajo mal iluminada puede causar accidentes. Las áreas oscuras y el resplandor pueden hacer que un trabajador o paciente camine por lugares donde se puede lastimar, causar caídas y otras heridas.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo de una buena iluminación es brindar seguridad y confort tanto al personal como a los pacientes y familiares. En los hospitales la iluminación juega un papel esencial por lo que se debería tener especial atención a este factor ya que una mala iluminación continuada conlleva riesgos a largo plazo.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1185

HABILIDADES SOCIALES Y COMUNICATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

ROGELIO SANCHEZ VALLES

ARACELI GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

La comunicación es un proceso por el cual una persona transmite a otros pensamientos, sentimientos e ideas. Es la base de las relaciones humanas. Saber comunicarse es una de las principales habilidades que deben desarrollar los profesionales de la salud. La información llegará a través de una buena comunicación, es decir, en la que el mensaje ha repercutido y propiciará una respuesta; a esto lo llamamos feedback o retroalimentación, o también, comunicación en dos direcciones. Facilitar una adecuada información es considerado un derecho del paciente en la Ley General de Sanidad.

2 Objetivos

- Determinar las habilidades sociales para la comunicación en salud.
- Conocer las estrategias verbales y no verbales para facilitar la comprensión y la relación con el familiar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se obtuvieron diversas habilidades y estrategias como las habilidades para la comunicación en salud y las estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud y los Gestos y posturas de los profesionales. Este estudio concluyó refiriendo las habilidades, estrategias y gestos de los profesionales más destacados para poder realizar una eficaz comunicación con los enfermos y familiares, como lo pueden ser la empatía, el empleo de una información inteligible, clara y concisa y adecuada al nivel sociocultural del familiar, además de una entonación, volumen y ritmo de voz adecuados o la comunicación no verbal, posturas corporales, expresión facial o la mirada. En el ámbito sanitario es de vital importancia el proceso comunicativo entre el usuario y el profesional puesto que, dicha información, facilitará u obstaculizará a la hora de que el paciente se adapte a su situación personal en cuanto a salud se refiere.

5 Discusión-Conclusión

Elementos de la comunicación:

- Emisor: Persona o personas que recibe el mensaje.
- Mensaje: Es lo que se comunica.
- Medio: Es el canal de transmisión del mensaje.
- Contexto: Variables presentes en el proceso de comunicación.
- Código: Conjunto de signos, relacionados entre sí, y de reglas de construcción, a disposición del emisor y del receptor. Debe ser conocido por las personas implicadas.
- Ruido: Perturbaciones no previstas que alteran la información.
- Redundancia: Elementos no necesarios que aparecen en un mensaje y que sirven para combatir el ruido.

¿Qué información se comunica?

Padecer una enfermedad puede aumentar los niveles de ansiedad y falta de confianza en los profesionales por la incertidumbre de no disponer de información de su propio estado de salud. Como principios generales para ofrecer una información adecuada podemos destacar:

- Iniciar el proceso indagando sobre qué desea el paciente y sus familiares saber sobre el problema, escuchar sus preocupaciones.
- Ofrecer la información gradualmente, de forma clara y adecuando el lenguaje al nivel de las personas al cual se comunica.
- Expresar disponibilidad para resolver posibles problemas.

¿Qué interviene en la comunicación?

- En cuanto al paciente: estado del paciente, edad, relación anterior con el entorno sanitario, cómo lo afronta.
- Tipo de enfermedad: situación clínica, pronóstico, tratamiento, calidad de vida futura.
- Entorno social: recursos de los que dispone, circunstancias personales que puedan agravar la situación.
- Familia: oposición a informar al paciente, situación de incompreensión del alcance de la enfermedad.
- Factores del personal: la comunicación de una mala noticia causa dolor en el paciente. Además, ser poco hábiles dando malas noticias puede causar un sufrimiento añadido en la persona que recibe la mala noticia.

¿Cuáles son las habilidades para la comunicación de malas noticias?

Las características que debe poseer un buen comunicador para llegar al paciente de forma óptima son las siguientes:

1. Escucha activa: Escuchar no se limita a dejar hablar al interlocutor sin interrumpir su discurso, sino que necesita de una atención física, psicológica y verbal.
2. Empatía: Capacidad de ponerse en lugar del paciente, de sintonizar con sus emociones. De esta forma la persona a la que escuchamos se siente atendida y comprendida, aunque no compartamos su punto de vista. Para ello puede utilizarse el lenguaje verbal pero también es posible con el no verbal como la mirada, postura etc.
3. Validación emocional: Se debe tener en cuenta la validación emocional, es decir, la aceptación y el feedback para comunicar mejor. Porque cuando tenemos a otros delante, es necesario escuchar sin juzgar y es un requisito indispensable comunicar a la otra persona que se le ha entendido.

La validación emocional mejora la comunicación el otro interlocutor se siente

reconocido y comprendido, y así incrementa la verbalización de lo que piensa, crea un ambiente de confianza. Decirle a la otra persona que le has entendido.

4. Recibimiento con cordialidad, calidez, respeto y cercanía.

Conclusiones.

La comunicación en salud, para convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible, dada con acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamiento. Se debe incluir y dar participación a la familia en una toma de decisiones argumentada.

6 Bibliografía

- La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Enfermería Integral, 2006 Marzo.
- Aguirre Raya, D (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. Educ. Med. Sup.Vol 19 (3). - Astudillo, W. & Mendinueta, C (2005).

Capítulo 1186

LIDERAZGO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

ROGELIO SANCHEZ VALLES

ARACELI GARCIA RODRIGUEZ

1 Introducción

El liderazgo es el proceso de realización de un grupo de personas, convirtiéndolo en un equipo que genera resultados, es una de las características principales a desarrollar en los profesionales del ámbito sanitario, resultando imprescindible igualmente en el ámbito clínico. Podemos hacernos varias preguntas importantes: ¿Se forma en liderazgo de forma sistematizada y se considera importante? En caso de medir el liderazgo, ¿cómo se mide? ¿qué criterios se utilizan? ¿son criterios públicos y objetivos?

2 Objetivos

Proveer un panorama actualizado sobre el liderazgo en medicina y sus implicaciones educativas.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Se analizaron los siguientes temas: relevancia del liderazgo en ámbito sanitario; definición de liderazgo; liderazgo como rasgo; enseñanza de liderazgo; reflexiones sobre enseñanza y evaluación.

El liderazgo es un pilar clave para el avance de las profesiones en el ámbito sanitario. Para algunos es innato, para la mayoría el liderazgo es una habilidad que hay que desarrollar en el ejercicio de la profesión y ponerlo en práctica diariamente. El liderazgo está relacionado directamente con personalidad, por eso es fundamental conocer los factores de personalidad y potenciarlos. El liderazgo está asociado claramente a las tareas de dirección y gestión. El avance de la gestión de la calidad total en las organizaciones sanitarias, exige como elemento fundamental el desarrollo del liderazgo y así aparece contemplado en todos los modelos de calidad. Se plantea como ejemplo a la Academia de Liderazgo del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, que publicó en 2013 un modelo de liderazgo cuyo objetivo es ayudar a los profesionales que trabajan en el sector sanitario, tengan o no responsabilidades formales directivas, a convertirse en mejores líderes. Se resalta el protagonismo de la medición del liderazgo. Hay que medirlo, y su medición debe plantear estrategias de cambio en los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar de forma continua, aportando valor a la sanidad en su conjunto y en la atención de pacientes y familiares como objetivo fundamental. Finalizamos el capítulo con palabras de Javier Sada, experto en liderazgo, que nos posiciona claramente en lo que es un líder: “La valía de un líder se mide por su capacidad de servicio a los demás”.

5 Discusión-Conclusión

El liderazgo se define como “Un proceso mediante el cual un individuo ejerce influencia sobre un grupo de individuos para lograr un objetivo común”. El liderazgo se caracteriza por una serie de habilidades. No depende de tener un título, sino de influir sobre los demás para conseguir un resultado positivo.

Tipos de liderazgo:

- Autoritario, donde el jefe es sólo informador, es decir, decide y demanda.
- Persuasivo, donde el jefe es vendedor, o sea, vende, convence respecto de sus decisiones.
- Consultivo, donde el jefe presenta su decisión o sus ideas y las sujeta a modificación para que el grupo pueda hacer preguntas.
- Participativo, donde el jefe da a conocer ciertos problemas, solicita sugerencias y deja que el grupo decida, desde luego, enmarcándose en algunos parámetros.

Ventajas de un liderazgo positivo.

El efecto de un liderazgo positivo que enfatiza el cuidado de los profesionales que trabajan en la organización y la alta calidad de los servicios, se sintetiza en los siguientes aspectos:

- Profesionales satisfechos, leales, productivos y comprometidos.
- Asistencia de alta calidad y compasiva.
- Servicios asistenciales valorados positivamente y satisfacción del paciente.
- Organizaciones sanitarias exitosas y con servicios altamente considerados.

Trabajo en equipo.

El trabajo en equipo puede definirse como aquella actividad que para concretarse, requiere la participación de diferentes personas; lo que implica una necesidad mutua de compartir habilidades y conocimientos; donde debe existir una relación de confianza que permita delegar en el compañero parte del trabajo propio, con la seguridad de que éste cumplirá cabalmente su cometido. Trabajar en equipo constituye una oportunidad de crecimiento personal y un verdadero triunfo social que facilita la superación individual ayudando a los demás mediante la capacidad de entrega, de integración y tolerancia.

Trabajar en equipo resulta fundamental y necesario para toda organización moderna. La costumbre de primar el trabajo individual y buscar el beneficio personal, es común en nuestra Sociedad; por ello resulta difícil adaptarnos y sobretodo someternos convencidamente al trabajo en equipo. Por otra parte, para trabajar en equipo, es imperativo asumir el compromiso con el resultado de las metas y objetivos propuestos. Esto implica abandonar el hábito individualista de creer sólo en el resultado del esfuerzo propio. Requiere confianza en la capacidad de los compañeros de equipo. Creer que al igual que uno, ellos están comprometidos con los objetivos de la organización y trabajan eficazmente por alcanzarlos. En un equipo de trabajo, la comunicación debe ser fluida, espontánea y natural. Los sentimientos deben expresarse con respeto a la intimidad y prestigio de cada integrante. Las diferencias de estilo, la forma de comunicar, y los enfoques per-

sonales, no deben constituir una interferencia, sino más bien una oportunidad para enriquecer la unidad del equipo.

Características para un buen trabajo en equipo.

Esfuerzo, conductas flexibles y adaptables: es necesario que los componentes se esfuercen y tengan conductas, conocimientos y actitudes flexibles y adaptables, con una predisposición positiva a la crítica constructiva. Comunicación clara, concisa y en doble sentido: debe existir una comunicación en doble sentido entre los componentes y entre estos y los directivos. Esta comunicación ascendente y descendente debe ser clara y concisa para que sea útil. Competencias complementarias: los miembros del equipo deben complementarse entre sí, no solamente en términos de sus capacidades profesionales, sino también de su estilo de trabajo. Liderazgo y coordinación de la actividad. Apoyo entre los miembros durante la tarea y cohesión.

Ventajas del trabajo en equipo.

- Al tratarse de personas diferentes, cada uno entrega un aporte en particular al equipo. Habrá quienes tengan más habilidades manuales, mientras otros le darán un mayor uso a su intelecto. Habrá líderes y otros seguidores. En definitiva, la diversidad hará el enriquecimiento mutuo.
- Tratándose de seres con capacidad de raciocinio, es lógico encontrar a individuos que discrepen por las diferencias de sus ideas, pero que resulta beneficioso considerando obtener mayor creatividad en la solución de problemas.
- Se logra la integración de metas específicas en una meta común.
- Prevalece la tolerancia y el respeto por los demás.
- Al sentirse parte real de un equipo, donde son tomados en cuenta, las personas se motivan a trabajar con un mayor rendimiento.
- Promueve la disminución de la rotación de personal al desempeñarse en un lugar que les resulta grato.

Diferencia entre trabajo en equipo y en grupo.

Un grupo se puede reunir por ejemplo para ir a ver una película. El trabajo en equipo, por el contrario, contempla también metas específicas, pero que conducen a un objetivo global. “Si trabajamos con un objetivo común, elevándonos por encima de nuestras individualidades, unificamos criterios y superamos diferencias, habremos aprendido a trabajar en equipo”.

6 Bibliografía

- Gil F, Alcover CM, Rico R, Sanchez M. Nuevas formas de liderazgo en equipos de trabajo.
- Consejería de Salud. Contrato Programa Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud 2010-2013.

Capítulo 1187

COLOCACION DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRURGICA

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

1 Introducción

Existen varias y diferentes posiciones quirúrgicas según el tipo de operación que se vaya a realizar. En principio, el celador es quien debe colocar en la mesa de operaciones al paciente en la posición correcta, siempre según el diagnóstico y tipo de operación y bajo la supervisión del equipo que compone la intervención. Es necesario conocer las posturas más adecuadas/ergonómicas en las que se debe operar al paciente. El conocer su correcta realización y mantenimiento depende tanto de facilitar la buena técnica quirúrgica como de evitar posibles complicaciones.

2 Objetivos

- Establecer las posiciones quirúrgicas más frecuentes y las más utilizadas en cada operación quirúrgica.

3 Metodología

Buscamos información en diferentes bases de datos. Encontramos más de 35 artículos de los que seleccionamos las partes que nos interesan sobre los objetivos que antes describimos. Tomamos también referencia de cursillo realizado en Huca de Asturias.

4 Resultados

Las posiciones quirúrgicas más frecuentes son decúbito supino: operaciones abdominales, faciales, de cuello y vasculares. Tumbado boca arriba con el cuerpo recto y protección de la cabeza, la espalda y los talones. Se suele utilizar para intervenciones abdominales, cesáreas, laparoscopias, apendicetomías, de mamas, cardíaca, miembros inferiores...Decúbito prono: de columna vertebral y rectales. Boca abajo, protegiendo las zonas en contacto con la mesa de operaciones, la cabeza tiene que estar ladeada. Decúbito lateral: operaciones renales, torácicas, pulmonares, tanto Izquierdo como derecho. Cabeza y cuello en línea, el miembro superior en contacto con la mesa de operaciones en abducción, el miembro inferior del mismo lado flexionado en la cadera y en la rodilla, proteger también la oreja y el ojo de ese lado. Fowler: faciales, de vías altas respiratorias y hombro. Decúbito supino con el torso elevado entre 30° y 90°. Trendelenburg: parte inferior del abdomen. Decúbito supino, inclinación de 45°, la cabeza queda más baja que el resto del cuerpo. Antitrendelenburg: de vías biliares o de tiroides. Contraria a trendelenburg. Litotomía: cirugías urológicas, vaginales y rectales. Decúbito supino, flexionando las extremidades inferiores. Kraske o navaja: cirugías rectales. Decúbito prono, inclinación a nivel de la cadera.

5 Discusión-Conclusión

En función de la operación que se va a realizar se usan unas posiciones diferentes, las más habituales, decúbito supino, prono y lateral, fowler, trendelenburg, antitrendelenburg, litotomía y kraske o navaja. El celador debe conocerlas y estar familiarizado con todas ellas para poder colocar al paciente en las intervenciones sin complicaciones, facilitando así la operación. Así como la colocación de cinchas, protecciones, almohadillado.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1188

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL CELADOR

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

MARÍA SIDA HEVIA MALLADA

1 Introducción

Conocemos el síndrome de burnout (quemado, fundido) como el estado de insatisfacción, estrés laboral o mental y agotamiento físico que tiene consecuencias en la autoestima, y en casi todas las ocasiones viene caracterizado por un largo proceso por el que los trabajadores van perdiendo interés en su trabajo y pierden el sentido de la responsabilidad llegando a grandes depresiones.

2 Objetivos

- Determinar las características claras asociadas al síndrome de burnout en el celador.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica mediante la revisión de distintas bases de datos: Google académico, Scielo, Scindirect, Pubmed, Medline y Cochrane.

Empleando los descriptores: desmotivación, fatiga. También se realizaron consultas en libros, manuales y publicaciones de psicología e informes del Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo.

4 Resultados

Los resultados que obtenemos nos dan unas características claras asociadas al síndrome de burnout en el celador como agotamiento físico y mental, menor rendimiento en el trabajo, desmotivación, falta de concentración, dolores musculares y articulares a causa de la tensión que se acumula, alteraciones gastrointestinales, dolor de cabeza, debilidad, problemas en el sueño, aumentando la irritabilidad e irascibilidad hacia los pacientes y familiares dando lugar a una pérdida de motivación junto con una disminución de la autoestima con estrés a nivel cognitivo y de comportamiento. Teniendo como consecuencia trastornos en el sueño reparador y por ello en un descanso necesario, afectando a la vida personal y familiar.

5 Discusión-Conclusión

Tenemos datos para detectar el síndrome de burnout antes de que aparezca. Por ello sería importante abordar el problema con una comunicación entre el celador y su superior, para así atajar el problema y prevenir. Tomando medidas que disminuyan la ansiedad y demás síntomas mencionados anteriormente. También podemos acudir a programas con programas de ayuda que pueden servir de apoyo o con psicoterapia en casos graves. Estas ayudas soluciones que van a poder ayudar a ver nuevas perspectivas y apoyo.

6 Bibliografía

- Cáceres, V., Pardiñas, M.C. y Otero-López, J.M. (1998, septiembre). Predictores del estrés laboral en sanitarios. Comunicación presentada en el II Congreso de Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. Benidorm, España.
- Cano, A. (2003): Epidemiología y costes del estrés laboral. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.
- Ribera, D., Cartagena, E., Reig, A., Romá, M.T., Sans, I. y Caruana, A. Estrés laboral en profesionales de sanitarios: Estudio empírico en la provincia de Alicante. Alicante: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Capítulo 1189

EL CELADOR EN EL TRASLADO DE PACIENTES

JESSICA PEÑA ALEA

1 Introducción

Podemos definir a un celador de hospital como "la persona que vigila que todos los cumplimientos del centro se lleven a cabo de la forma correcta". Las funciones del celador están recogidas en el artículo 14.2 del Estatuto del Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971.

En el artículo 14.2.12 se especifica que "tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias". Cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requiera, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas. Para ello deberemos tener en cuenta una serie de consideraciones generales:

- Explicarle al paciente el recorrido que va a realizar y cómo lo va a hacer.
- Elegir el medio de transporte más adecuado, atendiendo a las indicaciones del personal sanitario sobre la movilidad del paciente.
- Si lo que vamos a movilizar es una cama eléctrica, comprobar que no está enchufada a la red.
- Antes de mover la camilla, cama o silla de ruedas debemos verificar que todos los componentes, sueros, bombas, sondas, bala de oxígeno, etc. están en el lugar adecuado y asegurarnos de que no nos van a entorpecer el traslado cuando entremos en un ascensor, atravesemos una puerta, etc.
- El paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.

- Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.
- Los movimientos en el traslado deben ser rápidos y coordinados.
- Una vez llegado al destino, planta de hospitalización, servicio de radiología, quirófano, etc. no abandonar al paciente hasta que no se haga cargo de él el personal correspondiente.
- Como norma general, empujaremos la cama o camilla desde la cabecera de la misma, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino. Igualmente la silla de ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma, agarrándola por las empuñaduras.

Excepción: en el caso de traslado en cama o camilla de pacientes asistidos (aquellos que están conectados a aparatajes que les ayudan a mantener las constantes vitales adecuadas) el celador empujará por los pies de la cama o camilla, dejando así despejada la parte de la cabecera para poder ser utilizada por el/la anestesista, enfermera u otro personal sanitario, que desde ahí vigilarán los monitores, respirador portátil, paciente, etc.

2 Objetivos

Conocer las diferentes técnicas de traslado de pacientes en los hospitales o centros de salud.

3 Metodología

La información para este capítulo se ha obtenido mediante la búsqueda en diversos libros de texto como los temarios para oposiciones de celador, funciones del celador... También se ha realizado una búsqueda exhaustiva utilizando diversas páginas web.

4 Resultados

En cuanto a las técnicas de traslado se trata del desplazamiento del paciente de un lugar a otro. El traslado puede realizarse en distintos medios como pueden ser la cama, la camilla, la silla de ruedas... Otro método de transporte muy importante es la ambulancia. Los celadores se encargan del traslado de los pacientes de una unidad a otra dentro del centro de salud o del hospital ya sea mediante los distintos medios como la silla de ruedas, cama hospitalaria, camilla, o por su

propio pie si el paciente está apto para ello. Durante el traslado, los celadores encargados de llevar al paciente a la unidad requerida también se harán cargo de llevar consigo los objetos personales del paciente así como su historia clínica y las analíticas o solicitudes de pruebas en el caso de que sea necesario. Hay casos en los que el traslado se hará acompañado de un auxiliar de enfermería o algún diplomado de enfermería. El celador se asegurará de que la zona de destino estará preparada y dispuesta para recibir al paciente y además, si en el traslado se utiliza algún elemento como puede ser la silla de ruedas, será responsable de que sea devuelta a su origen.

El celador es el encargado del traslado de pacientes dentro del centro hospitalario, en centros médicos y en el servicio de ambulancias. Deberá encargarse de trasladarlos con la menor tardanza posible pero velando por su seguridad. Se encargará de cuidar los objetos personales del paciente, así como la documentación clínica del mismo durante el traslado.

5 Discusión-Conclusión

Independientemente del elemento que utilicemos para el traslado del paciente deberemos seguir una serie de normas:

- Mantener al enfermo abrigado en todo momento durante su traslado y evitar corrientes de aire que puedan empeorar su estado de salud.
- No se abandonará al enfermo en ningún momento, salvo orden expresa que justifique la ausencia.
- En todos los traslados llevaremos al enfermo con los pies hacia delante y la cabeza por detrás para evitar cualquier posible golpe del enfermo en la cabeza.
- Los traslados deben realizarse sin perder tiempo, de forma que su duración sea la más corta posible, pero siempre habrá que tener en cuenta que no se debe correr pero tampoco demorarse haciendo sufrir lo menos posible al paciente.
- En los casos en los que el traslado se realice junto a algún aparato, tendremos que estar atentos a que siga funcionando durante todo el tiempo del traslado.
- Siempre que durante el traslado hagamos alguna detención, frenaremos la silla de ruedas, camilla, o elemento que estemos utilizando.
- Siempre que sea posible, el traslado del enfermo se realizará en su propia cama, salvo que vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica para lo cual se llevará en la camilla hasta el quirófano.

6 Bibliografía

- Libro de logos sobre funciones del celador.
- Temario específico de oposiciones a celador.
- Blog del celador.
- Temario general de oposiciones a celador.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 1190

FUNCIONES DEL CELADOR DESDE EL FALLECIMIENTO DEL PACIENTE HASTA SU TRASLADO A LA SALA DE AUTOPSIAS.

JESSICA PEÑA ALEA

1 Introducción

Según el artículo 14.2 del antiguo Estatuto de Personal no Sanitario, (recordemos que los celadores nos regimos por el estatuto marco, pero en lo que refiere a funciones todavía siguen vigentes las del E.P.N.S) los celadores ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario. Por tanto, siguiendo con lo establecido en este artículo, la operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería.

En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeros la realización de su cometido. Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, (la certificación de la defunción siempre corresponde a personal facultativo) es cuando deben ser efectuados los cuidados "postmortem". El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mor-

tuorio. Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los cuidadores.

Es muy conveniente el uso de guantes (evitar contaminación por fluidos). El amortajamiento del cadáver consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por los familiares antes de proceder a su entierro o incineración. Consiste en proporcionar cuidados técnicos a la persona después del fallecimiento. La primera maniobra a realizar en los cuidados post-mortem es retirar drenajes y sondas del fallecido. El material que vamos a utilizar será: mortaja o sudario para envolver el cuerpo, esparadrapo para unir los pliegues del sudario (entre otras cosas), vendas para atar las muñecas y tobillos, recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo, guantes para realizar la técnica del lavado y toalla para secar después de lavar el cuerpo.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones del celador desde el fallecimiento de la persona hasta que se traslada a la sala de autopsias o mortuorios.

3 Metodología

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

4 Resultados

El celador es el encargado de realizar todas las labores de apoyo que el personal sanitario le encomiende, desde el fallecimiento del paciente, siguiendo por el traslado de éste a mortuorios y en la sala de autopsias en caso de que fuese necesario hacerle una.

El traslado del cadáver al mortuorio corre a cargo del celador acompañado de otro celador, concretamente del celador del servicio donde se ha producido el deceso.

El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el "exitus" (fallecimiento) hasta el depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto.

Antes de salir de la habitación con la camilla debemos asegurarnos de que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les invitaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla. El traslado al mortuario deberá realizarse una vez recibido el parte de traslado correspondiente, (hasta que no nos lo indiquen no podemos trasladarlo) por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos o familiares que los visitan (si hay gente en los pasillos, se les invitará a entrar en la habitación etc.) Lo bajaremos con discreción al mortuario depositándolo en la cámara frigorífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadáver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior identificación. El mortuario debe permanecer en las mejores condiciones de higiene y limpieza después de la colocación del cadáver en la cámara. Si el cadáver necesitara previamente una autopsia o "necropsia", deberá ser conducido igualmente por el celador hasta la cámara frigorífica libre correspondiente, salvo que se le esté esperando para realizar la misma, algo improbable. Recordemos que el cuerpo del difunto pertenece por ley a su familia, salvo que éste haya dispuesto de forma explícita y por escrito otra disposición (instrucciones previas) o bien que la familia lo done con fines científicos o humanitarios. Una vez finalizadas estas labores regresará a su puesto de trabajo manteniendo todas las medidas higiénicas pertinentes.

Una vez en la sala de mortuorios, si fuera necesario realizar una autopsia las funciones del celador serían las siguientes:

- Movilizar y preparar.
- Preparar el cadáver para realizar la autopsia, y efectuar sobre el mismo aquellos movimientos que sean necesarios para la práctica de la autopsia.
- Colaborar con el personal sanitario en todo aquello que no requiera la utilización de instrumental sobre el cadáver.
- Amortajar y colocar el cadáver en el mortuario, cuidando el aspecto externo del difunto.
- Limpiar y asear.
- Recomponer y asear al cadáver una vez finalizada la autopsia.
- Limpiar la mesa y la sala de autopsias.
- Limpiar el instrumental utilizado en la autopsia.

- Cuidar la alimentación, limpieza, ... De los animales que se utilicen en los laboratorios.

5 Discusión-Conclusión

El celador que realice la funciones antes citadas debe tomar las siguientes medidas de prevención:

- Uso de guantes de látex y desechables, éstos son la protección de barrera más importante en este servicio. Si durante el trabajo los guantes se deterioran o se rompen, el celador se lavará inmediatamente las manos y se colocará un par nuevo.
- Se colocará bata, que suelen ser desechables, para impedir que las salpicaduras de sangre alcancen el tronco o las extremidades del celador, mascarilla y gafas, para prevenir salpicaduras de los fluidos corporales.
- Realizar un lavado de manos ordinario, es uno de los pilares básicos para evitar la contaminación a través de microorganismos.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1191

EL CELADOR EN LA INTIMIDAD CON EL PACIENTE Y EL SECRETO PROFESIONAL

VERONICA CALLEJA FERNANDEZ

1 Introducción

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece la intimidad como un valor, además de venir recogida en la Constitución Española y en el Código Penal, penalizando y castigando a los profesionales que incumplen el deber de confidencialidad. La función del celador, en gran medida está relacionada con la movilización del paciente y pueden sucederse situaciones como el aseo, el traslado de cama a camilla, cambios posturales, en la que los pacientes puedan ver invalidada su intimidad, siendo un aspecto muy necesario a tener en cuenta. Es importante mantener siempre la intimidad del paciente. Debemos intentar ponernos en el lugar del usuario y pensar como nos gustaría que respetaran nuestra intimidad.

El secreto profesional es un deber que atane a los celadores como profesionales de la sanidad en cuanto a su relación con los pacientes. Conocer su contenido y alcance es fundamental para el desempeño del trabajo. El secreto profesional se basa en la necesidad que existe en medicina de conocer toda la información que rodea al paciente para poder hacer un tratamiento integral del enfermo como persona. Conforme a la legislación vigente la historia clínica, comprende un conjunto de documentación que contiene datos, opiniones e información muy variada sobre la situación y evolución clínica de un paciente durante el proceso asis-

tencial. El acceso a esta información está limitado y sujeto a la categoría del profesional y a los documentos concretos a los que se desee acceder. Salvo en el caso de supuestos exceptuados por la ley, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información contenida en ella, que por norma general les será facilitada verbalmente por su médico. A pesar de los avances tecnológicos e informáticos que han modificado el día a día en hospitales desde hace años, los celadores siguen siendo una pieza fundamental en la conducción de documentos, órdenes verbales e incluso objetos de los pacientes. Es por esto que debemos prestar atención a que esta función concreta sea llevada a cabo de la mejor manera posible.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Conocer el concepto de intimidad desde el punto de vista del celador y desde el punto de vista del paciente.

Objetivos secundarios.

- Analizar de que forma los celadores podemos contribuir a respetar la intimidad del paciente.
- Conocer las implicaciones prácticas de la observancia del secreto profesional.
- Determinar el papel del celador en la custodia de la historia clínica.
- Identificar los tipos de secretos profesionales que existen.
- Analizar la importancia que tiene la figura del celador en la disminución de errores que acaben afectando a la seguridad del paciente.
- Optimizar los traslados de información y documentos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Cuiden, Scielo. Se ha llevado a cabo una lectura crítica para la selección de artículos relacionados con el tema a tratar, cumpliendo además los criterios de inclusión establecidos. En materia de legislación me he centrado en la Constitución, el art/ 7 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la Ley Orgánica 371986 de 14 de abril de medidas especiales en materia de salud pública, en el Real Decreto Legislativo 1/2005 de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en la Orden Ministerial del 6 de junio de 1994, y en los artículos 19. J y 72.2 C) de la Ley 55/2003

de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, es la obligación permanente de silencio que contrae el sanitario respecto a lo sabido sobre una o más personas en el transcurso de su relación profesional.

4 Resultados

Como celadores deberíamos contribuir a respetar la intimidad del paciente. Lo primero antes de realizar un traslado tendríamos que preguntar al usuario si se siente cómodo por ejemplo con las piernas al aire facilitándole, si fuera necesario una sábana para que se tapara, cosa que no siempre se hace. Vigilar siempre que la puerta de la habitación esté cerrada antes de movilizar al paciente para proceder a su aseo, o a cualquier maniobra. El celador trabaja con las máximas garantías y la diligencia debida en materia de secreto profesional salvaguardando en todo momento la información no susceptible de ser revelada. El celador como personal no sanitario no tiene acceso a la información sanitaria que comprende la historia clínica. No obstante, es el principal responsable del transporte de ésta información entre los diferentes sectores de las instalaciones sanitarias. Es su responsabilidad su carácter confidencial. A este respecto ha de actuar siempre de acuerdo a las indicaciones de facultativos, enfermeros o el jefe de personal subalterno.

Clases de secretos: Secreto natural deriva del derecho natural. Secreto prometido es aquel que obliga por promesa formulada a guardar secreto. Secreto pactado o encargado cuando existe un pacto o convenio escrito de guardar secreto. Secreto profesional es el que se realiza dentro de la profesión. Secreto compartido existe colaboración o se trabaja en equipo y el secreto obliga a todos los miembros del equipo. Secreto derivado es el que están obligados a guardar todos los que lo comparten por razón de su profesión. Por ejemplo: secretarías, enfermeras, TCAE, celadores. Secreto médico absoluto se basa en el interés individual de la persona. Esta contemplado en la constitución y es el silencio ahora y para siempre. Secreto médico relativo se basa en el interés público. Es cuando por motivos de interés para la comunidad se debe revelar alguna información. Esto se lleva a cabo intentando respetar el secreto pero aportando los datos necesarios para proteger a la comunidad. Por ejemplo, es el caso de que el paciente padezca una enfermedad de declaración obligatoria se debe de dar parte a las autoridades sanitarias sin que sea necesario descubrir la identidad del enfermo. El papel del celador es fundamental para evitar errores de información innecesarios o disminuir la gravedad de los mismos una vez ya cometidos. De hecho, en muchos

casos el celador supone el primer filtro que puede detener ciertos errores en la seguridad del paciente. Algunas de las actuaciones son comprobar datos de afiliación del paciente antes de realizar un traslado. Evitar dar información innecesaria del paciente a otros trabajadores o pacientes. Alertar a otros trabajadores cuando se detecte un posible error. Vigilar que nunca queden abandonados documentos con información de pacientes. Asegurarse de quien recibe el documento o información en su correcto destinatario.

5 Discusión-Conclusión

Un aspecto sumamente importante a tener en cuenta es el abordaje de la intimidad dentro del entorno sanitario y hospitalario, mejorando así la calidad asistencial. Es por eso que se debería invertir más tiempo en formar a los celadores. Nos informaremos de las costumbres de esa persona que hacen referencia a su intimidad personal antes de proceder a cualquier movilización o traslado. Aunque no aparezca en ningún lugar como labor del celador la de informarnos sobre estas cosas, no pasa nada por tener un poco de humanidad y en muchas ocasiones intentar ponernos en la piel de la otra persona. El secreto profesional proporciona al paciente la seguridad de que la información referente a su persona no se divulgará. Se puede concluir que la custodia fiel de la historia clínica pertenece al centro sanitario, que ha de conservarla, garantizando su integridad, durante al menos cinco años. El acceso de profesionales o pacientes a las historias clínicas ha de ser registrado y controlado por el centro sanitario. Sólo los profesionales a cargo de pacientes tienen derecho al acceso directo a su historia clínica. Para que el enfermo pueda hablar con total libertad, es necesario asegurarle que todo lo que él diga no será revelado sin que él de su previo consentimiento. Los errores de identificación y documentación de pacientes repercuten negativamente en el ámbito sanitario y en el legal. Por ello es necesario prevenirlos, siendo el celador un filtro efectivo en la detección de estos defectos, resultando su actuación fundamental para intentar evitarlos y corregirlos en medida de lo posible.

6 Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. BOE.
- Constitución Española.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre de autonomía del paciente.
- Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril de medidas especiales en materia de Salud Pública.

- Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de Julio.
- Ley 55/2003 de 16 diciembre. [scielo.isciii.es](http://scielo.isciii.es/scielo)>scielo
www.actasanitaria.com>protocolo-intimidad.

Capítulo 1192

RELACIÓN ENTRE LAS FIGURAS DEL CELADOR Y AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

En los centros hospitalarios trabajan estrechamente dos figuras profesionales diferenciadas: auxiliar de enfermería y celador, siendo figuras profesionales que ya difieren, en primer lugar, en cuanto a que la primera está reconocida como profesión sanitaria y la segunda, no. No obstante, en el desempeño de sus funciones, por ejemplo, a la hora de realizar movilizaciones, cambios de ropa o colaborar en los aseos, algunas de éstas se solapan, creando, en ocasiones, conflictos competenciales entre estas figuras profesionales.

El debate, va más allá, en cuanto que algunos centros hospitalarios privados están eliminando la figura del celador, pasando a asumir dichas funciones los auxiliares de enfermería, aunque, en principio, no serían funciones propias. Por lo tanto, pasaremos a realizar una revisión bibliográfica del tema en cuestión con la finalidad de identificarlos.

2 Objetivos

- Identificar claramente cuáles son las funciones de ambas figuras profesionales.
- Eliminar discrepancias de opinión en cuanto a las tareas a realizar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo se ha procedido a llevar a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva. La revisión bibliográfica ha consistido en una revisión de la legislación vigente sobre las funciones de las figuras profesionales del celador y del auxiliar de enfermería, así como la búsqueda y selección de numerosos artículos, manuales y trabajos sobre las funciones de estos profesionales y el trabajo multidisciplinar en el ámbito de salud, así como normas funcionales de diferentes unidades de hospitales públicos.

A la hora de realizar búsquedas de artículos, manuales y trabajos se ha hecho a partir de la introducción de palabras clave en motores de búsqueda web: “celador”, “celador y trabajo en equipo”, “diferencias entre el trabajo de celador y el del auxiliar de enfermería”, “funciones del celador”, “celador y aseos”, “auxiliar de enfermería y trabajo en equipo”. Las bases de datos utilizadas han sido: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros. En los tres primeros no se han conseguido resultados basándonos en los criterios de inclusión y exclusión.

Empleando como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y mención del celador como parte del equipo de trabajo junto con el auxiliar de enfermería en el texto del documento. Como criterio de exclusión, se han descartado para el análisis todos aquellos en los que no figure el celador o en el que se relacionen actuaciones aisladas no integradas en un modelo de atención multidisciplinar. Para ello, hemos analizado un total de 16 artículos, descartando 11, analizando y realizando la revisión finalmente de 5.

En la revisión de la legislación se ha utilizado como criterio de inclusión el articulado que hace mención a las funciones de ambas figuras profesionales y como criterio de exclusión, se han eliminado todas aquellas funciones en las que ambos profesionales no tienen que trabajar en equipo.

4 Resultados

Lo primero que llama la atención a la hora de hacer la revisión bibliográfica de la normativa existente es que ambas disciplinas se rigen por normas de la década de 1970 y que no han vuelto a ser actualizadas, encontrando algún anacronismo como referirse a las auxiliares únicamente en femenino y atribuyendo funciones a una u otra categoría en función de su género.

El Estatuto personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social, donde se recoge en su sección octava la figura del auxiliar de enfermería, es una orden del 26 de abril de 1973 y el Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, por orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, recoge las funciones del celador.

En el año 2003 se publicó un nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) que derogaba los estatutos antes mencionados, dejando vigentes, sin embargo, el listado de funciones de ambas figuras profesionales, a la espera de que cada comunidad autónoma regulase sus propios sistemas de salud.

La situación actual es que solo dos de ellas, Castilla León y Murcia lo han hecho. El Estatuto de personal sanitario no facultativo recoge en su artículo 74 que corresponden a las Auxiliares de Enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.

En los artículos siguientes desglosan las funciones de esta figura profesional, aunque haremos mención únicamente a aquéllas que pueden solaparse o requerir de un trabajo en equipo con el celador. En el artículo 75, se recogen las funciones de hacer las camas de los enfermos salvo que su estado de salud exija que lo haga el personal de enfermería, en cuyo caso solo apoyarían; y realizar el aseo y limpieza de los enfermos con la misma particularidad que en el supuesto anterior. En el artículo 80, indica que los auxiliares de enfermería en el servicio de admisión acompañarán a los enfermos, siempre que no sean trasladados en camillas. En el artículo 83, al hablar sobre las funciones de los auxiliares de enfermería en la Unidad de Rehabilitación se hace mención a la ayuda que deberán prestar para colocar o fijar al paciente en el lugar especial de su tratamiento.

Si ponemos en relación dichas funciones con las propias del celador según el artículo 14.2. del Estatuto personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, por orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo, serán de especial atención las siguientes:

En el apartado 14º, se menciona que de forma excepcional los celadores podrían lavar y asear a pacientes masculinos encamados y en el 17ª se especifica, asimismo, la posibilidad de bañar a enfermos masculinos que no puedan hacerlo por sí mismos, atendiendo, en ambos casos, a las indicaciones de la supervisora de planta.

La diferencia entre lavado y aseo y baño, es que en los dos primeros se haría a pacientes encamados y en el caso del baño a pacientes que sí pueden acceder a la ducha o bañera, pero que no puedan hacerlo de forma autónoma. En el apartado 13º, se establece como tarea del celador el prestar apoyo a enfermeras y ayudantes de planta para movilizar y trasladar a enfermos encamados que por sus características lo precisasen para poder hacer las camas. También están recogidas entre sus funciones, según los apartados 18º y 19º el apoyar a las enfermeras o ayudantes de planta cuando necesiten ayuda para colocar y retirar cuñas, cuando por razones especiales de los pacientes fuese preciso, así como el de ayudar a amortajar a los fallecidos y trasladarlos al mortuorio.

El Decreto murciano 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, establece que es función del celador el “Colaborar con otros profesionales en el traslado, movimiento y aseo de los pacientes, así como las funciones establecidas para el personal integrante de la categoría de subalterno”. El Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León (Ley 2/2007, de 7 de marzo) recoge como funciones del celador, entre otras, el “Colaborar con otros profesionales en el traslado y movimiento de los pacientes.”

La revisión bibliográfica sobre el trabajo en equipo en los centros sanitarios nos aporta la siguiente información:

- Jon Katzenbach y Douglas Smith aportan la siguiente definición de equipo “un grupo pequeño de gente con habilidades complementarias, quienes están comprometidos a un propósito común”. El trabajo en los ámbitos sanitarios se caracteriza por el trabajo en equipo, siendo imprescindible la actuación de varios profesionales de diversas disciplinas para poder llevar a cabo su labor de forma adecuada.
- Hoy en día no se concibe el trabajo de un solo profesional de forma aislada si lo que pretendemos conseguir es un abordaje integral del paciente y una atención sanitaria de calidad.
- Los diferentes profesionales que intervienen serían ese grupo pequeño de personas y cada uno con su formación y experiencia aportarían las habilidades necesarias para el propósito común, que no es otro que la atención adecuada al paciente.
- Siendo el objetivo algo tan importante, los equipos profesionales deben trabajar como los engranajes de una maquinaria bien engrasada, en el que cada uno tiene una finalidad y una razón de ser.

En el caso concreto de la figura profesional del celador, que recordemos no es personal sanitario, su labor es la de auxiliar a otras figuras profesionales, fundamentalmente personal de enfermería y auxiliares de enfermería para que éstas a su vez puedan desempeñar de forma adecuada su labor. La ventaja fundamental del trabajo en equipo es que el resultado es mayor que la suma de los esfuerzos individuales y que por lo tanto le podemos dar una respuesta más global a las necesidades de los pacientes, pero hemos de ser conscientes, asimismo, de las dificultades que podemos encontrarnos en su desarrollo.

Para poder llevar a cabo un buen trabajo en equipo es preciso que todos los miembros tengan claras cuáles son sus funciones, pero en ocasiones, una defensa feroz del corporativismo de la profesión propia puede hacer que se tienda hacia el individualismo en vez de al trabajo en equipo, entrando en luchas de poder sobre quién debe hacer cada cosa, olvidándonos por un momento del objetivo común: la mejor atención del paciente; por ello, hay que tener presente y claro dónde empieza y dónde acaba el trabajo de cada figura profesional para evitar los enfrentamientos personales.

5 Discusión-Conclusión

En los ámbitos hospitalarios es más frecuente de lo que pudiésemos pensar la existencia de conflictos entre personal de diferentes categorías profesionales por entender que la otra figura no realiza todo el trabajo que le correspondería. Esta situación provoca la existencia de tirantezas entre figuras profesionales, sentimientos de impotencia y frustración hacia el otro que puede contribuir al queme profesional en una profesión que ya de por sí, como todas las que impliquen el cuidado de otras personas, es más susceptible que otras a sufrir este tipo de desgaste personal. En última instancia, estas situaciones podrían contribuir a que se iniciasen guerras personales entre profesionales concretos de ambas categorías en los que las únicas víctimas serían los pacientes, cuando realmente deberían ser la principal preocupación de dichos profesionales.

El origen de estos conflictos, se podría encontrar, en la mayoría de las ocasiones en un desconocimiento claro de las funciones que le corresponden a la otra figura profesional, basadas en comentarios de otros profesionales y no en un conocimiento exacto de la norma. Por ello es importante, hacer el esfuerzo de revisar estos listados de funciones y que se entienda, desde ambas figuras profesionales, que la labor del celador es el de colaborar en el desarrollo de las funciones del auxiliar de enfermería y no el de sustituirlo, sin olvidar, no obstante

que ambas figuras son componentes del mismo equipo de trabajo y que tienen un objetivo común y fundamental: la adecuada atención al paciente.

6 Bibliografía

1. Estatuto personal sanitario no facultativo de las instituciones sanitarias de la seguridad social, Orden del 26 de abril de 1973 del Ministerio de Trabajo.
2. Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, por orden de 5 de julio de 1971 del Ministerio de Trabajo.
3. Ley 55/2003 de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
4. Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud (BORM nº 239, de 15 de octubre de 2002).
5. Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.
6. Katzenbach, J. R. and Smith, D.K. (1993), *The Wisdom of Teams: Creating the High-performance Organisation*, Harvard Business School, Boston.

Capítulo 1193

EL CELADOR EN CENTROS HOSPITALARIOS

NURIA MARIA MONTOYA STEINLEN

ANGELA GRACIELA SEOANE VERDASCO

VIRTUDES CASTRO RODRIGUEZ

MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ SORIA

1 Introducción

El celador al servicio de los pacientes y de la institución en centros hospitalarios es una figura importante que desarrolla una labor profesional que no todas las personas la conocen. Es por ello, que voy a desarrollar este capítulo adentrándome en las funciones del celador.

2 Objetivos

- Establecer las funciones de un celador en un hospital.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Las funciones del celador en el medio hospitalario son:

- Los celadores serán los encargados de conseguir el orden y silencio en el hospital, transportaran documentos, mobiliario y objetos, al igual que comunicados verbales.
- Los celadores son los encargados de llevar a los pacientes de un lado para otro tanto sea caminando, en camilla en silla o en cama y evitarán en todo momento hacer comentarios sobre sus diagnóstico, tratamientos, pruebas, etc.
- Trasladarán los cadáveres al mortuorio y ayudará en las autopsia, limpiar a las mesas de autopsia y las salas si fuera necesario.
- Los celadores ayudará a las auxiliares con los enfermos encamados en su aseo, cambio postural, colocación de cuña, etc.
- El celador se encarga de velar por el centro hospitalario y sus pacientes.
- El celador de quirófano realizará aquellas funciones propias de su categoría así como lo que le manden enfermeras o médicos, rasurará a los pacientes masculinos que vayan a ser intervenido quirúrgica mente en caso de no estar el peluquero.
- El celador controlará las entradas de acceso al hospital permitiendo solamente la entrada a personal autorizado, controlará también la estancia de familiares de enfermos y el cumplimiento de las normas tanto de pacientes como de acompañantes: no fumar, no entrar alimentos, no hacer ruido, etc.
- El celador cerrara las puertas tanto interiores como exteriores del hospital y vigilada por la noche los alrededores y su interior.
- Los celadores cuidarán de los enseres y ropa del centro hospitalario y son los encargados de informar a los pacientes del manejo de persianas, cortinas, etc.
- Los celadores tendrán a su cuidado los animales de laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad de las patologías, las cuales son cada vez más prevalentes en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de todos los procedimientos y funciones por parte de todos los trabajadores sanitarios. Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado

integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1194

EL CELADOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

1 Introducción

La Atención Primaria de Salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

“Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”. (Cadena 2016).

La Atención Primaria es el primer nivel al que los usuarios deben acudir cuando tienen un problema de salud o quieren prevenirlo, constituye el centro del sis-

tema sanitario y es el nivel básico inicial de la asistencia, que debe garantizar la continuidad y globalidad de la atención a lo largo de toda la vida del individuo, prestando asistencia sanitaria de carácter general, tanto en consulta como en el domicilio del paciente, en régimen normal y de urgencia. (Mendoza 2006).

Las prestaciones de la Atención Primaria son la prescripción y realización, si procede, de pruebas diagnósticas básicas y procedimientos terapéuticos; curas, cirugía menor y administración de tratamientos parenterales; realización de los programas establecidos para la zona básica de salud por los servicios sanitarios en materia de educación sanitaria, promoción de la salud, prevención de enfermedades así como rehabilitación básica; atención a programas específicos para grupos de población concretos, como por ejemplo atención a la mujer, a los ancianos, a la infancia, el estudio de los problemas sanitarios de la zona y la organización de programas sanitarios, atención a la salud buco-dental, donde se incluye la información y educación en higiene, medidas preventivas y asistenciales y tratamiento de procesos agudos odontológicos, también forma parte de las prestaciones de la Atención Primaria la derivación de pacientes a la asistencia especializada. Estas prestaciones son realizadas por los equipos de Atención Primaria en los Centros de Salud o Centros de Atención Primaria. Son muchas las tareas que un celador debe realizar en el ámbito de la Salud Pública, siendo unas de ellas las que se realizan en los consultorios de Atención Primaria. (Gonzalez 2019).

2 Objetivos

- Recopilar las diversas funciones del celador dentro del equipo de Atención Primaria en los centros de salud.
- Conocer la coordinación con el personal sanitario, protocolos y formas de actuación.

3 Metodología

Se han recopilados datos de diversas fuentes, Google Académico, Macmillan Education, Wikipedia, Edelvives y diversas revistas científicas.

4 Resultados

Los trabajos que realizan los celadores en los centros de Atención Primaria son parecidos a los que desarrollan los celadores de puertas en un hospital:

- Cuida del orden en todas las dependencias, vigilando el comportamiento de los enfermos y acompañantes, para conseguir el silencio y orden adecuado.
- Es su función informar al público del lugar, día y hora de las consultas.
- Traslada documentación, objetos, aparatos y materiales cuando sean requeridos para ello.
- Se encargan del traslado de enfermos que no pueden hacerlo por si mismos.
- Ayudarán al personal sanitario, si son requeridos, en curas y pequeñas intervenciones.

Resumiendo, cuidan el orden, informan al público sobre lugar, día y hora de las consultas, trasladan enfermos, materiales.(Llorca, 2013).

5 Discusión-Conclusión

Las actividades que desarrollan los celadores en el ámbito de la Atención Primaria son fundamentales para el buen funcionamiento del equipo sanitario de la misma, siendo un gran apoyo tanto para el resto de profesionales como para los usuarios. (Sanchez, 2011).

6 Bibliografía

- González, M. C. Prácticas innovadoras que realiza un celador en las consultas de Atención Primaria.
- Mendoza del Pino, M., & Vela Valencia, I. (2006). La oncología en la atención primaria de salud. La Habana: Editora Política, 3-35. Wikipedia.
- Cadena Muñoz, M. G. (2016). Modelo de gestión en atención primaria de salud oral en los estudiantes de la carrera de Enfermería del Instituto Técnico Superior Libertad del Distrito Metropolitano de Quito 2016 (Master's thesis, Quito: UCE).
- Llorca, D. A. (2013). Manual básico del celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
- Sánchez, C. C. (2011). La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario (Vol. 42). Comunicación Social.

Capítulo 1195

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL

LAURA LIZCANO BARREIRA

BEATRIZ RIO DIAZ

1 Introducción

La psiquiatría es la parte de la medicina que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales

La Ley General de Sanidad igualó al enfermo psiquiátrico con el resto de los pacientes en referencia al uso de servicios sanitarios y sociales procurando la integración de estos en el sistema sanitario general, debido a esto los servicios de salud mental, las administraciones sanitarias adaptaron sus métodos de actuación a esta nueva situación.

Por causa de esto, la antigua categoría que realizaban los denominados “mozos” desapareció y esas funciones en la actualidad las realizan celadores y auxiliares de enfermería.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en la unidad de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras clave utilizadas son: protocolo, celador, funciones, psiquiatría. Se han encontrado 35 artículos de los cuales hemos seleccionao 15 para especificar nuestro estudio.

4 Resultados

Tras varios estudios se ha llegado a la conclusión que las funciones más importantes para el desarrollo de estas funciones son:

- Vigilará los accesos a la unidad y controlará las entradas y salidas, no permitira a personas no autorizadas.
- Estará pendiente de que nadie introduzca comida, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.
- Cuidará del ambiente de los pacientes, y se encargará de levantar las persianas por la mañana y bajarlas por la noche.
- Controla la estancia de los familiares y visitantes en las habitaciones y en las zonas comunes evitando acciones que perjudiquen al enfermo o a la unidad.
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo necesiten
- Colaborará con el personal de la unidad, para que los enfermos no utilicen indebidamente enseres y ropas de la unidad y así evitar su deterioro.
- Ayudará para mantener el orden en el comedor, teniendo especial cuidado a los cubiertos y la vajilla, aunque sean de plástico.
- Recogerá medicación y otros productos de la farmacia, reponiendo la farmacia.
- Traslada los aparatos o mobiliario que sea preciso.
- Tramita las comunicaciones verbales, documentos o correspondencia.
- Acompaña a los pacientes a pasear por las zonas comunes del centro sanitario.
- Traslada pacientes a las unidades y consultas, siempre que no haya otro compañero para esas funciones.
- Vigilará a los pacientes en sus paseos o salidas al exterior en zonas autorizadas.
- Vigila el orden y la buena convivencia entre los pacientes.
- Ayuda al personal sanitario en la administración de tratamientos de pacientes que se niegan a colaborar.

- Colaborará con el personal de la unidad en la reducción de pacientes agitados, ayudando a sujetar a los pacientes para aplicar una sujeción mecánica.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tengan permitido en su tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia del trato del celador con el paciente psiquiátrico, y las características estos enfermos, el celador debe tener una preparación concreta y conocimiento exacto de sus funciones para actuar con rapidez y eficacia ante cualquier situación.

6 Bibliografía

- Bloch S, Chodoff P, Green S (eds.). La ética en psiquiatría. Madrid: Ed. Triacastela. 2001 .
- Baker A, Llewelyn R, Sivadon P. Servicios Psiquiátricos y Arquitectura. Cuadernos de Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1963.
- Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. Manual de psiquiatría legal y forense. 3a ed. Madrid: Ed. La Ley-Actualidad. 2005.
- Trastornos psiquiátricos y derecho (responsabilidad penal, internamientos...). Barcelona: Ed. Atelier. 2008.

Capítulo 1196

EL CELADOR EN LA SALA DE AUTOPSIAS

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

AROA PELAEZ CANO

1 Introducción

Una vez que la persona ha fallecido el médico emite un certificado especial (certificado ordinario de defunción o parte de defunción) donde se hace constatar el hecho cierto de la muerte. Este certificado es requisito indispensable para la petición de estudios autópsicos. La autopsia o necropsia consiste en la disección y el estudio anatómico post-mortem con el fin de explicar las causas del fallecimiento o la evolución de enfermedades.

Existen tres tipos de autopsias:

- Autopsia clínica, cuando se conocen las causas de la muerte pero lo que se pretende es investigar y ampliar conocimientos sobre una enfermedad.
- Autopsia no clínica, cuando lo que se pretende es averiguar las causas que motivaron el fallecimiento de la persona.
- Autopsia judicial, cuando existen indicios de criminalidad o violencia en la muerte y un juez ordena su realización.

El médico anatomopatólogo es la persona que realiza la autopsia y que dirige, coordina y supervisa el trabajo del resto de personal que colabora en el proceso. La

sala de autopsias es la estancia del hospital donde se realizan los estudios autópticos, suele estar ubicada en el sótano de éste y cerca del servicio de anatomía patológica.

Debe reunir unas condiciones y características, que son:

- Superficie mínima de 20 metros cuadrados.
- Suelos impermeables de fácil limpieza y techos lisos de material lavable.
- Una mesa de autopsias.
- Agua corriente fría y caliente.
- Sistema de balanza.
- Desagüe accesible
- Unos sistemas adecuados de iluminación, ventilación y aspiración.
- Refrigeradores de cadáveres.
- Un laboratorio propio o concertado.
- Aseos con duchas.

2 Objetivos

- Analizar la labor del celador.
- Definir los riesgos laborales a los que se encuentra sometido cuando desempeña su trabajo dentro de la sala de autopsias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane, Google Académico, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Con las palabras clave: celador, cadáver, autopsia, anatomopatológico y riesgo. Se encontraron un total de 58 artículos, de los cuales se seleccionaron varios artículos en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

Las funciones que lleva a cabo el celador dentro de la sala de autopsias son:

- Abrir y cerrar la sala de autopsias.

- Preparar la mesa de autopsias con el instrumental necesario para realizar la autopsia (instrumentos para seccionar partes blandas y cartilagos; instrumentos para seccionar huesos; instrumentos de presa; instrumentos de medición; medios de sutura; medios de reproducción gráfica; instrumentos accesorios).
- Transportar el cadáver desde el depósito a la mesa de autopsias.
- Colocar el cadáver sobre la mesa de autopsias en la posición que se le indique y realizar todos los movimientos que fueran necesarios.
- Auxiliar al médico en prácticas instrumentales que no sean específicas de profesionales titulados.
- Hacer anotaciones, pesar órganos, introducir restos humanos en cubos herméticos.
- Realizar labores auxiliares que le encomiende el personal médico.
- Cuando haya finalizado la autopsia, recomponer y asear el cadáver.
- Limpiar la mesa y el instrumental una vez finalizada la autopsia.
- Retirar los restos que hayan quedado en la sala y trasladarlos para su incineración.

En el año 1981 la dirección general del INSALUD, debido a las funciones concretas que realizaba el celador en la sala de autopsias, creó por resolución de 22 de Mayo, un puesto específico llamado “celador auxiliar de autopsias”. Estos celadores realizan algunas funciones más específicas como son auxiliar en la extracción de vísceras y coser el cadáver.

Los celadores al igual que el resto del personal que interviene en la realización de un autopsia se exponen a una serie de riesgos como son:

- Caídas provocadas principalmente por los suelos mojados, presencia de cables en el suelo etc. De ahí la necesidad de que los suelos de las salas de autopsias estén hechos con materiales antideslizantes y cuenten con unos sistemas adecuados de desagüe.
- Riesgo de cortes por la utilización de instrumentos cortantes. Es fundamental una utilización adecuada de los mismos, procurando volver a colocarlos tras su utilización en sus respectivas fundas y en lugar destinado para ellos, así como desechar los elementos punzantes y cortantes en contenedores específicos.
- Riesgo de contactos eléctricos por la utilización de equipos eléctricos que se aumenta por la presencia de agua y el material metálico de las mesas
- Riesgo de sobreesfuerzo al movilizar al cadáver. Por lo que se debe procurar valerse de medios de movilización mecánica en detrimento de la manual.
- Riesgo de exposición a agentes biológicos y químicos por contacto, salpicaduras, inhalación etc. Razón por la cual siempre se han de utilizar equipos de protección

como guantes, batas, gafas, mascarillas etc.

5 Discusión-Conclusión

La presencia del celador en la sala de autopsias es fundamental, interviene en todo el proceso de realización de la autopsia, desde la apertura de la sala hasta su cierre, pasando por todas las labores de asistencia y apoyo al personal facultativo. Con respecto a los riesgos laborales a los que se ve sometido, se deduce que son muy similares a los que se ve expuesto en otros servicios.

6 Bibliografía

- Del Castillo torres, L Ochoa Guerra, O; Gómez Martínez, d.; Alés Reina, M. "Celadores del Servicio Andaluz de Salud" 1ª edición. Sevilla. Editorial MAD.2000.
- Del Castillo torres,L; Martos Navarro, F.; Gómez Martínez, D; González Rabanal, J.M.; Vidal Ramírez, R.; Alés Reina, M "Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud". 8º edición. Sevilla. Editorial MAD. 1999.
- Centro de Estudios ADAMS. "Celadores Insalud. Temario". Madrid. Ediciones Valbuena. 1997.

Capítulo 1197

EL CELADOR EN EL ÁREA QUIRÚRGICA

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

1 Introducción

El área quirúrgica es la zona hospitalaria donde se preparan y realizan las operaciones quirúrgicas y la posterior reanimación de los pacientes tras las mismas. Los hospitales cuentan con varias zonas o áreas quirúrgicas diseñadas cada una de ellas para un tipo específico de cirugía. Estas se deben ubicar lo más cerca posible de la unidad de vigilancia o cuidados intensivos. (Alejandro, Natalia, Esteban, Maximiliano y Claudio, 2015).

El equipo multidisciplinar que conforma el área quirúrgica es una unidad de personal capacitado que proporciona una serie continua del cuidado del paciente antes, durante y después de una cirugía. Cada uno de sus miembros es una parte muy importante del total que debe actuar en perfecta coordinación y armonía con el resto de compañeros para lograr el éxito de la operación. Siendo el celador uno de sus pilares. (Casero, 2015).

2 Objetivos

Determinar y desarrollar las diversas actividades que debe de realizar el celador dentro del equipo de trabajo de las áreas quirúrgicas hospitalarias.

3 Metodología

Búsqueda sistemática en diversas revistas científicas, artículos médicos, Google académico, mac Millan education, Scielo.

4 Resultados

Las funciones del celador en el área quirúrgica son:

- En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.
- Ayudarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones -a la enfermera circulante, que es la encargada del paciente-. Colaboran con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada.
- Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesista indique, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente.
- Ayudarán a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.
- Trasladarán los aparatos o mobiliario precisos para la intervención. Moverán dentro del quirófano el aparato de RX, ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc.
- Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.
- Transportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de hematíes y plaquetas), al servicio de anatomía patológica (biopsias), etc.
- Al igual que en todas las unidades de la Institución Sanitaria, el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.

- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Trasladarán al mortuorio a los pacientes fallecidos durante la intervención. En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.
- En el traslado del paciente del quirófano a la sala de reanimación, éste irá con la cabeza lateralizada para evitar que los vómitos le ahoguen si no está despierto, los brazos y los codos irán por encima del cuerpo, nunca deben sobresalir de la cama, la cama la deslizará con suavidad.
- También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.
- Una de las funciones específicas del celador es la de rasurar: en caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran. (Llorca, 2013).

5 Discusión-Conclusión

En el quirófano, muchas veces, la atención al paciente es impersonal y, naturalmente, los problemas individuales son ignorados. El celador, al ser el encargado de los traslados, es una de las personas del equipo quirúrgico que más tiempo pasa con el paciente, creándose una relación de cercanía y confianza que ayuda al mismo a afrontar la operación con más calma. Probablemente, una atención humanizada es el primer paso para alcanzar el éxito y la calidad asistencial en los servicios de salud. (Castro, 2004).

6 Bibliografía

- Llorca, D. A. (2013). Cuestionario comentado del Celador de la Agencia Valenciana de Salud. Editorial Club Universitario.
- Fadrique Casero, M. (2015). Enfermería en Quirófano.
- Heluy de Castro, C., Efigênia de Faria, T., Felipe Cabañero, R., & Castelló Cabo, M. (2004). Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 18-20.

Capítulo 1198

EL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES DEL PACIENTE TERMINAL

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

AROA PELAEZ CANO

MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

El paciente terminal encamado, se encuentra en una situación de inmovilidad que le provoca alteraciones importantes en sus funciones vitales, como son: insuficiencia respiratoria y cardíaca, atrofia muscular, obstrucción intestinal, infecciones de orina, úlceras por presión etc.

Las posiciones básicas de este tipo de pacientes son:

- Posición de decúbito supino, el paciente se encuentra acostado sobre su espalda con sus piernas extendidas y sus brazos también y alineados a lo largo del cuerpo.
- Posición de decúbito prono, el paciente se encuentra acostado sobre su abdomen y pecho con sus piernas extendidas y la cabeza girada lateralmente.
- Posición de decúbito lateral (izquierdo o derecho), el paciente está recostado sobre un lateral de su cuerpo con la espalda recta, con el brazo sobre el que se apoya ligeramente separado y hacia delante, mientras que la pierna del lado sobre el que se apoya está extendida y la que queda arriba ligeramente flexionada.
- Posición de Sims, intermedia entre decúbito lateral y decúbito prono, en este caso el brazo que queda en la parte inferior se lleva hacia atrás y separado del

cuerpo; mientras que el otro se coloca flexionado y cerca de la cabeza, la pierna inferior semiflexionada y la superior flexionada por la rodilla y la cadera; la cabeza se gira lateralmente.

- Posición de Trendelenburg, el paciente está acostado decúbito supino pero con el plano del cuerpo inclinado 45° respecto al suelo, con la cabeza más baja que los pies.
- Posición de Fowler, el paciente se encuentra semisentado con el respaldo de la cama formando un ángulo de 45° y las piernas ligeramente flexionadas; cuando ese ángulo es de 30° la posición se denomina semiFowler.

2 Objetivos

Analizar la labor del celador ante la situación de inmovilidad del paciente terminal.

3 Metodología

Buscamos información en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, Google Académico y en blogs de salud. Encontrando un total de 56 artículos, de los cuales se seleccionaron varios en base a los objetivos anteriormente descritos. Utilizando las palabras clave: celador, paciente celador, paciente terminal, movilización y cambios posturales.

4 Resultados

En la movilización y cambios posturales del paciente terminal el celador debe distinguir tres conceptos:

- Movilización: implica desplazar al paciente de un lugar a otro del hospital o simplemente desde la cama a la silla de ruedas, de la silla de ruedas a la camilla etc. La movilización puede ser activa, cuando el paciente necesita ayuda pero puede en mayor o menor medida colaborar; o puede ser pasiva, cuando el paciente está incapacitado para moverse y no puede colaborar.
- Inmovilización: consiste en anular total o parcialmente los movimientos de del cuerpo o de una parte del él.
- Cambio postural: cambiar de postura al paciente para impedir que se produzcan ciertas patologías (úlceras por presión, rozaduras con las sábanas, isquemias etc).

Y a partir de estos conceptos trabajar con el paciente teniendo en cuenta dos aspectos fundamentales:

1. Pautas a seguir consigo mismo respecto a la ergonomía en el trabajo:

- Conseguir una base de apoyo separando los pies con uno de ellos ligeramente hacia delante.
- Sujetar al paciente lo más cerca posible de su cuerpo para no evitar realizar un esfuerzo innecesario al moverlo.
- Mantener la espalda rígida.
- Descargar el peso sobre los músculos de las piernas.
- Valerse de medios mecánicos para ahorrar fuerza física.
- Deslizar y empujar en lugar de arrastrar y tirar.
- Explicar al paciente que se le va a hacer para que pueda colaborar en la medida de lo posible.

2. Delicadeza con la que se ha de tratar a este tipo de pacientes:

- Realizar los cambios posturales cada dos o tres horas y por la noche no dejar pasar más de 4 horas
- Utilizar medios auxiliares como almohadas para evitar la presión sobre determinadas zonas del cuerpo
- Usar la sábana entremetida para evitar fricciones y rozaduras.
- Evitar apoyar al paciente sobre sus lesiones.

5 Discusión-Conclusión

Dada la falta de movilidad o movilidad reducida del paciente terminal, el celador desempeña una labor fundamental en el cuidado y bienestar de este tipo de pacientes, ya que se encarga de sus traslados dentro del hospital y de realizarle los cambios posturales. En definitiva, es la persona que le ayuda a suplir su falta de autonomía. Es de suma importancia que el celador maneje con destreza las técnicas de movilización, para poder por un lado evitar lastimar al paciente y por otro, evitar adquirir hábitos inadecuados que le puedan generar lesiones corporales a sí mismo.

6 Bibliografía

- Borrás, J.M y Padres, J. El desarrollo de la atención multidisciplinar en la atención al cáncer. Trabajo fin de Grado en Internet, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid 2017.

- Carvalho, B. Temario Celadores Servicio Extremeño de Salud, Volumen 2. 1ª Edición, Madrid. Editorial Tema Digital SL; 2017.
- Polanco-Serna M. Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid. Trabajo fin de grado en internet.
- Silva, L; Gil J.M Boceta, J et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paliativos. 1ª edición. Madrid. Editorial MAD. 2011.
- Gordón, A Estévez, M.A y Pérez, J:M temario específico de celador/a. Volumen 2. 1ª edición . Sevilla. Editorial MAD, 2014.

Capítulo 1199

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES EN EL ÁMBITO SANITARIO

JAIME ÁLVAREZ DEL MORAL

LAURA LIZCANO BARREIRA

BEATRIZ RIO DIAZ

1 Introducción

Una de las tareas más habituales a realizar por los celadores en las instituciones sanitarias es la movilización de pacientes este tipo de actividad conlleva la aparición de fatiga física o bien de lesiones, las más comunes son las dorso lumbares.

El Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, nos aporta las disposiciones mínimas de seguridad y salud en relación a la manipulación de cargas que pueden entrañar un riesgo para los trabajadores. Según la VI encuesta Nacional de Condiciones de trabajo (INSHT, 2007), el 55 % de los trabajadores que declaran manipular cargas pesadas siempre, casi siempre o a menudo, durante la jornada laboral, manifiestan sufrir molestias musculoesqueléticas en la zona lumbar. El INSHT (Instituto Nacional De Seguridad e Higiene en el Trabajo) considera carga, cualquier objeto susceptible de ser movido, incluyendo a personas y animales.

Cualquier carga que pese más de 3 Kg puede entrañar un potencial riesgo dorsolumbar si se manipula en condiciones ergonómicas desfavorables. De la misma

forma pesos superiores a 25 Kg son un riesgo en sí mismos. Por tanto la manipulación manual de pacientes debe ser siempre la última opción cuando tengamos a nuestra disposición ayudas técnicas, tales como: grúas, sabanas deslizantes, transfers, etc.

Definición de movilización manual de pacientes (MMP).

“Todo movimiento o desplazamiento que permita cambiar de posición a pacientes dependientes o semidependientes mediante sujeción, levantamiento, colocación, empuje, tracción o arrastre con el mínimo esfuerzo y riesgo para el profesional y para el paciente”. Hay que distinguir en este punto entre la movilización y la transferencia de pacientes dado que el riesgo asumido por el celador es distinto en una y otra acción.

Movilización: el celador realiza la movilización del paciente en el mismo plano: resitar al paciente en un lado de la cama en decúbito supino, llevar a un paciente decúbito supino a decúbito lateral, etc.

Transferencia: el celador realiza la movilización del paciente en distinto plano: transporte de paciente de cama a sillón, de cama a camilla, etc..

2 Objetivos

Movilizar de manera adecuado a los pacientes por parte del celador.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en distintos buscadores de internet y bases de datos como PubMed, Cochrane, Scielo, utilizando palabras clave como celador, movilización, y paciente. Encontrando un total de 32 artículos relacionados de los cuales se seleccionaron 18 en las distintas bases de datos.

4 Resultados

La realización de la MMP minimizando los factores de riesgo que pueden poner en peligro la integridad física del paciente y la salud del trabajador especialmente:

- El manejo de pacientes muy pesados durante un largo periodo de tiempo o bien periodos cortos pero con muchas repeticiones.
- Una correcta higiene postural.

- Los movimientos forzados de espalda con o sin carga.
- Debilidad de la musculatura del trabajador por sedentarismo o ausencia de actividad física.
- Movimientos bruscos e inesperados que en ocasiones puede provocar el paciente cuando está siendo movilizado por el celador.

Estos factores de riesgo deben ser evaluados y deben ser eliminados y de poder hacerlos desaparecer minimizados con medidas preventivas:

- Todo celador individualmente debe considerar el tipo de ejercicio que necesita para la realización de su trabajo dado que implica un requerimiento físico importante. El más recomendado es la natación.
- Organización y distribución del trabajo entre los integrantes del equipo encargado de las movilizaciones de pacientes. Planificando la movilización para lo que debemos conocer el grado de dependencia del paciente, el entorno en que se realiza la movilización así como tener preparado todo lo necesario para realizar la acción. El celador debe de planificar la actividad, eligiendo la técnica más adecuada aplicar en cada momento, la necesidad o no de solicitar ayuda a sus compañeros así como la posibilidad de la utilización de ayudas técnicas.
- Tener una buena higiene postural que se traduce fundamentalmente en unos principios: mantener la espalda recta, de modo que los discos intervertebrales realicen su función amortiguadora impidiendo las contracturas musculares, las hernias discales así como la prevención de fracturas vertebrales. Flexión de rodillas haciendo trabajar a los músculos de las piernas y glúteos. Pies separados aumentando la base de sustentación y equilibrio con uno de los pies orientado en la dirección del movimiento que se va a realizar. Adecuar la altura del plano de trabajo. Utilización de puntos de apoyo, tales como cabeceros de cama, reposabrazos de silla de ruedas, mesas, camas etc... Realización de giros de cuerpo mediante movimientos cortos de pies con el objetivo de evitar las torsiones de tronco. Sujetar al paciente lo más próximo al cuerpo posible, de modo que se someta a la columna vertebral a la menor fuerza posible. Realizar buenos agarres, la palma de la mano debe estar extendida y la muñeca recta con el fin de optimizar la fuerza de nuestras extremidades.

5 Discusión-Conclusión

Para mover a un paciente el celador deberá tener en cuenta con los medios que cuenta en ese momento, el tipo de lesión o enfermedad y la forma más adecuada de realizar la acción sin provocar al enfermo ningún tipo de lesión que agrave su

estado. Además de mirar por su propia integridad física.

A la hora de movilizar un paciente el celador debe en todo momento velar por la seguridad e integridad del paciente así como la suya propia. Poniendo en práctica todas las enseñanzas recibidas y la experiencia acumulada con los años de trabajo, sabiéndose adaptar a las necesidades de cada enfermo y su tipo de patología.

6 Bibliografía

- Prevención de Riesgos Laborables, Movilización de pacientes, área de la salud de Palencia (SACYL).
- Health and safety executive, Manual Handling Operations Regulations 1992.
- Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo 1998. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación de cargas.
- Técnicas de movilización e inmovilización para celadores, formación continuada Logoss.

Capítulo 1200

EL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

AROA PELAEZ CANO

1 Introducción

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo tanto, el estado mental es una parte más de la salud.

De esta manera la Ley General de Sanidad 14/86 de 25 de Abril integra al enfermo mental dentro del sistema general de asistencia sanitaria española. Quedando la red psiquiátrica en nuestro país está conformada por:

- Centros de salud mental.
- Unidades de hospitalización psiquiátrica.
- Estructuras intermedias.

El celador forma parte del equipo terapéutico y es el encargado de mantener un ambiente apropiado, en colaboración con los pacientes. Este ambiente comprende un entorno físico seguro, en el que no haya situaciones u objetos que se puedan utilizar para hacerse daño a sí mismo o a otros.

Los principales problemas de salud mental son: retraso mental;; hiperactividad; trastornos mentales invasivos; trastornos orgánicos mentales; esquizofre-

nia; trastornos de la afectividad; trastornos paranoides, ansiedad, fobias y obsesiones; trastornos de la personalidad y neurosis.

Son los centros de atención primaria los que abordan en primer lugar los problemas de salud mental derivando si fuese necesario, a las unidades de psiquiatría de los hospitales.

2 Objetivos

- Analizar la actuación del celador ante la llegada de un paciente a las urgencias de psiquiatría.
- Describir las funciones generales y específicas del celador en la unidad de psiquiatría.
- Enumerar la intervención del celador en la aplicación de medidas de contención mecánica al paciente psiquiátrico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane, Google Académico, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizando las palabras clave celador, enfermo psiquiátrico, salud mental, unidad psiquiátrica y contención mecánica. Se encontraron un total de 63 artículos, de los cuales se seleccionaron varios artículos en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

Ante una urgencia psiquiátrica el celador se puede encontrar con dos tipos de pacientes, un paciente agitado o un paciente en estado de delirio que vive una realidad particular diferente a la real, lo cual le puede producir nerviosismo y llevarle a un estado de agitación también.

En ambos casos el celador bajo las indicaciones e instrucciones del médico intentará procurar al paciente un ambiente tranquilo y relajado en un habitación a parte con una temperatura, iluminación agradable donde se pueda sentir a gusto

y acompañado. De esta manera se consigue un ambiente relajado donde poder entrevistarlos e ir informándoles de las medidas a tomar.

Dentro de la unidad de psiquiatría el celador tiene las siguientes funciones:

- Controlar las puertas de entrada y salida de unidad.
- Cuidar el entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Ayudar al aseo personal de los pacientes que lo precisen .
- Vigilar a los pacientes que no quieren asearse para que lo hagan.
- Vigilar el orden y compostura entre los pacientes.
- Controlará el acceso y la circulación de las personas por la Unidad.
- Recoger los pedidos de farmacia y del almacén.
- Acompañar a los pacientes y resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas contiguas del centro sanitario.
- Vigilar a los pacientes en sus paseos o cuándo salen en recintos acotados.
- Ayudar al personal sanitario en la administración de medicación y tratamiento de pacientes agitados que se niegan a colaborar.
- Colaborar con otros profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados.
- Trasladar pacientes a las unidades y consultas del centro que sea preciso.

La OMS define la contención mecánica como “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que, según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”.

La contención mecánica ha de estar siempre autorizada por el médico psiquiatra, se utiliza cuando otros medios terapéuticos sean ineficaces y para evitar lesiones al propio paciente o al entorno. En ningún caso se podrá utilizar como castigo al paciente por una transgresión, como respuesta a una conducta molesta, como respuesta al rechazo del tratamiento, por conveniencia del equipo terapéutico, ni en caso de desconocimiento del estado general de salud del paciente.

La contención mecánica se llevará a cabo en una habitación individual de contención (que debe existir en todas las unidades de psiquiatría), la cual debe estar ubicada lo más cerca posible del control de enfermería, sin necesidad de mobiliario accesorio, con una cama de fijación al suelo reversible y dotada de material

de contención homologado (cinturón ancho abdominal y cintas antivuelco; cintas para miembros superiores e inferiores; cintas cruzadas para tórax; cinturones estrechos para fijar las contenciones a la cama; botones magnéticos de fijación; imán para anclajes..).

La realizan un equipo de personas, de las cuales una es la encargada de dirigir la contención y de comunicarse con el paciente para no crearle confusión. Se intenta en primer lugar que el paciente colabore de forma voluntaria, pero si no es así, con profesionalidad y respeto, cada miembro del equipo tiene designada de antemano una extremidad del paciente a la que dirigirá para inmovilizarlo y poder llevarlo a la cama o a la silla donde se le colocarán las sujeciones que haya decidido ponerle la persona que dirige el proceso de contención.

5 Discusión-Conclusión

La mayor parte de la labor de un celador se desarrolla en los hospitales, y es en éstos donde el enfermo psiquiátrico es ingresado cuando es necesario. En las unidades de psiquiatría el trabajo en equipo (del que forma parte el celador), es más importante si cabe que en el resto de unidades, porque se pueden llegar a dar situaciones críticas y de mucha tensión donde una buena coordinación entre el equipo las resuelve satisfactoriamente.

El celador debe tratar a este tipo de enfermos con respeto y empatía evitando siempre responder a provocaciones. Para ello es importante que tenga ciertas nociones que le permitan al menos distinguir los distintos tipos de enfermos mentales. Ante un paciente violento el celador ha de tomar una serie de medidas de autoprotección, tales como no quedarse solo con el paciente en momentos de crisis violentas, procurar tener siempre el acceso a la salida cerca, evitar las agresiones físicas, solicitar la presencia del personal de seguridad si fuera necesario etc.

6 Bibliografía

- Rovira Gil, E “Urgencias en Enfermería”. Difusión de Avances de Enfermería (DAE).2000.
- Formación Continuada Logos S.L “Conocimientos básicos y funciones del celador”, El celador en servicios específicos.

- Vallejo -Nágera, J.A (1997). Introducción a la psicopatología y psiquiatría. Madrid. Ed. Salvat
- CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. (1992) Organización Mundial de la Salud. Mediator
- Luís del Castillo Torres, “Celadores del Servicio Andaluz de Salud”, ediciones MAD, 1991

Capítulo 1201

LO QUE DEBE SABER EL PERSONAL NO SANITARIO DE LA TARJETA SANITARIA

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

VANESA MONTES COLLÍA

ANA PILAR CARRERA GARCIA

1 Introducción

La tarjeta sanitaria es el documento que acredita a una persona/usuario el derecho al uso de la sanidad pública. Como dice el art. 43 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
- Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

2 Objetivos

Tratar de analizar al detalle la tarjeta sanitaria y ver todos sus apartados generales teniendo en cuenta que cada comunidad autónoma tiene su propia tarjeta con sus datos con un modelo común.

3 Metodología

Para realizar este capítulo se han realizado revisiones bibliográficas a distintas paginas web de sanidad de las distintas comunidades autónomas y revistas científicas como Scielo.

4 Resultados

Las características generales de una tarjeta sanitaria son:

- Es individual y única para cada persona asegurada o beneficiaria de un asegurado.
- Es necesaria para recibir asistencia sanitaria.
- Una vez solicitada, el resguardo de solicitud actúa como documento válido para el acceso a los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.
- Actualmente no tiene caducidad, su vigencia depende de la continuidad en el cumplimiento de los requisitos y está acreditada en los correspondientes Sistemas de Información de la Consejería de Sanidad y del Sistema Nacional de Salud.
- Las tarjetas que tienen impresa caducidad en marzo/2012 y posterior se consideran “no caducadas”; solo en caso de modificación de datos o extravío/deterioro se emite una nueva tarjeta en sustitución de la anterior.
- Las tarjetas emitidas desde noviembre de 2012 no llevan impreso ningún literal que haga referencia a la condición de pensionista ni ninguna otra indicación relativa al tipo de aseguramiento o prestación farmacéutica.

Recomendaciones sobre la tarjeta sanitaria:

- Llevar siempre encima.
- No doblar.
- No rayar.
- No poner en contacto con imanes.
- No colocar sobre aparatos conectados a la corriente eléctrica.

¿Quién puede solicitar tarjeta sanitaria? Los trabajadores afiliados y en alta en la Seguridad Social, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social y desempleados que hayan agotado la prestación o el subsidio por desempleo. Los familiares y asimilados de los anteriores.

¿Dónde tramitar la tarjeta sanitaria?

- En el centro de salud que le corresponda al usuario.

- El instituto Nacional de Seguridad Social será el encargado de reconocer el derecho a la asistencia sanitaria.
- Este derecho se extinguirá cuando se pierdan las condiciones requeridas para ser asegurado o beneficiario de derecho y por fallecimiento.

¿La tarjeta que datos contiene?

- En el Anverso de la tarjeta sanitaria los datos que contiene son identidad institucional de la comunidad autónoma o entidad que la emite.
- Los rótulos de "Sistema Nacional de Salud de España" y "Tarjeta Sanitaria".
- Código de identificación personal asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta (CIP-AUT).
- Nombre y apellidos del titular de la tarjeta.
- Código de identificación personal único del Sistema Nacional de Salud (CIP-SNS).
- Código de identificación de la administración sanitaria emisora de la tarjeta.
- En algunas comunidades autónomas también se incluyen en la tarjeta sanitaria una foto del usuario.

En el Reverso de la tarjeta los datos a incluir son una banda magnética con tres pistas que contiene:

- Pista 1: CIP-xx asignado por la administración sanitaria emisora de la tarjeta. CIP-SNS único asignado por el Sistema Nacional de Salud. Código de la administración sanitaria emisora (dos dígitos, el software de lectura convertirá este código al CITE que figura en el anverso de la tarjeta). Nombre y apellidos del titular.
- Pista 2 numérica: libre.
- Pista 3 regrabable.

3. Características específicas:

- Tamaño de la tarjeta: ID1 siguiendo los estándares ISO 7810 de 1985.
- Si la tarjeta incorpora chip su ubicación se atenderá a la norma UNE-EN 1387:1997.
- Banda magnética, de alta coercitividad, de lectura-escritura, con tres pistas, norma ISO 7811 de 1985.
- También dependiendo de la comunidad autónoma de la que se trate en el anverso llevará los datos del centro de salud del usuario, el nombre de su médico de cabecera, el centro de salud al que pertenece el usuario, el teléfono de cita previa (Teléfono de urgencias en caso de no incluirse en el anverso) y el número de historia clínica del centro de salud.

Con una adecuada información en la tarjeta sanitaria se reduce el tiempo administrativo de un paciente lo que hace que se reduzcan las esperas, una correcta organización de todos los pacientes y una mayor rapidez a la hora de localizar cualquier dato de un usuario.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario por parte del personal no sanitario conocer y saber exactamente cuál es cada dato de la tarjeta sanitaria con el fin de identificar y reducir el tiempo de espera y agilizar la labor administrativa para una correcta atención al paciente.

6 Bibliografía

- www.comosetramita.com.
- Constitución Española, art. 43.
- www.seg-social.es.
- www.boe.es.
- www.madrid.org.
- <https://sedemovil.asturias.es>.
- <http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 1202

MOVILIZACION Y TRASPORTE DEL PACIENTE.

VERONICA CALLEJA FERNANDEZ

1 Introducción

Durante su estancia en el hospital muchos de los pacientes se ven obligados a estar encamados durante largos periodos de tiempo por diversos motivos: debido a su patología, a una intervención quirúrgica, a la necesidad de rehabilitación, a su avanzada edad, a la falta de movilidad por una enfermedad, etc. Por ello, es muy importante formar a los profesionales sanitarios, especialmente a los celadores que son los responsables del cuidado de estos pacientes en las mejores técnicas de movilización de pacientes encamados.

Parte de los pacientes que llegan al hospital o están hospitalizados, tienen problemas de movilidad. Por ello es importante que los celadores conozcan y sepan realizar las diferentes técnicas de movilización y traslado de pacientes. Dichas técnicas dependerán del tipo de paciente al que debemos movilizar. Sea cual sea la técnica a realizar lo fundamental es preservar la integridad del paciente. Por ello se seguirá los protocolos de actuación. Custodiando en todo momento su integridad. Tratar de movilizar al paciente con el menor esfuerzo posible.

Los cambios posturales son modificaciones que se realizan en la postura corporal del paciente encamado, generalmente cada 2 o 3 horas para mantener la integridad de la piel, evitar úlceras por presión y contracturas musculares, garantizando así el confort del enfermo. En hospitalización la movilización de pacientes que por distintas circunstancias no pueden hacerlo por sí mismos o la inmovilización de estos, son situaciones de gran importancia que implican riesgos, tanto para

el enfermo como para el personal, que deben controlarse aplicando la técnica correcta. En estas situaciones es fundamental tener en cuenta el principio de ergonomía, que se basará en adaptar el trabajo, a las capacidades y posibilidades del personal para evitar posibles riesgos.

Los trastornos músculo-esqueléticos son rocesos que afectan principalmente a las partes blandas del aparato locomotor como músculos, tendones, nervios. Esta patología constituye una importante causa de incapacidad entre la población activa que desempeña tareas de celador. Los conocimientos de una adecuada higiene postural como, mantener la espalda recta, poner la carga cerca del cuerpo, utilizar el contrapeso, poner los pies separados y las piernas flexionadas, previene la aparición de problemas en la columna y minimiza las agresiones a las que se somete la estructura.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Detener los métodos de movilización y traslado y que aspectos debe tener en cuenta el celador.

Objetivos secundarios:

- Conocer las posiciones mas frecuentes en los cambios posturales y partes del cuerpo sobre las que se debe evitar la presión.
- Conocer las técnicas necesarias para realizar la correcta movilización de los pacientes encamados durante su ingreso en una unidad de hospitalización.
- Analizar el riesgo ergonómico en la manipulación de pacientes, en personal sanitario en el entorno hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de diversas bases de datos Dialnet, PubMed, Scielo, Cochrane empleando como descriptores las palabras clave mencionadas con anterioridad. No obstante, también se ha buscado información en otras fuentes como libros, revistas científicas.

4 Resultados

Dentro de lo que son las movilizaciones de los pacientes que no pueden hacer movimientos por sí mismos o están disminuidos para ello por las patologías que presentan bien sean permanentes o puntuales encontramos los cambios posturales para evitar las úlceras de decubito y para dar mejor posturas y hacer sentirse mejor al paciente, siendo los más importantes. Con ello hay que tener en cuenta la persona que lo realiza para evitar riesgos posturales en ellos y en la seguridad del paciente, sobre todo cuando intervienen sin medios o equipos que pueden provocar caídas del paciente y lesiones en el personal si se manejan mal.

Las posiciones más frecuentes realizadas al paciente en los cambios posturales son: Sentado: evitaremos la presión sobre los omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas. Utilizaremos almohadas para la colocación del paciente detrás de la cabeza, debajo de cada brazo y bajo los pies. Decubito supino: evitaremos presión sobre los talones, sacro coxis, escapulas y codos, manteniendo la cara hacia arriba alienada con el cuerpo y las piernas deben estar ligeramente separadas. Decubito lateral: evitaremos presión sobre las orejas, escapulas, crestas iliacas, trocantes, gemelos y maleolos. Colocaremos al paciente con las piernas ligeramente flexionadas, quedando un poco atrasada la pierna que está en contacto con la cama respecto a la otra. Utilizamos almohadas colocándole una bajo la cabeza, otra bajo el dorso, una separándole las rodillas, otra en el maleolo externo de la pierna inferior y otra bajo el brazo superior. Decubito prono: evitaremos presión en la frente, orejas, ojos, omómulos, mamas, genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies. Colocaremos la cabeza ligeramente ladeada, brazos extendidos y palmas de las manos hacia arriba. Utilizaremos almohadas para cara, región esternal y piernas evitando el roce de los dedos de los pies con el colchón.

Para movilizar a un paciente debemos colocarnos junto a la cama del enfermo e informarle de lo que vamos a hacer. Indicarle al paciente que flexione las rodillas y apoye la planta de los pies sobre la cama para ayudarnos a subirle. Sujetamos al paciente por debajo de los hombros. Elevamos al paciente haciendo fuerza todos a la vez. Si el paciente no es colaborador serán necesarios dos celadores, los cuales se colocarán uno a cada lado de la cama frente al paciente le retirarán la almohada y cada uno de ellos introducirá un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro por debajo del muslo y se levantará hasta colocarlo en la posición adecuada.

En hospitalización la movilización de enfermos implica tareas repetitivas, levantamientos, manejo de herramientas y equipos, desplazar y empujar personas en

un entorno especial que suponen movimientos imprevistos, grandes esfuerzos, posturas forzadas y pueden suponer un riesgo, donde la zona más común afectada es la zona lumbar. Por ello resulta prioritario involucrar a los trabajadores en la prevención, protección, establecimiento de medidas de control a través de actuaciones directas y concretas en sus tareas diarias y fomentar el uso adecuado de las ayudas y dispositivos mecánicos.

Tras la consulta en diferentes fuentes, hemos podido comprobar las diversas precauciones a tener en cuenta, así como los factores que influyen en la movilización manual de los pacientes. En toda carga manual debemos tener en cuenta: medidas preventivas. El uso adecuado de la mecánica corporal. Uso de elementos de ayuda. Mejora de la organización del trabajo. Riesgos a tener en cuenta: Riesgos físicos. Tenemos varios elementos que pondrán en riesgo la seguridad física llevándolos a sobreesfuerzos y una fatiga que tenemos que intentar evitar, para ello: observamos las características físicas del paciente (altura, peso y limitaciones de movimiento). Esfuerzo (donde elegir cual es el movimiento más propicio para llegar a la posición a la que queremos llegar al paciente. Características del medio (donde evaluamos el espacio de trabajo, como iluminación, distancia de seguridad, temperatura, tipo de suelo). Exigencia de la actividad y factores de seguridad pasiva.

5 Discusión-Conclusión

Finalmente debemos conocer y diferenciar las técnicas de movilización, es fundamental para obtener los resultados satisfactorios tanto para el paciente como para el personal sanitario. A la hora de trasladar al paciente es importante saber maniobrar de forma adecuada. Debemos comunicarnos con el paciente para conocer su estado y saber si está cómodo.

Es importante la ergonomía del celador a la hora de realizar cualquier movimiento con el paciente, colocar la cama a la altura de las caderas, girar ligeramente el cuerpo hacia la cabecera, proteger la espalda, los pies separados, adelantando uno para hacer de contrapeso, piernas flexionadas y a la hora de moverlo utilizar los músculos de las piernas y muslos.

Los celadores en casi todos los hospitales son los encargados de llevar a cabo las movilizaciones de los pacientes en ayuda al resto del personal. Deben estar bien instruidos para evitar riesgo en sí mismos y en el paciente. Usar los medios a su alcance y si no ayuda de los compañeros. Realizan una gran labor por la

importancia de las movilizaciones para el paciente.

Los accidentes por movilización de pacientes son una de las principales causas de siniestralidad laboral. La falta de uso de ayudas específicas en muchos casos y de formación adecuada en otros son los principales riesgos. La lesión que tenga el trabajador no sólo va a condicionar su propia salud, sino también el cuidado que ofrezca a los pacientes y por extensión el funcionamiento del establecimiento sanitario.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
- Sociedad española de cuidados paliativos.
- www.efisioterapia.net.
- www.auladee.com.
- www.agapea.com.
- www.mutuabalea.es.

Capítulo 1203

HIGIENE DEL CELADOR EN QUIROFANO

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

VANESA MONTES COLLÍA

ANA PILAR CARRERA GARCIA

1 Introducción

El quirófano es el lugar del hospital donde se requieren unos cuidados y una asepsia especial debido a la complejidad de las máquinas y su tecnología, es por eso que tiene que tener una baja o nula contaminación microbiana, por lo que una correcta protección y una higiene adecuada es fundamental.

2 Objetivos

Dar a conocer la correcta vestimenta como una correcta higiene por parte del celador en el quirófano.

3 Metodología

Para este trabajo se han realizado revisiones en varias paginas online especializadas y manuales de guía de distintas comunidades autónomas así como artículos de revistas especializadas.

4 Resultados

El celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia. Las zonas que debemos tener en cuenta a la hora de estar trabajando en un quirófano son las siguientes:

1. Zona sin limitaciones, se permite la ropa de calle, zona aislada por puertas o corredor del resto del hospital, ascensores.
2. Zona de intercambio que son los vestuarios y las salas de descanso. Los vestuarios son aquellos donde el personal se cambia para acceder a las zonas semilimitadas y zona quirúrgica, debe estar provisto de toda la ropa necesaria para el personal ordenado por tallas y en vitrinas de fácil acceso.

Las salas de descanso son aquellas habilitadas para que el personal pueda descansar entre operación operación.

3. Zonas semilimitadas, aquellas cuyo acceso no está totalmente restringido, pudiendo acceder a ellas mediante unas medidas de protección e higiene.
4. Zonas limitadas o prohibidas, se requiere mascarilla como complemento a la indumentaria quirúrgica. Son los espacios donde se llevan los procedimientos estériles. La higiene de manos es cualquier medida adoptada para la limpieza de manos, con el fin de eliminar suciedad, materia orgánica y/o microorganismos mediante una acción física o mecánica. Incluye el lavado de manos y la fricción de las manos, ambos procedimientos reducen o inhiben la propagación de microorganismos.

La higiene de manos es una de las medidas más importantes para evitar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Los microorganismos pueden sobrevivir en las manos durante un periodo variable de 2 a 60 minutos la Fricción de manos consiste en la aplicación de un antiséptico en las manos. El lavado de manos es un procedimiento en el que interviene el agua y el jabón. La secuencia a seguir es enjabonar, frotar, aclarar y secar. Cada vez que se quiten los guantes, después del contacto con pacientes o con un entorno contaminado. Hay que lavarse las manos (www.celadoresonline.blogspot.com).

La vestimenta que debe llevar un celador en quirófano normalmente suele ser:

- El uniforme se compone de dos piezas -pantalón y casaca- debe ser de algodón, con tejido o malla fuerte para dificultar el paso de los gérmenes y amplio para facilitar el movimiento -ya se están utilizando cada vez más uniformes desechables-

Los colores del uniforme deben ser sólidos, relajantes y que absorban la luz, los

más utilizados son el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna.

- El calzado debe ser cómodo, antideslizante, de fácil limpieza. Siempre debe cubrir talón y dedos, por lo que está desaconsejado el uso de zuecos.

El orden que se debe seguir a la hora de ponerse una vestimenta el personal no estéril es: 1-Calzas, 2-Gorro, 3-Mascarilla, 4-bata, 5-Guantes.

Las calzas se deben poner en primer lugar cuando se llegue a la zona Quirúrgica, pueden ser de tela reutilizables o de papel desechables. El gorro debe cubrir todo el cabello, se debe poner primero que el pijama para evitar contagios, también puede ser de tela reutilizable o de papel desechable. La mascarilla debe cubrir el mentón, nariz y boca (en caso de personal masculino con barba esta debe ir tapada entera también), la mascarilla es imprescindible para que los microorganismos al hablar, toser, estornudar no pasen al paciente. Debe cambiarse cada vez que se humedezca, las hay con goma elástica y de anudar en la parte posterior de la cabeza. Una mascarilla es utilizada para una intervención quirúrgica, como en el gorro y las calzas las hay reutilizables de tela, y desechables que son las más comunes. La bata evita que los microorganismos de nuestro cuerpo pasen al paciente, debe ser resistente a líquidos y sangre, cubriendo el cuerpo por lo menos hasta por debajo de las rodillas, el cierre debe estar por la parte posterior y debe ser ajustable y elástico en las muñecas, una bata para un solo paciente, pueden ser de papel desechables o de tela reutilizables. Las gafas protectoras solo serán necesarias cuando halla riesgo de salpicaduras de sangre y otros fluidos, su función es proteger la mucosa conjuntival, también son utilizadas cuando halla técnicas que usen aerosoles, laser. Los guantes evitan que los microorganismos lleguen al paciente por medio de nuestras manos, la norma general es que son de látex y desechables, es la principal barrera contra microorganismos infecciosos, son la última prenda que se coloca y la primera que se quita, y el uso de guantes no excluye lavarse las manos que deberá hacerse siempre que se quiten estos.

Tras la consulta de diferentes páginas online de artículos en revistas especializadas, de diversas guías de hospitales españoles, todos tienen un protocolo a seguir para una correcta higiene y protección del personal en quirófano.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión realizada tras este trabajo es que todos los centros que posean quirófanos deben tener una guía que sea práctica, fácil de entender por parte del personal y efectiva a la hora de realizar el celador su trabajo, unas medidas que sirvan de protección tanto al paciente como al trabajador, que tengan unas

normas de obligado cumplimiento.

6 Bibliografía

- www.aux-enfermeria.com.
- www.celadoresonline.blogspot.com.
- www.celadorsanitario.wordpress.com.
- www.urgenciasaneloy.files.wordpress.com.
- <http://www.cgtsanidadlpa.org>.

Capítulo 1204

COMUNICACIÓN Y EMPATÍA DEL CELADOR CON EL PACIENTE TERMINAL

AROA PELAEZ CANO

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La definición de paciente terminal según la OMS (Organización mundial de la salud) y la SECPAL (Sociedad española de cuidados paliativos) es: paciente con enfermedad muy avanzada, activa en progresión y con un pronóstico de vida limitado, generalmente no superior a seis meses. Cuando un enfermo se encuentra en ésta fase, el objetivo de su atención no es la curación, sino el cuidado físico y psicológico para paliar el dolor, llevar lo mejor posible el tiempo que le queda y enfrentarse a la muerte.

2 Objetivos

- Analizar cuál es el trabajo del celador con éstos enfermos y las características especiales que deben de tener.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Google Académico, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han utilizado como palabras clave, enfermo terminal, cuidados paliativos y dolor.

4 Resultados

Debemos saber primero las características comunes de este tipo de pacientes, tienen una serie de síntomas cambiantes y multifactoriales cómo pueden ser: infecciones en la boca, anorexia, dolor, incontinencia, estreñimiento, úlceras por presión, insomnio. Además del choque emocional que supone enfrentarse al dolor y al proceso de la muerte.

Entendemos entonces que la labor del celador con estos pacientes es la siguiente:

- Debe encargarse siempre de que el paciente esté limpio y cómodo, para ello debe tener una higiene diaria y continua del paciente y de la cama, buscará las posturas en las que esté más cómodo y las que alivien su dolor.
- Debe suministrarle líquidos cuidadosa y lentamente y vigilarlo de manera continua, sus constantes vitales, su piel, etc.
- Debe prestarle una atención continua e individualizada, buscando siempre el reposo y la intimidad para con el resto de pacientes.
- Debe escuchar al enfermo para saber que necesita así como para evitar que se sienta solo, acompañándolo hasta el final si es necesario, ser atento y cariñoso y atender al lenguaje no verbal ya que hay enfermos que en ésta etapa ya perdieron la capacidad de hablar, en ocasiones un abrazo o una caricia son un gran consuelo.
- Debe estar atento también a los familiares ya que ellos también están sufriendo la situación del enfermo, mostrándose atento y cariñoso con ellos.
- En este punto también son importantes las creencias religiosas del enfermo, ya que pueden aportar consuelo, el celador debe mostrarse respetuoso con ellas también.

Elisabeth Kübler-Ross fue una psiquiatra y escritora suizo-estadounidense, una de las mayores expertas mundiales en la muerte, pacientes moribundos y cuidados paliativos. En su libro "Sobre la muerte y los moribundos" expone su conocido

modelo de Kübler-Ross por primera vez. Dice que en el camino a la aceptación de la muerte hay cinco etapas, no necesariamente tienen que darse las cinco, pero al menos todos los pacientes terminales pasarán por dos. Son negación, cólera o ira, negociación, depresión y aceptación.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador con el paciente terminal es muy importante, ya que el celador forma parte del equipo (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos) que proporciona los cuidados paliativos al enfermo. El celador debe ser una persona muy empática, cautelosa y profesional, debe tener una sensibilidad especial ya que éstos enfermos y sus familiares pasan por unos momentos muy duros y complicados.

6 Bibliografía

- "Sobre la muerte y los moribundos", Elisabeth Kübler-Ross
- "Sobre el duelo y el dolor", David Kessler y Elisabeth Kübler-Ross
- "A vueltas con la eutanasia", J M Sillero

Capítulo 1205

INFECCIÓN NOSOCOMIAL. EL CELADOR COMO VECTOR DE TRANSMISIÓN

FRANCISCO RUIZ RUIZ

GUILLERMO LAGO LOURIDO

EDUARDO COLINO NEVOT

1 Introducción

La infección nosocomial o adquirida en el hospital es aquella que aparece durante la hospitalización del paciente y que no se hallaba presente, o en periodo de incubación en el momento de admisión del enfermo en el centro, independientemente de que se manifieste o no durante su estancia en el hospital.

La Organización Mundial de la Salud la define como “cualquier enfermedad microbiana, reconocible clínicamente, que afecta a los pacientes como consecuencia de ser admitidos en un hospital o atendidos para tratamiento, y al personal sanitario como consecuencia de su trabajo”. Las infecciones nosocomiales son un importante problema de Salud Pública ya que producen una morbilidad y mortalidad destacadas, dando lugar a elevados costes humanos y económicos.

Las infecciones nosocomiales de origen endógeno se propagan principalmente por contacto directo y mediante vehículos contaminados. El primer mecanismo de transmisión es por contacto directo a través de profesionales del ámbito sanitario, tales como enfermeras, auxiliares de enfermería y Celadores. El segundo

mecanismo de transmisión es mediante vehículos contaminados, tales como medicaciones, alimentos, lencería, instrumentos médicos o medios auxiliares. La transmisión aérea es un mecanismo difícilmente demostrable en el hospital, pero que puede intervenir en infecciones víricas, respiratorias o tuberculosis abiertas.

La frecuencia de las infecciones nosocomiales varía de un hospital a otro, siendo los hospitales universitarios y aquellos con gran número de camas los que presentan mayor frecuencia. Atendiendo a las unidades de hospitalización, es la Unidad de Cuidados Intensivos la que presenta mayor frecuencia.

En el medio hospitalario, las infecciones urinarias, las de heridas quirúrgicas, las bacteriemias y las enfermedades respiratorias representan el 80% de las infecciones nosocomiales.

2 Objetivos

Analizar las medidas generales de prevención y control de las infecciones nosocomiales.

3 Metodología

Se va a realizar un análisis de las medidas generales de prevención y control de las infecciones nosocomiales, haciendo hincapié en aquellas en las que puede intervenir el celador.

4 Resultados

Las principales medidas de carácter general utilizadas en la prevención y control de las infecciones nosocomiales son:

1. Programas de control efectivo. Los hospitales con programas activos de vigilancia y control tienen un número significativamente menor que aquellos que no los poseen. Los elementos esenciales para un programa de control efectivo son:
 - Un sistema de vigilancia activa de la infección, con información periódica de los resultados al personal hospitalario.
 - Medidas de control rigurosas, destinadas a eliminar los factores de riesgo reconocido.
 - Una enfermera para control de la infección nosocomial.
 - Epidemiólogos con conocimientos sobre la infección nosocomial que tengan parte activa en los programas de control.

2. Normas de higiene para el personal sanitario. De carácter básico y obligatorio para todos. La principal es el lavado de manos. La técnica depende del tipo de maniobra que se vaya a realizar. En la mayoría de los casos es el lavado de manos higiénico (agua y jabón). Para el lavado de manos quirúrgico es necesario utilizar un jabón antiséptico y prolongar el tiempo de lavado.

3. Normas de instrumentación. Todas las maniobras con capacidad contaminante deben restringirse al máximo. Cuando se tengan que hacer, deben ser realizadas en condiciones de asepsia y manteniéndose el menor tiempo posible. Los instrumentos deben ser desinfectados o ser de un único uso. Se emplearán objetos esterilizados cuando se requieran condiciones estériles.

4. Inmunización activa (vacunación) del personal sanitario.

5. Medidas de aislamiento. El aislamiento hospitalario es un conjunto de normas que hay que tomar en el hospital para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas dentro de las distintas estancias y servicios hospitalarios. El aislamiento tiene dos indicaciones: 1) prevenir que los pacientes infectados transmitan la infección a los demás y, 2) proteger a los pacientes con riesgo elevado (por ejemplo pacientes inmunodeprimidos).

6. Utilización de barreras higiénicas. Las barreras higiénicas son aquellos mecanismos físicos, químicos o mecánicos que actúan como barrera previniendo la transferencia de contaminantes o fuentes potenciales de contaminación. Se distinguen barreras físicas, entre las que se incluyen el lavado de manos o el uso de prendas de aislamiento (guantes, mascarillas, bata, etc.); barreras químicas, que implican el uso de desinfectantes y antisépticos. Las barreras estructurales incluyen a los box de aislamiento, los círculos de aire de presión positiva o negativa (según se pretenda que no entre aire del exterior o salga del interior), filtros de los dispositivos de ventilación y aire acondicionado.

De todas ellas, con la finalidad de evitar la propagación de infecciones en el hospital, el Celador debe utilizar una serie de medidas preventivas, relacionadas con la inmunización activa, las normas de higiene y las normas de instrumentación y manipulación. Las principales recomendaciones generales son:

- Vacunarse contra ciertas enfermedades (hepatitis B, gripe, etc.) antes de comenzar a trabajar y seguir las pautas de revacunación marcadas por las autoridades sanitarias.
- Lavarse las manos adecuadamente. El contacto directo es el mayor problema en la transmisión, siendo las manos el principal vector. Hay que lavarse las manos

entre un paciente y otro, y/o utilizar alcoholes desinfectantes para limpieza de manos.

- Evitar la formación de heridas por accidente laboral y, especialmente con objetos punzantes o cortantes. Éstos deben eliminarse con cuidado, en recipientes específicos y rígidos.
- Evitar el contacto de heridas, llagas, etc. (especialmente en manos) con sangre, líquidos o secreciones de los pacientes. Las heridas existentes en manos deben cubrirse con apósitos y se debe utilizar guantes.
- Utilizar recipientes herméticos e irrompibles para el traslado de muestras.
- Utilizar adecuadamente las prendas de aislamiento (guantes, mascarillas, bata, etc.) en aquellas unidades o ante aquellos pacientes que lo requieran. Los guantes han de ser de un solo uso y deben ser cambiados entre pacientes.
- Cambiar la lencería (sábanas, mantas, etc.) utilizada en camillas o sillas de ruedas en el traslado o movilización para cada paciente. Limpiar superficies potencialmente contaminadas.
- Comunicar inmediatamente al Servicio de Medicina Preventiva cualquier exposición accidental con sustancias biológicas o materiales potencialmente contaminados.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones nosocomiales constituyen un grave problema de Salud Pública, causando grandes pérdidas sociales y económicas. El celador debido a que está en contacto directo con múltiples pacientes y a que trabaja trasladando pacientes y aparatos entre diferentes áreas, puede convertirse en vector transmisor de diferentes enfermedades. La inmunización activa, el respeto a las normas de higiene (especialmente el lavado de manos), de instrumentación y de manipulación constituyen las principales herramientas con las que cuenta el Celador para evitar el contagio y la propagación de enfermedades.

6 Bibliografía

- Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. Siete editores. MAD.
- <https://www.who.int/csr/resources/publications>
- https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
- <http://www.socinorte.com/wp-content/uploads/2011/>.

Capítulo 1206

EL TRABAJO DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS

AROA PELAEZ CANO

MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Se llama quirófano a la sala de un establecimiento hospitalario acondicionada para realizar operaciones quirúrgicas, los hospitales disponen de varios quirófanos, cada uno diseñado para un tipo específico de cirugía. Siempre estará ubicado cerca de la UVI o de cuidados críticos. Los quirófanos requieren unas medidas de higiene y asepsia especiales.

2 Objetivos

- El objetivo es analizar las funciones del celador en el quirófano así como los conocimientos específicos que deben tener.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, PubMed y Scielo, utilizando como palabras clave: celador en quirófano, zonas del quirófano, personal no estéril.

4 Resultados

Las labores de los celadores en el quirófano son las siguientes:

- Auxiliarán en las labores que les son propias así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.
- Se encargarán de trasladar a los enfermos desde la unidad en la que están hasta el quirófano, a la sala de reanimación y viceversa, así como a la historia clínica del paciente. En el traslado a la sala de reanimación deben poner especial atención en que el paciente lleve la cabeza de lado, para evitar el ahogamiento por los vómitos y que los brazos y los codos estén siempre por encima del cuerpo.
- Ayudarán en los cambios posturales, tanto en la colocación del paciente en la mesa de operaciones, a cargo de la enfermera circulante, como de la colocación en posición adecuada para ser anestesiado, siguiendo las órdenes del anestesista.
- Ayudarán a la sujeción o movilización del paciente.
- Son los encargados de trasladar el mobiliario o los aparatos que se precisen para la intervención, también dentro del quirófano son los encargados de mover los aparatos: ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia.
- Transportarán pruebas, analíticas y documentos que se realicen durante la intervención.
- Durante la intervención el celador debe estar en el antequirófano por sí lo necesitan.
- Debe conocer y respetar las medidas de higiene y asepsia para el área quirúrgica.
- Son los encargados de trasladar al mortuario a los pacientes fallecidos durante la operación, así como a los miembros que hayan podido amputarse al paciente durante la operación, siempre que haya sido autorizado por el cirujano.
- Otra función específica es la de rasurar a los pacientes masculinos, lo hará en ausencia del peluquero o en caso de urgencia del tratamiento.

Debemos saber que el área quirúrgica es una zona de especial riesgo para la transmisión de infecciones nosocomiales (la OMS define las infecciones nosocomiales, como infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso) por eso es importante que el celador conozca las tres zonas en las que se divide un quirófano y las características de higiene y asepsia específicas de cada una de ellas:

- Zona negra o sin limitaciones: es la zona sucia sin restricciones, donde se permite el acceso en ropa de calle, aquí se encuentran los vestuarios y la zona de descanso.
- Zona gris o semilimitada: es la zona limpia y está semirestringida, el personal

debe acceder con el uniforme adecuado, que es gorro y calzas. Aquí están las zonas de limpieza, desinfección y empaquetado para la esterilización. Zona de descanso del personal y almacenes del quirófano.

- Zona blanca o limitada: es la zona estéril y está limitada solamente a personas autorizadas, es obligatorio el uso de uniforme adecuado: gorro, calzas y mascarilla quirúrgica. En esta zona están: los quirófanos, el antequirófano (zona donde está el celador durante la operación), zona de lavado de manos, almacén de material estéril y la sala de recuperación.

El equipo quirúrgico está formado por dos tipos de personal:

- El estéril, que precisa de lavado quirúrgico y debe ir uniformado con: uniforme quirúrgico, calzas, gorro, bata, mascarilla y guantes estériles. Está compuesto por tres personas: cirujano, ayudante de cirujano y enfermera instrumentista.
- El no estéril, no necesita lavado quirúrgico y debe ir uniformado igual que el estéril pero sin bata y con guantes no estériles, el celador forma parte de este grupo.

5 Discusión-Conclusión

Se llega a la conclusión de que la labor del celador es fundamental en el quirófano, debe tener mucha preparación tanto en cambios posturales como en medidas de higiene y asepsia, ya que las infecciones nosocomiales afectan a un tanto por ciento considerable de pacientes, son una causa de mortalidad y aumentan el coste económico.

6 Bibliografía

- Arias Ramírez, Ramón; Jiménez Romero, María Antonia y Arias Jiménez, Isabel María. Actuación del celador en el quirófano: procedimientos Rey Ali servicios gráficos y publicaciones, S.L. Jaén, 2011
- Hilda Arias Vera. Importancia de la posición quirúrgica y sus complicaciones. Hospital Clínico Regional Concepción. 2002.
- <http://www.enfermerasbellónyesterilización.cl/trabajos/importancia.pdf>
- Ana Palacio, Jose Manuel. Actuación del celador en el área del quirófano. Editorial mad, S.L. Sevilla, 2011

Capítulo 1207

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARTA MARÍA MENÉNDEZ MENÉNDEZ

AROA PELAEZ CANO

MONTSERRAT MENÉNDEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La rehabilitación es la acción de devolver a alguien o algo a su estado anterior. Por tanto en el campo de la medicina la podemos definir como el conjunto de técnicas que se emplean durante un periodo de tiempo, para devolver al organismo o a una parte del él la funcionalidad de los sistemas o aparatos lesionados.

El servicio de rehabilitación cuenta con diferentes estancias según la técnica que se vaya a emplear en la recuperación, hidroterapia, electroestimulación, gimnasio etc. El celador forma parte del personal no sanitario del servicio de rehabilitación, junto con los fisioterapeutas, médicos especialistas, enfermeras, auxiliares, que son personal sanitario.

2 Objetivos

Enumerar y describir las funciones del celador en el servicio de rehabilitación de un hospital.

3 Metodología

Utilizando las palabras clave CELADOR, EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN, LESIONES, TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN, TRASLADO DE ENFERMOS; buscamos información en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, Google Académico y en blogs de salud, encontrando un total de 59 artículos, de los cuales se seleccionaron varios artículos en base a los objetivos anteriormente descritos.

4 Resultados

La función primordial del celador en el servicio de rehabilitación es conducir al paciente al lugar que le indique el personal sanitario. El paciente puede llegar al servicio de rehabilitación proveniente del exterior o del mismo hospital (planta de hospitalización por ejemplo). En ambos casos, el celador deberá seguir las instrucciones del personal sanitario que será quien le indique el tipo de lesión que tiene el paciente para si optar por el medio de traslado adecuado.

El celador colabora con el fisioterapeuta y con el paciente. En el primer caso le ayuda a movilizar al paciente para obtener la postura idónea para un ejercicio concreto. Y en el segundo caso, siempre bajo la supervisión del fisioterapeuta, colabora con el paciente en la propia realización del ejercicio.

Aunque el traslado y la colaboración en la movilización y ejercicios son las labores más importantes del celador en este servicio, también realiza otro tipo de funciones como son:

- Cambiar las sábanas de la camilla, cada vez que cambia entre un paciente y otro
- Procurar que se mantenga el orden y el silencio (al igual que hace en otros servicios)
- Trasladar historial médico de los pacientes, otros documentos y también comunicaciones verbales.
- Trasladar el mobiliario propio de este servicio (bicicletas, sacos de arena, pesas etc)
- Cuidar de que los pacientes, personal y visitantes cuiden adecuadamente el mobiliario.
- Avisar al inmediato superior cuando detecte algún imperfecto en el mobiliario o instalaciones.
- Avisar al personal de seguridad ante la presencia de algún intruso o situación embarazosa con visitantes.

Y por último haremos mención a la figura del celador en la puerta del servicio de rehabilitación. Es el encargado de recibir a los pacientes de rehabilitación que llegan a este servicio desde su domicilio; debe permanecer en todo momento en la puerta, sin abandonarla nunca; vigilarán el acceso al servicio, impidiendo el paso de toda persona que no esté autorizada; y avisará al personal de seguridad cuando se produzca algún altercado.

5 Discusión-Conclusión

El celador del servicio de rehabilitación debe conocer muy bien el tipo de lesión que presenta el paciente para poder optar por el medio de traslado más adecuado en cada caso. Además de manejar perfectamente las técnicas de movilización y traslado, sería conveniente que fuera un celador acostumbrado a trabajar con este tipo de pacientes, porque la inexperiencia puede dar lugar a cometer errores que podrían agravar la lesión

6 Bibliografía

- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13º edición
- Del Castillo Torres, L; Ochoa Guerra, O.; Gómez Martínez, D.; Alés REina, M. "Celadores del Servicio Andaluz de Salud". 1ª edición. Sevilla. Editorial MAD. 2000.
- Del Castillo Torres, L; Martos Navarro, F.; Gómez Martínez, d.; González Rabanal, J.M.; Vidal Ramírez, R.; Alés Reina, M. "Celadores de las Instituciones Sanitarias del Insalud". 8ª edición. Sevilla. Editorial MAD. 1999

Capítulo 1208

ATENCIÓN AL PÚBLICO, ACOGIDA E INFORMACIÓN A USUARIO

ANA PILAR CARRERA GARCIA

VANESA MONTES COLLÍA

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

1 Introducción

Los usuarios tienen a la hora de utilizar el servicio sanitario no solo procesos clínicos sino procesos sociales. Hay que tener en cuenta las necesidades percibidas y sentidas por ellas, los centros sanitarios son complejos y a veces impersonales, precisan atenciones profesionales distintas y se necesita gran coordinación y respuesta rápida muy efectiva acorde con las necesidades de los usuarios, a veces los problemas de la organización son demasiado complicadas y se olvida de la atención sanitaria, del usuario y de sus necesidades intentando mejorar y velar por la calidad percibida.

Los usuarios quieren mejores servicios, más avanzados, con mayor comodidad pero no se dan cuenta de la importancia que tienen de los servicios que se prestan. El personal administrativo también forma parte del hospital con el resto de los diferentes profesionales son quienes intentan mejorar y velar por la calidad asistencial recibida de los usuarios, demandando mejores servicios y más humanizados. El usuario a veces tiene la sensación de despreocupación y ser un incomprendido en su enfermedad.

Cuando un usuario acude a un centro hospitalario va con unas expectativas en ocasiones muy elevadas, ya que a veces es un trastorno bastante importante tanto para él como para la familia, en su vida diaria, así es que lo sacamos de su zona de confort, al sacarlo de su lugar de residencia, de su entorno familiar de ocio, y que los planes que tenían quedan apartados o aplazados dependiendo de la enfermedad, añadiendo el estrés que eso conlleva el cambiar del entorno, así que el paciente y su familia se encuentren más vulnerables ante dicha situación, lo que conlleva a unos temores, a unos cambios de humor y de una conducta produciéndose en ocasiones situaciones conflictivas.

Así pues, una buena acogida, un buen trato humanizado hacia el paciente y hacia su familia contribuye a una buena imagen del hospital.

La información detallada dada la atención personalizada, la implicación de los responsables médicos ayudan a la satisfacción del paciente y de sus familiares en la medida de lo posible. Las diversas situaciones que el paciente y sus familiares tengan en un hospital y sus reacciones va a ir de la mano con respecto a una falta de información, con la ansiedad que ello produce. Sin embargo una información precisa, concisa y clara en el momento adecuado les será de gran ayuda y de tranquilidad. El personal administrativo se centrará en facilitar dicha información adecuada en todo lo que tenga que ver con la tramitación administrativa al realizar un ingreso en el centro, desde el contacto telefónico hasta cualquier cosa que necesiten y se les pueda dar evitando tiempos de espera largos.

2 Objetivos

Explicar el proceso de atención al público, acogida e información al usuario. Problemas, bases legales y soluciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuando se presente una iniciativa, reclamación y sugerencia no se tienen consideración de recursos administrativos, no se paralizarán los plazos.

La recepción y acogida del paciente que va a un centro de salud o a un hospital debe de ser el atenta y proporcionada lo mejor que podamos y sepamos, la información que nos solicitan consiguiendo de esa forma que los pacientes que acuden no tengan problemas añadidos al de su estado de salud por la atención recibida, procurando así que tenga la mayor satisfacción y confort posible para él y para su familia durante el tiempo que este en el centro de atención sanitaria.

Así recogiendo al usuario y a sus familiares de forma adecuada supone una tranquilidad para su estado de salud, favoreciendo la relación entre paciente y familiares con todo el personal que trabaje en dicho centro y una comunicación agradable.

Los programas de acogida del paciente tratan de favorecer entre el personal sanitario y el paciente una atención personalizada y de confianza con cuidados adecuados a su estado de salud e información necesaria en todo momento para una estancia lo más satisfactoria posible, también informaremos a los pacientes y a sus familiares de la carta de derechos y deberes.

En la Ley 19/2013 de 9 de diciembre nos dice que todas las personas tienen derecho a acceder a la información pública sin necesidad de motivar su solicitud y ajo el principio de gratuidad.

También existen unos derechos de los usuarios, así como unas obligaciones.

Los derechos de los usuarios se podrían resumir en los siguientes:

- Recibir la atención sanitaria en condiciones de igualdad, sin discriminación alguna, con respeto a su personalidad, dignidad e intimidad.
- Recibir información comprensible al paciente y a sus familiares en el diagnóstico y en el tratamiento y alternativas del mismo, diagnóstico y quirúrgico que entrañe riesgos, antes de la obtención del consentimiento por escrito.
- Información de los servicios y prestaciones sanitarias accesibles y los requisitos.
- Información de programación de prevención y promoción de la salud tanto en los Centros de Salud como en el Hospital.
- Recibimiento personalizado al llegar a un centro hospitalario a que se le informe de todas las cuestiones necesarias.
- Conceder, autorizar con anterioridad por escrito, cuando los procedimientos

a realizar vayan a ser utilizados en proyectos docentes o de investigación no teniendo ningún peligro adicional para la salud.

- Elegir entre las posibles opiniones presentadas por su médico, así como el negarse a cualquier intervención sanitaria, excepto casos legales establecidos como por ejemplo riesgo para la salud pública, incapacidad, actuación urgente ante fallecimiento y gravedad.
- Ser acompañado por un familiar o quien el paciente decida en la atención sanitaria, manteniendo la confidencialidad tanto en atención primaria como en el hospital.
- Tienen que quedar constancia por escrito pudiendo usarse tanto en papel como en soporte informático la información clínica, con el estado de salud, evolución, tratamientos recibidos.
- Acceder a su historia clínica.
- Cuando se le dé el alta hospitalaria se recibirá un informe, así como cuando existe un alta en el servicio de urgencias.
- Se le asignará un médico en atención primaria pudiendo decidir por otro médico y centro.
- Se podrá elegir médico especialista para consultas cuando necesite visitarlos, y recibir la atención por el mismo especialista.
- Elegir hospital, disponer de una segunda opinión médica.
- Ser intervenido quirúrgicamente dentro del plazo establecido por la normativa vigente.
- Participar en el sistema público de salud a través del consejo de salud del Área mediante representación de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios.
- Que se tengan en cuenta las voluntades anticipadas por escrito.
- Mantener la confidencialidad de la información y no tener ninguna discriminación.
- Utilizar las tecnologías de la información y comunicación con criterio de accesibilidad y seguridad.

Deberes de los usuarios:

- Llevar la tarjeta sanitaria y D.N.I. identificándose en todo momento.
- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en el centro y a su personal.
- Responsabilizarse del uso y las prestaciones sanitarias, farmacéuticas, ortoprotésicas.
- Cuidar las instalaciones tanto hospitalarias como los Centros de Salud.
- Cumplir las normas administrativas al uso y acceso a las prestaciones sanitarias.
- Firmar en caso de negarse a tratamientos en los documentos correspondientes por el paciente quedando informado y que rechaza el tratamiento.

Se pueden presentar reclamaciones y sugerencias que están reguladas por ley sobre funcionamiento de dichos servicios y recibir respuesta en los plazos establecidos.

Procedimiento de actuación de reclamaciones:

- Recepcionamos la reclamación y entregaremos una copia autenticada .
- Registramos la reclamación
- Se deriva a los servicios implicados de la solicitud de la información.
- Recepción del informe emitido por dichos servicios.
- Envío del expediente a la Gerencia para resolución.
- Envío de respuesta al usuario que hizo la reclamación en un plazo máximo de 30 días.

La información al usuario la puede solicitar por distintos vías como son:

- Por escrito regulado por Ley donde se establece el procedimiento de acceso para uso no asistencial de la documentación hospitalaria teniéndose en cuenta quien pide el acceso, que requisitos son necesarios , documentos que se ha de facilitar.
- A través del Servicio de Atención al usuario en persona cubriendo una solicitud normalizada y firmada, acreditando mediante el DNI original y copia y se especificará lo que se solicita.

La copia de la documentación se le dará excepto lo que contenga información de terceras personas, en la que aparezca la exploración, anotaciones de las unidades de enfermería.

Se entregará en mano , por correo certificado con acuse de recibo. El plazo máximo de entrega será de 30 días desde que se hizo la solicitud.

- Hay algún caso excepcional como por ejemplo pacientes mayores de edad legalmente incapacitados que se les dará la información a su representante legal.
- El paciente fallecido sólo a las personas vinculadas a dicho paciente por motivos familiares o de hecho, a su representante legal salvo que si el paciente lo hubiera prohibido él y lo haya dejado por escrito.
- El acceso de un tercero a la historia clínica motivará por riesgo para su salud limitando los datos pertinentes. No se dará información afectada a la intimidad del fallecido, aportando el certificado de defunción excepto que haya fallecido en el mismo hospital, demostrar que es persona vinculada al paciente por razones familiares o de derecho o es su representante mediante libro de familia o declaración de herederos.
- Por teléfono.
- Por fax.
- Por correo electrónico.
- Reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos.

5 Discusión-Conclusión

Todos los días las personas se quejan de la ausencia de humildad en la atención al usuario. La forma de acercarnos es mínima, así que los pacientes piensan que la gente de los hospitales son fríos, indiferentes, incapaces de sentir y no tener alma. El usuario tiene la sensación de que a veces sentirse deshumanizado, desprotegido, mal atendido por la cantidad enorme de pacientes aunque se les atienda correctamente. Lo que más valora el paciente y sus familiares son entre otros la accesibilidad, la eficacia en el trato sanitario, la información que se le facilitará sobre su tratamiento, la actitud del personal, su trato humano, la calidad de las instalaciones hospitalarias, las salas de espera que serán cómodas, bonitas, agradables de estar en ellas aunque esté en un hospital, para que pacientes y acompañantes no estén en los pasillos.

Solicitan lugares espaciosos y con mayor confidencialidad a los familiares en situaciones desagradables como su enfermedad muy grave, muerte, urgencias y pacientes que están en la U.C.I. y donde puedan tener la mayor intimidad posible. El usuario como su familia podrá en todo momento identificar al personal que le atiende de forma asistencial como no asistencial. Las visitas a enfermos en algunas ocasiones molestan ya que pueden estar en las habitaciones llenas de acompañantes y así no pueden descansar los enfermos, así que se recomendará 2 acompañantes por paciente como máximo.

El servicio de información está destinado a mejorar la comunicación con los pacientes, siendo cortés, agilizando los trámites administrativos en el momento de su ingreso. Quien esté en contacto con el paciente es quien será la imagen del centro hospitalario, médicos, enfermería, celadores, personal administrativo. Las cafeterías deberán de tener dos espacios diferenciados uno para los pacientes y familiares y otros para el personal de dicho hospital. Los profesionales que estén en contacto con la atención al paciente y con sus familiares tendrán buenas habilidades comunicativas de forma activa, comprendiendo a quien está hablando, se intentará mantener una forma abierta a sus necesidades, tendremos en cuenta mantener el contacto visual, intentaremos permanecer relajados así daremos confianza, mostrándoles en la medida de lo posible afecto y comprensión hacia pacientes y familiares.

Al paciente igual que a sus acompañantes los trataremos de forma correcta y educada presentándonos con nuestro nombre y nuestra categoría profesional, al paciente siempre lo llamaremos por su nombre de forma correcta y amable.

Tendremos verdadera atención a la información confidencial no revelándose y menos aún en los pasillos. Se informará de las normas hospitalarias dándoles una guía del centro ya que la gente que trabaja en ellos son quienes hacen posible un buen funcionamiento, atendiendo a los pacientes como nos gustaría que nos atendieran a nosotros a un familiar nuestro.

6 Bibliografía

- Ley 19/2013 de 9 de abril de transparencia acceso a la información pública y buen gobierno.
- Decreto 89/2017 de 20 de diciembre, atención ciudadana y las oficinas de asistencia en materia de registros de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

Capítulo 1209

PACIENTES CON PARKINSON Y SUS CUIDADOS

JAIME ALVAREZ DIAZ

IOANA VALERIA ROMAN

ANDREA MONTES TORRES

MARINA DEL PILAR DELGADO FERNANDEZ

SALOMÉ MARTÍNEZ GARCÍA

1 Introducción

La enfermedad de Parkinson consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos, entre otros síntomas. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro. Presenta varias características particulares: temblor de reposo, lentitud en la iniciación de movimientos y rigidez muscular.

La enfermedad de Parkinson es una patología crónica y neurodegenerativa que afecta en España a unas 120.000-150.000 personas. Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después del Alzheimer.

2 Objetivos

-Describir la enfermedad de Parkinson y los cuidados realizados por el auxiliar de enfermería.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Parkinson es una enfermedad crónica que por el momento actual no presenta curación, a pasera de que posea tratamientos que mejoren su clínica por un periodo de tiempo determinado. El objetivo del tratamiento es reducir la velocidad de progresión de la enfermedad, controlar los síntomas y los efectos secundarios derivados de los fármacos que se usan para combatirla.

Uno de los aspectos más importantes del tratamiento de la enfermedad de Parkinson consiste en el mantenimiento del tono muscular y de las funciones motoras, por lo que es esencial la actividad física diaria, también hay ejercicios determinados aplicados por un fisioterapeuta que pueden ayudar a mantener la movilidad de los miembros y fortalecer los músculos que generalmente se ven más afectados. Debido a las diferencias que hay entre los pacientes de Parkinson, es difícil determinar un pronóstico general de supervivencia a la enfermedad. Al tratarse de una enfermedad que afecta mayoritariamente a las personas de edad avanzada, los riesgos de muerte suelen estar más asociados a otras causas, es muy importante que la Auxiliar de enfermería o el fisioterapeuta, evalúen las necesidades de la persona enferma, el entorno del hogar, la salud del paciente y el estado emocional. Todo esto influirá en obtener unos resultados favorables para el enfermo de Parkinson y pueda tener una mejora positiva en su calidad de vida.

Para mejorar la calidad de vida de los enfermos de Parkinson la auxiliar de enfermería y el fisioterapeuta tienen un papel importante en el proceso, por ello son los encargados de tener en cuenta algunas cuestiones básicas que pueden

facilitar prácticas cotidianas como vestirse, comer, ir al baño y evitar las caídas del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Tomar medidas para mejorar el diagnóstico temprano para un mejor tratamiento es imprescindible, se debe contar al neurólogo los síntomas no motores para poder llevar un mejor control sobre ellos.

Las terapias complementarias con diversos profesionales de la salud tales como: fisioterapia, auxiliares de enfermería, logopedas, terapeutas ocupacionales, ayudan a mejorar muchos de los síntomas de la enfermedad.

La depresión, la apatía, los trastornos obsesivos, la hipersexualidad son síntomas no motores, que pueden darse en los afectados de Parkinson, pero que pueden llegar a controlarse con un ajuste de la medicación y con el apoyo de los que tenemos alrededor. Los tratamientos de apomorfina, duodopa y la estimulación cerebral profunda, no sólo están indicados para pacientes en estado avanzado sino para todos aquellos que empiecen síntomas leves.

Las terapias con células madre están todavía en fase experimental y no se debe confiar en este tipo de tratamientos todavía. Sin embargo hay que ser optimistas y confiar en que hay nuevos tratamientos en camino.

6 Bibliografía

-<http://www.cuidateplus.marca.com>

-<http://www.caregiver.org.com>

-<http://www.parkinsonburgos.org>

-<http://www.neurología.com>

Capítulo 1210

LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ

MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO

1 Introducción

En la salud, la comunicación no sólo es un ejercicio necesario, sino que es un ejercicio recomendable. En una institución sanitaria la mayoría de los trabajadores tienen que estar en contacto con el público (paciente, familiar, etc.), por lo que deberán estar formados para que se produzca una correcta comunicación. La comunicación puede prevenir problemas de transmisión o tergiversación de información y dar seguridad y tranquilidad a los pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Identificar aspectos de la comunicación del profesional que inciden en la calidad de la atención de los pacientes y sus familias, como fundamento para la elaboración de un instrumento de evaluación.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de artículos científicos, revistas y publicaciones relacionadas con la comunicación y el saber escuchar.

4 Resultados

Se documenta que existen recursos psicológicos que mejoran notablemente la comunicación: asertividad, empatía, sonrisa telefónica, contacto visual, escucha activa, tono conciliador, lenguaje inclusivo, no enjuiciar, saber pedir disculpas, proponer alternativas en lugar de respuestas negativas cerradas.

Estos recursos mejoran la predisposición de pacientes y usuarios, su bienestar y la sensación de que se les tiene en cuenta, lo cual hace que perciban positivamente un entorno en el que pueden sentirse vulnerables, así como una mayor calidad de los servicios prestados.

5 Discusión-Conclusión

Para convertirse en un elemento de apoyo terapéutico, la comunicación requiere un entrenamiento del profesional en habilidades comunicativas para que la información sea comprensible, dada con acompañamiento emocional y posibilidades de afrontamiento. Se debe incluir y dar participación a la familia en una toma de decisiones argumentada.

6 Bibliografía

1. Henderson, V.: "Podemos dar un papel estelar a los pacientes". Invest. educ. enferm. 2000; 18 (1): 125-130.
2. Medina Aguerrebere, P.: "El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria". Revista de Comunicación y Salud. 2012; 2: 19-28.
3. Menéndez Prieto, M.D., Vadillo Olmo, F. J.: "El plan de comunicación hospitalario: herramienta de gestión universitaria". Madrid: Editorial Club Universitario; 2009.

Capítulo 1211

ATENCIÓN AL USUARIO DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN

CARLA MIRANDA TAMARGO

PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ

SONIA LORENZO RUBIO

1 Introducción

Los profesionales sanitarios... prestamos servicios personales, familiares y comunitarios, es decir, no solo atendemos enfermedades “, sino a personas, familias y comunidades con enfermedades y problemas de salud. Por ello el paciente que acude a un centro sanitario es un ser doliente que sufre y espera que el profesional le ofrezca alternativas que le ayuden y que las decisiones se basen en el mejor conocimiento y experiencia personal, de cara a ofrecer un mejor servicio a cada una de las personas que vamos a encontrarnos , teniendo en cuenta sus necesidades y su situación peculiar, es decir, la atención sanitaria al paciente, básicamente parte del concepto de la persona que busca alternativas que contemplen su cultura, sus expectativas y sus valores. Lamentablemente en muchos casos el paciente recibe el trato frío del seguimiento de protocolos y guías del cumplimiento de normas e instrucciones como si fuera “una enfermedad”, no una persona”.

2 Objetivos

- Establecer un trato con el usuario de manera, concisa y adaptada a sus necesidades.
- Profundizar en el análisis e investigación de las distintas demandas que los pacientes puedan plantear día a día, para lo cual se hace indispensable un programa de formación continuada, asesoramiento y reciclaje. No se podrá ofrecer una atención integral y adecuada, sin una formación específica, en cada ámbito de actuación.

3 Metodología

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

4 Resultados

A través del método de observación como instrumento de análisis, se procede al estudio de la necesidad de emplear un lenguaje adaptado al usuario en los diferentes procesos administrativos en el ámbito sanitario. La atención centrada en el paciente fomenta la colaboración activa y la toma de decisiones compartidas entre los pacientes y los profesionales de la salud para diseñar y gestionar un plan de atención integral y personalizada. Mejorar la atención al paciente se ha convertido en una prioridad para todos los proveedores de atención médica.

Aspectos que mejoran la atención al paciente:

- Cuidados de calidad.
- Equipamiento fiable y seguro.
- Uso de nuevas tecnologías.
- Accesibilidad y disponibilidad.
- Tiempos de espera minimizados.
- Información clara.
- Burocracia simplificada.
- Comunicación fluida.

Servicios que hagan más agradable la estancia en el centro sanitario, (centro favorable). La comunicación es el principal motor de aprendizaje y desarrollo personal, está directamente relacionada con nuestros estados emocionales y es el elemento fundamental para la consecución de objetivos en los distintos contextos en que se desarrolla la actividad humana, por eso es una potente herramienta para influir y conseguir cambios en las personas, para dar y recibir apoyo, para hacer y ayudar a satisfacer necesidades, y para ayudar a satisfacer necesidades y para solucionar problemas.

Pese a digitalización de los procedimientos en el ámbito administrativo, es frecuente que se acuda personalmente a los centros pertenecientes a realizar dichas gestiones. La mayor parte de personas que deciden hacerlo por esta vía son usuarios de edad avanzada, que desconocen del uso de sistemas informáticos y trabajador especializado, en este caso un administrativo. Es esencial para ello una formación adecuada por parte de los empleados, así como un trato personalizado lo más claro y conciso posible.

5 Discusión-Conclusión

Lo primero que necesita una persona cuando nos habla de algo importante para ella es un oído compasivo. Sólo se debe aconsejar después de que se sienta escuchada y siempre que pregunte o este de acuerdo con escuchar nuestra opinión.

Una verdadera escucha activa significa prestar toda nuestra atención a nuestro interlocutor e intentar comprenderle. Cuando se desarrolla esta habilidad los demás sienten que pueden hablar con nosotros de cualquier cosa que les afecte, saben que intentaremos ayudarles a resolver lo que les preocupa. Todo ello originará un respeto mutuo importantísimo en las relaciones interpersonales en cualquier entorno.

La escucha activa real significa también ser sensible con la otra persona, adoptar una actitud empática, es decir, comprenderle y no sólo escuchar sus palabras. Se debe adaptar el lenguaje a la edad, capacidad cognitiva y circunstancias especiales de cada persona, teniendo en cuenta que la atención será más eficaz y efectiva, en la medida en que nos esforcemos en ofrecer un servicio individualizado y personal sin menos cabo de los protocolos y normativa de cada centro.

6 Bibliografía

- Dodecálogo para la personalización del paciente en el sistema sanitario. Zabala A, Fernández de Sanmamed MJ, Seminario/Satélite de Innovación en Bilbao 2016. Bilbao, marzo, 2016.
- Curso de formación Adolfo Posada , “Información y atención a la ciudadanía”. 2018PFG – Formación general 2018
- Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 1212

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO FRENTE A LA HISTORIA CLÍNICA

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

CRISTINA PRADA LORENZO

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

1 Introducción

La documentación clínica se refiere a los documentos que se generan en la atención sanitaria al paciente. La más importante en la que conforma la Historia clínica. La ley 42/2002 la define como "el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial". (García, Cozar y Almenara, 2004)

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, reconoce el derecho del paciente a que quede constancia por escrito de todo su proceso, en una historia clínica, así como a recibir un Informe de Alta al finalizar su estancia hospitalaria. La historia clínica se identifica por un número único que permite su recuperación rápida en caso de un siguiente proceso asistencial, cause ingreso o no. Debe estar a estos efectos, en un Archivo Central y no debe ser sacado del Centro Hospitalario. (Hernández, 2006)

2 Objetivos

Recabar información sobre la historia clínica y las funciones que cumple y las de los Auxiliares administrativos a la hora de gestionarla.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen distintos tipos de historia clínica, las de mayor importancia son la historia clínica hospitalaria y la historia clínica en atención primaria, usándose en todo tipo de centro sanitario, tanto públicos como privados.

La principal función que cumplen las historias clínicas es la asistencial, ya que resulta imprescindible para una atención sanitaria de calidad al contener datos que hacen posible el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución de un paciente y es el medio idóneo para transmitir la información entre los diversos profesionales que lo tratan.

Además de la función asistencial, la historia clínica también cumple funciones de docencia, facilitando la formación, tanto inicial como continuada de los profesionales; investigación, al proporcionar muchos datos para estudios sanitarios, epidemiológicos,... ; función de gestión sanitaria, por ser de gran utilidad para la evaluación de la calidad, planificación y gestión de los recursos sanitarios... y la función jurídico-legal y a que al mostrar como se desarrolla la atención sanitaria prestada a un paciente es clave en reclamaciones o procesos judiciales. (Cuenca, Rodríguez, Soto y Penton, 2014)

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del auxiliar administrativo que debe tener en cuenta a la hora de trabajar con historias clínicas, pasan en primer lugar por cumplir los mínimos de calidad recomendados por la Organización Mundial de la Salud:

- Identificación clara del paciente
- Identificación de los profesionales que lo atienden
- Legibilidad e inteligibilidad para el personal cualificado
- Fiabilidad, concisión y organización lógica
- Resistencia al deterioro
- Accesibilidad

Además, teniendo en cuenta la sensibilidad del paciente y de los datos que la historia clínica refleja sobre el mismo, se debe de guardar un alto grado de confidencialidad. (Rebollo y Montiel, 2006)

6 Bibliografía

- García Ortega, C., Cózar Murillo, V., & Almenara Barrios, J. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista española de salud pública*, 78(4), 469-479.
- Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. *Cuadernos de bioética*, 17(1), 57-68.
- Cuenca Garcell, K., Rodríguez Linares, M. L., Soto Cortés, A. D., & Pentón Rodríguez, O. (2014). La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal. *Revista Cubana de medicina militar*, 43(4), 534-540.
- Rebollo, M. A., & Montiel, S. (2006). Atención y funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 42(2), 53-57.

Capítulo 1213

OPERACIONES COMERCIALES EN EL MUNDO SANITARIO

MARÍA DEL CARMEN BARRERO MORALES

ANDRÉS UGIDOS ZAPICO

MARIA MERCEDES BARRERO MORALES

CRISTINA PRADA LORENZO

1 Introducción

La principal función de los centros sanitarios, tales como ambulatorios, hospitales, residencias geriátricas... es la de ofrecer asistencia sanitaria a los usuarios que la demanden, pero no se debe olvidar que su funcionamiento comercial es idéntico al de cualquier empresa. por ello, el papel del equipo administrativo es gestionar, entre muchas otras funciones, la compra-venta de artículos. (Sanchez, Abellan y Oliva, 2013).

2 Objetivos

Mostrar las funciones contables que los auxiliares administrativos gestionan en el mundo sanitario dentro de las operaciones comerciales, haciendo hincapié en los documentos, leyes e impuestos que influyen en dichas operaciones

3 Metodología

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

4 Resultados

Los documentos comerciales más comunes que no encontramos en las operaciones de compra -venta son:

- Presupuesto: se trata del documento con el que se informa sobre el coste de un producto o servicio. Los aspectos principales que debe de presentar son la identificación completa del profesional y del cliente; nombre, número, lugar y fecha del documento; lugar y fecha de elaboración y firma del profesional. También debe de constar en este documento la descripción completa de los materiales. su precio unitario y el precio total.
- Pedido: Aunque inicialmente los pedidos puedan ser realizados de palabra, por teléfono, fax,.. es conveniente formalizar el mismo por escrito al suponer el mismo un compromiso de compra.
- Albarán: Se trata del documento que acompaña al material suministrado que sirve como justificante de entrega. En el costará la identificación completa del proveedor, la del cliente, el lugar y la fecha y la relación detallada de los artículos que se entregan.
- Factura: Se trata del documento comercial más importante, ya que es el definitivo en el que queda detallada la compraventa. Con la factura se acredita el acto comercial y posee valor fiscal y legal.

El principal impuesto que afecta a las transacciones comerciales es el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA). Algunas actividades sanitarias están exentas del mismo, tales como los servicios de hospitalización y asistencia sanitaria y los relacionados directamente con estos; asistencia a personas físicas por profesionales sanitarios, relativas al diagnóstico prevención y tratamiento de enfermedades; entrega de sangre; transporte de enfermos en ambulancia; asistencia social, etc. (Rubio, 2003)

5 Discusión-Conclusión

Instituciones como hospitales y residencias geriátrica de gran tamaño disponen para la realización de las tareas administrativas de personal cualificado, sin embargo las pequeñas consultas y sobre todo en el ámbito privado estas labores suelen ser realizadas por Auxiliares de Enfermería, bajo la supervisión del personal sanitario con el que trabajan por lo que deben de saber manejarse con los documentos necesarios en cada caso. (Cotanda, 1998). Los programas informáticos que se utilizan en la actualidad resultan de gran ayuda para realizar la gestión administrativa.

6 Bibliografía

- Cotanda, F. L. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria. Ediciones Díaz de Santos.
- Operaciones administrativas y documentación sanitaria. Mac millan education
- Sánchez, F. I., Abellán, J. M., & Oliva, J. (2013). Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de trabajo, 4.
- Rubio, V. O. (2003). Gestión clínica y sanitaria. Masson.

Capítulo 1214

FUNCIONES DEL CELADOR EN FARMACIA Y ANIMALARIO

JESSICA PEÑA ALEA

1 Introducción

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley.

Está integrado por farmacéuticos, enfermería, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, y celadores. . El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico.

Según la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (modificada por Real Decreto 725/2003, de 13 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 100 de la Ley 25/1990), los hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia del hospital.

Los hospitales del más alto nivel y aquellos otros que se determinen deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica. Los hospitales con menos de 100 camas que no deseen establecer servicios farmacéuticos podrán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinados por la autoridad sanitaria competente.

Para lograr el uso racional de los medicamentos, las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las siguientes funciones:

- Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficiales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios, que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.
- Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración, custodiar y dispensar los productos en fase de investigación clínica y velar por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicotrópicos o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial.
- Formar parte de las comisiones hospitalarias en que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos y de su empleo.
- Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital, un sistema de fármaco-vigilancia intrahospitalario, estudios sistemáticos de utilización de medicamentos y actividades de farmacocinética clínica.
- Llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal sanitario del hospital y a los pacientes.
- Efectuar trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios y participar en los ensayos clínicos con medicamentos.

El sistema de distribución en dosis/día o unidosis. La distribución de medicamentos se realiza por dosis/día que utilizan cada uno de los pacientes ingresados. Se incluyen generalmente en los siguientes servicios: cirugía, medicina interna, traumatología, geriatría, neumología, ginecología, etc. Normalmente los dos sistemas acaban coexistiendo, formando un sistema mixto.

Una de las funciones principales de las Instituciones Sanitarias es la investigación. Y una parte esencial de la investigación es la experimentación con animales. Por ello, el Estatuto de Personal no Sanitario se refiere a los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios.

La dependencia del hospital en donde se realizan experimentos con animales se denomina animalario. Es un servicio hospitalario donde se cuida a los animales que van a ser sometidos a un proceso de experimentación en el centro. También se le conoce con el nombre de estabulario.

Su finalidad es asegurar dicha protección y, en particular, que a los animales

utilizados se les concedan los cuidados adecuados; que no se les cause innecesariamente dolor, sufrimiento, angustia o lesión prolongados; que se evite toda duplicación inútil de procedimientos, y que el número de animales utilizados en los procedimientos se reduzca al mínimo, aplicando en lo posible métodos alternativos.

2 Objetivos

- Conocer la funciones del celador tanto en farmacia como en el animalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Funciones del celador en el servicio de farmacia:

- Recepción de material.
- Movilización del material pesado.
- Transporte de material dentro de la Farmacia.
- Acondicionamiento de suero y alcohol, procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Distribución de medicación y demás productos galénicos a las Unidades del Hospital.
- Transporte de productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Controles de inventarios.
- Custodia de la farmacia.

Funciones del celador en el servicio animalario:

El artículo 14-2.21 del Estatuto de Personal no Sanitario establece entre las funciones de los celadores que: Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos, tanto antes de ser sometidos a las

pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que las sustituyan en sus ausencias.

- Cuidados: como cuidadores se encargaran del adecuado manejo de cada uno de los animales, según sus características
- Alimentación: los celadores suministrarán al animal los alimentos que precise, en las cantidades adecuadas a sus características y necesidades. La ración suministrada ha de ser sabrosa, económica y bien equilibrada. Una vez mezclado el alimento, este será administrado al animal por varios sistemas: cilindros comprimidos (pellet), gránulos, galletas, etc. En algunos casos se utilizarán preparados industriales que aunque suponen un mayor costo tienen una mayor calidad nutritiva y sanitaria. Se encargaran de que los bebedores estén siempre abastecidos de agua.
- Limpieza: los celadores deberán lavar las cubetas y jaulas de los animales con la periodicidad necesaria según las características sanitarias de cada animal. También renovarán y limpiarán los lechos, comederos y bebederos de las jaulas según la periodicidad indicada. Retirarán en todo momento los elementos que provoquen malos olores o contaminación: excrementos, cadáveres. Las bandejas destinadas a recoger excrementos se limpiarán y esterilizarán unas tres veces por semana. Asearán a los animales antes y después de ser sometidos a las pruebas de experimentación.
- Los centros suministradores sólo podrán obtener animales a partir de centros de cría o de centros suministradores, a no ser que el animal haya sido legalmente importado y no sea salvaje o vagabundo, salvo autorización expresa de la autoridad competente.
- Los centros usuarios, siempre que sea posible, deberán utilizar animales de cría. Sin embargo, también podrán utilizar animales procedentes de establecimientos suministradores, de otro centro usuario que los haya cedido como parte del intercambio científico o criados para su uso en sus propias instalaciones.
- Los centros usuarios tendrán las instalaciones y el equipo apropiado para las especies de animales que se utilicen y para la ejecución de los procedimientos que allí se lleven a cabo; su proyecto, construcción y funcionamiento deberán garantizar que los procedimientos puedan ejecutarse con la mayor efectividad posible.

5 Discusión-Conclusión

La dispensación individualizada de medicamentos desde la farmacia del hospital se denomina dispensación en unidosis. Los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y las estructuras de atención a la salud, están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.

El número de animales utilizados en los procesos de experimentación se debe reducir al mínimo, se utilizarán, métodos alternativos siempre que sea posible, no se les causará daño, dolor o sufrimiento duradero y tendrán los cuidados necesarios y adecuados a su especie.

6 Bibliografía

- Paginas web como blog de celadores, wikipedia, libros de temarios de oposiciones a celador y libros de cursos de logos.

Capítulo 1215

EL CELADOR Y SU ACTITUD ANTE LOS AISLAMIENTOS.

JOSE ARMANDO BENITEZ VILELA

1 Introducción

En estas páginas vamos a desarrollar la actitud del personal sanitario y no sanitario ante pacientes con diferentes tipos de aislamientos. En concreto, nos vamos a centrar en los celadores, pilares fundamentales del equipo de salud junto con el resto de personal.

Una de las funciones de los mismos es la movilidad y traslado de pacientes. Sin embargo, hay que considerar que algunos de ellos se encuentran en situación de aislamiento por lo que resulta imprescindible que la figura ya citada conozca los diferentes tipos existentes y el mecanismo de actuación de cada uno de ellos en su propio beneficio y en el de los propios clientes.

Podemos definir el aislamiento como la separación de una cosa, persona o población para colocarla de forma aislada e incomunicada. El principal y único objetivo es disminuir el riesgo de infección para el paciente, personal sanitario y posibles visitantes interrumpiendo así la cadena de transmisión.

Para poder comprender y desarrollar su trabajo en condiciones óptimas, el celador debe conocer una serie de definiciones.

2 Objetivos

Conocer los diferentes tipos de aislamientos existentes y su mecanismo de actuación en cada uno de ellos.

3 Metodología

Para la realización de esta revisión bibliográfica he consultado diferentes bases de datos como Scielo y Google Académico.

Artículos académicos relacionados con el tema como Medwave.

4 Resultados

Aislamiento hospitalario:

Normas y cumplimiento a seguir:

- Vacunación correcta (HB) antes de trabajar en un Hospital: Para ello se debe realizar una extracción de sangre solicitada por el propio centro o por el servicio de prevención.
- Manejar con sumo cuidado objetos punzantes contaminados como agujas, bisturís, etc
- En caso de pinchazo accidental acudir al servicio de prevención para realizar control analítico. Mantener heridas tapadas evitando así reacción cruzada o vía de entrada del germen a nuestro organismo.
- Traslado de muestras en recipientes herméticos y bien cerrados evitando así salpicaduras Limpieza con lejía y desinfectantes de zonas manchadas con sangre.
- Introducir una bolsa y un cubo en la habitación del paciente con aislamiento, depositaremos allí ropa de cama, camisón, batas, etc.
- Introducir un contenedor de residuos en la habitación, tensiómetro, glucometer, etc que se usarán única y exclusivamente con el paciente aislado.
- Evitar salpicaduras, en caso de realización de cirugía o autopsia, usar doble guante, mascarilla y gafas.
- Esterilización del instrumental usado después de cada uso, se usarán ciclos especiales de lavado.
- Instrumental mecánico, utilizar en caso de análisis de muestras que deben estar identificadas y marcadas de tal forma que se sepa que procede de un paciente en aislamiento.
- No sacar de la habitación ningún objeto contaminado

Técnica del aislamiento:

La técnica consiste en desinfección continua y desinfección final.

1.- Desinfección continua:

- Limpieza y desinfección diaria de suelos, paredes y mobiliario de la habitación.
- Desinfección de utensilios para la comida después de su uso.

- La ropa y material de cama se introducirán en bolsas de plástico correctamente identificadas y se enviarán aparte al servicio de lavandería.
- Secreciones como heces, orina deben estar en contacto directo con lejía antes de su eliminación y deshecho por el WC.

2.- Desinfección final:

- Procedimientos a realizar una vez que el paciente abandona la habitación al alta hospitalaria. Limpieza y desinfección de supervise, mobiliario y paredes.
- Desinfección profunda de la ropa de cama, pijama, camisón, etc.

Tipos de aislamientos existentes:

- Aislamiento estricto: Aplicable a patologías que se transmiten a través de partículas eliminadas por vía aérea y que pueden permanecer en el ambiente en suspensión por largos períodos de tiempo.

Material con riesgo de contaminación: secreciones, exudados faringes y gotas de saliva patologías (tuberculosis pulmonar, sarampión, varicela y herpes).

El personal no inmune al sarampión o varicela no debe entrar en la habitación de pacientes con este tipo de patología.

Si resultara imprescindible la entrada de los mismos se debe emplear el uso de un ventilador de alta eficiencia.

Especificaciones a tener en cuenta:

- El paciente puede compartir habitación con otro paciente con el mismo diagnóstico.
- Habitación individual si la patología es diferente.
- Uso de bata, guantes, mascarilla para toda persona que entre en la habitación incluyendo personal de limpieza, familiares y visitas.
- Lavado de manos tras el contacto con el paciente.
- Depositar la ropa de cama y el instrumental usado en los contenedores específicos para cada uso que debe haber dentro de la habitación.
- Aislamiento respiratorio: Aplicable cuando las partículas generadas al hablar, toser o estornudar quedan suspendidas en el aire hasta 1 metro de distancia (hablar) y 4 m (toser o estornudar).

Patologías: tosferina, tuberculosis, sarampión, rubeola, meningitis, difteria, gripe y varicela Material con riesgo de contaminación: secreciones respiratorias, saliva en forma de aerosol.

Especificaciones a tener en cuenta:

- Habitación individual con puerta cerrada.
- Bata, no es imprescindible.
- Mascarilla para toda persona que entre en la habitación, personal, familiares, visita, servicio de limpieza.
- Guantes, si se manipulan objetos contaminados (pañuelos).
- Lavado de manos al salir de la habitación.
- Depositar material como sondas, gasas, etc en contenedores ubicados en la habitación.

Además de todo lo dicho con anterioridad, si el paciente es diagnosticado de tuberculosis: Habitación individual y con ventilación especial, se puede compartir con otro paciente con el mismo diagnóstico.

- * Puerta cerrada.
- * Lavado de manos.
- * No uso de guantes.

- Aislamiento estérico: El principal objetivo es evitar la diseminación a través de materiales fecales y objetos contaminados a su vez por microorganismos.

Patologías que precisan este tipo de aislamiento: gastroenteritis lérica o bacteriana, fiebre tifoidea, cólera, giardiasis, amebiasis y meningitis vírica.

Material contaminante: heces, vómitos.

Especificaciones a tener en cuenta:

- Habitación individual.
- Bata y guantes si se tiene contacto con el paciente.
- Mascarilla, opcional.
- Lavado de manos.
- Cuñas y orinales de uso exclusivo durante el aislamiento siendo desinfectadas con lejía una vez que se retira o finaliza.
- Agujas y material que se depositado en contenedor rígidos presentes en la habitación.
- Indicar a las visitas que avisen al personal en caso de uso de cuña, botella, etc.
- Limpieza normal, si hay zonas manchadas con heces o fluidos aplicar lejía durante 5 minutos y seguir el protocolo habitual.
- Aislamiento de piel y heridas: También conocido como aislamiento de contacto, es usado para enfermedades que se transmiten por contacto directo o indirecto con el paciente.

Patologías: rubeola congénita, gastroenteritis, HA y gérmenes multiresistentes.

Material contaminado: exudados y secreciones vaginales.

Especificaciones a tener en cuenta:

- Habitación individual.
 - Uso de bata y guantes para toda persona que tenga contacto directo con el paciente
- Uso de mascarilla para realizar curas.
- Lavado riguroso de manos antes de entrar y salir de la habitación.
 - Ropa de cama, no sacudir si hay zonas manchadas.
 - Realizar traslado con bata, guantes y heridas cubiertas.
 - Visitas, uso de guantes y bata si van a tener contacto directo con el paciente.
 - Limpieza de la habitación, no precauciones especiales salvo si el suelo está manchado de sangre para lo cual habría que aplicar lejía durante 5 minutos y seguir el protocolo habitual.
- Aislamiento aéreo: Este tipo de aislamiento se caracteriza porque el paciente no es contagioso pero el entorno que le rodea es peligroso, habiendo riesgo de adquirir infecciones procedentes del medio externo.

Patologías: pacientes inmunodeprimidos, quemaduras y dermatitis externa.

Especificaciones a tener en cuenta:

- Habitación individual.
- Bata para entrar en la habitación.
- Indumentaria estéril para realizar curas y maniobras especiales Uso obligatorio de mascarilla.
- Lavado de manos al entrar y salir de la habitación.
- Uso de guantes si hay contacto directo con el paciente.
- Cuñas y orinales desinfectados y de uso exclusivo.
- Instrumental como tensiómetro, glucómetro, etc., de uso exclusivo .
- Traslado única y exclusivamente los que sean imprescindibles

5 Discusión-Conclusión

El celador, como personal no sanitario, tiene que conocer los diferentes tipos de aislamientos existentes y su forma de proceder en cada uno de ellos en beneficio del paciente y de su propia integridad personal.

6 Bibliografía

- Editorial MAD 2018-2019.

Capítulo 1216

DIAGNÓSTICO DE ANEURISMA ABDOMINAL MEDIANTE LA ECOGRAFÍA.

BELEN BLANCO GUTIERREZ

REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

LUCÍA MERA MARTÍNEZ

1 Introducción

La ecografía es un procedimiento que , permite obtener imágenes de muchas de las estructuras de nuestro organismo a través de ondas de frecuencia (ultrasonidos) son inocuos y se pueden utilizar con toda seguridad.

2 Objetivos

Identificar la utilidad de la ecografía para la identificación temprana de la patología aórtica.

3 Caso clínico

Varón de 65 años fumador, hipertenso que acude al Centro de Salud con fuerte dolor abdominal, sudor frío, náuseas, vómitos y frecuencia cardíaca rápida.

El médico del Centro de Salud le solicita analítica completa placa de tórax, abdomen y una ecografía abdominal. Si salen alterados los resultados lo derivará a consulta de cirugía el cual dará un diagnóstico al paciente.

Una vez derivado el paciente a cirugía y comprobar que en la ecografía abdominal se ve una alteración en la aorta abdominal, es diagnosticado de aneurisma de aorta abdominal. El tratamiento depende de la ubicación y tamaño del aneurisma así como la edad del paciente y la función renal de este. El aneurisma de menos de 5 centímetros de diámetro generalmente se controla con ultrasonidos (ecografías) o exploraciones por T.A.C cada 6 0 12 meses. El aneurisma mas grande o aquellos que crecen rápidamente o sufren perdidas podrían requerir una cirugía abierta o una cirugía endovascular.

4 Resultados

El estrés puede elevar la presión arterial por lo que deberá evitar situaciones conflictivas y estresantes y también se deberá ajustar los medicamentos para evitar que los niveles de presión arteria aumenten demasiado

5 Discusión-Conclusión

Al diagnosticar al paciente de aneurisma de aorta abdominal el medico le recomendará dejar de fumar, evitar levantar objetos pesados y realizar actividad física vigorosa, para no aumentar excesivamente la presión arterial, que puede provocar mayor presión en el aneurisma.

6 Bibliografía

- Mariné M Leopoldo, Valdés E Francisco, Mertens M Renato, Krämer Sch Albrecht, Bergoeing R Michel, Rivera D Dixiana et al. Manejo del aneurisma de la aorta abdominal: Estado actual, evidencias y perspectivas para el desarrollo de un programa nacional. Rev. méd. Chile 137(8): 1081-1088.
- Folgueiras Artime M., Amador Tejón M. J., Susin Brabo B., Fernández Carreira J. M.. Aneurisma inflamatorio de aorta abdominal. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2006 Mayo [citado 2019 Nov 25] ; 23(5): 247-248.

Capítulo 1217

DIABETES MELLITUS TIPO II

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS

MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ

TETYANA SEMENOVA

TANIA BORQUE CAICEDO

1 Introducción

Se calcula que su prevalencia es de un 10-15% en los ancianos, aunque en mayores de 80 años podría llegar a un 40%. El riesgo de complicaciones a largo plazo que presenta la hiperglucemia, hace que deba considerarse seriamente el tratamiento del anciano.

La mayoría de los individuos de edad avanzada tiene diabetes tipo 2, posiblemente relacionadas con la función de las células B del páncreas secretoras de insulina. El incremento de tejido graso, la menor actividad física y el uso de distintos medicamentos, también serían factores que contribuyen a ello.

2 Objetivos

- Promover en la población general un estilo de vida saludable con especial énfasis en hábitos alimentarios adecuados y ejercicios físicos .

- Exponer la manera de realizar un diagnóstico precoz, para prevenir la evolución silenciosa y poder atajar las complicaciones crónicas.
- Unificar criterios de atención al usuario y su familia en el primer nivel de atención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre la promoción en la población general un estilo de vida saludable, así como la manera de realizar un diagnóstico precoz y criterios de atención al usuario y su familia.

4 Resultados

Para favorecer la evaluación del clínico y hacer un posterior seguimiento del paciente diabético tipo 2 . Se describe un método clínico que forma parte de una metodología:

- Realizar unas preguntas al paciente explicándole el proceso que queremos evaluar.
- Seguir unos pasos que nos llevan a conseguir unas respuestas.
- Las respuestas las obtenemos después de explicar la metodología . Nos ayudan a identificar el perfil clínico del paciente y prescribir su tratamiento.
- Concluiremos elaborando un informe clínico que explicaremos al paciente y lo que conlleva para su estado de salud.

Se calcula que su prevalencia es de un 10-15% en los ancianos, aunque en mayores de 80 años podría llegar a un 40%. El riesgo de complicaciones a largo plazo que presenta la hiperglucemia ,hace que deba considerarse seriamente el tratamiento del anciano.

La mayoría de los individuos de edad avanzada tiene diabetes tipo 2, posiblemente relacionadas con la función de las células B del páncreas secretoras de insulina. El incremento de tejido graso ,la menor actividad física y el uso de distintos medicamentos ,también serian factores que contribuyen a ello

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con DM tipo II son pacientes muy complejos por la gran asociación de comorbilidades que asocia la diabetes y por la progresión de la misma y necesidad de cuidados y atención sanitaria. Cuanto mejor se conozca esta enfermedad y cuanto más global sea el enfoque del paciente, mejores serán los resultados y el éxito en el manejo.

6 Bibliografía

- Guías de intervención SSAE-ASSE-MSP-UNAMEFA-MM fac de medicina año 2001-2002 de endocrinólogos de la RAP. Carlos Sánchez Fernández de la vega. c.a.p Fingoi.Lugo,España vol.22.num.5 pag 220-227

Capítulo 1218

PROTOCOLO DE ESTUDIO DE TRONCOS SUPRAAÓRTICOS POR ANGIORESONANCIA MAGNÉTICA.

REBECA RODRIGUEZ ECHEVARRIA

DESIREE FERNANDEZ CUESTA

LUCÍA MERA MARTÍNEZ

BELEN BLANCO GUTIERREZ

1 Introducción

La angioresonancia (AngioRM o ARM) es una técnica de imagen que permite el estudio no invasivo de la circulación arterial. El medio de contraste que se utiliza es el gadolinio. A diferencia del contraste yodado no es nefrotóxico y produce escasas reacciones adversas.

Dada su escasa invasividad, su muy baja tasa de complicaciones y su elevada sensibilidad y especificidad, la ARM puede sustituir en la mayoría de los casos a la arteriografía por sustracción digital como técnica de elección para la valoración de la patología estenótica de troncos supraaórticos (TSA) a nivel extracraneal.

2 Objetivos

Valorar la utilidad y realización de la Angioresonancia para identificar la presencia de patología ateromatosa o estenótica de arterias carótidas en enfermos que

han sufrido un accidente cerebro vascular u otra clínica neurológica sugestiva.

3 Metodología

Se han consultado diversas revistas científicas, así como webs de medicina tanto en inglés como en castellano a partir del año 2003. Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: TSA, ARM, Angio resonancia magnética, estudio, troncos supra aórticos; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se han analizado los textos más relevantes.

4 Resultados

Para realizar esta prueba de imagen o estudio no se precisa una preparación especial. Se citará al paciente en ayunas de 4 a 6 horas ya que esta técnica requiere la administración de contraste. Al paciente le realizaremos una entrevista personalizada y si no presenta ninguna contraindicación para el estudio lo pasaremos a un vestuario.

Antes de empezar con el estudio procuraremos explicarle en qué consiste con la finalidad de obtener la máxima colaboración. Una vez en la sala de exploración posicionaremos al paciente en decúbito supino sobre la mesa del equipo de resonancia magnética (RM). A continuación se canalizará una vía periférica con un abocath conectado a una bomba de inyección a través de una conexión, por la cual administraremos el contraste.

El paciente ha de estar con el cuello en extensión para obtener una imagen de calidad. Colocaremos las bobinas de cervical y cráneo y centraremos a nivel de C2-C3 o cartílago hiodes. Pasaremos a realizar el estudio y su posterior procesado para conseguir las imágenes que nos faciliten el diagnóstico.

5 Discusión-Conclusión

La ARM es una técnica de imagen que permite el estudio vascular no invasivo. Se realiza de forma ambulatoria sin necesidad de ingreso, con un método estandarizado relativamente sencillo, siendo muy útil para confirmar los hallazgos ecográficos.

Se suele utilizar dentro de un protocolo diagnóstico no invasivo de estenosis carotídea y se considera suficiente como test diagnóstico pre-quirúrgico.

6 Bibliografía

- Guía práctica para profesionales de Resonancia Magnética. Almandoz T. Equipo Osatek. Bilbao 2003.
- Angiografía por RM.D con contraste. Martín R.Prince, Tomas M.grist, Jorg F.debatin. Schearing Diagnóstico 2008.

Capítulo 1219

ESPECTRO DE ERRORES DIAGNÓSTICOS EN RADIOLOGÍA

BEATRIZ JIMÉNEZ NIETO

1 Introducción

La radiología difiere del camino normal de otras especialidades médicas, ya que depende completamente de la percepción visual y de la identificación de características específicas en una radiografía. Los factores mecánicos, fisiológicos y psicológicos contribuyen a una interacción intrincada que aún no se ha explicado por completo [3]. Los médicos deben proporcionar información clínica adecuada al departamento de radiología. El técnico y el radiólogo pueden realizar su trabajo de manera más eficiente y centrada si tienen la información adecuada [4].

2 Objetivos

Identificar los errores de diagnóstico más frecuentes en radiología, y la clasificación de los mismos.

3 Metodología

La búsqueda organizada y sistemática que ha servido de referencia para la redacción de este informe se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed y Google Scholar.

En las dos bases se han buscado como descriptores: diagnóstico, radiología, decisión y comunicación.

Criterios de inclusión: Que trate el tema del error del radiodiagnóstico o error del radiólogo, que el texto esté en inglés o castellano. Se ordenan según relevancia y se obtienen 225 referencias, de las que se consideran actualizadas e interesantes para el presente trabajo un total de 12.

4 Resultados

Los autores de estudios previos han investigado el tema de los errores radiológicos en general y la frecuencia y las consecuencias clínicas de las malas interpretaciones radiológicas en un entorno de trauma. La tasa de error promedio entre los radiólogos es de alrededor del 30%, según estudios que datan de 1949 a 1992 [5]. Wood señaló que los errores en la toma de decisiones por parte de radiólogos inexpertos generalmente toman la forma de "pseudo-diagnóstico" o conclusiones diagnósticas prematuras [6]. Las observaciones se interpretan sobre la base de una hipótesis única, en la creencia de que una alta tasa de evidencia de apoyo positiva real es diagnóstica en sí misma. Tal sesgo se ha descrito como sesgo de anclaje, en el que uno se aferra a un diagnóstico temprano en la elaboración de un caso y subestima los datos que respaldarían otro diagnóstico o que refuten el diagnóstico favorito. Los problemas radiológicos que han llevado a demandas por negligencia médica con mayor frecuencia se han debido a la "falla en el diagnóstico". Esto significa la supervisión de anomalías o mala interpretación de imágenes radiológicas [2]. Estos tipos de reclamos representan aproximadamente el 40% -54% de los casos de negligencia médica relacionados con la radiología [1] Las tres categorías principales de reclamos incluyen diagnósticos erróneos, complicaciones y misceláneos. Los "fallos" radiológicos suelen ser uno de dos tipos: fracturas omitidas o diagnóstico de cáncer omitido. Las fracturas más comúnmente omitidas incluyen las del fémur, el hueso navicular y la columna cervical. El segundo tipo es la falta de diagnóstico de cáncer.

En general, hay cuatro razones principales por las cuales se demanda a los radiólogos: errores de observación, errores de interpretación, no sugerir el siguiente procedimiento apropiado y no comunicarse de manera oportuna y clínicamente apropiada.

- Errores del observador.

Kundel et al describieron tres tipos de error del observador. El error de escaneo es el resultado de la incapacidad del radiólogo de fijarse en el área de la lesión.

El error de reconocimiento implica la fijación en el territorio de la lesión pero no detectar la lesión. El error más común es el error de toma de decisiones, que representó aproximadamente el 45% del error del observador en el estudio de Kundel et al [7]. Este error se debe a la interpretación incorrecta de una lesión maligna como una estructura normal después de la detección. Las fallas en la detección de anomalías en la lectura de películas (es decir, errores de percepción) están sujetas a factores psicofisiológicos de la percepción visual humana [9]. Son comunes a las tareas de percepción visual en general y son relevantes para otras profesiones (por ejemplo, controladores de tránsito aéreo, conductores profesionales) donde la observación activa es una parte clave de la actividad profesional. Una fuente adicional de error resulta de la influencia que tiene un informe de radiología sobre otro radiólogo. Este tipo de error de percepción ocurre porque el radiólogo lee el informe anterior antes de mirar las imágenes [10]. Si el primer radiólogo falló, el próximo radiólogo probablemente también realizará el mismo error.

- Errores de interpretación

Hay muchas razones por las cuales los radiólogos cometen errores al identificar e interpretar anomalías. Factores como la historia clínica, la presencia o ausencia de estudios previos, el índice de sospecha, la presencia de una anomalía, el ambiente de la sala de lectura y el nivel de vigilancia del intérprete son varias fuentes de error. Los estudios de posición ocular han determinado que las anomalías obvias en una radiografía se detectan primero y disminuyen la vigilancia de hallazgos no relacionados y sutiles [8]. La mayoría de los médicos que ordenan la realización de una prueba de imagen, realmente conocen el siguiente procedimiento apropiado para sugerir cuándo se encuentra una anomalía en el estudio de imagen que ordenaron originalmente. Sin embargo, si el paciente se convierte en demandante, en una demanda contra el médico que realiza el pedido, el radiólogo casi puede estar seguro de que el médico que realiza el pedido alegará ignorancia sobre qué hacer a continuación porque el radiólogo no especificó qué ordenar a continuación [11]. De ahí la importancia de la comunicación de manera oportuna y clínicamente apropiada. Además de brindar una interpretación oficial (un informe escrito final), el radiólogo es responsable de comunicar estos hallazgos directamente al médico remitente. Los errores en la comunicación son la cuarta acusación más frecuente contra los radiólogos en demandas por negligencia médica [12].

5 Discusión-Conclusión

Los litigios relacionados con la radiología ocurren con mayor frecuencia debido a lesiones objetivas o subjetivas del paciente. Obviamente, los radiólogos no tienen la intención de dañar a los pacientes. A largo plazo, si se van a reducir los errores de diagnóstico, el sistema debería cambiar para permitir que los pacientes sean vistos por médicos mejor capacitados. Idealmente, el sistema legal debería ayudar a compensar a las personas lesionadas sin crear una atmósfera de desconfianza entre el paciente y el radiólogo. La mala práctica radiológica en el futuro se verá afectada por varios factores: nuevas técnicas de imagen, innovaciones en el procesamiento de imágenes radiológicas, nuevos estándares publicados por sociedades científicas, así como pautas clínicas emitidas por organizaciones de profesionales médicos.

Necesitamos desarrollar una cultura de seguridad dentro de los departamentos de radiología donde, cada vez que nos encontremos con un error cometido por un compañero, le comuniquemos ese error de manera sensible y constructiva. Una cultura de seguridad radiológica solo existirá cuando el radiólogo que cometió el error lo vea en forma de retroalimentación positiva, como una experiencia de aprendizaje.

6 Bibliografía

- 1 -. Berlin L. Negligencia y radiólogos, actualización 1986: una perspectiva de 11.5 años. *AJR Am J Roentgenol.* 1986; 147 : 1291-1298.
- 2 -. Berlín L, Berlín JW. Negligencia y radiólogos en el condado de Cook, IL: tendencias en 20 años de litigios. *AJR Am J Roentgenol.* 1995; 165 : 781-788.
- 3 -. Tuddenham WJ. Búsqueda visual, organización de imágenes y error del lector en el diagnóstico roentgen. *Estudios de la psicofisiología de la percepción de la imagen roentgen. Radiología.* 1962; 78 : 694-704.
- 4 -. George JE, Espinosa JA, Quattrone MS. Asuntos legales en radiología de emergencia. *Estrategias prácticas para reducir el riesgo. Emerg Med Clin North Am.* 1992; 10 : 179-203.
- 5 -. Berlin L. Informe del diagnóstico radiológico "omitido": consideraciones medicolegales y éticas. *Radiología.* 1994; 192 : 183-187.
- 6 -. Wood BP. Toma de decisiones en radiología. *Radiología.* 1999; 211 : 601-603.
- 7 -. Kundel HL, Nodine CF, Carmody D. Exploración visual, reconocimiento de patrones y toma de decisiones en la detección de nódulos pulmonares. *Invierte*

Radiol. 1978; 13 : 175-181.

8 -. Samuel S, Kundel HL, Nodine CF, Toto LC. Mecanismo de satisfacción de la búsqueda: grabaciones de la posición del ojo en la lectura de radiografías de tórax. Radiología. 1995; 194 : 895-902.

9 -. Yerushalmy J. La evaluación estadística de la variabilidad en la percepción del observador y la descripción de las sombras pulmonares radiográficas. Radiol Clin North Am. 1969; 7 : 381-392.

10 -. Berlin L. Problemas de negligencia en radiología. Errores aliterativos. AJR Am J Roentgenol. 2000; 174 : 925-931.

11 -. Colegio Americano de Radiología. Guía práctica de ACR para la comunicación de los hallazgos de diagnóstico por imagen. Guía práctica y estándares técnicos. Reston, VA. En: 2005. pp. Colegio Americano de Radiología, 2005: 5-9.

12 -. Harrigal CL, Erly WK. Radiología de guardia: estándares comunitarios y tendencias actuales. Semin Ultrasonido CT MR. 2007; 28 : 85-93.

Capítulo 1220

HEMOCULTIVOS

MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES

MARTA GONZALEZ IGLESIAS

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

1 Introducción

Se llama hemocultivo, al cultivo microbiológico de una muestra de sangre por venopunción, con el fin de diagnosticar o descartar una posible bacteriemia. La bacteriemia es la presencia de bacterias en la sangre que se pone de manifiesto por el aislamiento de estas en los hemocultivos.

Sería imposible detallar las situaciones en las que se deben extraer hemocultivos, pero de forma general, deben realizarse antes de la administración de la terapia antimicrobiana sistémica, siempre que exista sospecha clínica de sepsis, meningitis, osteomielitis, pielonefritis, neumonía, endocarditis y fiebre de origen desconocido (abscesos, fiebre tifoidea, ect). Los signos que orientan esta sospecha incluyen fiebre o hipotermia (neonatos, ancianos), escalofríos, leucocitosis, deterioro multiorgánico de etiología no aclarada, shock.

2 Objetivos

Reconocer los síntomas y signos que un paciente debe presentar para la extracción de hemocultivos, la cual tiene que ser una técnica aséptica para evitar la contaminación con la flora del paciente durante esta.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistémica bibliográfica recogiendo información sobre como se realizan los hemocultivos y los distintos protocolos a seguir, en diferentes bases de datos como Medline, Pubmed y google académico. Los términos empleados han sido: hemocultivos, sintomas, signos, extracción; combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

La muestra de sangre para hemocultivo debe extraerse de una vena, utilizándose generalmente las del antebrazo (basílica y cefálica)

Materiales y procedimiento:

- Debemos preparar el material necesario (dos frascos de hemocultivo, compresor de goma, jeringas y agujas de punción intravenosa, gasas estériles, guantes estériles, alcohol al 70% y solución yodada). Se debe realizar un lavado de manos previo a la extracción de la muestra y a la preparación de la piel.
- Debe prepararse la piel de la zona de punción, después de la palpación de la vena elegida se limpiara la zona con alcohol isopropílico o etílico de 70° durante 30 segundos. Se aplicará a continuación una solución yodada durante un minuto cubriendo un área circular de 2 a 4 centímetros. Es importante dejar secar el compuesto yodado para que ejerza su acción oxidante. En pacientes alérgicos a los compuestos yodados se deben realizar dos limpiezas con alcohol isopropílico.
- Antes de proceder a la extracción se limpiaran los tapones de los frascos de hemocultivo con un antiséptico que se dejará secar para evitar su entrada en el interior del frasco al inocular la sangre. A continuación se insertará la aguja en la vena y se extraerá el volumen de sangre, suelen ser unos 10 ml, ya que con volúmenes menores se ha demostrado una disminución del índice de positividad. En neonatos y niños los volúmenes son considerablemente menores, incluso inferiores a 1ml.
- Los frascos de hemocultivo deben inocularse rápidamente para evitar la coagulación de la sangre en la jeringa. Se inoculará primero el frasco anaerobio, evitando la entrada de aire, seguido del aerobio, invirtiéndolos varias veces para mezclar la sangre y el medio de cultivo. El número de extracciones es de dos ó tres, utilizando lugares diferentes de venopunción.

Los frascos, con su debida identificación deben transportarse al laboratorio inmediatamente. Si no pueden ser enviados se incubarán en una estufa a 35-37°C. Los hemocultivos que van a ser procesados en sistemas automáticos pueden mantenerse a temperatura ambiente. Si han sido incubados a 35-37° deban ser introducidos en los aparatos automáticos antes de que transcurran 12 horas. Los hemocultivos se inoculan cinco días.

Las infecciones de la sangre son muy graves y deben tratarse rápidamente. Una sepsis supone un peligro para la vida del individuo. A la espera del resultado del hemocultivo, el médico instauro ya de entrada un tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Cuando ya se sabe el resultado del antibiograma, es posible que el médico decida cambiar el tratamiento y utilizar un antibiótico específico para la bacteria identificada.

Un hemocultivo puede ser positivo sin que ello represente un episodio de bacteriemia, puede ser debido a la flora cutánea del paciente o del personal que realiza la extracción, pueda contaminar la muestra. También en el laboratorio durante la manipulación de estos. Si la técnica de extracción, transporte y procedimiento es correcta, no deber contaminarse más de un 3% de todas las extracciones. Denominamos bacteriemia verdadera a aquella producida por microorganismos realmente presentes en la sangre de los pacientes y falsas bacteriemias a las causadas por una contaminación accidental de los medios de cultivo.

5 Discusión-Conclusión

En la mayoría de las ocasiones el laboratorio no dispone de elementos suficientes para establecer con seguridad la significación de la bacteriemia. El microbiólogo debe compartir la información que posee con el médico responsable del paciente, junto con los datos clínicos de este, valorar conjuntamente los resultados

6 Bibliografía

- Protocolo extracción de hemocultivos del HUCA
- [Hhttps://medlineplus.gov](https://medlineplus.gov)
- SciELO.isciii.es
- [Hhttps://www.hospitaldejove.com](https://www.hospitaldejove.com)

Capítulo 1221

FUNCIONES BASICAS DE OMI-AP PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El proceso de automatización de la información es muy importante, pero además debe ir acompañado de las técnicas y habilidades necesarias para poder hacer un buen uso de la informática.

Cuanto más completa es la información que tenemos sobre el estado de salud de una persona, mayor es la calidad de la asistencia sanitaria que le podemos brindar al usuario.

El programa OMI-AP es uno de los programas de gestión sanitaria más utilizados en la sanidad asturiana.

Por ello, es imprescindible conocer las funciones básicas de este programa. En este capítulo, veremos algunas de las funciones más utilizadas por los auxiliares administrativos y celadores

2 Objetivos

Identificar las funciones del programa OMI-AP en la Sanidad de Asturias.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: omi-ap, programa, auxiliar administrativo, celador, funciones; así como en páginas web del programa informático. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995

4 Bibliografía

- <http://www.stacks.es/>
- <https://www.astursalud.es/>
- <https://www.astursalud.es/>
- <http://www.ics-aragon.com>
- <http://www.ics-aragon.com/>
- <http://gcsalud.asturias.org>
- <https://www.ffis.es/>

Capítulo 1222

MANEJO DE LA IDEACIÓN AUTOLÍTICA EN EL ENTORNO SANITARIO.

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

1 Introducción

El suicidio consumado y las tentativas de suicidio son un grave problema de salud pública y afectación socioemocional a nivel universal.

El número de fallecidos por suicidio a nivel mundial ronda y supera el millón de personas de manera anual. Si nos remitimos a nuestro país, en los últimos años podemos hablar de unos 3900-4000 de fallecidos por suicidio al año. Cifras alarmantes y con gran repercusión no solo por el impacto directo y socioeconómico del mismo, si no por el indirecto que supone sobre todo a las familias. Es una realidad aun no visibilizada y llena de estigma, que necesita mayor atención y ocupar un lugar destacado en todas las políticas sanitarias.

2 Objetivos

Objetivo: El objetivo principal de nuestro trabajo consiste en reflejar un protocolo básico con posibilidad de implantación en atención primaria y en servicios educativos, si en ese preciso momento no existieran profesionales sanitarios especializados. Además presentaremos un caso que nos ayude a visibilizar la temática

3 Caso clínico

Paciente de 19 años de edad que acude de manera urgente a Medico de Atención Primaria por ideación autolítica persistente e ideas de muerte a raíz de ruptura sentimental.

Como antecedentes de interés consta: Seguimiento por salud mental infanto juvenil, con unos 6 años por ansiedad de separación, y somatizaciones ansiosas. A los 16 segunda atención en salud mental por sintomatología ansiosa de mayor entidad, con orientación diagnóstica de Trastorno de ansiedad generalizada y rasgos de personalidad disfuncional.

Antecedentes familiares de salud mental: Padre síndrome de piernas inquietas y trastornos afectivo mayor. Madre depresión crónica. Hermano mayor atención por salud mental por ansiedad.

Antecedentes somáticos de interés: En seguimiento por digestivo por posible síndrome de Intestino irritable. Atención puntual en neurología por cefalea tensional recurrente. No RAMs. Es Estudiante de doble grado.

Acude solo a consulta. Presenta ideación autolítica persistente, con vivencia egodistónica, sin plan estructurado, con planes de futuro a corto y medio plazo. Buen apoyo social. Presencia de sintomatología de corte ansioso, somatizaciones, despersonalización, aumento de la ansiedad basal y el insomnio No intentos autolíticos previos. Pérdida de peso de unos 3 kilos en dos semanas. No está en tratamiento farmacológico. Deseos y petición de ayuda por parte del paciente.

4 Resultados

Si tenemos sospechas de que un paciente atendido en algún entorno sanitario o un menor muestra algún de riesgo de autolisis de manera urgente, debemos tener en cuenta la Sad Persons Scale y otros factores de riesgo para comprobar que nuestras sospechas están fundadas y actuar en consecuencia (Patterson, WM; Dohn, HH; Bird, J; Patterson, GA (April 1983). "Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale").

Esta entrevista es breve y permite realizar un screening rápido de actuación. Está basada en la presencia de 10 factores de riesgo como son: Sexo varón, edad menor de 19-mayor de 45, presencia de depresión, intentos previos, abuso de alcohol, pensamientos irracionales, bajo apoyo social, plan elaborado, sin pareja estable

y presencia de enfermedad somática. En función de la puntuación nos dará una aproximación de la situación actual. Se puntúa con 1 cada respuesta afirmativa y se tiene en cuenta de manera general:

0-2: riesgo bajo

3-4: riesgo medio

5-6: riesgo alto

7-10 : riesgo muy alto

Hay que manejar además cierta información adicional acerca de salud mental y la presencia de otros factores de riesgo como son:

-Episodio depresivo grave (especialmente si toma antidepresivos)

- Trastorno bipolar

- Psicosis.

- Trastorno límite de la personalidad.

- Trastornos adictivos (especialmente el alcohol).

- Presencia de ideas de culpa, desesperanza y sin planes de futuro.

Presencia de las siguientes condiciones psicopatológicas: Alteraciones emocionales graves. Agitación extrema. Violencia. Presencia de enfermedad crónica o discapacitante. Historia familiar previa de suicidio. Circunstancias sociales y/o ambientales conflictivas o preocupantes. Eventos vitales estresantes. Pensamientos o planes de suicidio en el último mes. Acceso a métodos de autolesión.

Dentro de los propios trastornos de salud mental, destaca:

- Trastornos afectivos: el 15% de los pacientes con depresión mayor terminan su vida con suicidio. En la evolución de estos trastornos se han identificado tres periodos de mayor riesgo: Inicio del episodio depresivo. Inicio de la mejoría por disminución de la inhibición. A los pocos meses de un alta hospitalaria, cuando a pesar de la mejoría clínica, el paciente todavía no es capaz de enfrentarse a su nivel de adaptación previo. Los pacientes depresivos que se suicidan padecen mayor intensidad en los siguientes síntomas: insomnio, ansiedad, clínica psicótica, desesperanza y anhedonia.

- Trastornos esquizofrénicos: el suicidio es la primera causa de muerte entre las personas jóvenes que padecen esquizofrenia. Más del 10% termina su vida suicidándose, de los cuales aproximadamente la mitad suele haber realizado una tentativa previa. Los periodos de mayor riesgo son: Inicio del trastorno. Recaída. Finalización del episodio psicótico. Primeras semanas después del alta hospitalaria. Desde una perspectiva psicosocial se han señalado como factores de riesgo: Abandono de la medicación y de la atención en Salud Mental. Entrada en la cronicidad. Muerte de los padres y mayor exigencia de autonomía personal. Consumo

de alcohol y otras sustancias. Desde una perspectiva clínica se destaca como factores de riesgo: Los síntomas extrapiramidales intolerables. El subtipo paranoide y el trastorno esquizoafectivo tienen riesgo superior al residual. Las observaciones clásicas sobre las alucinaciones por voz imperativa que ordena matarse son controvertidas y poco frecuentes.

- Alcoholismo y otros trastornos adictivos: el 10-15% de los alcohólicos muere por suicidio, hacia los 15-20 años de evolución del alcoholismo, y en general coincide con la aparición de enfermedades somáticas, con un grave deterioro social y con situaciones de pérdidas significativas. Las tentativas de suicidio son muy frecuentes en esta población. En más de la cuarta parte de tentativas asistidas en urgencias se encuentra un consumo excesivo de alcohol en los días previos al intento autolítico. Repite tentativa de suicidio hasta el 75% de los alcohólicos crónicos. En los trastornos por dependencia a opiáceos, la mortalidad por suicidio es del 10%, a los 8-10 años de adicción.

- Trastornos de la personalidad: la mortalidad por suicidio en el trastorno límite de personalidad llega al 1015%. El 25% de pacientes que realizan intentos presentan un trastorno de personalidad, siendo los más frecuentes el límite, el antisocial, el histriónico y el narcisista. Tienden a llevar a cabo tentativas repetidas, en las que la finalidad letal es menos relevante que la función de comunicación y pueden ser una estrategia de afrontamiento del estrés.

- Enfermedad médica crónica: entre la población de suicidio consumado, el 45% padecía una enfermedad médica y el 5% se hallaba en estado terminal. En las tentativas de suicidio se diagnostica algún tipo de enfermedad médica en el 20-30% de los casos.

Con todo lo expuesto anteriormente, si no encontramos con un paciente con ideación autolítica, se realizará por parte del profesional que lo atiende, la cuantificación de la escala sad person, tendrá en cuenta otros posibles factores de riesgo comentados hasta ahora, realizará escucha activa, dando un lugar de confianza, correcta exploración de otras posibles patologías organizadas que puedan estar interfiriendo, y valoración de si en el momento actual el paciente está bajo los efectos de los tóxicos y se seguirá las siguientes líneas de actuación:

-Si el riesgo es alto, las medidas se centran principalmente en el acompañamiento por parte de algún familiar, (que no esté solo), y la derivación del paciente a urgencias de salud mental recomendando la hospitalización y para su correcta evaluación o en su caso, si tiene seguimiento por parte de salud mental, contactar con su referente para su atención de manera urgente e inmediata, asegurándonos de que el paciente llega a ser evaluado.

-Si el riesgo es medio con pensamientos y planes suicidas, pero no inmediatos:

Deberemos contactar con algún familiar o persona de confianza que pueda dar apoyo y contención de manera intensa. Pactar con el paciente medidas y compromiso de no suicidio y de acudir de nuevo a los servicios sanitarios si aumentara el riesgo. Alejamiento de métodos letales, supervisión directa y continua del tratamiento farmacológico. Derivar de manera urgente a salud mental.

5 Discusión-Conclusión

Los datos actualizados del suicidio en España señalan una muerte cada dos horas y media, con una media de diez suicidios consumados al día. La cifra es alarmante, correspondiendo a una aproximación total de 3950 al año. Duplican a los fallecidos por accidente de tráfico, supera en once veces a los homicidios y en ochenta a la violencia de género. Y una media de 8000 personas al año intentan quitarse la vida.

Por todo ello es necesario la realización de un plan nacional de prevención contra el suicidio que abarque a todas las esferas sanitarias y educativas de nuestro país, que genere un marco para la creación de planes autonómicos y dotaciones presupuestarias.

Haciendo hincapié en la mejora en formación y recursos al personal de Atención primaria, ya que son la puerta de entrada, incluir a psicólogos clínicos especialistas, y por supuesto dotar de más personal, red, recursos y ampliar los servicios de salud mental, los cuales, en la actualidad se encuentran colapsados y con minoría de personal.

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Gómez Jiménez J, Ferrando Garrigós JB, Vega García JL, Tomás Vecina S, Roqueta Egea F, Chanovas Borràs M. Model Andorrà de Triatge: Bases conceptuals i manual de formació. Andorra la Vieja: Servei Andorrà d'Atenció Sanitària; 2004.
- González Seijo JC, et al. Poblaciones específicas de alto riesgo. Bobes García J et al. "Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas". Masson, Barcelona, 1997, 69-77.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento

de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica - Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

- Jiménez Murillo L, Hermoso Gadeo F, Tomás Vecina S, Algarra Paredes J, Parrilla Herranz P, Burillo Putze G, et al. Urgencias Sanitarias en España: situación actual y propuestas de mejora. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Granada: Escuela andaluza de Salud Pública; 2003.

-Organización Mundial de la Salud, "La prevención del suicidio: un instrumento para los médicos generalistas", programa SUPRE, 2001.

-Organización Mundial de la Salud. "Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías", Ginebra 2000.

-Patterson, WM; Dohn, HH; Bird, J; Patterson, GA (April 1983). "Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale". Psychosomatics.

-Vallejo, J. "Introducción a la psicopatología y psiquiatría". Barcelona: Masson. (Ed.). (1999, 4ª Ed.).

Capítulo 1223

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

LAUDELINA ALONSO ALVAREZ

CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ

JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ

1 Introducción

El psiquiatra Heber Freudenberger acuñó este término de "burnout" en el año 1974 tras analizar el comportamiento de los trabajadores de una clínica de desintoxicación en Nueva York, viendo la falta de desmotivación y el cansancio que iban sufriendo llegaban a volverse insensibles, incomprensivos y hasta agresivos con los pacientes. Posteriormente la psicóloga Cristina Maslach, usó este término de burnout para describir el sufrimiento personal motivado por un desgaste emocional en los trabajadores con personas.

Al adaptar el término a nuestra lengua lo traducimos como el síndrome del quemado.

Han sido varios autores los que han investigado este tema y resumiendo nos quedamos con las siguientes conclusiones:

- La baja motivación junto con la pérdida de interés en el trabajo hace que disminuya el rendimiento laboral
- Una mala adaptación al puesto puede ocasionar la disminución de la autoestima y realización personal
- Un comportamiento anómalo del profesional ocasiona problemas con los pacientes y compañeros

2 Objetivos

Explicar como afecta el síndrome de burnout a los trabajadores de la sanidad
Detallar sus detonantes y fases así como su prevención y tratamiento

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha llevado a cabo una investigación, la cual consiste en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha buscado información en varias bases de datos: PubMed, Cochrane y Google Académico. Los términos empleados han sido: síndrome burnout, burnout, sanidad, cuidados, fases, funciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1997.

4 Resultados

Factores desencadenantes del síndrome de burnout:

- Estresores del ambiente físico: ruido, iluminación, temperatura, espacio físico.....
- Condiciones del puesto de trabajo: cambios de turno, nocturnidad, exposición a riesgos tóxicos, sobrecarga laboral, falta de estabilidad en el puesto etc.
- Contacto con el paciente que puede suponer una fuente de mucha satisfacción y al mismo tiempo ocasionar un estrés crónico por el alto nivel de exigencia que conlleva para los profesionales.
- Contenido del puesto de trabajo: variedad de tareas, desarrollo de las habilidades adquiridas...
- Desempeño de roles profesionales: puede dar lugar a dos problemas:
 - 1) Ambigüedad de rol que se refiere a la incertidumbre sobre las responsabilidades y tareas que debe desempeñar el profesional.
 - 2) Conflicto de rol referido a que el profesional realiza tareas contradictorias (mejorar la calidad de la atención y atender a más pacientes)
- Comunicación interna: la ausencia de feedback facilita la distancia entre el trabajador con otros compañeros así como con la organización.

Fases:

- Inicial caracterizada por el entusiasmo por el puesto de trabajo.
- Estancamiento en la cual el esfuerzo y la recompensa no están equilibrados.

- Frustración en esta el trabajo carece de sentido.
- Apatía en la que el trabajador adopta una posición distante.
- Quemado que causa el colapso emocional.

Prevención:

La clave es saber reaccionar a tiempo y reconocer los límites. Distinguímos tres niveles:

- A nivel individual: se centra en aumentar la capacidad del trabajador para afrontar situaciones estresantes para así reducir los efectos del estrés a nivel emocional.
- .A nivel grupal: se basa en el apoyo social por parte de compañeros y supervisores ya que presenta efectos directos sobre el estrés.
- A nivel organizacional: son las mas complejas ya que pueden suponer cambios importantes, podemos distinguir varias medidas:
 1. Crear condiciones en las que el conflicto se maneje adecuadamente
 2. Aumentar la confianza y el apoyo entre los miembros
 3. Autoridad basada en el conocimiento y la habilidad personal
 4. Creación de grupos de trabajo

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es una enfermedad que padecen los profesionales que trabajan con personas. Las consecuencias sobre los trabajadores pueden ser demoledoras si se cronifica pero si se trata a tiempo es reversible.

Es muy importante que los trabajadores conozcan estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para así prevenir las consecuencias que el estrés puede llegar a producir

6 Bibliografía

- Atance,J.C. (1997) Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Revista Española de Salud Pública
- Bermann S. Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo. Cuadernos médicos sociales (1990)
- Martinez M., Guerra M.P. Síndrome de burnout. El riesgo de ser profesional de ayuda. Salud y cambios (1998)

- Zaldúa G., Koloditzky D., Lodiue M. El síndrome de burnout en los hospitales públicos. Revista Médica (2000)
- Gil-Monte, P.R. Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo. Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones (2000)

Capítulo 1224

CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS

MARTA MARIA PEDRON FERNANDEZ

1 Introducción

Las consultas externas hospitalarias, es el siguiente paso a la atención primaria, asegurando así una atención de calidad. El paciente/usuario va a conocer la calidad percibida en los cuatro elementos:

- La calidad de la atención y la accesibilidad
- El componente tecnológico y científico
- La relación interpersonal y profesional /paciente
- La confortabilidad del centro

2 Objetivos

- Dar a conocer los indicadores específicos que reflejan el desempeño y eficacia en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en bases de datos: Sicielo, Dialnet y google académico. Se emplearon como descriptores: calidad recursos, atención, consultas externas. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Se ha visto reflejado en los artículos analizados, la necesidad de buscar herramientas cuantitativas que puedan ser efectivas acerca del control de calidad y mejore tanto la asistencia sanitaria como los costos, tanto en atención primaria como en las consultas externas hospitalarias, consisten en:

- Optimizar los recursos asistenciales.
- Planificar con herramientas que puedan apoyar la planificación de las actividades asistenciales.
- Encuestas de calidad.
- Detectar los problemas en la asistencia
- Establecer propuestas para la mejora de atención.
- Agilizar la lista de espera.
- Atender las encuestas, para solucionar los problemas.

5 Discusión-Conclusión

Por razón natural en el sistema de salud, existe una exigencia de mejora en los niveles de atención. Ya que en la actualidad, están saturados todos los hospitales y centros de salud, habrá que buscar una pronta solución, por el bien de todos los pacientes/ usuarios, lo ideal sería que los costes disminuyeran sin restar calidad, en la asistencia que recibe el paciente.

6 Bibliografía

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

Capítulo 1225

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION EN EL ENTORNO SANITARIO

CRISTINA GONZALEZ

1 Introducción

La confidencialidad en la información que hay en el entorno sanitario es un derecho de todo paciente y el secreto profesional es un deber de todo el personal tanto sanitario como no sanitario.

La intimidad y la confidencialidad están amparadas por nuestra Constitución Española y son derechos fundamentales que se han ido regulando mediante leyes como protección de datos, autonomía del paciente, derechos y garantías de la dignidad de las personas. Este marco normativo garantiza unos derechos mínimos a los ciudadanos y unas obligaciones por parte de los profesionales pero también de la administración en materia de información y documentación clínica. El incumplimiento supone para el profesional la total rotura con el paciente además conlleva una sanción administrativa, inhabilitación profesional y/o la pena de prisión.

Entendemos como intimidad de ser humano todo aquello que tiene que ver directa o indirectamente y que gestiona privadamente y de una forma libre su mundo de valores tanto religiosos, culturales, sentimientos, políticos, higiénicos..

2 Objetivos

- Analizar cuáles son los puntos más vulnerables de los pacientes en cuanto a intimidad y confidencialidad.
- Describir cómo debe quedar registrada y custodiada la información de la historia clínica.
- Establecer los criterios a seguir referente al personal sanitario y no sanitario

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado basándose en una revisión bibliográfica sobre consultas en el marco legislativo, la constitución Española y código penal para conocer los aspectos legales en cuanto a la vulneración del derecho a la confidencialidad e intimidad.

Además se hizo una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos de dialnet y scielo para conocer las principales características en cuanto de violación de confidencialidad del personal sanitario y no sanitario y las consecuencias que ello conlleva.

4 Resultados

- Entre los pacientes y el personal del entorno sanitario existe una estrecha relación en la que la confidencialidad viene muy ligada al secreto profesional.

El personal necesita del paciente toda aquella información que le sea necesaria para tomar decisiones sobre el enfermo en su proceso curativo que además pueden ser vitales. Es aquí donde el paciente deposita la confianza en el personal y este hace del secreto profesional una garantía de la confidencialidad. En este tipo de relación existe un deber moral por parte del profesional en el que el paciente de una forma libre y veraz le da toda la información necesaria en cuanto a su salud, estado de ánimo, estado físico que son necesarios para la asistencia sanitaria, creando un clima de confianza que de una forma tácita el profesional está obligado moralmente a guardar silencio aunque está recogido en la ley. El paciente en su derecho de autonomía puede consentir o rechazar propuestas por los profesionales y pueden decidir quién puede acceder a los datos personales. Esto es la base de la confidencialidad

El profesional no solo está obligado a guardar silencio en lo que respecta a la salud del paciente si no en todos aquellos datos de su vida privada de ideología,

política, o cualquier otro dato que se conozca durante toda la asistencia sanitaria.

- Toda esta información debe de quedar registrada formando la historia clínica del paciente que será necesaria a lo largo de la vida asistencial, formada por un conjunto de documentos en los que se establece la relación de uno o varios profesionales con el paciente en los distintos tipos de asistencia que el paciente padeció a lo largo de su vida, cuyo contenido es confidencial, y obliga a que en los centros sanitarios apliquen unas medidas de seguridad establecidas por la ley para su protección del mismo modo que todo el personal que tenga acceso de una u otra manera a esta información están obligados a mantener un secreto profesional y hacerlo en unas condiciones de respeto a su intimidad personal y a su libertad, que garanticen la confidencialidad de toda la información.

La historia clínica tiene valor probatorio pudiendo usarse en procesos judiciales y en ocasiones es determinante para la toma de decisiones. La custodia debe ser a cargo del centro sanitario asegurando la confidencialidad de los datos pero al mismo tiempo garantiza la consulta por parte de los profesionales para los procesos asistenciales

- En el ámbito sanitario hay costumbres inadecuadas como informar en lugares no adecuados pasillos, ascensor o comentarios entre profesionales referente a pacientes en lugares inapropiados así como dar información sobre el estado de un paciente a personas conocidas que se interesan por su salud y no son autorizadas

Un factor de progreso es la informatización de la historia clínica y de consultas con la incorporación de la TIC (técnicas de información y comunicación) al sistema sanitario y el avance tecnológico, la inmediatez de la información e interconexión generan un gran riesgo de difusión de la información llegando a vulnerar un derecho fundamental como puede ser la intimidad.

Las TIC son necesarias en nuestra sociedad y sobre todo en el sistema de salud, promueven la interoperabilidad, son una herramienta que facilita el control de la salud del ciudadano pero como en todo buen sistema existe un problema que es la confidencialidad. Estas son más vulnerables a la difusión de la información por estar más expuestas a las redes sociales.

Los profesionales en ocasiones se encuentran situaciones en las que tienen que valorar si romper esa confidencialidad va a suponer reparar un daño mayor por lo que no guardar el secreto profesional va a evitar daños mayores a otra u otras persona. Estos casos tienen que ser muy justificados siempre y cuando se eviten

daños a terceros, a él mismo o por imperativo legal

Para asegurar en cualquier medio además de tener medidas legales y técnicas es imprescindible la conducta humana ya que uno de los mayores problemas que se presentan son errores o descuidos humanos que comete el personal en el desarrollo del trabajo diario

5 Discusión-Conclusión

Existe un marco jurídico muy amplio en el que tanto el derecho a la confidencialidad e intimidad como la protección de datos esta muy regulado, el problema existe más en el ámbito individual en el que cada profesional tanto sanitario como no sanitario tienen que ser consecuentes con el tipo de información delicada que están manejando a consecuencia del trabajo diario que están realizando. Una formación continuada en cuanto a la confidencialidad y protección de datos hace que el personal pueda establecer unas pautas a seguir sin vulnerar los derechos de los pacientes. En el sistema globalizado en el que vivimos las incorporaciones de nuevas tecnologías hace más difícil proteger la confidencialidad entre los profesionales y los pacientes, es aquí donde deben existir unos protocolos para que sea más imposible la difusión de datos. En muchas ocasiones no somos conscientes de los riesgos que supone la filtración o difusión de información que de una manera inconsciente se pueden generar unos problemas catastróficos personales y legales ante tales situaciones.

El personal requiere de una mayor responsabilidad ante el tratamiento de datos ya que está continuamente expuesto a tratar con esta información por el trabajo que realiza.

El personal debe garantizar que la dignidad del paciente está asegurada mediante la confidencialidad y respetando siempre la intimidad que de una u otra manera el paciente busca en el entorno sanitario.

6 Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y libre circulación de los datos.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

- Ley 10/2011 de 24 Marzo de derechos y garantías de la dignidad de las personas en proceso de morir y de la muerte
- Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley Foral 17/2010 artículo 74.2 “El deber de las personas a facilitar información legal y verdadera
- Santander Cartagena F, Del Castillo C. El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario. Norte de Salud Mental, ISSN-e 1578-4940, Vol. 5, Nº. 16, 2003, págs. 15-20. Disponible. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo>
- López Gómez de la Torre ML. La intimidad del paciente: parte fundamental del cuidado de enfermería. Cuadernos de bioética XXIV.2013.2º:295.
- Iraburo M. confidencialidad e intimidad. Anales del sistema sanitario .Vol.29 Supl. 3 Pamplona 2006. Disponible. <https://scielo.isciii.es/scielo>
- Ley orgánica 3/2018 del 5 de Diciembre de protección de datos personales y garantías de los derechos digitales

Capítulo 1226

TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL PACIENTE GRAN QUEMADO

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

1 Introducción

El paciente gran quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional y atención social

2 Objetivos

Revisar el perfil psicopatológico más prevalente en dolencias de pacientes gran quemados, y su abordaje psicológico, así como su atención médica, y seguimiento a través de un caso clínico y referencias.

3 Caso clínico

Antecedentes:

Paciente de 42 años sin antecedentes previos de salud mental ni tratamiento psicofarmacológico. No antecedentes familiares ni otros antecedentes de interés.

Padre fallecido hace unos dos años por cáncer. Breve descripción del caso:

Paciente trasladado desde su domicilio por los servicios de emergencia al servicio de Urgencias debido quemaduras por deflagración en el 12% del cuerpo tras explosión de bombona de butano en el domicilio familiar. Es hospitalizado en la Unidad de Quemados durante unos 17 días. A lo largo de su estancia en la Unidad y de su estabilización, expresa que la explosión de la bombona de butano se realizó con finalidad autolítica en el contexto de proceso traumático de divorcio y conflictiva familiar. El paciente se encontraba solo en ese momento en el domicilio con amnesia lacunar posterior. Dada la situación descrita y su estabilización a nivel orgánico, se traslada a la Unidad de Psiquiatría del Hospital.

Exploración: a su llegada a la Unidad de Psiquiatría: consciente orientado y colaborador, abordable y sintónico. Discurso coherente y fluido sin alteraciones en la forma o el contenido del mismo, centrado en el arrepentimiento de la situación y en la necesidad de solución de la disfunción y problemática familiar. Aumento de la irritabilidad y falta del control de impulsos. No alteraciones de rango psicótico. Estado de ánimo triste reactivo situación vital actual. Ansiedad manifiesta con empeoramiento vespertino y sintomatología de corte somático. Aumento del consumo de alcohol desde hace unos tres años (6 UBES/día), con consumo esporádico de cocaína desde hace unos meses. No alteraciones en la orexia. Insomnio de iniciación. Mantenimiento de la funcionalidad diaria.

Tratamiento y evolución: permanece ingresado a la Unidad de Hospitalización 20 días donde es dado de alta por mejoría con derivación a la Unidad de Salud Mental de referencia, así como a centro de tratamiento de adicciones de zona de forma preferente para seguimiento y evolución del caso. Durante su estancia en la Unidad se ha mantenido abstinentes y ha recibido visitas familiares y permisos sin incidencias.

El Tratamiento psicofarmacológico al alta:

Clorazepato dipotásico 15mgr. 1-1-2

Juicio clínico : F.43.2 Trastorno adaptativo.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que las quemaduras ocupan el quinto lugar como causa de mortalidad a nivel mundial y se estima que cada año ingresan en las Unidades de Grandes Quemados hasta 1.000 pacientes. En España más de 120.000 personas sufren quemaduras, de las cuales, aproximadamente un 5% precisan hospitalización (2). De todo esto se deduce que el

paciente gran quemado constituye un gran reto para los profesionales sanitarios por las implicaciones biopsicosociales que requiere su abordaje: atención médica para su supervivencia, atención psicológica por el importante riesgo de sufrir alteraciones, asistencia rehabilitadora y fisioterapéutica destinada a su activación funcional, e inclusive atención social a causa de las limitaciones que las quemaduras producen en estos pacientes. La quemadura representa un trauma o estado temporal de carácter impactante que interrumpe el ciclo vital y genera desorganización emocional, cognitiva y conductual, pudiendo producir una ruptura personal, social, laboral y familiar con consecuencias sobre su funcionamiento vital con necesidad asociada de ayuda y afectación de la autoestima. Comienza por un evento altamente traumático, de carácter estresante que implica generalmente dolor severo, ansiedad frente a la hospitalización y las curas, largo proceso de hospitalización en un espacio hostil, y en el peor de los casos, consecuencias irreparables como la discapacidad, la dependencia e incluso la muerte.

En diferentes estudios revisados se concluye, que los trastornos más prevalentes entre los grandes quemados son los mismos que entre la población general, aquellos relacionados con los trastornos de ansiedad, y específicamente podríamos considerar al gran quemado como un estresor significativo que agruparíamos dentro de los trastornos adaptativos como reacción ansioso depresiva a esta situación, con una resolución media de unos 6 meses, con tratamiento y/o terapia psicológica

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo referido hasta ahora, el paciente gran quemado es un paciente que necesita una variedad de cuidados, y hacemos hincapié en la importancia de la prevención psicológica para valorar el estado mental de los pacientes y prevenir futuras complicaciones psicológicas mayores.

Se confirma que en el paciente Gran Quemado es importante determinar el estado mental, el funcionamiento básico e instrumental, la independencia psicosocial y la autoimagen previa a la lesión.

A nivel profesional ,mantener la comunicación interdisciplinar entre el equipo terapéutico es imprescindible para garantizar el abordaje biopsicosocial del paciente y que suministrar apoyo a familiares respecto al rol de cuidadores durante el proceso de hospitalización y alta facilitará el ajuste a la vida cotidiana y permitirá una buena adaptación funcional y psicológica.

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. Organización Mundial de la Salud (2008) www.who.int
- Achauer, B.: Atención al paciente quemado. Manual Moderno, S.A. Mexico DC. 1993
- Allué Blanco, M.: Características psicológicas del gran quemado. Trabajo fin de master. Master Universitario en Medicina de Urgencias y Cuidado Crítico. Universidad de Oviedo. 2013
- Gallach-Solano, E., Pérez del Caz, M.D, Vivó-Benlloch, C."Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas" Revista de Cirugía plástica iberolatinoamerica, Vol. 41 - N° 4 Octubre - Noviembre - Diciembre 2015 / Pág. 427-436

Capítulo 1227

LA INFORMÁTICA ADAPTADA A LA SANIDAD

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

1 Introducción

Dentro del avance de la tecnología, la informática es y ha sido muy importante en todos los ámbitos en general, pero sobre todo en el ámbito sanitario. A través de ella se comparte y analiza todo tipo de datos incluidos en el historial clínico de cada persona. Gracias a la informática las comunicaciones entre centros sanitarios es cada vez más sencillo por lo que las atenciones son más rápidas, ya que se conocen todos los datos del paciente con introducir algún dato de él.

2 Objetivos

Identificar los principales beneficios de introducir la informática en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: informática, salud, sanidad, programas informáticos. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los principales beneficios de la informática en el ámbito sanitario son:

- Mejorar las prestaciones a los usuarios del servicio de Salud
- Establecer un orden por el cuál realizar las gestiones
- Adaptar la informática a los datos sobre la salud de cada usuario de Salud
- Obtener información rápidamente a través de unos códigos determinados
- Comunicación entre los distintos centros sanitarios

En sanidad existen distintos tipos de programas informáticos. Nos encontramos en primaria programas mediante los cuales proporcionamos citas a los pacientes, altas y bajas de tarjetas sanitarias y recetas electrónicas. Por otra parte en especializada también usamos otros programas específicos sobre citas y para proporcionar información de la ubicación de cada paciente en cada momento una vez realizada su entrada en el centro hospitalario.

Se puede comprobar que esta informática adaptada a la sanidad hace posible que todo profesional de la salud pueda realizar su trabajo de forma mucho más cómoda. Entre ellos, los profesionales no sanitarios, como es el caso de los auxiliares administrativos y administrativos, ya que gracias a programas como es el caso de OMI en primaria o MILLENIUM en especializada en algunas Comunidades españolas, el orden y la gestión de pacientes les resulta mucho más rápido y ordenado. En cuanto a los profesionales sanitarios ya sean auxiliar enfermería, enfermeras, técnicos en general y médicos, estos avances han podido suponer que los datos relativos a la salud del paciente, ya sean radiografías, escáneres, analíticas de todo tipo se encuentren a disposición de ellos en todo momento.

5 Discusión-Conclusión

La informática adaptada a la sanidad es un instrumento fundamental en ésta, ya que toda nuestra información sanitaria puede estar a disposición de los profe-

sionales que nos atiendan en caso de pérdida de la salud.

6 Bibliografía

- www.clinic-clud.com
- www.consalud.com
- www.revista-portalesmedicos.com
- www.revistamedica.com
- www.riuma.uma.es
- openac.cess.voc.edu

Capítulo 1228

LA IMPORTANCIA DEL AISLAMIENTO EN LOS HOSPITALES

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Las enfermedades nosocomiales, cada vez más frecuentes en los hospitales son aquellas que se adquieren en la estancia en ellos y sin las debidas precauciones pueden ser peligrosas tanto para el paciente como para su entorno. A través de los aislamientos se consigue que las bacterias que ocasionan dichas enfermedades no sean transmitidas de unas personas a otras.

2 Objetivos

- Localizar el foco de infección
- Analizar con que tipo de enfermedad nosocomial nos encontramos.
- Determinar el tipo de aislamiento que necesitamos.
- Realizar el análisis de los beneficios y soluciones que se consigue con el aislamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los servicios de prevención de riesgos ponen a nuestra disposición la información necesaria para conocer las pautas a seguir ante una enfermedad nosocomial y así gracias al aislamiento frenar dicha enfermedad.

La primera pauta a seguir en un aislamiento siempre es el lavado de manos. Este se debe realizar antes y después de estar en contacto con este tipo de pacientes.

Seguidamente debemos de conocer el tipo de aislamiento ya sea aéreo, contacto o inverso ya que el protocolo varía en cada caso. En todo caso el equipo a utilizar son guantes, batas y calzas y en el aislamiento aéreo además mascarilla. Si se llevan a cabo estos pasos conseguimos en gran medida evitar la propagación de una enfermedad de unos pacientes a otros, lo que hace que se salven muchas vidas puesto que las bacterias son la causa de numerosas muertes por sepsis.

5 Discusión-Conclusión

Todos nos debemos de concienciar de la importancia de un aislamiento hospitalario y el paso más importante es la higiene de manos que se debe de realizar antes y después de su visita al hospital.

6 Bibliografía

- www.medware.cl
- www.fublarqui.org.ar
- Protocolo de aislamientos de los servicios de salud
- Revistas: elsevier, medigraphic

Capítulo 1229

LAS MOVILIZACIONES DE PACIENTES CON DÉFICIT FUNCIONAL

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Gracias a los avances en la medicina y los mejores hábitos en la vida diaria la edad de los pacientes que acuden a los centros sanitarios es cada día más alta. Esto hace que cada vez sean más los pacientes con déficit funcional ya sea sensorial aunque su mayoría éste afecta al sistema musculoesquelético.

2 Objetivos

- Analizar las necesidades del paciente
- Conocer las movilizaciones a realizar
- Determinar que técnicas utilizar
- Uso de grúas en casos de pacientes muy dependientes

3 Metodología

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

4 Resultados

A través del conocimiento de las distintas posiciones, ya sea supino o lateral, se consigue la movilización óptima en cada caso. Es necesario que el personal sea formado para realizarlas ya que es primordial puesto que una movilización errónea podría ocasionar males mayores.

Las movilizaciones realizadas a este tipo de pacientes supone de gran ayuda a la hora de proporcionar confortabilidad además de evitar el problema más común en este tipo de personas como son las úlceras por presión.

Además a la hora de acostar y levantar necesitan de nuestra ayuda no sin antes intentar fomentar su independencia indicándoles en lo posible que tengamos su colaboración. De esta manera conseguimos que se sientan mejor y que su autoestima aumente.

El uso adecuado de aparatología como el caso de grúas hace que a los profesionales sanitarios la movilización les resulte mucho más fácil de realizar.

5 Discusión-Conclusión

Una parte muy importante de los cuidados del paciente es la movilidad que se realiza, puesto que éstos necesitan cambiar de posición a lo largo del día.

6 Bibliografía

- Páginas web: www.aulae.com, www.efsioterapia.net
- Guía de cuidados publicadas por los distintos servicios de salud
- Revistas: www.revistamedica.com

Capítulo 1230

EL CELADOR EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

1 Introducción

Dentro del equipo sanitario de atención al paciente se encuentra el celador. Este se ocupa de la movilización, transporte y todo tipo de colaboración en los cuidados del paciente durante su estancia en el hospital. Además, junto con el resto del equipo es una parte fundamental dentro de un hospital y como tal su función es importante para que la estancia de un paciente en él sea lo más adecuada posible.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del celador dentro del ámbito hospitalario.

3 Metodología

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

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

Además se ha completado con de cursos de formación y al estudio de los temarios necesarios para la superación de las oposiciones de cada servicio de salud y la propia experiencia en el desempeño de la labor del celador.

4 Resultados

- Las principales funciones del celador dentro del ámbito hospitalario son:
 - . Recibir al paciente ya sea en urgencias como en el resto de estancias hospitalarias.
 - . La movilización adecuada del paciente.
 - . El traslado dentro del hospital.
 - . Empatía con los pacientes y familiares en todo momento.
 - . Colaboración con todo el equipo de trabajo en un hospital.
 - . Ofrecer información a los pacientes y familiares que acuden diariamente al hospital.

- Dentro de un hospital las funciones de los celadores varían. En la unidad de hospitalización sus funciones están directamente relacionadas con las movilizaciones y traslado de pacientes de un lugar a otro así como en la unidad de rayos. Con respecto al servicio de quirófano estas funciones se acentúan ya que en este caso el celador debe de conocer más posiciones que el resto de las unidades pues se encuentra con una gran variedad de ellas dependiendo de la operación a realizar.

5 Discusión-Conclusión

En general tanto si se encuentran en relación directa con el paciente como no, el celador debe de conocer perfectamente cada ubicación de un centro hospitalario para poder informar y dar las debidas atenciones al paciente y usuario que acuden cada día a él. Es por ello, que la función del celador es trascendente y se encuadra dentro de un equipo multidisciplinar con la única finalidad del cuidado del paciente.

6 Bibliografía

- Páginas web: www.amirsalud.com, www.fp.es
- Distintos temarios de celadores como editoriales MAD, VEO
- Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1231

LA FIGURA DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE MORTUORIOS

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

1 Introducción

La muerte es una fase de nuestra vida que nos acompaña cada día. El fallecimiento de nuestros seres queridos nos ocasiona un trauma que en muchos casos es muy difícil de superar. Si este suceso ocurre dentro de un centro hospitalario contamos con el apoyo del personal tanto sanitario como no sanitario que en él trabaja que nos hace sentir un poco mejor en este duro trance.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del celador en el mortuario.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Las principales funciones del celador en el mortuorio son:
 - . Comprobar los datos del fallecido y certificado de defunción.
 - . Recepción del cadáver para su traslado, hasta el mortuorio.
 - . Traslado a mortuorio.
 - . Empatía con sus familiares.
 - . Ayuda en autopsias.
 - . Entrega del cadáver a los servicios funerarios.

5 Discusión-Conclusión

Cuando sucede un fallecimiento en un hospital son los celadores destinados en el servicio de mortuorios los encargados de recogerlo en la habitación. Además ellos son los encargados de comprobar que el certificado de defunción está cumplimentado adecuadamente y se aseguran que todos los datos corresponden al finado. Una vez comprobado todo se dirigen a los familiares para intentar comprender su pérdida y darles su apoyo en dicho trance. En ocasiones por delegación del jefe de personal subalterno les indica el procedimiento a realizar una vez sea desplazado el cadáver al servicio de mortuorios. Además su labor también consiste en introducir dicho cadáver en la cámara en espera de que un tanatorio lo recoja y así la familia comience su velatorio.

Existe en cada centro hospitalario el servicio de mortuorios donde el personal está especializado en este tipo de trabajo puesto que además de la recepción y posterior entrega a las funerarias de los cadáveres en éste se realiza autopsias. Los celadores que trabajan en este servicio son formados para realizarlo además de adaptarse a las funciones reflejadas en el Estatuto de personal no sanitario.

La muerte es parte de la vida. Es muy dura la pérdida de un ser querido por lo que si esto ocurre en un centro hospitalario todo el personal debemos apoyar lo máximo posible a sus familiares, a las personas queridas y así sentirse un poco

más arropadas. Es por ello, que la figura del celador entra de lleno en el equipo sanitario que ofrece cuidados holísticos al difunto y a su familia.

6 Bibliografía

- Estatuto de personal no sanitario
- Temarios de sanidad editorial MÁS, VEO
- Cursos de formación logoss
- Páginas web: www.fisiotar.com
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1232

MITOSIS Y CROMOSOMAS

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

MARÍA LUISA GONZALEZ ARGUELLES

MARTA GONZALEZ IGLESIAS

1 Introducción

La división celular por mitosis es decisiva para el desarrollo de los organismos y su reproducción. Es necesario que cada nueva célula sea genéticamente idéntica a la que proviene. Antes del proceso de la mitosis, durante la fase S del ciclo celular, los cromosomas se replican, de esta manera al iniciar la división celular en humanos, cada uno de los 46 cromosomas se replican de esta manera al iniciar la división celular en humanos, cada uno de los 46 cromosomas replicados tendrá las cromátidas unidas por el centrómero, cada una de ellas representa un cromosoma funcional.

2 Objetivos

- Explicar en que consiste el ciclo celular y cuales son sus fases

3 Metodología

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

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

4 Resultados

La obtención de cromosomas largos y con un buen patrón de bandas es muy útil a la hora de realizar un cariotipo y poder diagnosticar alteraciones cromosómicas.

5 Discusión-Conclusión

El ciclo celular se regula gracias a un patrón de ciclinas y cinasas . En su estudio el ciclo celular puede dividirse en dos etapas: interfase,integrada por las fases G1,S,G2. Fase M durante la que sobrevienen a segregación cromosómica y la citocinesis.

Después de la síntesis del ADN ,y para reducir la acumulación de errores genéticos ,las células hacen de monitores para que el ADN haya sido replicado correctamente,si detecta algún error, el ciclo celular se detiene ,y si no detecta errores ,la célula progresara hacia mitosis.

6 Bibliografía

Departamento de Medicina Genómica y Toxicología Ambiental , instituto de investigaciones Biomédicas UNAM.

Capítulo 1233

LUMBALGIA EN EL PERSONAL SANITARIO

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

1 Introducción

Se dice de lumbalgia al dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura músculo-esquelética de la columna vertebral. Es un problema que podría considerarse de salud pública dada la prevalencia de dicha patología.

Los problemas más comunes de la lumbalgia se deben a un estado físico bajo favoreciendo su presencia, la falta de aprendizaje y mala realización de las movilizaciones principalmente por el movimiento de pacientes y por todo tipo de cargas.

2 Objetivos

- Establecer recomendaciones que puedan llevarse a cabo para evitar la lesión y causar bajas por un largo período de tiempo.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las recomendaciones para evitar y /o tratar la lumbalgia son:
 - . Hacer ejercicio y mantenerse físicamente activo evitando reposo en cama.
 - . Cumplir con las normas de higiene postural destinadas a realizar actividades cotidianas (movilización de pacientes y/o cargas) de forma que la espalda soporte la menor carga posible.
 - . Seguir la indicaciones del profesional médico, reduciremos los gastos sanitarios asociados a dicha patología.
 - . Ante dolor, tomar reposo y tratamiento analgésico.

5 Discusión-Conclusión

Esta patología es muy prevalen en la sociedad actual, cada vez hay más fármacos analgésicos dedicados a tratar esta dolencia así como materiales para favorecer un mejor descanso como colchones, fajas, almohadas, plantillas, etc. El profesional sanitario está expuesto a diferentes cargas físicas que pueden acarrearle una dolencia lumbar, es por ello necesario que se extremen las precauciones con una buena higiene corporal y sin cargar peso de forma desproporcionada.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1234

BIOSEGURIDAD DIRIGIDA AL PERSONAL QUE TRABAJA EN EL ENTORNO SANITARIO. EL PELIGRO QUE NO VEMOS.

DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ

ARACELI ZAPICO DIAZ

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales está en continuo estudio y evolución en adaptación a las demandas sociales de cada momento y a la propia evolución tecnológica. Un punto de inflexión en la legislación española en materia de prevención de riesgos laborales, lo marcó nuestro ingreso en la Unión Europea. Si bien es verdad que con anterioridad España ya contaba con legislación en materia de prevención, incluso recogida en la propia Constitución (art 40.2)¹, el ingreso en la U.E. nos aportó nuevos condicionantes en la búsqueda de la seguridad laboral total, como por ejemplo el estudio de la ergonomía y la atención a los factores psicosociales. Lo que nos lleva más allá del camino iniciado con la ley Dato (1900) o Ley de Accidentes del Trabajo (García González 2015)². Más próxima a nosotros en el tiempo, tenemos la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre (LPRL)³, que traspone, la directiva europea 89/391/CEE⁴, relacionada con el fomento de la participación de todos los actores: trabajadores, empresarios y organizaciones sindicales y empresariales. A esta se le añadió el Real Decreto

664/1997, de 12 de mayo 5, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, lo que permite dar una perspectiva nueva y totalmente distinta al accidente laboral relacionado con los agentes biológicos.

De entre todos los accidentes laborales, nos vamos a centrar en los accidentes biológicos en la sanidad. Que no son exclusivos de este sector tal como nos indica la directiva 2010/32/UE del Consejo Europeo, de 10 de mayo de 2010⁶, en su punto N° 16. Aunque se puede constatar que a día de hoy, la mayoría de los estudios acerca de este riesgo laboral, los accidentes biológicos, están relacionados o realizados dentro del entorno laboral de la sanidad (Ruiz García 2015)⁷.

2 Objetivos

- Definir los riesgos de accidente laboral por causa biológica y las medidas preventivas a difundir.
- Analizar la legislación existente y los dispositivos de bioseguridad.

3 Metodología

Al ser una materia de estudio relativamente reciente, se acompaña desde sus orígenes de un ordenamiento jurídico bastante preciso, por lo que primero que se ha consultado es la legislación vigente relacionada con la revisión bibliográfica que se vamos a realizar. A continuación se realizó una revisión bibliográfica de varios textos escogidos por su alto grado de actualización con respecto al tema tratado.

4 Resultados

- De entre todos los riesgos laborales a los que se ve expuesto el personal sanitario en su trabajo diario, el más frecuentemente declarado por el personal sanitario y uno de los más graves, por sus posibles consecuencias, es el de riesgo biológico, por el que se pueden transmitir virus como la hepatitis B y C o el VIH, por sangre y otros fluidos corporales (Sanz Cantín y Miguel Romero 2015)⁸. Un accidente de este tipo tiene unas consecuencias muy amplias, aún en el caso que no se produzca ninguna transmisión ni contagio, un gran impacto emocional (Anglés Mellado 2013)⁹.

- Para prevenir los posibles riesgos biológicos podemos tomar tres tipos de medidas:

. Medidas físicas: por ejemplo guantes, gafas, mascarillas, batas. Lo que se conoce como EPI (equipos de protección individual). Además de la implementación de equipos bioseguros.

. Medidas químicas: relacionadas con el uso de desinfectantes y esterilizaciones químicas, lo que implica al propio servicio de esterilización y también al servicio de limpieza, por lo general externalizado, en el resultado de la calidad asistencial final y en el plan de prevención de riesgos laborales.

Medidas biológicas: por ejemplo la vacunación preventiva protocolizada desde el servicio de salud laboral.

La actuación diaria se basa en la aplicación de una medida en solitario, o en una combinación de varias de ellas, según lo requiera cada situación.

Una “cuarta” medida, que podemos añadir, tiene que ver con las implicaciones de la higiene personal de cada uno y el adecuado uso y mantenimiento de los equipos de protección individual (EPI). Además de la adhesión del personal, tan importante como las medidas anteriormente citadas, a las limitaciones y protocolos de actuación en las diferentes áreas hospitalarias (comer, fumar, uso de ropa y calzado no autorizado, etc.) (Constans Aubert et al 2008)¹⁰.

- En cuanto a la legislación, tenemos la Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, (traspone la Directiva 2010/32/UE), que obliga a la administración autonómica, en su doble vertiente: como autoridad sanitaria y como empleador, al desarrollo integral de planes de prevención de accidentes por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario, que afectará por igual tanto al sector público como al sector privado, e involucran también a la atención domiciliaria. Afectando, por tanto, a todo y a todos. La Orden propone un ambicioso objetivo multivectorial: diseño de un entorno laboral seguro, desarrollo de un programa de prevención de accidentes corto-punzantes, desarrollo de medidas de protección pasivas, desarrollo de medidas de respuesta y seguimientos ante un accidente de trabajo, promover el desarrollo de políticas de prevención con sus programas de formación, información y sensibilización, y en último término ofrecer la misma protección y prevención a los/as pacientes (Orden ESS/1451/2013)¹¹. Algunas de las recomendaciones que realiza son por ejemplo:

. La obligación por parte de los/as trabajadores/as de notificar cualquier accidente con instrumental corto/punzante.

. Formación e información obligatoria a todo el personal implicado y/o relacionado con el área de trabajo.

. Implementar el uso de contenedores para el desecho del material

corto/punzante.

. Prohibición del encapuchado.

. Adopción de dispositivos de protección integrados.

Esta necesaria implementación de nuevos materiales en el desarrollo de la bioseguridad, va a poner a prueba a los equipos de prevención de riesgos laborales en un proceso compuesto de las fases de: evaluación, selección e implantación de los dispositivos de seguridad; teniendo en cuenta tanto a los destinatarios de su uso y área de trabajo, como aquellos/as de otras categorías profesionales que pueden estar expuestos a estos riesgos en su actividad laboral ordinaria, como por ejemplo: celadores, personal de lavandería o personal de limpieza (Angles Mellado 2013)⁹.

Esta acción de los diferentes equipos de prevención de riesgos laborales, se debe de englobar en un programa integral superior, que como mínimo debe de contener los siguientes ítems (Ministerio de Sanidad)¹²:

. Evaluación inicial de riesgos, para detectar riesgos dentro de los procedimientos terapéuticos o de diagnóstico (Constans Aubert et al 2008)¹⁰.

. Procedimientos e instrucciones de trabajo: El qué, el cómo y el quién.

. Registro de accidentes, factores de riesgo o procedimientos susceptibles de mejora.

. Implementación de equipos de seguridad integrada, tanto en la adquisición de unos nuevos como en la sustitución, tras una evaluación de seguridad, de los existentes. Se clasifican en:

A). Pasivos: Son los más eficaces en la prevención de lesiones por pinchazo. No necesitan ser activados.

B). Activos: Deben ser activados.

. Formación e información continuada de todo el personal, para lograr una total adhesión, que incluya a todo el personal que participa en cada actividad.

. Realización de inspecciones periódicas de seguridad, que permita valorar nuevos riesgos o valorar la efectividad de los elementos implementados.

. Señalización de las zonas de riesgo.

- Llegados hasta aquí, tenemos que catalogar los tipos de dispositivos de bioseguridad que están en uso, se clasifican en 4 grandes grupos (AFSSAPS, 2010)¹³:

1. Los contenedores para eliminar los materiales corto/punzantes después de su uso. Este fue el primer equipo de bioseguridad implementado a raíz de la prohibición del re-encapuchado.

2. Los dispositivos que evitan el uso de la aguja.

3. Los dispositivos que impiden o hacen menos peligroso el procedimiento de separación de la aguja (o de la hoja).
4. Los dispositivos invasivos con mecanismos integrados de recubrimiento de la parte corto/punzantes (aguja u hoja) después de su uso.

5 Discusión-Conclusión

Es difícil conocer la verdadera magnitud de los accidentes con riesgo biológico en la actividad sanitaria, dada la aparente infradeclaración de los mismos. Pero el camino a seguir es mantener una continua valoración de riesgos, que también incluya aquellas medidas preventivas que se vayan implementando, en continua adaptación a los cambios tecnológicos y al incremento de demanda de servicios, cada vez más inmediatos y especializados. La exposición de los/las trabajadores/as es cada vez mayor a este riesgo, a lo que debemos sumar el aumento de la carga laboral y la exigencia de una mas amplia especialización asistencial.

Se debe insistir y aumentar, si fuera necesario, la información y la formación, mantenida en el tiempo y en continua actualización, que debe de llegar a todos/as los/las trabajadores/as; incluso a los ajenos a su uso pero que pueden llegar a estar dentro de la zona de riesgo; como es el personal celador, el personal de lavandería o el servicio de limpieza. Es también necesaria una adecuada y correcta señalización. Con respecto a las consecuencias psicosociales que se puedan derivar del accidente, aun cuando no exista contagio, es necesario hacer un seguimiento individual, pero no existe el equipo de profesionales adecuado para ello. No se destinan actualmente recursos económicos para este fin.

Finalmente tenemos que tener en cuenta que, para poder generar un entorno de trabajo seguro, lo primero es conocer y aplicar la legislación vigente en materia de bioseguridad como criterio de actuación, de forma general en todo procedimiento laboral, y particularmente, en lo concerniente a la adquisición de equipamientos, porque aunque sea útil, no todo vale.

6 Bibliografía

- 1. Constitución Española de 1978. BOE 311, de 29 de diciembre de 1978, Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/1>.
- 2. García González G. Los inicios de la previsión social en España: Responsabilidad patronal y seguro de accidentes en las Ley de Accidentes del Trabajo de 1900

(2015). Rev. Jurídica de los Derechos Sociales.

- 3. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos laborales. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
- 4. Directiva 89/391/CEE del Consejo: medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=LEGISSUM%3Ac11113>
- 5. R. D. 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-11144-consolidado.pdf>
- 6. Directiva 2010/32/UE del Consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario celebrado por HOSPEEM y EPSU. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2010-81004>
- 7. Ruiz García M. Impacto de la Implantación de la Normativa Europea en Los Accidentes Biológicos por Materiales Cortopunzantes. Evaluación de la Población Protegida de Fremap. Tesis doctoral. (2015). Disponible en : <https://search.proquest.com>
- 8. Sanz Cantin O, Miguel Romero C. Accidentes biológicos de enfermería en quirófano con material inciso-punzante. Asociación Española de Enfermería en Urología. 2015. N° 128, pag. 29-37.
- 9. Anglés Mellado, ML. ¿Son eficaces los servicios de bioseguridad?. Un método para su evaluación técnica. Enfermería del Trabajo 2013; III: 155-159.
- 10. Constans Aubert A, Alonso Espadalé RM, Joaquín Pérez Nicolás. Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario. (2008) Med. segur. trab. 210 (54). Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
- 11. Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario. Disponible en: <https://www.boe.es>
- 12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Guía de bioseguridad para los profesionales sanitarios. Disponible en: <http://www.msbs.gob.es>
- 13. AFSSAPS. Guide des matériels de sécurité et des dispositifs barrières. GERES 2010. Disponible en: http://www.geres.org/14_bdd/14_bbd.htm

Capítulo 1235

ACTUACIÓN DEL CELADOR ANTE ACCIDENTES ELÉCTRICOS E INCENDIOS Y PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN .

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

El celador tiene riesgos de siniestralidad laboral como pueden ser:

- Riesgos inminentes :capaces de producir alteraciones orgánicas (Accidentes laborales.)
- Riesgos diferidos: aquellos en los que las alteraciones orgánicas se producen después de un tiempo (enfermedades profesionales).

Existe otra clasificación dentro de los servicios asistenciales como:

- Accidentes biológicos:en los que existe riesgo de transmisión de alguna enfermedad infecciosa.
- Accidentes técnicos: engloban los sufridos por agentes químicos, físicos o psicológicos.

2 Objetivos

- Explicar la actuación de un celador ante accidentes eléctricos e incendios.
- Explicar la profilaxis postexposición a los eventos anteriores

3 Metodología

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

4 Resultados

Según un estudio de la Universidad Complutense de Madrid, el 32,2% de los accidentes se producen por sobre esfuerzos, el 62,9% por traumatismos físicos, y el 4,8% por sustancias cáusticas y contactos térmicos. Los celadores representan el 6% del total del personal accidentado.

Las estrategias de prevención de la siniestralidad laboral incluyen:

- Actuación sobre el entorno y nosotros mismos para prevenir riesgos innecesarios, utilizando todas las medidas que se encuentran al alcance.
- Inmunización del personal expuesto a enfermedades infecciosas prevenibles por vacunaciones como puede ser el tétanos, este microorganismo se transmite a través del ambiente, no de persona a persona. La puerta de entrada puede ser cualquier pérdida de continuidad de la piel. Las heridas que implican necrosis tisular tienen más riesgo: laceraciones, heridas punzantes, quemaduras, etc.

Hay circunstancias que entrañan peligro de incendio o electrocución como puede ser:

- Equipos sin toma tierra
- Cables sueltos
- Utilizar alargadores
- Aparatos eléctricos cerca de zonas húmedas o mojadas
- Funcionamiento incorrecto del equipo, etc.

Normas para la prevención de incendios:

- No aparcamientos indebidos para en caso necesario puedan acceder vehículos de bomberos, etc.
- No fumar en los centros sanitarios entre otras cosas por el peligro de incendios y está prohibido fumar si existe al lado una toma de oxígeno.

- Utilizar equipos con toma a tierra y desconectar los aparatos cuando ya no se utilicen .

Actuación del celador ante un incendio:

- Mantener la calma. No gritar ni correr.
- Llamar al servicio de emergencias del hospital y seguir sus instrucciones.
- Prestar ayuda a los afectados en peligro.
- Retirar equipos y muebles innecesarios.
- El traslado de los pacientes encamados irán en una camilla, cama o silla de ruedas.
- Todo el personal debe colaborar para contener o apagar el fuego.
- Se deben de desalojar a todos los pacientes del hospital. Se desconectarán de la toma de oxígeno si no requiere soporte vital. Ya que el oxígeno es un elemento combustible.

5 Discusión-Conclusión

Ante una situación de un accidentes eléctricos e incendios en un entorno sanitario, todos los profesionales deben de conocer la manera de proceder. Es fundamental que se conozcan los principales mecanismos de actuación previstos para resolverse en una actuación como las que se han descrito.

6 Bibliografía

Libro: Conocimientos básicos y funciones del celador.

Capítulo 1236

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS: EL PACIENTE TERMINAL

ARACELI BERNARDO GARCIA

1 Introducción

Se considera paciente terminal a un paciente que cumple los siguientes criterios: padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con escasa probabilidad de respuesta al tratamiento, además la sintomatología que acompaña al proceso de enfermedad suele ser intensa, multifactorial y variable. El proceso de enfermedad tiene un gran impacto tanto en el paciente como en su familia y la esperanza de vida suele ser de semanas o meses en el mejor de los casos.

2 Objetivos

Describir las características de la enfermedad terminal

Conocer cuáles son las principales complicaciones de los enfermos terminales

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos; PubMed Medline y Cochrane. También se han consultado manuales específicos de cuidados paliativos. Se emplearon como descriptores: paciente terminal, cuidados, celador, paciente, complicaciones. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Como hemos comentado en la introducción para que un paciente sea categorizado como terminal a de cumplir una serie de factores, en el caso de los pacientes enfermos de cáncer debemos añadir además la necesidad de haber un diagnóstico histológico exacto sobre el tipo de cáncer que el paciente padece y la certeza de que existen muy pocas posibilidades de respuesta al tratamiento. Para determinar a un paciente neoplásico como enfermo terminal debemos tener en cuenta el tamaño del tumor, la existencia o no de metástasis y el grado de afectación de los ganglios linfáticos. En el caso de los pacientes no oncológicos es más difícil determinar si se trata o no de un paciente terminal ya que el grado de variabilidad es mayor en función de la enfermedad que padezcan.

Las principales complicaciones que presentan los pacientes terminales son: dolor (es la principal), disnea, ansiedad, estreñimiento, astenia y síndrome confusional. La principal característica de los pacientes paliativos es la pluripatología que presentan. Esta pluripatología eleva el grado de afectación sistemática y una gran dependencia de cuidados. Otra característica determinante de este tipo de pacientes es lo frágiles que son, la fragilidad se define como la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a las diferentes condiciones tanto internas como externas, esa fragilidad hace que la reserva fisiológica del organismo disminuya y aumente su vulnerabilidad.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos terminales son pacientes con unas condiciones muy diferentes al resto de enfermos un hospital, tanto ellos como sus familiares reciben un fuerte impacto emocional durante todo el tiempo que dura el proceso de la enfermedad hasta su desenlace, por ello debemos tener especial empatía y respetar los deseos y peticiones de los pacientes.

6 Bibliografía

Bermúdez, S. y García, J. Análisis cualitativo de las habilidades de escucha activa sobre una muestra de profesionales sanitarios. Anuario Psicología e Saude: Revista Oficial da Sección de Psicología e Saude do COPG. 2016;(9):176-180
Carballo, B. Temario celadores servicio extremeño de salud. Volumen 2. 1ª Edición. Madrid: Editorial tema digital, S.L.2017.

Silva, L. y Gil, J.M. Boceta, J. et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paliativos. 1ª edición. Madrid. Editorial MAD. 2011.

Capítulo 1237

EL CELADOR Y LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL

ARACELI BERNARDO GARCIA

1 Introducción

Es muy habitual que surja la necesidad de trasladar a los pacientes terminales dentro del propio hospital para realizar intervenciones diagnósticas o terapéuticas. Además el celador participa también en las tareas básicas de movilización del paciente para el aseo y confort del paciente. Todas estas tareas de desplazamiento y movilización requieren que el celador encargado de la tarea tenga los conocimientos necesarios para evitar lesiones tanto en la piel como en la columna vertebral.

2 Objetivos

Conocer cual es la técnica adecuada para la movilización de los pacientes terminales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversos manuales sobre cuidados en pacientes terminales.

4 Resultados

Las posiciones básicas que un paciente puede adoptar en la cama son: decúbito, fowler y sims. Se conoce por movilización o cambios posturales a todas las modificaciones realizadas a la postura de los pacientes que se encuentran encamados por diversas causas para evitar patologías derivadas de la inmovilidad como son: las úlceras por presión y la atrofia muscular. Los cambios posturales deberán hacerse cada dos o tres horas como máximo.

Podemos definir la movilización como el conjunto de técnicas empleadas para desplazar a un paciente desde el lugar al que se encuentra hasta otra ubicación o para cambiar de postura en la cama. Existen dos tipos de movilización: la movilización activa o asistida y la movilización pasiva.

La movilización activa o asistida se caracteriza porque el paciente puede colaborar en mayor o menor grado en función de su patología. Mientras que la movilización pasiva se caracteriza porque el paciente no colabora ya que se encuentra totalmente incapacitado para ello.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador es fundamental para la correcta movilización de los pacientes y para asegurar su confort y que no exista riesgo de lesiones cutáneas. Por ello, es importante una correcta formación y la adquisición de los conocimientos necesarios.

6 Bibliografía

- Povedano-Jiménez, M; Catalán-Matamoros, D.y Granados-Gámez,G. La comunicación de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos. Rev. Esp. Comun. Salud. 2014;5(2):78-91.
- Silva, L. y Gil, J.M. Boceta, J. et al. Actuación del celador en las Unidades de Cuidados Paliativos. 1ª edición. Madrid. Editorial MAD. 2011.

Capítulo 1238

EL CELADOR Y EL PACIENTE FALLECIDO: FUNCIONES.

ARACELI BERNARDO GARCIA

1 Introducción

La función del celador cuando un paciente fallece se centra en ayudar en las tareas de aseo y movilización y el traslado correspondiente del cadáver. En el caso de que la familia solicite algún tipo de información sobre el fallecimiento, debemos remitirlos al médico responsable del paciente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador cuando un paciente ha fallecido
- Diferenciar los distintos tipos de cadáveres que existen

3 Metodología

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

4 Resultados

Como hemos descrito anteriormente las principales funciones del celador cuando un paciente fallece es realizar la movilización necesaria para el aseo del cadáver y su posterior traslado. Pero hay que tener en cuenta una serie de factores, ya que cuando una persona fallece el cuerpo comienza a experimentar una serie de cambios que pueden dificultar esta tarea. Entre esos cambios encontramos el rigor mortis o rigidez postmortem que se produce entre dos y cuatro horas después de la muerte y hace que se más complicada la movilización del cuerpo. También es común que aparezcan las livideces o decoloración del cadáver y se produzca su enfriamiento, este fenómeno se conoce como algor mortis y la temperatura desciende un grado por cada hora que pasa desde el fallecimiento.

Según la causa de la muerte los cadáveres se dividen en tres grupos:

- Grupo 1: son cadáveres que presentan un riesgo para la salud pública ya que fallecieron a causa de una enfermedad infecciosa.
- Grupo 2: cadáveres que presentan un riesgo radiológico por la presencia en ellos de productos radioactivos.
- Grupo 3: cadáveres de personas fallecidas por causas distintas a las mencionadas anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario conocer cuales son nuestras funciones como celadores en el caso de que un paciente fallezca para intentar preservar la dignidad del fallecido y de su familia.

6 Bibliografía

- Lorda, P; Barrio, LM.; Alarcos, FJ et al.Ética y muerte digna: propuesta de un consenso sobre un uso correcto de las palabras. Revista calidad asistencial. Vol23,(6), 2008 Dic.:271-85.
- Palacios, G.; Herreros, B. y Pacho, E. Refusal to medical interventions. Rev. Clin. Esp. 2014 Oct; 214 (7):389-95.
- Sánchez-González, M.A. Bioética en Ciencias de la Salud. Madrid. Elsevier, 2012.

Capítulo 1239

LA VACUNACIÓN EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

1 Introducción

La vacunación es una medida sanitaria de actuación para la comunidad, de suma importancia para prevenir aparición de ciertas enfermedades infecciosas. Los profesionales que trabajan en el ámbito sanitario se encuentran expuestos a agentes biológicos, por lo que es recomendable que se protejan de aquellas enfermedades para las que existe una vacuna eficaz.

2 Objetivos

Conocer el beneficio de la vacunación del personal sanitario.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: vacunas, vacunación, sanitarios, enfermedades infecciosas. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los objetivos que se pretende conseguir con la vacunación del personal sanitario son:

- Proteger a las personas que trabajan en el ámbito sanitario para que no se contagien con ciertas enfermedades transmisibles
- Evitar que los trabajadores sanitarios contagien a su vez a los pacientes a los que atienden, a otros profesionales sanitarios, a las visitas de los enfermos y a sus familiares después de la jornada de trabajo.
- Reducir el absentismo laboral que se da en este sector como consecuencia del contagio por enfermedades infecciosas.

5 Discusión-Conclusión

Conseguir la inmunidad ante enfermedades infecciosas del personal que trabaja en el medio sanitario, mediante la administración de vacunas adecuadas para caso, nos permitirá gozar de una adecuada salud laboral. Además contribuiremos a una menor transmisión de enfermedades a ciertos pacientes, como los inmunodeprimidos, aumentando la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es>
- <https://s3.amazonaws.com>

Capítulo 1240

LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Es más que conocida la importancia de un correcto lavado de manos. Sin lugar a dudas es la medida más eficaz frente a contagios, algo que en el ámbito hospitalarios nos interesa especialmente.

2 Objetivos

Determinar la relevancia que tiene un correcto lavado de manos.
Analizar cómo y cuándo realizar el lavado de manos.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: antiséptico, higiene, lavado de manos, hospitalario. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Antes de realizar el lavado nos quitaremos los anillos, pulseras, relojes, y cualquier elemento que pueda transportar suciedad o cualquier microorganismo. Y en la medida de lo posible evitaremos trabajar con todos estos accesorios. También intentaremos llevar las uñas cortas.

En el procedimiento, nos mojaremos las manos en agua, tibia a poder ser. Aplicamos jabón líquido en la palma de la mano y las frotamos, también frotamos entre los dedos (pulgares incluidos) y el dorso de la mano, sin olvidarnos de las muñecas. Acto seguido nos aclaramos las manos con abundante agua y con la ayuda de papel desechable las secamos. A continuación, terminamos el lavado aplicando un producto antiséptico.

Dada su importancia realizaremos este lavado siempre que sea necesario, como por ejemplo antes de comenzar cualquier tarea, al entrar en contacto con pacientes, al toser, al ir al baño, si entramos en contacto con fluidos, después de devolver la documentación al usuario que quiere ser atendido.

5 Discusión-Conclusión

Mediante el lavado de manos evitaremos la transmisión de gérmenes y minimizaremos los riesgos de contraer infecciones y enfermedades.

6 Bibliografía

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563808000916>
- <https://masd.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/739>

Capítulo 1241

USO DE TÉCNICAS RADIOLÓGICAS PARA REALIZAR IMPLANTES COCLEARES EN NIÑOS

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

1 Introducción

El oído es una estructura compleja formada por tres partes principales: el oído externo, el medio y el interno. El oído externo consta del pabellón (oreja), el meato auditivo externo (conducto auditivo externo) y las capas externas de la membrana timpánica (tímpano). Su función principal es la captación del sonido. El oído medio actúa como un dispositivo de transmisión de las ondas sonoras y de adaptación de impedancias. Cuenta con una cadena ósea formada por tres huesecillos (martillo, yunque y estribo) que conectan la superficie interna de la membrana timpánica con la ventana oval del oído interno. Otros elementos son la cavidad del oído medio (caja del tímpano), la trompa auditiva (trompa de Eustaquio) y la musculatura del oído medio. El oído interno contiene el órgano

sensorial primario con función auditiva y del equilibrio, unciones que dependen de cóclea y aparato vestibular. (Del oído 1)

La sordera es una deficiencia debida a la pérdida o anomalía del sistema auditivo. Dicha pérdida tiene como consecuencia inmediata la discapacidad para oír, lo que puede implicar una dificultad para el lenguaje oral. La hipoacusia infantil afecta a cinco de cada mil niños en el momento de su nacimiento. Tiene una importante repercusión en el desarrollo emocional del niño. (Manrique 2)

Hoy en día es evidente la evolución que se consigue a través del uso del implante coclear, llegándose a alcanzar una audición lo suficientemente funcional como para favorecer la adquisición del lenguaje oral por vía auditiva. Se puede definir el implante coclear como una prótesis auditiva cuyo cometido es sustituir la función de la cóclea transformando los sonidos y ruidos del medio ambiente en energía eléctrica. Se aplica sobre todo en niños con sordera pre locutiva en edad preescolar, cuyos resultados son muy satisfactorios trabajando sobre el nervio coclear, creando una sensación auditiva en el paciente. Desde hace mucho tiempo es conocida la baja audición (hipoacusia), así como la estimulación eléctrica para producir sensaciones auditivas. Ya en 1800 Volta, colocó unas varillas de metal en sus dos oídos y las conectó a una fuente eléctrica. Aparentemente, antes de perder el conocimiento, oyó un sonido parecido al burbujeo del agua. A lo largo del siglo XIX y primera mitad del XX otros autores como Politzer, Ritter, Gradenigo, Andreef, Gersuni, Volokhov, Jones, Stevens, y Lurie, efectuaron experiencias algo más sofisticadas aplicando corriente alterna a electrodos ubicados en las proximidades del oído obteniendo así sensaciones auditivas en los pacientes. El primer implante coclear fue realizado por A. Djurno y C. Eyries en Francia en 1957. Ellos insertaron un único hilo de cobre dentro de la cóclea de un varón de 50 años totalmente sordo, logrando éste percibir el ritmo del lenguaje. En 1961 W. House realizó sus dos primeras implantaciones colocando un electrodo de oro en la escala timpánica. Posteriormente en 1968, llevó a cabo otros implantes, empleando esta vez un sistema de seis electrodos que había sido elaborado por su colaborador J. Urban. El éxito obtenido en estos casos constituyó un empuje decisivo para el desarrollo de los implantes cocleares.

Otros grupos en San Francisco (Schindler, Merzenich y Michaelson), Francia (Chouard), Alemania (Banfai) y Austria (Burian), iniciaron protocolos clínicos con implantes cocleares en la década de los 70. En Australia, G.M. Clark, de la Universidad de Melbourne, comenzó en 1967 una serie de trabajos de investigación sobre la fisiología de la estimulación eléctrica del nervio coclear en an-

imales. En 1978 y 1979 practicó sus dos primeras implantaciones con un prototipo multicanal intracoclear, obteniendo resultados altamente esperanzadores. Actualmente, después de una experiencia que supera los 40.000 implantes cocleares en el mundo, se puede considerar esta técnica como no experimental, habiendo quedado demostrada su eficacia en el tratamiento de la hipoacusia profunda. Como hemos señalado en la revisión histórica, han sido varios los equipos en el mundo que han trabajado desarrollando diferentes tipos de implantes cocleares. Estos pueden clasificarse atendiendo a tres criterios: ubicación de los electrodos (intra o extracocleares), número de canales (mono o multicanales) y forma de tratar la señal sonora (extracción o no de los distintos formantes del sonido). También los implantes cocleares pueden ser clasificados de acuerdo al tipo de electrodos (monopolares, bipolares), método de estimulación (pulsátil, continua) o forma de transmisión de las señales a nivel de la piel (conexiones percutáneas o transcutáneas). (Mafla et al 3)

El protocolo se aplicará a niños:

- Entre 0 y 6 años de edad, con sordera congénita, prelingual o perilingual. Se considera sordera congénita cuando está presente en el nacimiento, ya sea hereditaria o adquirida durante la gestación. Afectos auditivos todas las sorderas congénitas son de tipo prelingual. Se considera una sordera prelingual la sobrevinida entre el nacimiento y los dos años de vida y una sordera perilingual la adquirida entre los 2 y 5 primeros años de vida.
- Niños mayores de 6 años, hasta la preadolescencia, en el caso de haber seguido educación de base oralista y haber utilizado audífonos de manera regular, con adquisiciones lingüísticas
- Todo niño post-locutivo mayor de cinco años de edad dirigido por un equipo multidisciplinar

Sin embargo, al tratarse de niños, los profesionales que integren este equipo habrán de tener una formación acorde a la etapa infantil, siendo necesario contar con Pediatras y Neuropediatras. También en la fase de selección es imprescindible integrar a los Logopedas y Educadores que habitualmente se ocupan de la rehabilitación y escolarización del niño. Su opinión, basada en el conocimiento previo del candidato, es importante para efectuar la indicación de implantación y establecer las posteriores líneas del programa de rehabilitación.

Audiológica-Audioprotésica, El audiólogo y el audioprotésista han de valorar que el niño cumple los criterios audiométricos señalados para la indicación de un implante coclear. Dada la dificultad que entraña un diagnóstico audiométrico en

los niños, especialmente cuando tienen una edad inferior a los 5 años, es preciso incluir en la batería de exploraciones las siguientes pruebas:

- Audiometría tonal liminar conductual con auriculares.
- Audiometría tonal liminar conductual en campo libre, sin y con audífonos.
- Impedanciometría.
- Otoemisiones Acústicas.
- Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral.
- Potenciales evocados de latencia media tras estimulación eléctrica promontorial, de al menos obligada realización en casos de: osificación coclear total, malformación congénita ótica (CAI estenóticos, Hipoplasia coclear y Cavidad común) y antecedentes de patología o cirugía sobre la vía auditiva.
- Audiometría vocal adaptada a cada caso según edad y desarrollo cognitivo del niño, en campo libre, sin y con audífonos. Otras exploraciones como las pruebas de valoración vestibular tienen un carácter opcional. Estas pruebas deberán realizarse en no menos de tres ocasiones y en tantas otras como sea necesario hasta comprobar que los resultados obtenidos son congruentes. Si el niño no ha utilizado audífonos, por lo general se impone su uso durante seis meses, con el tratamiento logopédico adecuado, y nueva valoración posterior.

Foniátrica-Logopédica. La valoración de éste área va dirigida a obtener una información sobre la competencia lingüística del niño evaluando:

- Capacidad de comprensión, reconocimiento y expresión de sonidos, palabras y frases.
- Inteligibilidad de su habla actual.
- La extensión del léxico y el dominio de las estructuras morfosintácticas.
- La prevalencia del modo de comunicación audio-oral o gestual en su vida habitual.

Disposición para el aprendizaje y el trabajo. Se pueden utilizar, entre otras, las siguientes pruebas:

- Registro fonológico inducido.
- Test de vocabulario Peabody o de Carrow.
- ITPA (Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas).
- PLON (Prueba de lenguaje oral de Navarra)
- Escala de Reynell.
- GAEL-P.
- Exploración funcional de la voz.

Siempre será preciso complementar los datos aportados por estas pruebas con

una evaluación cualitativa de su comunicación espontánea a cargo de un examinador experimentado, especializado en personas con sordera.

Psicológica-Psiquiátrica. Es aconsejable hacer un seguimiento desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico, tal y como se apunta al comienzo, con respecto a la adaptación al implante en los aspectos familiar, social y escolar, vigilando la posible aparición de desajustes psicológicos o emocionales. (Manrique 4).

La técnica del implante coclear no consiste simplemente en la realización de una intervención quirúrgica. La puesta en práctica exige la organización de un programa que asegure: La correcta elección del candidato, la efectiva ejecución de la cirugía y de la programación, una adecuada y suficiente rehabilitación, la estrecha coordinación entre los especialistas que integran el programa y el apropiado seguimiento del paciente implantado junto al mantenimiento del aparataje. Con la finalidad de atender todos estos aspectos, será preciso contar con un equipo multidisciplinar que, de forma coordinada, sea capaz de cubrir cada una de las etapas que conforman un programa de Implantes Cocleares: Selección, Cirugía, Programación y Rehabilitación. Los profesionales o unidades que habrán de integrar este equipo son:

- Especialista en Otorrinolaringología con experiencia en cirugía otológica.
- Otoneuroradiólogo.
- Unidad de Audiología.
- Audioprotesista.
- Psiquiatra.
- Psicólogo.
- Logopeda.
- Unidad Programación.
- Unidad que dé soporte técnico al mantenimiento del Implante Coclear.

Otros profesionales como neuropediatras, asistentes sociales, neurofisiólogos, etc. pueden ofrecer una gran ayuda en determinadas situaciones, por lo que es recomendable trabajar en un entorno que favorezca la colaboración de los mismos. Al menos un miembro de este equipo asumirá las funciones de coordinador. Este no solamente coordinará el trabajo de todos los especialistas, sino que además se ocupará de que los candidatos reciban una extensa y apropiada información sobre el programa de Implantes Cocleares, velando también por el correcto seguimiento del paciente una vez haya sido implantado.

La falta de colaboración del niño, las peculiaridades en la selección y en la cirugía en los más pequeños y el largo período para comenzar a objetivar los resultados,

hace difícil la programación y seguimiento de los niños con un implante coclear. Por ello, cuando se trate de un programa de implantes cocleares dirigido a la población infantil, los distintos especialistas y unidades, deberán contar con amplia experiencia profesional en la atención de niños hipoacúsicos.

Es fundamental disponer de personal especialmente formado para la programación del implante y para coordinar las labores de rehabilitación que se lleven a cabo en el entorno familiar, escolar, hospitalario y a nivel de las unidades logopédicas. Solamente, unificando esfuerzos se obtendrán los resultados deseados. Así mismo, es importante tener experiencia en adultos postlinguales durante un período no menor a un año, antes de abordar un programa infantil de implantes cocleares. El intercambio de información de los profesionales con los implantados adultos postlinguales complementa el aprendizaje y formación de los profesionales que acceden a estas técnicas.

El programa y por lo tanto los especialistas que lo integran, deberán disponer de los medios apropiados para llevar a cabo su misión. Por ello, habrán de estar en disposición de efectuar todas y cada una de las exploraciones anteriormente citadas en el capítulo de "Pruebas de Selección y Seguimiento". La demanda de implantes cocleares de la población es reducida. Summerfiel y colaboradores, en un estudio del programa de implantes cocleares en el Reino Unido de los años 90 a 94, encuentra una demanda de 4 nuevos casos por millón de habitantes en niños y 1 en adultos, cada año. Por otro lado la hipoacusia neurosensorial profunda en niños se manifiesta, en su mayor parte, en el recién nacido y tiene una incidencia de 1 por cada mil recién nacidos, que serían susceptibles de una implantación coclear, lo que de acuerdo con la natalidad en España (1 nacimiento anual por cada mil habitantes) ofrece una cifra similar de candidatos a un implante en niños a la referida anteriormente. No obstante, teniendo en cuenta la ampliación de las indicaciones que se está produciendo en los últimos años, este porcentaje puede tender hacia un ligero ascenso.

El número de implantaciones que practique un equipo habrá de ser suficiente y coordinado. El número de implantaciones mínimo recomendado es de 1 al mes. Con ello, se pretende realizar un buen aprovechamiento de los recursos y un número de casos que garantice la actualización de los profesionales en un campo con constantes innovaciones como es el del implante coclear. Por lo tanto, no es recomendable iniciar un programa de implantes cocleares para tratar a un reducido número de pacientes al año, como tampoco lo es el implantar, en un corto penado de tiempo, a una gran población a la que con posterioridad difícilmente

se le podría atender personalmente.

Por otra parte, también ha de considerarse que, siendo la implantación coclear una cuestión de por vida, a medida que transcurra el tiempo y aumente el número de implantados, los recursos dedicados a su seguimiento habrán de crecer en la misma proporción. Consideramos que un proceso tan complejo como la selección, cirugía, programación y seguimiento de los implantes cocleares, especialmente en niños, requiere abundantes medios materiales y humanos. Por ello, se debe tender a la racionalización de los recursos en función de las necesidades. La administración sanitaria correspondiente es la responsable de velar por la instauración de programas suficientemente dotados y adaptados a la demanda de la población de manera que se asegure un tratamiento homogéneo y adecuado de los pacientes. Lo expuesto aconseja la creación de una Red Nacional de Centros de Implantación Coclear, integrada por centros experimentados y altamente cualificados en la materia. (Monsalve et al 5).

2 Objetivos

El objetivo general es identificar, describir y analizar las posibilidades de los implantes cocleares en los niños candidatos a este procedimiento. Saber cuál es la mayor expectativa con respecto al uso del implante, y cuál la duda que con más frecuencia existe con respecto a su uso. En cuanto a los objetivos específicos se trata de explicar brevemente la anatomía y las funciones del oído, así como establecer y analizar aspectos previos al implante coclear que puedan intervenir en el desarrollo de habilidades lingüísticas después de colocar el implante y su aportación en el diagnóstico y tratamiento.

Se trata de hacer una breve descripción de la programación en implante coclear, las estrategias de procesamiento, y el rol que juega en el proceso de rehabilitación. Está dirigido a todas aquellas personas involucradas en el proceso (médicos, cirujanos, audiólogos, fonoaudiólogos, padres y maestros) para que conozcan los objetivos e importancia de la programación en el proceso.

Uno de los aspectos que diferencia la rehabilitación con el implante coclear de aquella que se realiza con prótesis auditivas convencionales es la complejidad del sistema. De su funcionamiento y la importancia del ajuste inicial y posterior del procesador de palabra a las características de cada usuario.

Al respecto es importante anotar que la experiencia en el manejo de diversos sistemas y sus modos de programación. Y del manejo de numerosos usuarios de

diversas edades permite adquirir la habilidad y criterio para poder responder a las exigencias que demanda el uso de este sistema. (Moreno 6).

3 Metodología

Se han realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas de otorrinolaringología y logopedia tales como dialnet, Scielo, medigraphic, Science. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos y publicaciones realizados en Google Académico. Se han utilizado palabras clave como “implantes”, “coclea”, “oído”, “hipoacusia”, “audiometría”, filtrando fechas entre 2000 y 2019. Se han analizado textos de bibliografías, sobre este tipo de estudios y tratamientos, como datos que describen el objetivo del estudio, utilizando estudios en español.

Se conformó una muestra de 20 pacientes, 12 de los cuales del sexo masculino, con edades comprendidas entre 5 y 11 años. Todos portadores de un implante coclear. Para cada paciente se examinó la relación entre modo de comunicación, modo o tipo de enseñanza pre-implante y el tiempo de privación sensorial, con el progreso alcanzado a través de las diferentes etapas que conforman el proceso de rehabilitación. Todas las variables mostraron una correlación estadística significativa con la etapa del proceso de rehabilitación en que se encontraba cada paciente. (Yina7).

4 Bibliografía

1. Del Oído, I. Anatomía. "Anatomía y Fisiología del Oído." Colciencias: 2.
2. Manrique, Manuel. "Implantes cocleares." Acta Otorrinolaringológica Española 53.5 (2002): 305-316.
3. Mafla, Pedro Pablo Perea, et al. "Eficacia del implante coclear en la Clínica Visual y Auditiva del Instituto para Niños Ciegos y Sordos del Valle del Cauca." Revista Colombiana Salud Libre 13.1 (2018).
4. Manrique, Manuel. "Implantes cocleares." Acta Otorrinolaringológica Española 53.5 (2002): 305-316.
5. Monsalve González, Asunción, and Faustino Núñez Batalla. "La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos: Los programas de detección precoz de la hipoacusia." Psychosocial Intervention 15.1 (2006): 7-28.
6. Moreno-Torres, Ignacio, et al. "Estimulación temprana y desarrollo lingüístico en niños sordos con implante coclear: el primer año de experiencia auditiva."

Revista de investigación en Logopedia 1.1 (2011): 56-75.

7. Quique, Yina, and MT FA. "Métodos unisensoriales para la rehabilitación de la persona con implante coclear y métodos musicoterapéuticos como nueva herramienta de intervención." *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 73.1 (2013): 94-108.

Capítulo 1242

EL CELADOR EN HOSPITALIZACIÓN Y TRASLADOS.

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

PEDRO SUAREZ SUAREZ

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

AVELINA INFANTES LOPEZ

1 Introducción

Los celadores son las personas más importantes a la hora de ayudar a las auxiliares en planta ya que son ellos los que mueven, trasladan o contienen a los pacientes si es necesario, tiene unas horas para subir a planta a ayudar a las auxiliares. En cambio, el de traslados, está en retén y le va el jefe de turno coordinando desde allí .

2 Objetivos

- Establecer los horarios y funciones del celador en la hospitalización y traslados de pacientes en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- En cualquiera de los dos trabajos el objetivo tanto en traslados como en hospitalización es ayudar. Y depende del hospital en el que esté, el celador estará solo en planta para los dos trabajos. Ya que en algunos hospitales, como aquí en el HUCA hay un celador para cada tarea, y ninguno se queda en planta ya que el de hospitalización tiene unas horas para subir a planta a ayudar a las auxiliares. En cambio, el de traslados, está en retén y le van coordinando desde allí los traslados que tiene que cumplir e incluso, si en ese momento el compañero que está en planta necesita ayuda, subirá de apoyo a ayudar.

- El celador en hospitalización cuando llega a su turno tiene que ir directamente a retén para saber en qué planta está.

El turno de mañana tiene que subir a las 08:30 y 12:30, y cuando la auxiliar llame a retén para solicitar ayuda con un paciente. Por la tarde subirán a las 16:00h y a las 19:00h. Y por la noche a las 23:30h y 04:30h y cuando lo necesiten.

. En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS) 3, 4, 5 y 6, en el turno de mañana, el celador subirá a las 08:15 y se quedará allí todo el turno correspondiente.

. En las UCIS 1 y 2 subirán a las 8:10h, 12h y 13:30h, y luego volverán a retén y allí esperarán por si se necesita algo en esa unidad.

. En coronarias subirán a las 08:05h, 12:45h y 14:00h (según convenga la unidad).

. En Unidad de Reanimación (REA) 1 y 2 y URPA 3 subirán a las 8:15 y cuando llamen.

. En el turno de tarde, subirán en las UCIS 3, 4, 5 y 6 a las 15:15h y cuando los pacientes necesiten algún cambio. En esta misma unidad, el turno de noche subirá a las 23:00h, a las 02:00h y a las 06:00h.

. En la UCI 1 y 2 subirán a las 15:10h, 18h y 20:30h y en el turno de noche, subirán a las 00:00h y a las 04:00h si necesitan algo.

En coronarias subirán a las 19:15h y 20:15h (según convenga) y en el turno de noche subirán a las 23:30h y a las 04:30h.

. En REA 1 subirán a las 18:00h y 19:45h y en el turno de noche, subirán a las 23:30h y 04:30h.

. En REA 2 y URPA 3 subirán a las 15:45h y 20:15h y en el turno de noche, subirán a las 23:30h y 04:30h.

En algunas plantas como la 6ª A, B y C, 4ª A y B Y LA 8ª C, subirán por la mañana como los demás, pero por la tarde levantarán a las 16:00h y acostarán a las 19:00h. Y las plantas 2ª A y 7ª A, subirán a las 18:00h y a las 19:00h.

. En todos estos turnos, el celador cuando llega irá para retén y a las horas ya mencionadas sube a la planta. Allí en la planta, dirá quién es y preguntará cuantas auxiliares hay, suele haber 2 o 3, dependiendo del turno. Preguntará por cual empieza.

. En el turno de mañana, las ayudará a asear a los pacientes y levantar a los que lo necesitan a primera hora. En las siguientes horas se acostará o se harán cambios (pañales o posturales) según necesiten en planta. En el turno de tarde, el celador levantará a primera hora y acostará a segunda, a parte de los cambios (pañales o posturales) que sean necesarios. Y en el turno de noche, tanto a primera hora como a segunda, subirá a hacer los cambios (pañales o posturales) necesarios a los pacientes.

. El trabajo del celador de traslados empieza cuando llega a retén, el encargado de turno tiene una hoja donde va apuntando las llamadas que son para trasladar a pacientes o algún material, por orden va dando esos encargos a los celadores que ese día les toque traslados, puede ser traslados de planta a planta o a hacer alguna prueba, si el paciente va en cama el traslado lo harán dos celadores, en cambio si es en silla o alguna otra cosa como material ira uno solo. En todo momento el jefe de turno apuntará a la o a las personas que hacen ese traslado y a la hora que se hizo. En el único turno donde no hay traslados es el de noche.

. El resultado es un buen funcionamiento entre auxiliares y celadores a la hora de hacer el trabajo en planta. Y un buen trato para los pacientes cuando se les tiene que trasladar ya que son lo mas inportante.

5 Discusión-Conclusión

Al final, nadie se da cuenta del trabajo que hacemos los celadores y de la importancia que tiene, ya que en ninguno de los puestos nos lo valoran como se merece, e incluso a veces intentan darnos más trabajo del que nos corresponde. Es por ello que es necesaria la concienciación de toda la sociedad y que algún día, terminen todos por reconocer nuestra gran labor y la aprecien como tal.

6 Bibliografía

- <http://celadoresonline.blogspot.com>

- www.auxiliares-enfermeria.com.funciondelcelador

Capítulo 1243

EL CELADOR EN QUIROFANO

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

PEDRO SUAREZ SUAREZ

AVELINA INFANTES LOPEZ

1 Introducción

El celador en el quirófano es la primera persona que ve el paciente cuando entra en el bloque quirúrgico, o también cuando el mismo celador de quirófano vestido de blanco va a buscarlo a la habitación para llevarlo al bloque quirúrgico.

El celador en el quirófano también tendrá que llevar el material necesario para cada quirófano y al paciente.

2 Objetivos

-Establecer las funciones del celador en quirófano.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

- Las funciones del celador en quirófano se pueden resumir en:

- Traslado colocacion del paciente.
- Trasporte y colocacion de los aparatos.
- Llevar pruebas a analizar dependiendo de qué sea irán a microbiología o anatomía patológica.
- Tratar bien en todo momento al paciente.

. El celador llegará al bloque quirúrgico vestido de blanco. Allí, la supervisora les dará unos papeles donde traerá el nombre del paciente, la habitación en la que está y al quirófano que irá. De dos en dos, los celadores irán a buscar al paciente y lo dejarán en la entrada del bloque quirúrgico, donde le esperará otro compañero vestido de verde, el cual ya habrá metido el material necesario en cada quirófano, pondrá un gorro al paciente y lo pasará al ante quirófano, mientras los demás compañeros se van a cambiar de verde.

. En el momento que están todos cambiados, si queda algún paciente en la entrada del bloque quirúrgico, lo pasarán al ante quirófano.

En el momento en el que estén los anestesistas estén dentro del quirófano, las enfermeras avisarán a los celadores para que pasen a cada paciente al quirófano donde se le colocará en la mesa quirúrgica y se pondrán los soportes necesarias para la intervención en caso de que no necesiten nada más, se saldrán del quirófano. En otras ocasiones, el celador tiene que esperar a que lleguen los cirujanos por si hay que pintar alguna extremidad, ya que son los celadores los que tienen que sujetar la extremidad del paciente mientras pintan.

. Por último, si no se necesita nada durante la intervención como ir a por medicación y meterla dentro del quirófano, el celador acabará hasta la finalización de la intervención, que se le avisará para pasar al paciente a la cama otra vez, y será llevado por los celadores y el o la anestesista a reanimación, o a la unidad que corresponde su gravedad.

. A la entrada del quirófano, por la mañana, habrá dos personas de blanco las cuales están para llevar la documentación necesaria y bajar más pacientes si hace falta.

. Que los pacientes tengan una buena colocación y un buen trato en el quirófano

ya que somos los primeros que ven cuando llegan ,y también a veces cuando se despiertan ya que estamos sujetándolos.

5 Discusión-Conclusión

Que en los quirófanos somos menos celadores de los que se necesitan para que funcione mejor , ya que es un trabajo muy importante y es difícil tener personal disponible por la sobrecarga de trabajo. Además las condiciones a veces no son óptimas en cuanto ambiente de trabajo y relaciones interprofesionales.

6 Bibliografía

- <http://www.lodoss.net> www.celadores.blogspot.com
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1244

VIGILANCIA DEL CELADOR DE CENTROS SANITARIOS

ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ

JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE

1 Introducción

Dentro de las funciones del celador está la vigilancia de las entradas y dependencias de la institución, cuidando de que haya el mayor orden y silencio posible, que el comportamiento de enfermos y visitantes sea el propio establecido en las normas de la Institución. Esto muchas veces resulta difícil dada la situación de especial susceptibilidad que conlleva el problema sanitario del paciente y la sensibilidad de la familia. Esta situación lleva a que el celador sepa mediar de manera profesional, tranquila y serena para conseguir de esta manera apaciguar los nervios de la situación.

2 Objetivos

- Analizar la función de vigilancia que realizan los celadores en los centros sanitarios.
- Estudiar el comportamiento de los usuarios para saber como mediar ante situaciones conflictivas.
- Aplicar las normas de la Institución referentes a todo aquello que tenga que ver con vigilancia y orden.

3 Metodología

Para la realización de este estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en varias bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane, utilizando palabras clave como: Celador, vigilancia, hospital, orden.

4 Resultados

Los celadores vigilantes se enfrentan en ocasiones a conflictos derivados de sus funciones, a episodios poco gratos en los cuales deben interceder y mediar con profesionalidad. Vigilan los centros durante el día y durante la noche, controlan el paso de las visitas y también el material que introducen en las dependencias. Dirigen a los familiares al lugar donde está el paciente, requiriendo un pase autorizado. Se encargan de mantener el orden y silencio en toda la institución, cuidado de que los pasillos estén libres para facilitar el trabajo al equipo sanitario. Cuidan de que los materiales estén en buen estado y se hacen cargo del mobiliario deteriorado, enviándolo a donde corresponde (talleres).

En caso de incidencia se dirigirán a su superior dando informe de ello.

5 Discusión-Conclusión

Recaltar la labor de vigilancia de los celadores es importante ya que de ellos depende en buena parte el buen funcionamiento general de los centros sanitarios.

Resulta muchas veces complicada la función que desempeñan estos profesionales ya que dentro de sus tareas está la de vigilar las dependencias e impedir el paso a visitas no autorizadas, y esto conlleva muchas veces problemas generados por parte de los usuarios, que no aceptan las normas vigentes en la Institución.

El comportamiento de muchos usuarios que acuden a los hospitales es contrario al orden que como norma tienen que hacer cumplir los celadores, y esto puede derivar en una carga emocional importante ya que se enfrenta a situaciones conflictivas. Resultaría beneficioso que las normas de cada cual estuvieran claramente expresas de manera que los usuarios que acuden a los hospitales conocieran la función de vigilancia que tiene que realizar el celador que por otro lado, sólo trata de facilitar el bienestar del paciente.

6 Bibliografía

- "Manual celador dentro del Servicio de Salud". Temario MAD
- "Conocimientos básicos y funciones del Celador". Curso Logoss
- "www.amirsalud.com" Funciones del Celador de Hospital

Capítulo 1245

RIESGOS ERGONOMICOS EN LA MANIPULACION DE CARGAS EN CENTROS HOSPITALARIOS

ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ

JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE

1 Introducción

La ergonomía se describe como un conjunto de conocimientos científicos que se aplican para adaptar el lugar de trabajo a las capacidades del trabajador para el desempeño de sus funciones.

Factores personales como la edad, la formación, la aptitud, la fatiga, interactúan con factores externos como la organización del trabajo, horario, turnos, apoyo en el seno del equipo, etc.

2 Objetivos

- Analizar los riesgos ergonómicos en el personal hospitalario.
- Identificar los riesgos que existen en el lugar de trabajo destinado.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se

ha realizado una búsqueda sistemática de libros y consultado en diversas bases de datos como Pubmed, Science y en otras fuentes como la Agencia Europea para la Seguridad en el Trabajo. De 38 artículos encontrados, se han seleccionado 12. Las palabras clave que se emplearon para la búsqueda son: ergonomía, hospital, celadores, cargas.

4 Resultados

- Los profesionales que trabajan en los hospitales, principalmente los celadores, a los que nos vamos a referir en este capítulo, realizan tareas que en la mayoría de los casos implica la utilización manual y de fuerza (traslado de enfermos en silla, cama o camilla, movilización de enfermos y de cargas, cambios posturales, traslado de carros de comida o medicación, traslado de mobiliario y aparatos, traslado de historias, etc.), son por ello los más afectados de sufrir trastornos músculo-esqueléticos dando lugar a patologías de cervical y lumbar así como de columna o de miembro superior.
- El entorno ergonómico debe estar organizado de manera que se puedan aprovechar todos los recursos para desarrollar el trabajo y conseguir que éste se realice con el máximo confort posible, es por ello muy importante no manipular cargas pesadas sin la ayuda de medios mecánicos o compañeros así como a la hora de transportar enfermos o cargas pesadas utilizar siempre los músculos de las piernas manteniendo la espalda recta, se deben evitar las posturas forzadas y el trabajo repetitivo, alternado las tareas y haciendo pausas en la medida de lo posible, y en todo momento manteniendo la posición neutra de la columna para que las vértebras se mantengan en paralelo durante el esfuerzo y desplazando así el movimiento hacia las piernas.

5 Discusión-Conclusión

Cuando existe un riesgo ergonómico se debería realizar una evaluación específica para mejorar las condiciones del puesto de trabajo y reducir el nivel de riesgo a un nivel aceptable. Los cursos destinados a trabajadores y orientados a la manipulación de cargas, así como la utilización de equipos de trabajo adecuados y actuaciones preventivas deberían estar al alcance de todos los trabajadores, también es muy importante la práctica de actividades aeróbicas (caminar, bicicleta, natación, etc.) que ayudan a mantener los músculos activos.

6 Bibliografía

- www.mundosanitario.com: "Curso de Ergonomía del Trabajo e Higiene Postural para Celadores"
- www.prevencionintegral.com: "Valoración ergonómica de las tareas del Celador de Hospital" www.seguridad-laboral.es
- Salud Laboral: "Prevención de Riesgos Laborales"
- Editorial MAD Celadores
- Curso Logoss: "Técnicas de Movilización e inmovilización para Celadores"

Capítulo 1246

TÉCNICAS DE IMAGEN RADIOLÓGICA COMO APOYO PARA DIAGNOSTICAR SÜDECK O SÍNDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO (SDRC)

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

1 Introducción

El Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) es conocido como distrofia simpático refleja (DSR) o Síndrome de Südeck. Fue Paget en 1862 quien explicaba por primera vez ésta enfermedad pero no fue hasta 1864 cuando Mitchel utilizó el término de causalgia (dolor crónico y muy persistente de la piel, debido a un traumatismo o a una intervención quirúrgica que afecta a un nervio sensitivo). La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IAPS) determinó en 1993 adoptar la denominación de SDRC y a partir de 1994 lo clasifica en 2 tipos, según

la existencia o no de lesión nerviosa. (Cuenca et al1). Abarca a diversas entidades patológicas, que se caracteriza por dolor, trastornos vaso y sudomotores, retraso presentan con algunas características parecidas agrupadas con motivo de beneficio clínico:

- Síndrome: por ser un conjunto de signos y síntomas.
- Dolor: es lo mas característico y puede ser de distinta intensidad.
- Regional: por encontrarse los síntomas dentro del área de origen de la lesión.
- Complejo: por la variedad de presentaciones clínicas que lo diferencian de otros dolores neuropáticos.

El síndrome es una forma de dolor neuropático, asociado con hiperpatía, inestabilidad neurovascular, neuroinflamación y disfunción del sistema límbico; es decir una alteración de todas las funciones del sistema simpático autónomo, desencadenado por una hipersensibilidad de los neurorreceptores a las catecolaminas.(Homs et al2)

No se conocen a ciencia cierta los mecanismos patogénicos que lo producen pero sí que se mantiene constante una actividad neuronal anormal que afecta a trastornos tróficos y en algunos pacientes alteraciones psicológicas. Clínicamente la evolución se realiza en dos tiempos: una “Fase caliente” pseudo-inflamatoria todo el sistema nervioso. Se de la recuperación funcional, o edematosa, y una “Fase fría” que cursa con fibrosis cutánea y amiotrofia más o menos asociada a otros trastornos tróficos.

Se distinguen tres grados de severidad y la evolución es, a largo plazo, generalmente favorable, aunque totalmente imprevisible pudiendo manifestarse en episodios sucesivos en diferentes territorios, o presentar una extensión progresiva a partir de una localización inicialmente afectada, dando lugar a cuadros graves invalidantes y crónicos en algunos casos con secuelas permanentes. (Rodrigo3).

El SDRC se ha dividido según la etiología en: Tipo I (Distrofia Simpática Refleja o Síndrome de Südeck), en el que no se identifica ninguna lesión nerviosa y representa el 90% de los casos clínicos, y el tipo II (Causalgia), en la que sí objetivamos lesión nerviosa. (Cuenca et al4).

El síndrome doloroso regional complejo es una de las afecciones clínicas que mayor dificultad genera en los tratamientos de fisioterapia debido, en gran medida, a la falta de unificación de criterio en cuál es el principal síntoma a valorar en cada estadio de este cuadro clínico, así como a la falta de convergencia sobre

el agente terapéutico más adecuado para el tratamiento del dolor que produce esta afección.

Se establece un paralelismo entre los diferentes autores y se determina que los síntomas característicos son: estadio I, dolor intenso; estadio II, distrofia, estadio III, atrofia. (Jiménez et al 5)

Se ha comprobado que para el tratamiento del dolor el método más efectivo es el uso de la corriente TENS, que consiste en estimular terminaciones nerviosas localizadas en el tejido blando y/o músculo, mediante la aplicación de una corriente eléctrica demasiado suave como para excitar los nervios del dolor, pero suficientemente intensa para estimular otras terminaciones nerviosas de la piel. Su estimulación activa unas células de la médula que liberan una sustancia denominada “encefalina”. Esta sustancia se fija a los nervios del dolor e impiden que activen las células que perciben el dolor en la médula. Lo que se pretende es crear un efecto analgésico para disminuir el dolor. (Martin et al6).

Este síndrome presenta una serie de signos y síntomas principales: dolor intenso; hiperestesia; hiperalgesia; alodinia; deficiencias sensoriales como trastorno hemisensorial, hipoestesia, tumefacción, cambios de color y temperatura, anomalías de sudoración, cambios en la piel: palidez, fibrosis, hiperqueratosis y piel brillante y fina; alteraciones tróficas y vasomotoras; atrofia muscular y ósea. El SDRC se puede acompañar de disfunción motriz: temblor, distonía, mioclonos, limitación de la movilidad articular y disminución de la fuerza muscular, especialmente la fuerza de prensión.

En la fase avanzada se produce atrofia muscular, que en algunos pacientes se manifiesta con la mano cerrada en puño e imposibilidad de abrirla. Es importante tener en cuenta que la clasificación (Tipo I, II) no tiene en consideración la presencia de compromiso nervioso simpático. La única manera de determinar si este componente está presente, es mediante el bloqueo de la inervación simpática de la zona comprometida.

Las extremidades que con mayor frecuencia se afectan son las superiores, en el 44-61% de los casos, seguidas de las inferiores en el 39-51%, pudiendo progresar el SDRC, en ocasiones, y comprometer la extremidad contralateral. También se puede presentar en niños. El SDRC puede localizarse en cualquier parte del cuerpo incluyendo órganos intraabdominales o pélvicos.

Según la localización del SDRC, se han descrito: SDRC hombro-mano, SDRC aislado de mano y muñeca, SDRC aislado del hombro (hombro congelado post-traumático, hombro congelado post ACV, hombro congelado idiopático), SDRC

bilateral del hombro, SDRC aislado del pie, SDRC de rodilla, SDRC de sacroilíaca y SDRC de cadera.(Martinez et al7).

2 Objetivos

- Determinar las técnicas diagnósticas y terapéuticas más efectivas fundamentadas en medicina basada en la evidencia, que permitan un adecuado control de los pacientes aquejados del SDRC.

3 Metodología

Los pacientes con Südeck o Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) han recibido diferentes tratamientos, con mayor o menor éxito. En la presente revisión se realiza una búsqueda sistemática en Google Académico utilizando el término Südeck, así como artículos y publicaciones de hospitales españoles y extranjeros. Utilizamos como palabras clave: “Algodistrofia”, “Causalgia”, “Distrofia”, “Síndrome dolor regional completo”. Se revisan textos de bibliografías y textos de estudios donde se valora la validez de los mismos y se incluyen únicamente estudios en español realizados entre los años 2008 y 2019.

4 Bibliografía

- 1. Cuenca González, Concepción, et al. “Síndrome doloroso regional complejo.” *Revista Clínica de Medicina de Familia* 5.2 (2012): 120-129.
- 2. Homs, Jordi Montero, et al. “Diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático.” *Med Clin (Barc)* 133.16
- 3. Rodrigo, M. D., et al. “Síndrome de dolor regional complejo.” *Rev Soc Esp Dolor* 7.Supl II (2000): 78-97.
- 4. Cuenca González, Concepción, et al. “Síndrome doloroso regional complejo.” *Revista Clínica de Medicina de Familia* 5.2 (2012): 120-129.

Capítulo 1247

ACTUACION DEL CELADOR EN RELACION AL PACIENTE TERMINAL

JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE

ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ

1 Introducción

Enfermedad terminal es aquella para la que no hay tratamiento posible y que lleva a la muerte en un tiempo que por lo general es inferior a los 6 meses. El objetivo principal para un enfermo terminal, en cuanto a atención médica se refiere, es el de cuidar en lugar de curar, por tanto todo el equipo de profesionales (médicos, enfermería, auxiliares, celadores, tratarán de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que llegue la muerte, la atención médica integral que recibe el enfermo terminal son los cuidados paliativos.

2 Objetivos

- Identificar los signos que anteceden a la muerte para proporcionar el bienestar del enfermo así como las fases por las que pasa.
- Analizar la actuación del celador con el paciente terminal.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas bases de datos como, Pubmed, Scielo, Cuiden y en revistas científicas.

De los 54 artículos encontrados, se han seleccionado 12. Se han utilizado para la búsqueda las palabras clave: paliativos, enfermo terminal, celador.

4 Resultados

El enfermo terminal, no solo se enfrenta a problemas físicos también están presentes los problemas psicológicos que aunque no todos los enfermos reaccionan igual, existen algunas reacciones comunes como la depresión, el miedo y la ansiedad.

A partir del momento en que es consciente de la muerte se dan una serie de etapas:

- Shock: al comunicarle que su enfermedad no tiene remedio.
- Negación: negando la realidad.
- Cólera: siente rabia, enfado.
- Negociación: negocia con sus creencias.
- Depresión: la tristeza de aceptar la muerte.
- Aceptación: aquí el enfermo está preparado para morir, ya no hay depresión más bien resignación.

La atención y cuidados que requiere el enfermo terminal vienen dados en función al problema de salud que éste presente, no es necesariamente un enfermo encamado pero sí es un paciente que precisa de una atención especial ante los problemas a los que se enfrenta en el progreso de su enfermedad (dolor, estreñimiento, vómitos, náuseas, diarrea, etc).

El celador, dentro de sus funciones, ayudará a proporcionar la comodidad del enfermo, realizando el aseo, cambiando la cama, los cambios posturales, siempre que sea necesario y teniendo especial cuidado a la hora de moverlo. Hay que comprender todas estas etapas y empatizar con el enfermo tratando con cariño y comprensión, dejándolo hablar y cuidando siempre el lenguaje que utilizamos, tanto el verbal como el no verbal y respetando siempre sus creencias religiosas.

Al llegar la última fase, el celador, prestará también atención especial a la familia del enfermo ya que ésta situación provoca un gran impacto emocional ante la pérdida de un ser querido. El celador deberá conocer la importancia de la familia y respetará cualquier reacción ofreciendo su apoyo sin hacer juicios, proporcionándoles comodidad durante su estancia en el hospital, orientándoles, atendiendo sus peticiones y tratándolos siempre de forma cordial y respetuosa.

5 Discusión-Conclusión

El papel que desempeña el celador para con los pacientes terminales es muy importante ya que su actuación, empatía y saber estar provocan sentimientos positivos en el paciente y su familia. Hay que tener siempre presente las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y la familia, por ello resulta muy importante organizar cursos formativos para el celador y coordinar un equipo con todos los profesionales para una mejor atención al paciente.

6 Bibliografía

- MedlinePlus
- www.secpal.com
- www.medicosypacientes.com
- Logoss: " Actuación del Celador con el Enfermo Terminal"
- Editorial MAD- Celadores

Capítulo 1248

FUNCIONES DEL CELADOR DENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

1 Introducción

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá las siguientes actividades:

- Promoción de la salud.
- Educación sanitaria.
- Prevención de la enfermedad.
- Asistencia sanitaria.
- Mantenimiento y recuperación de la salud.
- Rehabilitación física.
- Trabajo social.

Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre

los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados.

Además se debe tener claro el concepto del equipo de atención primaria. Así, el equipo de atención primaria es el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que tiene como ámbito territorial de actuación la zona de salud y como localización física principal el centro de salud. Los Equipos de Atención Primaria (EAP) son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados y que están bajo la dirección de un coordinador médico, estando compuesto por:

- Médicos de medicina general y pediatría, puericultura de zona, ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, matronas y auxiliares de clínica, adscritos a la zona.
- Funcionarios técnicos del Estado al servicio de la sanidad local adscritos a los cuerpos de médicos, practicantes y matronas titulares radicados en la zona.
- Farmacéuticos titulares radicados en la zona colaborarán con el equipo.
- Veterinarios titulares radicados en la zona podrán integrarse en el EAP.
- Los trabajadores sociales o asistentes sociales.
- El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del centro, por ejemplo los celadores.
- Y todos aquellos profesionales que sean precisos y las disponibilidades presupuestarias lo permitan.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del equipo de atención primaria así como las del celador para un adecuado cuidado del enfermo.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las funciones del EAP son:
 - . Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia, en coordinación con la Atención Especializada.
 - . Realizar las actividades encaminadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social.
 - . Contribuir a la educación sanitaria de la población.
 - . Realizar el diagnóstico de salud de la Zona.
 - . Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
 - . Realizar actividades, de formación pregraduada y posgraduada de atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
 - . Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.
- Las funciones de los celadores en ambulatorios son similares a las que desarrollan los celadores de puertas en un hospital:
 - . Cuidar del orden en todas las dependencias, vigilando el comportamiento de los enfermos y acompañantes, para conseguir el silencio y orden adecuado.
 - . Informar al público del lugar, día y hora de las consultas.
 - . Traslada documentación, objetos, aparatos y materiales cuando sean requeridos para ello.
 - . Se encargan del traslado de enfermos que no pueden hacerlo por sí mismos.
 - . Ayudarán al personal sanitario, si son requeridos, en curas y pequeñas intervenciones.

5 Discusión-Conclusión

El celador es una parte imprescindible y muy importante en el equipo de atención primaria, es por ello que su trabajo profesional debe ser realizado por personal competente dentro del cuidado integral del paciente y dentro del equipo multidisciplinar de atención primaria.

6 Bibliografía

- <http://celadoresonline.blogspot.com/p/atencion-primaria.html>
<https://drive.google.com/file/d/1QVMafUCckb2dDCPvCfrej0A-oYneg3eN/view> http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm

https://www.google.com/search?q=El+celador+en+atenci%C3%B3n+primaria&rlz=1C1PRFE_enES699ES711&ei=6ZD_Xc6VG5-FhbIPmp-qwAQ&start=10&sa=N&ved=2ahUKEwiOrriHzsm
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1249

NECESIDAD DE FORMACIÓN Y APRENDIZAJE EN EL TEMA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES HOSPITALARIOS

JOSÉ SAMUEL FERNÁNDEZ SALVANTE

ANA BELLA VAQUERO ABOLI

1 Introducción

La definición de Prevención de riesgos laborales viene dada en el (Art. 4.1 LPRL) El conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. Para detectar precozmente un riesgo para el trabajador es imprescindible utilizar la herramienta de evaluación de riesgos laborales entre los cuales pueden aparecer: Riesgos Físicos, químicos, Psicosociales, ergonómicos etc.

Muchos autores hablan sobre como surgió la historia de prevención de riesgos y aparecen varios hitos entre los que podemos diferenciar:

- De morbis artificum diatriba (Bernardino Ramazzini, 1713): descripción de enfermedades relacionadas con distintas profesiones, y condiciones higiénicas recomendables. Por este trabajo se suele considerar a Ramazzini padre de la Medicina del trabajo.
- En España, algunos de los hitos más importantes son:
- Ley de accidentes de trabajo (1900).
- Creación de la Inspección de Trabajo (1906).

- Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1940).
- Creación del Servicio Social de Higiene y Seguridad en el Trabajo, hoy Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (1970).
- Aprobación de la Ley de prevención de riesgos laborales (1995), que inicia una nueva etapa en la que el término "prevención de riesgos laborales" viene a sustituir al clásico "seguridad e higiene en el trabajo" poniendo el acento en el aspecto preventivo.

La Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) elaboró en 1997 la Declaración de Luxemburgo, documento en el que se indicaban que medidas fundamentales y unas hipótesis imprescindibles para lograr la mejor gestión de la salud de los trabajadores en la empresa.

Adentrándonos en nuestro tema expuesto de formación y aprendizaje en medios sanitarios nuestro capítulo va en base a hospitales, centros sanitarios en los que se incluye cualquier personal tanto sanitario como no sanitario. Nuestro centro sanitario es un entorno en el cual el trabajador vela por la salud del enfermo y de su propia salud. Los dos grandes grupos más conocidos en los que el plan de prevención de riesgos laborales debería ser formados en:

- Riesgo laboral químico entendemos tal como La Directiva 98/24/CE define agente químico como todo elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido, incluido el vertido como residuo, en una actividad laboral, se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no. En los centros existen grandes sustancias químicas entre las que pueden entrar hasta medicación, agentes inhalatorios, anestésicos, pinturas, barnices etc. Es muy importante conocer simbología que a partir del 1 de diciembre de 2010, todas las sustancias se clasificarán, etiquetarán y envasarán según los criterios del nuevo Reglamento CE nº 1272/2008 sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (Reglamento CLP) y a partir del 2016, todas las mezclas, quedando definitivamente derogado y desfasado el Reglamento sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias peligrosas (RD363/1995).
- El otro grande grupo es el Riesgo laboral biológico aquí entra a formar parte la transmisión de enfermedades por exposición a infecciones infectocontagiosas, fómites etc.
- Otro riesgo del que pocos autores hablan es de turnicidad que entra a formar parte del riesgo laboral biológico ya que altera ritmo circadiano del personal. El cuerpo humano no funciona las 24 horas que dura el día con el mismo equilibrio, solidez. Algún autor se atreve a decir que el cuerpo humano esta diseñado para

actividad diurna y descanso nocturno.

Este trabajo a turnos puede provocar: Trastornos de sueño, intestinales, de atención, predisposición a padecer accidentes ante la falta de alerta del trabajador. Disminución de rendimiento en el trabajo etc.

2 Objetivos

- Analizar la formación que poseen los profesionales sanitarios y no sanitarios sobre prevención de riesgos laborales en ámbito sanitario.
- Describir los beneficios de conocer formación de profesionales sanitarios y no sanitarios.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficio de formación de la prevención riesgos laborales en profesionales sanitarios y no sanitarios. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron “Prevención” “Formación” “Instituciones académicas”. “Riesgos” “Laboral”. Las palabras utilizadas en MESH fueron “Training”, “occupational hazard”. Se seleccionaron artículos que correspondían a la última década, incluyendo sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas. Normas de aceptar textos:

- Textos que aparezcan palabras como: Prevención riesgo laboral, Trabajador ámbito sanitario
- Sin discriminar idioma.
- Artículos aparezca el 100% todo el documento.
- Bases de datos
- Revistas, libros

Criterios de Exclusión:

- Artículos sin autor
- Artículos sin título
- Textos sin validez científica.

Se realiza una búsqueda bibliográfica desde 1 de Septiembre de 2019 a 1 de Diciembre de 2019 Se realiza la búsqueda en todas las bases de datos utilizando las combinaciones posibles de todas las palabras expuestas anteriormente. Las mismas combinaciones se repiten en cada una de las bases de datos. Se obtienen un total de 31745 artículos y, utilizando como filtro de últimos 10 años, dan un total de 19222 artículos. 18986 artículos fueron excluidos, bien porque estaban duplicados o por falta de adecuación al tema de estudio. Los 176 artículos restantes son sometidos a un segundo nivel de filtrado a través de lectura crítica revisando el texto completo para confirmar relevancia. Esto condujo a la exclusión adicional de 169 artículos. En total quedan 50 artículos. En la última búsqueda mediante las palabras que más artículos relevantes salieron y se añade un estudio longitudinal, quedando 12 artículos que consideramos aptos para nuestra revisión bibliográfica.

4 Resultados

- (García González 2019) una adecuada formación y específica a cada categoría profesional evitaría el número de riesgos laborales.
- (Carlos Martínez 2012) Una formación continua ante la actualización y aparición de nuevos riesgos laborales en nuestro centro de trabajo.
- Un resultado el cual algún autor nombra ante la turnicidad es Reducir o evitar, en lo posible, la carga de trabajo en el turno de noche y no trabajar nunca de noche en solitario. Programar aquellas actividades que se consideren imprescindibles e igualmente evitar tareas que supongan una elevada atención entre las 3 y las 6 horas de la madrugada. Es recomendable introducir pausas breves a lo largo del turno de noche.
- Promocionar la Formación de prevención de riesgos laborales gratuita atraería a más personal y fomentaría la participación en todos los cursos.

5 Discusión-Conclusión

Todo personal que trabaje en un centro sanitario debería ser formado para cualquier imprevisto que surja dentro del horario laboral o in itinere. Debería ser formación teórica e incluso en algunos casos práctica. Una formación adaptada a cada profesional evitaría muchos de los accidentes por riesgos laborales. Pues el profesional una vez que pueda detectar el peligro pondría se pondría en alerta. En cuanto al turnicidad sería adecuado un trabajo en el cual el descanso

seria necesario para que el ritmo biológico pueda adaptarse a los horarios obligatorios para el trabajador. Nos encontramos ante una situación que debido a la carga laboral en el ámbito sanitario la formación en PRL es muy básica por lo que deberían formar mas a los profesionales que trabajan en este campo.

6 Bibliografía

- Carlos Martínez Domínguez, Belén Arcones Tejedor, Ricardo Díaz Martín: Marco Preventivo de la Prevención de Riesgos Laborales (Ed. Roble, Madrid, 2012).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995. 1995. 8 de noviembre de 1995; B.O.E nº 269.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. RD 39/1997. Reglamento de Servicios de Prevención. 27 de Junio de 1997; BOE nº 159.
- (La integración de la seguridad y la salud en el trabajo en el sistema educativo: buenas prácticas en la enseñanza escolar y la formación profesional. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo (2004).
- Merino de la Hoz F, Durá MJ, Rodríguez E, González S, López LM, Abajas C, Horra I. Conocimiento y cumplimiento de las medidas de bioseguridad y accidentes biológicos de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clin* 2010;20:179-185
- Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Catalogo nacional de hospitales 2011.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Riesgos Biológicos en Personal Sanitario. Programas de Prevención. 2001

Capítulo 1250

EL CELADOR EN EL AMBITO HOSPITALARIO.

JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE

ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ

1 Introducción

El celador como parte integrante del equipo humano que desarrolla su actividad profesional en un centro hospitalario, cumple una función de suma importancia para el funcionamiento de todas las áreas de las que se compone el hospital y que analizaremos a lo largo de este artículo.

2 Objetivos

- Analizar las funciones que corresponden al personal celador dentro del ámbito hospitalario, tanto las que se refieren a la relación de éstos con los pacientes, como las que se refieren a la labor de apoyo al resto de personal sanitario.

3 Metodología

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

Palabras clave :celador, hospital, funciones. De 34 artículos se seleccionan 10.

4 Resultados

El celador/a de hospital es una profesión que abarca multitud de tareas diferenciadas según la unidad en la que desarrollen su trabajo que aunque no sean tareas muy especializadas conllevan un nivel de exigencia alto.

- De forma general, las tareas del celador según el puesto son:

A). Celador de puerta:

. Es el que establece el primer contacto con el paciente por lo tanto requiere que esté dotado de amabilidad, paciencia y facilidad de palabra a la hora de atender las dudas que puedan plantearle y sean de su competencia.

. También controlará que se cumplan las normas de acceso y salida del hospital y de comportamiento dentro de este.

B). Celador de planta:

. Lleva al enfermo a su habitación y ayuda a el /la auxiliar a acostarlo.

. Ayuda al personal auxiliar de enfermería en el aseo de pacientes y mobilization de los mismos.

. Instruye a los pacientes en el manejo de camas articuladas, timbres, persianas etc.

. Vela por el buen uso de los aparatos y enseres de la institución, así como por el mantenimiento del orden.

. Traslada a los enfermos, informes, equipos y una lista muy variada de tareas propias de la planta hospitalaria.

C).Celador de urgencias:

. Esta área del hospital tiene unas funciones mas limitadas pero muy complejas pues requiere dinamismo, trato muy humano y espíritu de equipo dadas las características de los pacientes a su cargo, pudiendo realizar todo tipo de labor que le requiera el equipo sanitario.

D). Celador de quirófano:

. Aparte de el resto de misiones que son comunes para todo el personal, el celador de quirofano es el encargado de llevar al enfermo al quirófano y colocarlo en la mesa de operaciones según las instrucciones del personal sanitario así como de trasladarlo a la unidad de reanimación al acabar la operación.

. El celador de quirofano debiera llevar uniforme adecuado y durante la intervención permanecerá en el antequirófano.

Aparte de los que hemos mencionado existen muchos otros puestos cada uno con unas funciones comunes a todos y otras

. Funciones específicas del puesto, se enumeran algunas: celador de farmacia, celador de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), celador de lavandería, de almacén, etc.

5 Discusión-Conclusión

En resumen sacamos en conclusión que la labor del celador sin requerir un alto grado de especialización, si requiere aparte de estar dotado físicamente estar también dotado en relaciones humanas pues tiene un contacto muy directo con los pacientes y sus familiares, y de él trato que reciban dependerá la impresión que se lleven de la institución.

Cabe señalar que se debería dar más importancia al puesto de celador y dotarlo de cursillos de formación tanto en metodología del trabajo como en las relaciones humanas, formación de la que muchas veces se carece y se va adquiriendo con la experiencia laboral.

6 Bibliografía

- Www.ifp.es
- Www.amirsalud.com
- Curso de Logos.
- Editorial Mad-celadores.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1251

EL CELADOR EN CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARIAS.

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

1 Introducción

Una de las principales funciones del área de consultas externas es el estudio de pacientes remitidos desde atención primaria, por otros servicios hospitalarios o por consultas de la misma especialidad existentes en los centros de especialidades de su área sanitaria, también el seguimiento de pacientes dados de alta, y la realización de procedimientos, técnicas y pruebas complementarias que no pueden realizarse en los centros de especialidades y que no implican el ingreso del paciente.

El creciente número de derivaciones desde Atención Primaria (AP) y el incremento de las indicaciones de revisión desde Atención Especializada (AE), produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda que trae como consecuencia un aumento de la espera media para que un paciente pueda ser atendido en una consulta y la consiguiente aparición de listas de espera ,no obstante, con el fin de priorizar la programación de forma más rápida para aquellas patologías que presenten más gravedad ,existen diversos tipos de citas tales como ordinarias y

preferentes, que permiten de mayores a menores tiempos de espera respectivamente en diversas “agendas” de las especialidades.

Estas agendas estarán definidas por cada servicio y validadas por la dirección del centro. Hacen referencia al servicio, personal sanitario responsable de la misma, fecha, hora y paciente que será atendido y se presentan en soporte informático. Recoge todas las prestaciones que de forma programada se desarrollan en consultas externas, facilitando información periódica sobre la demanda y demora existente en los diversos servicios asistenciales.

Entre estos servicios asistenciales encontramos : alergología, cardiología, dermatología, medicina interna, endocrinología, nutrición, otorrinolaringología, neonatología, pediatría, ginecología, geriatría ,reumatología ,neurología ,neumología ,nefrología, unidad del dolor, urología, oncología, oftalmología, cardiología logopedia, asistente social, cirugía general, digestivo, traumatología, rehabilitación, anestesia, hematología, neurofisiología, podología, psicología, psiquiatría. También otros tales como :

- Extracciones: para la cumplimentación de peticiones analíticas, preparación de la paciente para la toma de muestras, extracción y obtención de los diferentes tipos de muestras y acondicionamiento del material obtenido para su transporte al laboratorio.
- Rehabilitación: presta asistencia integral a los pacientes que sufren patologías del aparato locomotor, el sistema nervioso y/o el sistema cardiorrespiratorio.
- Radiología: unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en radiodiagnóstico, está dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades utilizando como soporte técnico fundamental las imágenes y datos fundamentales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en las consultas externas hospitalarias.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente respecto a las funciones del celador en hospital. Se ha realizado

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

4 Resultados

Las funciones del celador en consultas externas hospitalarias se sustraen de la lectura del artículo 14.2 porque el celador no tiene referencia alguna expresa en su estatuto de personal no sanitario de 1971.

Así, podríamos señalar como funciones más significativas de un celador que preste servicios de consultas externas, las siguientes:

- Traslado de comunicaciones verbales, documentos, correspondencia y objetos .Así podemos entender desde el traslado del resultado de una prueba diagnóstica, el reparto de las mismas entre diversas consultas, dar traslado de muestras biológicas al servicio de laboratorio, etc.
- Control de los accesos de pacientes al servicio de consultas, que abarcaría desde impedir el paso a personas no autorizadas, información de horarios de consultas, localización de las mismas, ubicación de ascensores, etc.
- Poner a disposición de pacientes impedidos el material necesario para su traslado a la consulta y tras la salida de la misma.
- Colaborar con el personal de ambulancias de traslado en la movilización de pacientes impedidos.
- Colaborar con el personal sanitario en la movilización de los pacientes para exploraciones que por razón de sus dolencias o limitaciones físicas fuera necesario hacer en consulta.
- Velar por el orden y silencio en todas las dependencias, y los usos adecuados de mobiliario.
- Dar cuenta de los desperfectos o anomalías observadas durante el transcurso de su tarea, dando cuenta de los mismos a su inmediato superior.
- Abstenerse de hacer comentarios sobre diagnóstico, exploraciones, tratamientos ni pronósticos observados por razón de su trabajo .Orientar las preguntas sobre los mismos al médico responsable del paciente.
- Cualesquiera otras funciones similares a las anteriores encomendadas por sus superiores que no hayan sido anteriormente señaladas.

5 Discusión-Conclusión

Las consultas externas canalizan gran parte de la relación entre los servicios y la atención primaria, convirtiéndose aquella en el núcleo fundamental de la atención ambulatoria a nivel de atención especializada, con una gran demanda asistencial y una de las formas más frecuentes de acceso de los pacientes a la asistencia especializada. Es el área donde mayor número de pacientes son atendidos, y el ámbito en el cual la sociedad percibe con mayor cercanía la calidad de la atención médica que se le presta. El celador es una parte importante en la atención al usuario en consultas externas.

Es por tanto, el trabajo del celador fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Temario de celador. Editorial MAD.
- www.fabis.org.
- <https://www.daypo.com>.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.htm.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1252

FUNCIONES DEL CELADOR EN QUIRÓFANO

JOSE MIGUEL NORIEGA PUENTE

ALICIA MARIA INCLAN RODRIGUEZ

1 Introducción

Definimos quirófono como la una sala acondicionada para realizar en ella operaciones quirúrgicas y que debe de tener unas determinadas características, tanto en cuanto al tamaño como al acabado de sus superficies que deberán ser lisas y de fácil limpieza y desinfección.

Los bloques quirúrgicos deberán estar situados en una zona microbiológicamente aislada, pero bien comunicada con las áreas de urgencias, ucis, y unidades de reanimación. También deberán estar dotados de los equipos, aparatos, y sistemas de iluminación adecuados al tipo de intervención que se vaya a realizar en ellos.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador dentro del área quirúrgica.

3 Metodología

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

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

Palabras claves que se han utilizado para la búsqueda: celador, quirófano, anestesia, anatomía. De 54 artículos se han utilizado 12

4 Resultados

- La función de el celador de quirófano empieza desde el momento en que acude a la unidad de origen del paciente para su traslado al área quirúrgica correspondiente. Durante este traslado el celador deberá mostrar una actitud que transmita confianza al paciente y sus acompañantes, explicándoles con amabilidad a donde nos dirigimos y orientando a los acompañantes de el proceso de espera y indicándoles las salas de espera, cafeterías, lavabos etc.

Una vez que el paciente es recibido por el equipo médico y esté le explica en qué consiste la operación, el celador procede a llevarlo al quirófano y pasarlo de la cama o camilla a la mesa de operaciones donde lo colocará siguiendo las instrucciones del equipo médico para la aplicación de la anestesia.

Previamente a esto el celador deberá proveerse de la vestimenta adecuada para el acceso al quirófano y equiparse de gorro, guantes, calzas y mascarilla.

El celador se ocupará también del traslado y colocación de los aparatos y mobiliario necesarios para la intervención.

Durante la operación el celador permanecerá en el antequirófano.

Por si se le necesita para una movilización, para sujetar algún miembro que haya que pintar o para llevar muestras para analizar al servicio que corresponda: anatomía patológica, microbiología, banco de sangre, laboratorio etc.

Una vez termina la operación el celador colabora en caso de que el paciente se despierta agitado para sujetarlo.

Después se le pasa a la cama y se le traslada a la unidad de reanimación que indiquen.

En cuanto al trato del celador con el paciente sometido a intervención y sus familiares, se abstendrá de facilitar información sobre el estado del paciente o el resultado de la operación, derivándolos con amabilidad hacia el personal facultativo.

5 Discusión-Conclusión

Aunque ha sido una exposición a grandes rasgos de la labor del celador en quirófano, así como en el resto de áreas y servicios del hospital, nos da una idea de la importancia de esta en el funcionamiento de la institución.

Dicha labor sirve de apoyo a todo el personal facultativo durante todo el proceso quirúrgico desde el mismo momento en que recoge al paciente en la unidad de origen, estableciendo un primer contacto en los momentos previos a la operación y dándole confianza y tranquilidad ante el proceso que le espera.

6 Bibliografía

- Medlineplus
- www.medicosypacientes.com
- EditorialMad-celadores
- www.logos.net
- www.cgtsanidadlpa.org
- Bases de datos: Pubmed, Cuiden, y Scielo.

Capítulo 1253

MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO ANTE LOS DISTINTOS TIPOS DE AISLAMIENTO

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El concepto de aislamiento para personas con enfermedades transmisibles fue aplicado desde tiempos bíblicos, como en las colonias de leprosos. Antes de 1850, las infecciones cruzadas eran comunes y responsables de una alta mortalidad, durante la guerra de Crimea, Florence Nightingal concluyó en la necesidad de dividir a las salas comunes en cubículos y enfatizó la importancia de la asepsia y de mantener los ambientes limpios, cambiando así el concepto de la transmisión de las infecciones.

A inicios de 1889, los hospitales empezaron a usar ambientes de aislamiento individual y agregaron medidas como la utilización de utensilios individuales y el uso de desinfectantes. Grancher en París, Francia, promovió la teoría de la transmisión de enfermedades por contacto, más que por aire, de muchas enfermedades, lo que permitió que pacientes con enfermedades contagiosas fueran internados en salas comunes pero con el uso de separadores de ambiente (biombos). Esto sirvió para que el personal médico recordara usar guantes y lavarse las manos.

Las recomendaciones de aislamiento comenzaron a usarse a finales del siglo XIX en Estados Unidos, donde se segregaban los pacientes atendiendo al tipo de patología que padecían. En 1970, el centro de control de enfermedades publica un

manual en el que se recogen siete técnicas para el aislamiento hospitalario basándose en el mecanismo de transmisión de los agentes infecciosos. Años más tarde se comenzó a ver las primeras resistencias de microorganismos a desinfectantes, lo que provocó que a partir de entonces que los aislamientos se realizaran en función de la característica específica de cada enfermedad.

A medida que han ido pasando los años se han realizado cambios en los sistemas de aislamiento estableciéndose dos escalones: las “precauciones estándar”, que recogen las medidas indicadas en todos los pacientes y en el caso de pacientes con patología infecciosa, se aplicarían las “precauciones en función los mecanismos de transmisión”.

El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) inició el desarrollo de las primeras recomendaciones sobre aislamiento en 1967 y las publicó en 1970. En 1985 y 1986 publicó las recomendaciones para prevenir la infección por VIH en el medio laboral: “las precauciones universales” (sangre y fluidos corporales), siendo usadas como base de algunas guías publicadas por la OMS con el propósito de adecuarlas a países con menos recursos.

En 1996, el Comité Asesor de Prácticas sobre el Control de Infecciones Hospitalarias (HICPAC) publicó la “guía para las precauciones de aislamiento en las instituciones de hospitalización”, fusionando las principales características de las precauciones universales y el aislamiento de sustancias corporales, en lo que ahora conocemos como precauciones estándar para ser utilizadas con todos los pacientes en todo momento. Incluyó tres categorías de precauciones basadas en la transmisión (aérea, por gotas y de contacto).

2 Objetivos

-Describir cómo prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos y manuales de procedimientos de diferentes instituciones de salud. También se consultaron las páginas oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la Ley General de Salud y se dió

una mayor importancia a las fuentes nacionales dado que nos permiten obtener un panorama de lo existente en nuestro país.

4 Resultados

Precauciones estándar:

Son un conjunto de técnicas para el manejo de líquidos y fluidos o tejidos de todos los pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales. Éstas se aplican a todos los pacientes que reciben una atención hospitalaria, sin importar su diagnóstico o estado presumible de infección.

-Lavado de manos: tiene como objetivo eliminar los microorganismos patógenos de la piel, siendo la medida más sencilla y menos costosa demostrada para la prevención de infecciones nosocomiales.

-Uso de mascarillas: la técnica de colocación de mascarillas es la acción que se realiza para cubrir la nariz y la boca con una mascarilla para disminuir el riesgo de transmitir microorganismos patógenos al aire, proteger al paciente de infecciones por gotas y prevenir las infecciones adquiridas por la vía aérea.

-Uso de bata: es el procedimiento que se realiza para la colocación de una bata como barrera de protección para evitar la contaminación de superficies limpias con superficies contaminada, para proteger la ropa que está en contacto con un paciente infectado o proteger a un paciente con inmunosupresión.

-Uso de guantes: se utiliza principalmente para reducir los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal y de éstos a los pacientes, los guantes deben estar limpios y ser desechables. Éstos se usarán cuando exista la posibilidad de contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, membranas mucosas, piel no intacta o después de tener contacto con material contaminado. Deberán cambiarse los guantes entre los procedimientos en un mismo paciente y entre un paciente y otro.

-Uso de protección ocular: se utilizará en caso de riesgo de salpicaduras a los ojos, se recomienda para la protección de mucosa conjuntival, durante los procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de sangre o fluidos corporales.

Precauciones basadas en la transmisión:

La transmisión de infecciones requiere de tres elementos: una fuente de microorganismos que infecten, un huésped susceptible y un medio de transmisión. Las fuentes humanas de los microorganismos infectantes pueden ser los pacientes, el

personal de salud o en ocasiones, los visitantes y objetos inanimados del ambiente que se han contaminado, incluyendo el equipo. Éstas son precauciones diseñadas sólo para el cuidado de pacientes específicos, que se sabe o sospecha que están infectados o colonizados con patógenos importantes epidemiológicamente que pueden ser transmitidos. Hay tres tipos de precauciones según su transmisión: precauciones por transmisión aérea, precauciones por transmisión por gotas y precauciones por transmisión por contacto. Éstas pueden combinarse en enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se utilizan, ya sean solas o en combinación, deben utilizarse además de las precauciones estándar.

-Precauciones por transmisión aérea: se utilizan para pacientes confirmados o con sospecha de infección de microorganismos transmitidos por núcleos de gotas transportadas por el aire ($< 5 \mu\text{m}$), que pueden dispersarse por corrientes de aire a gran distancia y / o permanecer en suspensión largos periodos de tiempo. Se debe colocar al paciente en una habitación individual que tenga presión aérea negativa en relación con las áreas circundantes y una adecuada salida de aire al exterior o filtrado de alta eficiencia del aire de la habitación. Si esto no es posible, se debe mantener la puerta de la habitación cerrada y al paciente dentro de ella. Cuando no se disponga de un cuarto privado, se debe colocar en un cuarto con otro(s) paciente(s) que tenga(n) infección activa por el mismo microorganismo, pero no con otra infección. Utilizar protección respiratoria con mascarillas de alta eficiencia. Limitar el movimiento y transporte del paciente desde su cuarto al exterior; si esto no es posible colocarle una mascarilla

-Precauciones para transmisión por gotas: deberán instalarse en pacientes con infecciones por microorganismos transmitidos por gotas ($> 5 \mu\text{m}$) y que se generan al estornudar, toser, hablar o durante la realización de los procedimientos. Instalar al paciente en un cuarto privado. Si no hay un cuarto privado se hará en cuarto doble con otro paciente del mismo padecimiento, si no hay riesgo de otra infección. Si lo anterior no es posible, se debe mantener una distancia mínima de un metro entre el paciente infectado y otros pacientes o visitantes, así como usar mascarillas cuando se trabaje muy cerca del paciente (menos de un metro). Se debe limitar el transporte del paciente a lo esencial y en caso de traslado, colocarle mascarillas, guantes y bata. Éstas se usan si hay riesgo de salpicadura de secreciones respiratorias; los artículos contaminados deben ser desinfectados y/o esterilizados.

-Precauciones para la transmisión por contacto: se usarán para pacientes es con sospecha o diagnóstico de infección o colonización con microorganismos epidemiológicamente importantes, transmitidos por contacto directo con el paciente (contacto con las manos o de piel-a-piel que ocurre cuando la atención del pa-

ciente requiere tocar su piel seca). Deberán usarse guantes al entrar al cuarto (los guantes limpios no estériles son adecuados), cambiarse los guantes durante la actividad con el paciente después de tener contacto con el material infectante que pudiera contener concentraciones elevadas de microorganismos (materia fecal, drenaje de heridas), quitárselos antes de salir del cuarto y lavarse las manos inmediatamente, asegurándose que después de esto no se toque ninguna superficie o artículo potencialmente contaminado para evitar así, el transporte del microorganismo fuera del cuarto hacia otras áreas o pacientes. Si es inminente el contacto del paciente con la ropa del profesional de salud, se debe colocar una bata limpia no estéril antes de ingresar a la habitación. Asegurarse que su ropa no entre en contacto con las áreas de riesgo después de retirar la bata, depositar la ropa utilizada en una bolsa preparada antes de salir de la habitación y, en la medida de lo posible, el equipo de trabajo rutinario y otros objetos como el estetoscopio, termómetro y los utensilios de eliminación deben ser para uso exclusivo del paciente. Es muy clara la necesidad de considerar a todos los pacientes como potencialmente infectantes, pero la utilidad de las precauciones universales se limita a los patógenos transmitidos por sangre. Entonces es cuando se decide realizar una combinación del aislamiento para sustancias corporales y precauciones universales, resultando las “precauciones estándar”, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por sangre y también por otros patógenos. Este tipo de recomendaciones deberán ser utilizadas en todos los pacientes hospitalizados.

5 Discusión-Conclusión

Como resultado de la revisión de diferentes artículos, se ha verificado la importancia de las precauciones de aislamiento en pacientes con enfermedades transmisibles y se ha comprobado que sí existe una estandarización en las normas recomendadas para el aislamiento del enfermo infeccioso.

Las precauciones estándar están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos tanto de fuentes conocidas como desconocidas de infección entre los pacientes y los trabajadores dentro de los hospitales. El lavado de manos y la práctica de las precauciones estándar protegen de los agentes infecciosos a los pacientes, al personal de la salud y a todo aquel individuo que tenga contacto con el medio hospitalario, por tanto, deben ser base de toda terapéutica intrahospitalaria.

En el caso de pacientes con patología infecciosa deben aplicarse las precauciones en función de los mecanismos de transmisión: aérea, por gotas o por contacto.

6 Bibliografía

- Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.
Mayo 2014. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.
- Guía para las precauciones de aislamiento: prevención de la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica (2007) Centers for Disease Control and Prevention.
- Organización Mundial de la Salud. Precauciones estándares en la atención de la salud http://web.minsal.cl/sites/default/files/files2/Infograma_Precauciones_Estandares_0.pdf
- NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y asuntos sociales de España.
- Prevención y control de enfermedades. Diciembre del 2014 Orientación provisional para la prevención y el control de infecciones en la atención de pacientes con fiebre hemorrágica por filo virus presunta o confirmada en entornos de atención de salud, con énfasis en el virus del Ébola. Organización Mundial de la Salud.

Capítulo 1254

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ

1 Introducción

El término “rehabilitación”, es el conjunto de técnicas o procedimientos empleados para volver a habilitar los sistemas o aparatos lesionados (músculos, huesos, tendones, etc.). La finalidad principal es la recuperación de la funcionalidad de los mismos en la medida de lo posible y durante un periodo de tiempo relativo.

El servicio de rehabilitación se compone de distintos departamentos en los cuales se emplean técnicas variadas de rehabilitación, dependiendo de la lesión del paciente (hidroterapia, termoterapia, electroestimulación, etc.). Además, contará con un gimnasio propiamente dicho, el cual estará provisto de todo el aparataje necesario para tratar las lesiones del aparato locomotor (espalderas, bicicletas, pesas, andadores, etc.). Así el servicio de rehabilitación se compone, como mínimo, de:

- Consulta de rehabilitación.
- Sala de estar del personal.
- Sala de cinesiterapia.
- Sala de electroterapia.
- Piscina.

El celador es la persona que tiene por oficio celar o vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden así como realizar otras tareas de apoyo

en un establecimiento público. Forma parte del personal de servicios sanitarios. Es la primera persona con la que primero se contacta cuando se acude, ya sea como usuario o como paciente, a un establecimiento sanitario (hospital, centro de salud, etc.). En las instituciones sanitarias se producirán diversas situaciones en las que el celador tendrá que intervenir, por lo que el conocimiento de sus funciones es necesario.

En el servicio de rehabilitación resulta una figura esencial ya que surgirán distintas situaciones en las que tendrá que intervenir, ayudando o acompañando a los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el servicio de rehabilitación.
- Potenciar la importancia de la figura del celador en el servicio de rehabilitación, favoreciendo el máximo confort y bienestar de los pacientes.

3 Metodología

Tras definir los objetivos se realiza una búsqueda bibliográfica a través de diferentes páginas web, artículos, libros especializados y en distintas bases de datos: Dialnet y google académico. Para ello, se utilizan los siguientes descriptores: “celador”, “funciones” y “rehabilitación”.

Todo ello se completa con información obtenida en temarios y legislación actualizada.

4 Resultados

- Tras el análisis de la bibliografía, se puede determinar cómo los distintos documentos coinciden en destacar la importancia de la figura del celador en el servicio de rehabilitación y profundizar más en este tema ya que supone una persona muy importante para los pacientes, no solo a nivel físico, atencional y de acompañamiento sino también a nivel emocional y de empatía.
- El celador en el servicio de rehabilitación, además de las tareas propias de su actividad, marcadas por el estatuto, debe cumplir las siguientes:
Vigilar las entradas de la institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias mas que a las personas autorizadas a ello.

Velar continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la institución.

Recibir pacientes de rehabilitación que lleguen en ambulancia (transportando, unos en silla de ruedas, otros en camilla según el estado de cada paciente) a las distintas salas del servicio.

Subir historias y placas de rayos del archivo a la consulta y recogerlas una vez finalizada esta.

Trasladar pacientes de planta y una vez terminada la rehabilitación llevarlos a la habitación.

Transportar vales de petición de suministros, farmacia, etc.

Acompañar a los pacientes, que no puedan por sí solos, en la realización de los ejercicios.

Ayudar a los fisioterapeutas en las distintas técnicas de movilización de pacientes.

Permanecer a un lado del paciente para evitar posibles caídas cuando este realiza ejercicios en barras paralelas, con muletas o bastones.

Dar cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que se encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

Vigilar el acceso y estancia de familiares y visitantes, según las normas del centro, cuidando que no se introduzcan en el hospital más que aquellos objetos y paquetes autorizados.

No dejar nunca abandonada la vigilancia de la puerta de entrada.

En caso de conflicto con un visitante o intruso, requerirán la presencia del personal de seguridad.

En casos excepcionales podrán ser requeridos para cualquier otra actividad contemplada en su estatuto.

Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, se puede considerar que la figura del celador es imprescindible en el servicio de rehabilitación. Además de realizar sus funciones, debe presentar

capacidad de trabajo en equipo con el resto de personal sanitario que forma parte de este servicio como fisioterapeutas y médicos especialistas.

El traslado de enfermos es una de las misiones principales del celador en el servicio de rehabilitación, así como la ayuda en los ejercicios que aquellos deban realizar.

El objetivo principal en los pacientes que acuden al servicio de rehabilitación además de su mejoría física, es encontrar un trato cordial y amable. En este sentido, dentro de las funciones del celador debería destacarse la capacidad de entender, escuchar y empatizar con sus pacientes favoreciendo el máximo bienestar de los mismos.

6 Bibliografía

- Análisis de la cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios y no sanitarios en un hospital universitario. Dialnet (Internet). [Citado 31 de diciembre de 2019].
- Manual Básico Para Celadores. Daniel Mera Nuñez. Google Académico (Internet). (Citado 30 de diciembre de 2019).
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13º edición. Temas 6, 7, 10.
- Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logoss. 12º edición. Tema 10.

Capítulo 1255

DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN PACIENTES ANCIANOS

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los cambios demográficos en las últimas décadas han estado influenciados por el aumento de la expectativa de vida. La mortalidad ha descendido y la natalidad también, lo que ha producido cambios en la pirámide poblacional con un aumento significativo del número de personas mayores.

Con estos cambios, se ha visto un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, deterioro funcional, deterioro cognitivo y disminución de la reserva funcional; lo que puede llevar a mayor dependencia y disminución de la calidad de vida en los pacientes ancianos.

Cada vez hay más pacientes mayores que requieren al menos una hospitalización al año por un proceso agudo.

Dentro de las complicaciones hospitalarias más frecuentes encontramos el deterioro funcional hospitalario.

Este proceso se define como la pérdida de la capacidad de realización de “al menos” una de las actividades básicas de la vida diaria con respecto a la situación basal (2 semanas antes del inicio de la actividad aguda). Se habla de dos etapas en el deterioro funcional:

La primera, que ocurre antes de la hospitalización, que se presenta desde el inicio de la enfermedad aguda hasta el ingreso en el hospital, y la segunda, que corresponde al deterioro que se produce durante la hospitalización. Esta diferenciación es importante, debido a que la primera es no modificable; mientras que la segunda se puede modificar con la identificación temprana del paciente en riesgo y las intervenciones oportunas.

Se debe tener en cuenta que las complicaciones del deterioro funcional hospitalario pueden superar la enfermedad aguda. Dentro de las más frecuentes encontramos peor evolución de la enfermedad, mayor consumo de recursos, mayores tasas de reingresos, mayor dependencia funcional, mayor riesgo de institucionalización y aumento de la mortalidad.

2 Objetivos

- Identificar los pacientes de riesgo, factores de riesgo de deterioro funcional, así como programas de intervención para mejorar la calidad de atención en los pacientes ancianos hospitalizados.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Factores de riesgo: existen muchos factores de riesgo que predisponen al anciano al deterioro funcional hospitalario:

Unos dependen del individuo, otros están relacionados con la edad y otros se relacionan con la hospitalización en sí misma.

. Entre los factores asociados a la hospitalización encontramos como factor de riesgo la inmovilidad, definida esta como la permanencia en cama todo el día o levantarse solo una vez al día al sillón. Se ha encontrado una relación directa entre el tiempo en cama y el deterioro funcional hospitalario. La inmovilidad

produce cambios en la capacidad aeróbica y la reserva muscular, principalmente de los miembros inferiores dentro de las primeras 48 horas de reposo en cama.

. Dentro de la hospitalización es muy frecuente encontrar otros factores asociados, como las rutinas hospitalarias, que son todas ellas indicaciones que limitan la movilidad de los pacientes, además de la polifarmacia y el riesgo de delirio, que se ha relacionado con mayores complicaciones y aumento de la estancia hospitalaria.

- Identificación del paciente de riesgo: los cambios asociados al inmovilismo comienzan en las primeras 48 horas por lo cual la identificación del paciente debe ser al ingreso de la hospitalización y la identificación debe iniciarse en los primeros dos días.

- Debe seguirse un programa de ejercicios: un entrenamiento físico que busca fortalecer los miembros tanto superiores como inferiores, según la tolerancia del paciente.

- Una terapia ocupacional: la terapia ocupacional tiene como objetivo lograr la máxima independencia, puede consistir en el baño del paciente con sus utensilios de cuidado personal en su habitación y realizado por él mismo de forma individual. El aspecto nutricional también es importante para mantener y fortalecer los músculos.

5 Discusión-Conclusión

El deterioro funcional hospitalario tiene factores de riesgo asociados que son modificables durante la hospitalización y de ahí la importancia de la identificación temprana y la intervención oportuna. Por eso se debe conocer esta entidad clínica, debido a las implicaciones asociadas que se pueden presentar tanto a corto como a largo plazo.

El deterioro funcional hospitalario en los últimos años debido al envejecimiento de la población es una realidad clínica muy frecuente que tiene múltiples complicaciones asociadas por lo cual en los últimos años ha cobrado gran importancia. A pesar de la evidencia, aún falta crear conciencia en el personal hospitalario sobre la identificación de los pacientes de riesgo. Pero una vez identificados los factores de riesgo pueden ser atajados y modificados a través de una intervención temprana con una atención geriátrica multidisciplinaria.

También se necesita tener hoy en día una educación y socialización sobre este

tema para mejorar el diagnóstico de estos pacientes, su calidad asistencial y su futura calidad de vida.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/scielo>.
- <http://www.revistaenfermeriacyl.com/>.
- <https://medes.com/publication/88576>
- <https://www.navarrabiomed.es/es/>.

Capítulo 1256

PERIODO EXPULSIVO. IDONEIDAD DE LA POSICIÓN DE LITOTOMÍA Y OTRAS POSICIONES.

DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ

PAULA GARCÍA PRIETO

AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

En la sociedad occidental, con el inicio asistencia al parto en el medio hospitalario, la mayor parte de las mujeres tienen sus partos en la posición de litotomía. Ésta facilita su labor al profesional sanitario y e ignora las necesidades de la parturienta.

En otros lugares del mundo donde aún no se ha hecho del parto un acto médico y hospitalario, podemos observar como las mujeres adoptan posiciones más acordes con la fisiología, buscando lógicamente su propia comodidad. Por eso se dice que en occidente hemos cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a otra donde priman a la pasividad y horizontalidad.

2 Objetivos

- Analizar la posición de litotomía, por ser la más usada en nuestro ámbito y las diferentes posiciones ginecológicas durante el parto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se han revisados los artículos de la FAME. También se consultó la guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal (Feb2011).

4 Resultados

- Las posiciones durante el parto son las siguientes:

Litotomía: Comodidad para el profesional. Adecuado para instrumentar. Facilidad para RCTG. Menos número de hemorragias postparto de más de 500ml.

Contras: Más episiotomías. Menos libertad de movimientos. Más nacimientos asistidos. Más duración de la segunda etapa de parto. Cierre del estrecho inferior.

Posición de SIMS (lateral-prono): Más perinés intactos. Más libertad de movimientos. Más intensidad y menos frecuencia de la contracciones. Evita el síndrome de compresión de la vena cava (la izquierda). Menor número de partos asistidos. Menor número de episiotomías. Menos patrones anormales de FCF (sobre todo la izquierda).

Contras: Mayor número de desgarros de II grado y de hemorragias postparto superiores a 500ml.

Bipedestación: Ayuda de la gravedad. Más libertad de movimientos. Más intensidad de las contracciones. Mayores diámetros pélvicos. Menor número de partos asistidos. Menor número de episiotomías. Menos patrones anormales de FCF (sobre todo la izquierda).

Contras: Mayor número de desgarros de II grado y de hemorragias postparto superiores a 500ml. Incompatibilidad con analgesia epidural convencional (Sí walkig epidural).

Cuadripedia: Favorece la rotación en posiciones posteriores. Favorece el descenso fetal. Menor número de traumas perineales. Menor dolor lumbar persistente y perineal postparto.

Contras: Rechazo cultural de la mujer. Dificultad para realizar RCTG.

Cuclillas y Silla de partos: Mismas ventajas e inconvenientes que la bipedestación, teniendo además la posición de cuclillas un aumento del trauma perineal y de los desgarros de III grado en nulíparas.

5 Discusión-Conclusión

Utilizamos la posición dorsal o de litotomía habitualmente por rutina, obviando que aunque tiene ventajas en algunas variables del parto, las desventajas para la mujer y su parto son mayoría. Sería necesario individualizar y utilizar la evidencia científica sobre las diferentes posiciones para que nuestra labor profesional sea de la mayor calidad posible.

La mayor parte de los estudios concluyen que deberían ser las mujeres las que decidan y adopten la posición que les sea más cómoda durante el expulsivo, siempre que las circunstancias lo permitan.

6 Bibliografía

- 1. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al Parto normal. 2011.
- 2. Juan Miguel Martínez Galiano, Alicia Narváez Traverso, M^a José Fernández Valero.
Anatomofisiología, mecanismo y elementos del proceso de parto. En: Juan Miguel Martínez Galiano. Manual de asistencia al parto. 1^a ed. Amsterdam; Barcelona [etc]: Elsevier D.L. 2013.
Pags. 1-21
- 3. Reynolds JL. Primitive delivery positions in modern obstetrics. *Can Fam Physician* 1991; 37: 356-61.
- 4. Jorge Calderón et al. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral. *Rev Per Ginecol Obstet.* [Internet]. 2008 [2015]; 54(49-57): Pags. 50-51.
- 5. MSc. Dr. Miguel Lugones Botell, Dra. Marieta Ramírez Bermúdez. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev. Cubana de ginecología y obstetricia* [Internet]. 2012 [2015]; 38 (1): 134-145.
- 6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Osteba. 2010 oct; 1-134.

Capítulo 1257

EL SECRETO PROFESIONAL EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

AIDA VIEJO BARRIOS

1 Introducción

El secreto profesional se configura como un derecho y deber fundamental, ya que sin la garantía de esta confidencialidad no puede haber confianza por parte del paciente para que éste preste la información necesaria al profesional que le atiende.

2 Objetivos

- Evaluar las consecuencias e implicación del secreto profesional y su mal manejo en el campo de la Administración y la Gerencia.

3 Metodología

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

4 Bibliografía

- 1. Díaz-Ambroma, Serrano (2007)
- 2. Gestión Administrativa, secreto profesional 2006

Capítulo 1258

EL CELADOR EN CENTRO DE SALUD Y EL SUAP

AVELINA INFANTES LOPEZ

PEDRO SUAREZ SUAREZ

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El celador en centro de salud o atención primaria es lo mismo, ya que se encarga de llevar documentación y ayudar en lo que se le necesite.

El suap, son las urgencias de atención primaria donde el celador tiene otras funciones diferentes a las de atención primaria aunque sea en el mismo centro sanitario ya que estas empiezan a las 20h de la tarde y terminan a las 8 de la mañana, excepto fines de semana y festivos que los turnos se alargan, además no los tienen todos los centros.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador dentro del centro de salud y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las funciones del celador dentro del centro de salud y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) son:

El celador es el primero que llega al centro de salud ya que es él quien tiene que abrir el centro ,no en todos ya que en algunos hay seguridad y abren ellos ,después de abrir encenderá las luces del centro y abrirá el resto de puertas correspondientes, después las auxiliares administrativas le darán los documentos que tendrá que llevar a algunas consultas y estará disponible para los recados y tareas que se le necesite dentro de su trabajo como celador ,como ayudar a mover pacientes para exploraciones medicas o llevar material .

Después al finalizar el turno cerrará las puertas de las instalaciones y solo dejará abierto la parte donde se recibirán las urgencias en el centro hasta las 20:00 horas ,ya que a partir de esa hora se harán en otra parte del centro o en otro centro, ya que no todos los centros tienen el SUAP, en el cual el celador está a la entrada, en un mostrador y es él, el que toma nota de los pacientes cuando llegan y se los pasa al médico o a la enfermera.

Además es el encargado de coger el teléfono para las emergencias y mandar a la ambulancia al lugar donde sea necesaria, al médico con una enfermera a urgencias a domicilio y pasar las llamadas del 112 al médico o de algún paciente que llame para una urgencia, este servicio suele ser de 12 horas. entre semana o de 24 horas. el fin de semana o festivos.

Coordinar al paciente que no esté grave para no colapsar las urgencias del hospital, agilizar el servicio y no tener que esperar en el hospital para ser atendidos.

5 Discusión-Conclusión

Este servicio es muy importante para los usuarios que en algún momento se encuentran mal y para los profesionales, ya que a si no se sobrecargan los hospitales. Aunque este servicio atiende tanto a adultos y niños, considero que en el servicio de urgencias sería necesario la incorporación de un pediatra para no ser derivados al hospital.

Es por tanto, el trabajo del celador fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://www.ladloformacion.ccoo-hvnl.blogia.com>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1259

EL CELADOR EN LAVANDERÍA

AVELINA INFANTES LOPEZ

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

PEDRO SUAREZ SUAREZ

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

1 Introducción

La lavandería es el lugar destinado al lavado y planchado de los uniformes y ropa del hospital, unas veces la lavandería se encuentra integrada en el mismo edificio y otras en un edificio diferente. Aquí explicaremos la función del celador en dicho lugar.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en el servicio de lavandería.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El celador en la lavandería desarrolla diferentes trabajos:

Lo primero sería al llegar el camión, pesar las jaulas con los sacos llenos de ropa. Seguidamente vaciará esos sacos en una cinta transportadora que irá hacia las lavanderas para que ellas la clasifiquen en: sábanas ,toallas, colcha , tergal ,entremetidas y almohadones.

Una vez clasificada se enviarán al túnel de lavado y una vez lavada pasará a la zona de secadores donde una vez seca caerá a unos contenedores para su posterior planchado y doblado.

Y en segundo lugar habría un segundo celador en el ordenador que se encargaría del lavado de los uniformes del personal sanitario que se lavan por separado del resto.

Cuando acaba su turno tiene que realizar un estudio de todo lo lavado.

En resumen, el celador es el encargado de la buena higiene y desinfección de toda la ropa y uniformes que se utiliza a diario en un hospital.

5 Discusión-Conclusión

Dar a conocer este lugar y puesto, porque creo que es un gran desconocido y es tan importante para el buen funcionamiento del hospital. Además es un lugar que es muy duro tanto por el trabajo como psicológicamente por ser muy duro y monótono, que permite participar en el cuidado integral del paciente proporcionándole vestimenta limpia que ayuda a controlar las infecciones nosocomiales, así como aumentar la sensación de confort del paciente.

6 Bibliografía

- www.cgtsanidadlpa.org
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1260

CELADOR DE INFORMACIÓN

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

AVELINA INFANTES LOPEZ

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

PEDRO SUAREZ SUAREZ

1 Introducción

Exposición del trabajo del celador en departamento de servicio y atención al ciudadano (SAU). Funciones de información sobre cualquier información de todos los servicios que presta el hospital, es una función desconocida por parte del usuario pero de gran valor por la ayuda que ofrece. El medio hospitalario es muchas veces impactante y los pacientes así como sus familias se encuentran perdidos, sintiendo vulnerabilidad y es por ello que, pueden acudir a este servicio de información para su orientación.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en el servicio de información.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre las funciones del celador en el servicio de información. Se ha

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

4 Resultados

Las funciones del celador en la información son:

- Establecer canales de solicitud y reclamaciones de los mismos.
- Orientar al paciente y a su familia.
- Indicar procedimientos burocráticos y administrativos, ofreciendo información sobre los mismos.
- Estar plenamente visible a los familiares.
- Responder a dudas informativas.

5 Discusión-Conclusión

El darse cuenta del trabajo del celador en el ámbito de gestión e información. Realizando otras labores y tareas distintas de las que la sociedad considera o entiende de un celador. Es por tanto, el trabajo del celador fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios y orientación de calidad.

6 Bibliografía

- www.cgtsanidad.org.
- Celadoresonline. Bliogspit.com
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1261

TIPOS DE CELADORES EN EL HOSPITAL

MARIA AMPARO SASTRE CAPELLAN

PEDRO SUAREZ SUAREZ

JOSE MARTINEZ FERNANDEZ

AVELINA INFANTES LOPEZ

1 Introducción

La figura del celador dentro del hospital desempeña varios roles laborales, este capítulo tratará de la exposición de los distintos tipos de celadores que trabajan y desempeñan sus labores en un hospital o centro sanitario.

2 Objetivos

- Establecer los diferentes tipos de celadores de la Sanidad pública.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Hay diferentes tipos de celadores:

- Celador de urgencias: puede ser celador de puerta quien organiza el resto de compañeros como el encargado, consultas e ingresos, de rayos, este puesto requiere dinamismo, humanidad, paciencia y espíritu de equipo. Traslada enfermos a las consultas de guardia en camilla o silla de ruedas (según estado del paciente), colocarlo en la mesa de reconocimiento, trasladarlo a la unidad correspondiente. Hará entrega del paciente al celador de planta en el control de la misma y volverá a su puesto.,
- Celador de planta: gestionará las labores de celador y lo requerido por auxiliar y enfermera de planta. Movilizaciones para el aseo de los pacientes, traslados de pacientes o material dentro de la misma planta u otra. Ayudar a la inmovilización de pacientes con contenciones cuando sea necesario y requerido por auxiliar o enfermera. Ayuda a auxiliar levantar o acostar pacientes válidos y los que no con la utilización de grúa. Ayuda a amortajar a los fallecidos y trasladarlos al mortuario.
- Celador de quirófano: introducir a los pacientes al antequirófano y posteriormente al quirófano, sacarlos tras la intervención y trasladarlos a las diferentes unidades de reanimación (REA 1 y 2) (URPAS) y a las UVIS (Unidades de vigilancia intensiva). Colocar los pacientes como indique el equipo de anestesia, y posteriormente el cirujano. Traslada material dentro de los quirófanos y dentro de las unidades quirúrgicas, almacenes, etc. Debe llevar uniforme aséptico, mascarilla, guantes y gorro. Bajan las muestras para analizar al departamento de anatomía patológica y Microbiología.
- Celador de la UVI: deben estar muy bien preparados en el conocimiento del trato y movilidad de los enfermos de estas unidades. Realiza labores de aseo de los pacientes, movilizaciones con grúas o bandejas para lesionados que no se puedan movilizar.
- Celador de rehabilitación: ayudar a la movilización de pacientes con lesiones graves, ayudar en sus ejercicios, aseos, y al fisioterapeuta en su trabajo. Se requiere un gran esfuerzo y condicionales físicas suficientes por el esfuerzo a realizar.
- Celador de necropsias: trasladará a los cadáveres al mortuario, colocará el cadáver como se requiera. Ayudará en todo lo que se le necesite, cuidará el aspecto del cadáver,

su aseo, etc. Limpieza de la sala de autopsias, cuidado y alimentación de mascotas de los laboratorios experimentales.

- Celador de centro de salud: funciones similares a celador de puerta. Ayudar a pacientes acceso al centro, buscarlos en silla de ruedas y acercarlos a la consulta. Trasladar documentos , correo, expedientes, materiales, enseres. Información a usuarios, de las diferentes consultas y sus horarios y ubicaciones.
- Celador de lavandería: carga y descarga de los sacos de ropa, clasificarla para su lavado en los calandros o bombos. Colocar para su planchado y colocación para cuando recojan los transportistas.
- Celador encargado de turno: ayudar y sustituir al jefe de personal celador en su labor. En cada trabajo existirá un encargado de turno designado. Se le debe respeto y obediencia. Organiza y distribuye las tareas a los celadores.
- Celador de almacén: carga y descarga de cajas, material. Colocación y entrega de los productos y material que les sean solicitados por superior. Cuidará del orden del almacén y la cuenta diaria de las entradas y salidas que se produzcan.
- Celador de información: información de ubicación de consultas, salas de extracciones, pruebas diagnósticas, scáneres, ecografías, etc. traslado de documentación.

5 Discusión-Conclusión

Investigación a través de diferentes páginas y webs del tema junto con la experiencia laboral propia como celadora en diferentes puestos de los expuestos, han hecho posible la elaboración de este capítulo para dar a conocer a la sociedad en general y al mundo sanitario en particular la cantidad de tipos de subespecialidades o puestos dentro de la labor del celador.

6 Bibliografía

- www.auxiliar.enfermeria.com www.amirsalud.com
- Celadoresonline
- Www.educaweb.com
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1262

LA SALUD

PAULA POMBO RABUÑAL

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha introducido como definición de Salud: "el perfecto estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedades".

2 Objetivos

- Describir las causas que alteran la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Causas que alteran la salud.

- Biología humana: características transmitidas por herencia (Síndrome de Down, hemofilia...)

- Medio ambiente : agentes químicos(industria, desinfectantes); agentes físicos(calor,radiación); agentes biológicos (agua, alimentos); factores psicológicos, social y/o cultural; estilo de vida, estrés, tabaco, alcohol.

5 Discusión-Conclusión

La salud pública ,es la actividad que nos ayuda a entender y prevenir enfermedades para mejorar nuestra calidad de vida realizando cambios en nuestro estilo de vida. Con el paso de los años la población anciana y los trastornos crónicos han aumentado considerablemente, por eso la importancia en el fomento de la salud y el bienestar general mediante la prevención y la conservación de la salud. Conseguiremos una vida saludable mediante un sistema sanitario con unas características de influencia positiva hacia la población y un estilo de vida sano.

6 Bibliografía

- Temario Celador 2019.
- Pubmed, Medline, y Scielo.

Capítulo 1263

EL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

JUAN JOSE ESPESO CUESTA

NURIA ESPESO DÍAZ

1 Introducción

El celador en los quirófanos son los encargados del traslado de los pacientes desde las unidades correspondientes a quirófanos, unidad de cuidados intensivos (UCI), reanimación, a la planta correspondiente, asegurándose que en todo momento el paciente lleve consigo toda la documentación clínica que le será útil en la unidad al que será trasladado para sus cuidados posteriores. Otra función dentro del quirófano es la movilización, colocación y sujeción dependiendo del tipo de intervención al que el paciente sea sometido por orden del equipo quirúrgico. Así mismo trasladaran la aparatología que sea requerida por el personal médico para la intervención. Forma parte de las funciones del celador el transporte de biopsias y otras muestras a los servicios de laboratorio, microbiología, anatomía patológica, etc.¹

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en quirófano en lo que se refiere al aparataje necesario en cada intervención así como en la posición del paciente para la intervención.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de material publicado en los últimos años en las bases de datos Pubmed, Medes, Scielo y buscadores académicos.

Descriptores: celador, funciones, quirófano, paciente.

Criterios de inclusión: Artículos con texto completo en inglés o en español

Criterios de exclusión: Artículos de anteriores a los últimos 25 años.

4 Resultados

- Funciones del celador en el quirófano:2,3
- . Recibir a los enfermos en quirófano cuando son trasladados desde la planta.
- . Comprobar que la documentación clínica corresponde con el enfermo. Dar esta documentación a la enfermera de la unidad correspondiente.
- . Conducción al paciente al quirófano adecuado según marque el parte de quirófano.
- . Colaborar con el anestesista en posicionar al paciente de la forma adecuada antes de la intervención.
- . Antes de colocar al paciente en la mesa del quirófano, el celador por orden del cirujano, se encargará de poner todos los anclajes y diversos materiales que se precisan para la buena posición del paciente a la hora de ser operado.
- . Colaborar con el resto de profesionales para posicionar de forma correcta al paciente en la mesa del quirófano.
- . Colocar el haz de luz adecuado en el campo donde se va a realizar la operación.
- . Ocasionalmente ayudará en el rasurado del paciente si así lo requiere por una urgencia.
- . Se encargará de traer, si así lo precisa, materiales tales como (respiradores, aspiradores etc.).
- . Transportar documentos o analíticas que se realicen durante el acto quirúrgico al laboratorio, si así se lo requieren.
- . Así mismo transportará las biopsias al laboratorio correspondiente.
- . Comprobar que haya suficiente material para estar en el quirófano. (mascarillas, calzas, batas. etc.,) dando parte a la supervisora si falta algo de éste material.
- . Vigilar el acceso a la zona de quirófano con la debida vestimenta.
- . Ayudarán en la colocación de pedidos de material.

- . Mantener ordenados todos los soportes que se utilicen en las mesas de los quirófanos en los distintos almacenes y estancias destinadas a ello.
- . Cuando el paciente ingresa de urgencias y éste tiene que ser intervenido inmediatamente, el celador ayudará en su higiene para que pueda ser intervenido en la mayor brevedad posible.

En general, auxiliar y ayudar en todas las labores propias del celador que le sean ordenadas por sus superiores y aquellas labores o funciones similares a las anteriores que no se hayan especificado en éste escrito.

5 Discusión-Conclusión

El celador forma parte activa del organigrama dentro de los quirófanos junto con el personal médico, enfermería, auxiliares. Es función del celador el traslado del paciente del quirófano a las unidades correspondientes después de la intervención quirúrgica siempre acompañado por el médico anestesista. Así mismo el celador es responsable de la colocación del aparataje, mesa quirúrgica, posición del paciente según el tipo de la intervención que se le vaya a realizar.

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Fisioterapia salud y bienestar.
Conocimientos básicos y funciones del celador <https://www.logoss.net> > file > download
- 2. Normas de actuación del celador en el quirófano www.cgtsanidadlpa.org > opes > celador > temas > tema_4
- 3. Celadores del INSALUD, Centro de estudios procesales. Cuarta edición 01/1998

Capítulo 1264

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA MOVILIZACION DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

JUAN JOSE ESPESO CUESTA

NURIA ESPESO DÍAZ

1 Introducción

En las diferentes instituciones sanitarias nos vamos a encontrar con pacientes que por un motivo u otro, tanto por su avanzada edad ó por su enfermedad se verán con sus capacidades físicas ó psíquicas disminuidas, por lo cual necesitarán ayuda para realizar determinados movimientos. Colaborara con el auxiliar de enfermería movilizándolo al paciente en aseos, cambios posturales, levantar al paciente. Para ello se utiliza diferente aparataje como grúa y Bipedestador mecánicos, transfer en pacientes donde su movilidad es limitada y con poca colaboración.¹

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador con respecto a la movilización de pacientes encamados.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de material publicado en los últimos años en las bases de datos Pubmed, Medes, Scielo y buscadores académicos.

Descriptores: celador, funciones, movilizaciones, paciente.

Criterios de inclusión: Artículos con texto completo en inglés o en español

Criterios de exclusión: Artículos de anteriores a los últimos 25 años.

4 Resultados

Las funciones del celador para las movilizaciones de los pacientes encamados consisten en:^{1,2}

- Ayudarán a los auxiliares y enfermeros a las movilizaciones y traslados de los pacientes encamados que por razón de sus dolencias requieran un trato especial tanto para el aseo como para las movilizaciones.
- A parte de ayudar en las movilizaciones de los pacientes encamados, colaborarán en las movilizaciones de los pacientes en sillones, camillas etc. Antes de realizar éstas maniobras deberemos tener en cuenta ciertas normas generales a seguir:
- Medidas de higiene necesarias.
- La zona donde se va a trabajar dejarla libre de obstáculos que nos puedan estorbar, para así garantizar la seguridad del paciente.
- Colocar la cama en la posición adecuada.
- Frenar cama, sillón ó camilla a la que se va a realizar el movimiento o traslado.
- Tener cuidado con los sueros, sondas, drenajes etc.
- Si el paciente puede colaborar pedirle ayuda.
- Siempre seguir las instrucciones del personal sanitario.
- Evitar movimientos bruscos en las movilizaciones y traslados.
- Si puede ser utilizar ayudas mecánicas como grúas, transfer, etc.
- En todo momento guardar la intimidad del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las técnicas de movilización del paciente, van desde mover al paciente desde una superficie plana a otra o desde un mismo plano, (cama sillón), para la realización de cambios posturales. Las funciones del celador en movilizaciones de los pacientes hospitalizados y en colaboración con el auxiliar de enfermería ocupa un papel importante ya que previene lesiones como úlceras por presión o escaras

en pacientes con movilidad reducida, para ello se realizan cambios posturales.(equipo celador y auxiliar de enfermería). Para ello se valen de diferentes técnicas y aparataje para una movilización correcta y así evitar las menores molestias al paciente valiéndose de grúas, transfer, etc. serán en las plantas de hospitalización es un pilar básico en el equipo del personal sanitario.

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Servicio andaluz de salud, Conserjería de igualdad salud y políticas sociales.
- 2. Instituciones Sanitarias y en Centro de Estudios Procesales de Celadores del INSALUD.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1265

LA CAMILLA DE HOSPITAL – TIPOS Y ACCESORIOS

JUAN JOSE ESPESO CUESTA

NURIA ESPESO DÍAZ

1 Introducción

Para el desarrollo del trabajo diario del celador en el ámbito hospitalario es necesario e imprescindible valerse de medios mecánicos para el traslado de pacientes. Dichas camillas deben de tener una serie de condiciones para su manejo. Cabezal elevable, palo de gotero, barandillas laterales para protección del paciente, pedal de freno y pedal direccionable para su manejo.

2 Objetivos

- Describir qué es una camilla y las partes de las que consta, cómo debe ser el traslado de pacientes en camilla así como su ubicación.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica de material publicado en artículos recientes en las bases de datos Pubmed, Medes, Scielo y buscadores académicos usando para su búsqueda palabras clave como camilla, celador, seguridad. Artículos con texto completo en inglés o en español

4 Resultados

Una camilla es un dispositivo utilizado en medicina tanto para transportar de un lugar a otro a un herido o para atender a un paciente enfermo en una consulta médica.(1-2)

La camilla.

- Freno. Se encuentra en la parte baja, debajo de los pies. Es una palanca que nos permite, además de frenar la cama al pisarla, ponerla en posición de fijar la dirección de las ruedas, para facilitar la rodadura en amplios espacios. Nunca debemos circular, con una rueda en sentido contrario, pues la cama se bambolea.
- Trapecio o Potencia, dispositivo a través del cual se ayuda el paciente para moverse en la cama.
- Portasueros, se utiliza para colgar los sueros. No admite el peso de ningún paciente.
- Vallas laterales, para evitar que el enfermo caiga al suelo. Evitaremos colgar objetos de las mismas.
- Cabezal escamoteable. La pieza consistente en el cabezal se baja o se retira, para facilitar la llegada del médico a las vías respiratorias del paciente, en caso de reanimación, intubación etc.
- 5° rueda central. Facilita la dirección y el giro.
- Piecero extensible, para alargar la longitud de la cama.
- Algunas camas llevan mesita incorporada en el piecero.

¿Traslado de pacientes en camilla?

El traslado del paciente en cama se realizará siempre desplazando la misma desde el piecero (parte trasera) para ver en todo momento al paciente. No se seguirá esta recomendación cuando el paciente vaya monitorizado y el monitor colocado en la parte del piecero.

- Antes de mover la cama verificar que la misma, si es eléctrica; no está enchufada a la red.
- Antes de mover la cama verificar que todos los componentes de la cama incluidos los sueros, las bombas, sondas, redones, etc. estén en el lugar adecuado y no obstaculicen el traslado de la misma (ascensor, esquinas, puertas).

Existen camas que tienen una quinta rueda en la parte central que nos sirven para facilitar los giros y desplazamientos laterales, la cual se acciona con un pedal situado en la parte trasera.

¿Cómo entrar en un ascensor con una camilla?

- Para entrar en el ascensor entrará primero el celador, tirando de la cabecera de la cama o camilla, entrando los pies lo último.
- Para salir del ascensor el celador empujará por el cabecero de la cama o camilla, saliendo del mismo los pies del paciente primero.

¿Cómo subir y bajar rampa con camilla?

- Para subir una rampa, empujaremos por el piecero de la cama o camilla.
- Para bajar, caminaremos hacia atrás desde el piecero de la cama o camilla, delante del paciente y de espaldas a la pendiente, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas u obstáculos.

Ubicación de las camillas.

Están ubicadas en servicios especiales:

- Quirófanos.
- Urgencias.
- Para realizar pruebas complementarias.
- Exploraciones en consultas.

Tipos de camillas.

- Hidráulica.
- Eléctricas con mando. Es el paciente el que tiene autonomía para manejarla.
- Mecánica, con manivelas para colocar al paciente en las distintas posiciones que tiene la cama.

Camilla de exploración.

- El cabecero es elevable 3 posiciones.
- Camilla de traslado.
- Hay un modelo que además incorpora chasis, para la realización de radiografías.
- Los portasueros, se instalan en los laterales, ya que llevan unos agujeros en los largueros para introducirlos. Nunca los pondremos en las esquinas.
- Lleva vallas laterales escamoteables y portabaldas de oxígeno.
- Camilla de tijera.
- Realizada en aluminio, consta de dos palas laterales, que se unen mediante dos “botones”, los cuales, se encuentran dentro del perímetro de la camilla, a la altura de la cabeza y de los pies.

Su manejo requiere un mínimo de dos personas.

- En primer lugar, separaremos las dos palas.
- Uno ladea un poco al paciente, y el otro coloca la pala hasta la columna vertebral, dejando al aire ésta.

- Realizaremos la misma labor desde el otro lado y finalmente cerraremos bien la camilla, desde la cabeza primero y después de los pies.

- Es muy importante que el plano donde se encuentra el paciente esté horizontal, pues de lo contrario no la podremos cerrar bien.

Esta camilla se utiliza para evitar desplazamientos laterales del paciente, en traslados complicados, para pasar un paciente de una cama a otra, con férulas de Brown, etc....

5 Discusión-Conclusión

En las funciones del celador, tanto la camilla, cama y sillas de ruedas son una herramienta imprescindible para el buen desarrollo del trabajo diario en el traslado de pacientes. Es muy importante el buen mantenimiento tanto higiénico como mecánico de su conservación. Este tipo de aparataje tiene que reunir unos requisitos fundamentales donde prime la seguridad y comodidad del paciente, así como todos sus accesorios.

6 Bibliografía

- 1. CARACTERÍSTICAS DE LA CAMA HOSPITALARIA <https://www.blinklearning.com/>.
- 2. International Electrotechnical Commission NUEVA NORMATIVA GLOBAL IEC 60601-2-52 <https://www.invacare.es/>.

Capítulo 1266

CELADOR:RIESGOS EN SU PUESTO DE TRABAJO

NURIA ESPESO DÍAZ

JUAN JOSE ESPESO CUESTA

1 Introducción

Las tareas principales de los celadores son: traslado del paciente ingresado y ambulante; levantar y acostar pacientes, traslado de equipamientos y carros de lencería; reparto de farmacia, traslado de productos químicos, recados varios como correo, volantes, otros. En cada puesto hay riesgos diferentes ya que se realizan tareas diferentes. La tendencia total de accidentes de mayor a menor son: ergonómicos, de seguridad, biológicos, otros. La patologías más frecuentes (50%) son: de columna (hernias, discopatías y espondiloartrosis). Los huesos, articulaciones y músculos pueden dañarse al someterlos a un esfuerzo mayor del que pueden soportar. Este esfuerzo es debido no sólo al peso a levantar o transportar, sino también a la forma en que se realiza la tarea.

Debemos prevenir las lesiones dorsolumbares sobretodo en el manejo de cargas ya que es en esas tareas donde se producen la mayoría de las lesiones de espalda, cuando las manipulaciones:se realizan de forma incorrecta, se supera la capacidad física del trabajador, se realizan de forma repetitiva durante un tiempo prolongado.

2 Objetivos

- Evaluar los riesgos del puesto de trabajo del celador.
- Establecer las recomendaciones para evitar sobreesfuerzos en el celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Encontramos un Catálogo de riesgos entre los que citamos varios:

Caída al mismo nivel.

Caída a distinto nivel.

Sobreesfuerzos.

Choques contra objetos inmóviles.

Choques contra objetos móviles.

Atrapamientos por o entre objetos.

Exposición a contaminantes biológicos.

- Para evitar estos sobreesfuerzos debemos: evaluar el trabajo:

Compruebe el peso.

Determine el agarre óptimo.

Analice que el recorrido esté libre de obstáculos.

Verifique si se pueden utilizar medios mecánicos de elevación y transporte.

Valore la necesidad de utilizar equipos de protección individual: guantes, calzado de seguridad, etc.

Utilizar la técnica correcta de elevación y transporte:

Aproximarse a la carga.

Apoye los pies firmemente separándolos a una distancia igual a la de sus hombros.

Agáchese doblando las rodillas para recoger la carga.

Coja la carga por la parte más segura y sujétela de forma equilibrada.
Mantenga la espalda recta durante toda la maniobra.
Levante suavemente la carga enderezando las piernas. No realice tirones bruscos.
Mantenga la carga lo más próxima posible a su cuerpo con los brazos extendidos.
Si el peso o las dimensiones de la carga son excesivos, pida ayuda a un compañero.
A la hora de transportar, es mejor empujar que tirar de la carga.
Deslizar un objeto requiere menos esfuerzo que levantarlo.
Revise que la superficie sobre la que va a realizar el desplazamiento de la carga sea lo más lisa posible.
Utilice medios mecánicos siempre que pueda (traspaleas, carretillas, mesas móviles, carritos, etc.).

- Está en nuestra mano como profesionales llevar a cabo una serie de medidas preventivas en general como son:
 - Utilización de medios mecánicos y/o auxiliares para la manipulación y/o transporte de cargas.
 - Solicitar ayuda de otro compañero siempre que sea necesario.
 - Evitar doblar la espalda y adoptar posturas forzadas efectuando cambios periódicos y paradas breves.
 - Transporte de muestras biológicas en soportes adecuados destinados para tal fin.
 - Acogerse a campañas de inmunización establecidas para el personal sometido a riesgo.
 - Evitar las prisas durante el manejo de las sillas de ruedas, camillas, etc., con el fin de evitar los golpes y atrapamientos.
 - Utilizar técnica correcta para movilización de enfermos y manipulación manual de cargas.

5 Discusión-Conclusión

Tras consultar varios estudios y artículos encontramos que la información y formación específicas sobre los riesgos inherentes al puesto de trabajo mejoran la calidad de vida, pueden disminuir las lesiones graves y las lesiones más leves pueden tratarse con mayor rapidez. También existen protocolos más específicos para los casos de riesgos durante el embarazo o la lactancia. Es importante tener los medios humanos y mecánicos suficientes y adecuados en el centro de trabajo para llevar a cabo las tareas de movilización de cargas correctamente para no sufrir lesiones por manipulación manual (grúas, rolones traspales etc.)

Con ello conseguiremos prevenir las lesiones en el desempeño del trabajo del día a día y esa es la parte más importante para una mejora de la calidad de vida y para evitar lesiones que nos incapaciten para realizar ese trabajo a largo plazo. Si aparecen esas lesiones contaremos con la ayuda del especialista para solucionar aquellos problemas de salud adquiridas en el trabajo (fisioterapeuta-rehabilitador, traumatólogo etc.) .

6 Bibliografía

- Unidad Básica de Prevención – Salud Laboral
- Fisioterapia, salud y bienestar. Conocimientos básicos y funciones del celador.
- Celadores del Insalud, centro de estudios procesales 4ª edición.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1267

CELADOR: EL GRAN DESCONOCIDO EN EL HOSPITAL

NURIA ESPESO DÍAZ

JUAN JOSE ESPESO CUESTA

1 Introducción

Celador: son aquellos trabajadores que, estando en posesión del Certificado de Escolaridad, o equivalente (o con categoría profesional reconocida en Ordenanza Laboral o Convenio Colectivo), realizan las funciones previstas en el punto 2, del artículo 14 del Estatuto del personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Pero en la práctica ¿qué es un celador? es aquel profesional que nos encontramos por el hospital llevando historias, el que transporta pacientes y mobiliario.

Dado sus diferentes funciones dentro del ámbito sanitario, es importante desarrollar este capítulo para exponer lugares sanitarios y funciones que puede desempeñar. Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

2 Objetivos

- Establecer la figura del celador según la legislación vigente, así como sus funciones y clases existentes.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Las funciones de los celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971).

Entre las funciones del celador estas son algunas de las funciones más habituales que realiza un celador sanitario:

Movilizar enfermos.

Trasladar documentos y objetos que le sean confiados por un superior.

Realizar tareas de apoyo al personal sanitario.

Aseo de enfermos.

Labores de vigilancia del centro donde trabaja.

Velar por el orden y el mayor silencio posible en las dependencias.

Excepcionalmente realizarán tareas de limpieza.

Informar a sus superiores de desperfectos y anomalías.

Tendrán a su cargo a los animales utilizados en los laboratorios y quirófanos experimentales.

Otras tareas auxiliares similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores.

Aunque se ha promulgado el nuevo Estatuto Marco que afecta a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) y deroga los tres estatutos vigentes hasta la fecha, las funciones recogidas en el antiguo Estatuto continúan vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003).

- Hay distintas clases de celador:

Celador encargado de turno.

Celador de lavandería.

Celador de urgencias.
Celador de ambulatorio.
Celador de quirófanos.
Celador de U.V.I.
Celador de necropsias.
Celador de rehabilitación.
Celador de instituciones geriátricas.
Celador de ambulancia.
Celador de planta.
Celador de puerta.
Celador de vigilancia.
Celador de dependencias administrativas.
Celador de almacén.

5 Discusión-Conclusión

No quiere decir que todos los celadores deban ejercer todas esas tareas. Dependerán del puesto concreto que ocupen, pero sí deberán estar capacitados para ejercer estas funciones de celador si sus superiores les asignan estas tareas.

Queda constatada sobradamente la importancia de esta figura tan desconocida por muchos en el ámbito hospitalario. No todos los trabajadores de un hospital en contacto directo con los pacientes son profesionales sanitarios como médicos y enfermeras. Un celador sanitario es un profesional imprescindible para el funcionamiento diario de estos centros. Entre las funciones del celador de hospital prima el contacto con pacientes y sus familias.

También el contacto con el personal sanitario y administrativo del hospital o clínica en la que ejerce su labor profesional.

6 Bibliografía

- Unidad Básica de Prevención – Salud Laboral.
- Fisioterapia, salud y bienestar. Conocimientos básicos y funciones del celador.
- Celadores del Insalud, centro de estudios procesales 4ª edición. 01/1998.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1268

HIGIENE DE MANOS

PAULA POMBO RABUÑAL

1 Introducción

La higiene de manos es una costumbre y un derecho saludable que requiere fomento por parte del profesional sanitario para evitar la infecciones nosocomiales. El celador está en contacto con pacientes y es portador de gérmenes de uno a otro si no lleva una correcta higiene de manos.

2 Objetivos

- Establecer paso a paso el correcto lavado de mano, así como los 5 momentos del lavado, evitando la transmisión de las enfermedades infectocontagiosas.

3 Metodología

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

4 Resultados

El lavado de manos se puede realizar por: fricción con un preparado de base alcohólica o con agua y jabón.

I. Pasos a seguir:

- Mojar las manos con agua.
- Depositar jabón en las manos.
- Frotar las manos entre sí.
- Frotar la palma de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotar las palmas entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa. Enjuagar con agua las manos.

II. "LOS 5 MOMENTOS" PARA LA HIGIENE DE MANOS

La Organización Mundial de la Salud(O.M.S) piden a los profesionales sanitarios que se "tomen 5 momentos" a fin de prevenir la septicemia en la atención sanitaria.

- Antes de tocar el paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

La higiene de manos es una medida de prevención efectiva y económica que debes ser accesible para todos/as. Pone de relieve el lugar que tiene la educación u saneamiento ambiental como determinantes de la salud de la población .

5 Discusión-Conclusión

Gracias a una buena higiene de manos reducimos la transmisión de enfermedades y el saneamiento de la salud de la población en nuestra vida cotidiana así como los centros hospitalarios.

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1269

EL EQUIPO HUMANO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION

NURIA ESPESO DÍAZ

JUAN JOSE ESPESO CUESTA

1 Introducción

El equipo humano es el conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas y profesionales, que trabajan en conjunto, durante un tiempo para resolver un problema de salud en los pacientes. El objetivo común es el cuidado del paciente.

Cada profesional es una parte importante en el desempeño de sus funciones.

Unidad de hospitalización: lugar asistencial integrado dentro del centro hospitalario, plantas de ingreso del paciente, materiales y el equipo humano para la atención del paciente ingresado. Este equipo humano consta de: médicos, enfermeras, auxiliar de enfermería, celadores, servicio de limpieza y administrativos.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador dentro del equipo multidisciplinar de cuidados al paciente.

3 Metodología

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

4 Resultados

- El celador tiene como una sus funciones intervenir en el equipo ayudando a disminuir la carga de trabajo, ayudando a mejorar la organización y calidad en los resultados En el ámbito de hospitalización los celadores realizan las siguientes funciones:

. El traslado y tramitación de las comunicaciones verbales, documentos (historias clínicas, peticiones de pruebas complementarias, interconsultas, etc.), material inmobiliario que sea requerido por sus superiores.

. Velar, junto con el resto del miembros del equipo, para conseguir la mayor organización y silencio en la planta hospitalaria.

. Vigilancia en acceso y estancia de familiares y visitas en las habitaciones de los pacientes.

. Traslado de pacientes para realizar las pruebas complementarias o las consultas pertinentes, no abandonándoles hasta que las persona responsable de ese servicio se haga cargo del enfermo.

- Ayuda al personal de enfermería de planta ; en el movimiento, traslado y aseo de los pacientes encamados en la medida de sus necesidades.

-Traslado de los éxitus al mortuorio

-Ante un conflicto en planta con visitas o familia aviso al personal de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Dentro del equipo humano de profesionales el celador es una pieza clave que:

- Acoge: siendo la primera persona que recibe al paciente.

- Comparte: con el resto personal sanitario el cuidado del paciente.

- Moviliza: cuando el paciente no lo puede hacer por si mismo.

- Traslados: cuando el paciente no puede.

- Ayuda: al resto de los profesionales sanitarios en el desarrollo de la actividad.

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Fisioterapia salud y bienestar Conocimientos básicos y funciones del celador <https://logoss.net/file/download>
- Celadores del Insalud, centro de estudios procesales, 4 edición 01/1998
- Pérez Alcocer, Alberto "El papel del celador en el hospital" 2015
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1270

INTRODUCCIÓN AL MÉTODO BÁSICO DEL PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

NAZARET CORDERO GARCÍA

1 Introducción

El método básico del procedimiento debe entenderse de acuerdo a la realidad que interpretamos, al igual que esta, que debe verse como un todo integrado, nuestra intervención debe llevarse a cabo con la misma visión integradora. Por tanto, para una correcta intervención es necesario hacer un estudio de la realidad de carácter global.

2 Objetivos

- Determinar los aspectos básicos del método básico del procedimiento

3 Metodología

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

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

Indicadores Booleanos: Social, Método, Sanitario, Intervención.

4 Resultados

El método básico del procedimiento consta de las siguientes etapas:

- Estudio o conocimiento global del campo.
- Interpretación diagnóstica.
- Planificación y programación.
- Ejecución.
- Evaluación.

Primera etapa: estudio o conocimiento global del campo. Esta primera fase tiene como objetivo general situar la actuación profesional del trabajador social aportando una visión integradora y globalizada de la situación presentada. En esta etapa la principal necesidad es la de búsqueda de elementos informativos que sirvan de base para las siguientes etapas del método.

Segunda etapa: interpretación diagnóstica. En esta segunda etapa será necesario saber interpretar esos datos recogidos en la etapa anterior del método, Este diagnóstico es de suma importancia ya que sobre él se sustentarán las bases de los objetivos y de las intervenciones sobre las que se sustentarán nuestra intervención profesional.

Con el diagnóstico primero conseguiremos orientar las acciones de manera concreta, a través del plan personalizado y además nos situará para las estrategias concretas necesarias a aplicar.

Para hacer un correcto diagnóstico social es necesario:

- Identificar las necesidades.
- Identificar recursos y medios.
- Determinar prioridades.
- Establecer estrategias de acción.
- Analizar contingencias..

Tercera etapa: planificación y programación. Para esta tercera etapa es necesario discernir entre planificar y programar. A modo general podríamos apuntar que planificar es más amplio que programar. La planificación se encuadra dentro de

una visión macro mientras que la programación se concreta en una serie de procedimientos y técnicas para aplicar a una realidad micro de intervención.

Cuarta etapa: ejecución. En la cuarta etapa y como su nombre explica, consiste en ejecutar esa intervención social que hemos programado y planificado en las etapas anteriores. Pondremos en práctica nuestro quehacer profesional con la finalidad de trabajar la potencialidad y el empoderamiento de los entes participantes. En esta etapa se puede vislumbrar claramente la importancia de las etapas anteriores que se interrelacionan para conseguir el éxito de este importante paso del método.

Quinta etapa: evaluación. Con la evaluación analizaremos las acciones realizadas y sus consecuencias. No debemos entender la evaluación como una etapa final del procedimiento ya que sus resultados orientar nuestra actuación futura sirviéndonos de guía.

5 Discusión-Conclusión

Para una correcta intervención desde la visión práctica del trabajo social sanitario es fundamental un adecuado conocimiento de la base teórica de nuestra profesión. El método básico del procedimiento se presenta como un pilar fundamental que es necesario conocer y aplicar.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1271

TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMA, CAMILLA O SILLA DE RUEDAS.

PAULA POMBO RABUÑAL

1 Introducción

El traslado del paciente mediante cama, camilla o silla de ruedas según sus necesidades y movilidad, es tarea del celador por los que se va a desarrollar los pasos del mismo para su correcta realización.

2 Objetivos

- Establecer la movilización de pacientes por parte del celador.

3 Metodología

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

4 Resultados

- La manera en la que el celador tiene que empujar la cama o camilla del paciente será como norma general desde la cabecera de la misma, quedando los

pies del paciente en dirección a la marcha. En la silla de ruedas se empujará por las empuñaduras de la parte de atrás de la misma. En el caso de que el paciente asistido esté conectado a aparatos que ayuden a mantener sus constantes vitales, el traslado en cama o camilla por el celador será empujando por los pies de la cama o camilla dejando el cabecero despejado para la utilización por anestesista, enfermera u otro personal sanitario que vigilará monitores, respirador, etc.

- Subida y bajada de rampa con sillas de ruedas:

Subida: el celador empujará la silla desde atrás, el paciente cara a la marcha.

Bajada: el celador caminará de espaldas a la rampa, observando para evitar caídas y obstáculos.

- Subida y bajada de rampa con camilla o cama:

Subir: para subir empujarnos por el portero.

Bajar: para bajar, caminaremos hacia atrás desde los pies de la cama o camilla, delante del paciente y de espaldas a la pendiente, observando para evitar caídas u obstáculos.

- Entrada y salida del ascensor:

Con silla de ruedas: entrará primero el celador de espaldas tirando de la silla, y para salir saldrá primero de espaldas tirando de la silla (tendrá que dar la vuelta dentro del ascensor).

- Con cama o camilla:

Para entrar: primero lo hará el celador, tirando del cabecero entrando por último los pies, y para salir el celador empujará por el cabecero, saliendo los pies del paciente primero.

5 Discusión-Conclusión

El transporte del enfermo se ha de realizar de la forma más indicada a sus necesidades considerando la información al paciente de como y de qué forma se va a realizar el traslado intentando favorecer dentro de lo posible su comodidad y bienestar.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 1272

RIESGO BIOLÓGICO

MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El riesgo biológico consiste en la presencia de un organismo, o la sustancia derivada de un organismo, que plantea una amenaza a la salud humana. Es la posibilidad de sufrir enfermedades o lesiones debidas a agentes biológicos. Esto puede incluir residuos sanitarios, muestras de microorganismos, virus o toxinas de una fuente que puede resultar patógena. Los agentes biológicos con capacidad infecciosa pueden ser diversos: virus, bacterias, parásitos, toxinas, etc.

2 Objetivos

- Definir el riesgo biológico, forma de reducirlo, y formas de actuar una vez que el riesgo no se puede evitar y se produce una vez se ha producido una exposición accidental.

3 Metodología

Nos hemos basado en el análisis de la guía publicada por el INSHT, el Real Decreto 664/1997 de 12 de Mayo, así como en el estudio de temas publicados sobre la materia en las distintas bases de datos científicas como Scielo, PubMed o Medline.

4 Resultados

Para que este contacto se produzca debe existir una vía de transmisión, que permita que el agente entre en contacto con el órgano o sistema donde el agente

infeccioso puede causar daño. La obligación de prevención del riesgo biológico en el medio laboral consiste en tomar medidas para evitar daños a la salud originados por agentes biológicos con capacidad infecciosa presentes en el medio laboral, aplicando los principios de la acción preventiva del artículo 15 de la Ley de Prevención Riesgos Laborales.

Debemos tener en cuenta la susceptibilidad individual de cada persona. Esta susceptibilidad explica por que algunas personas enferman al entrar en contacto con el agente biológico y otras no. De esto depende su inmunización previa, vacunas... Los puntos básicos que debemos considerar para reducir el riesgo son:

- Identificación del riesgo: hay riesgos asociados a actividades laborales, lugares, condiciones ambientales... Conocer el riesgo hace posible adoptar las medidas preventivas oportunas. Si, por ejemplo sabemos qué enfermedades se transmiten por sangre, se podrán establecer los protocolos de actuación más adecuados, dando al personal los medios de protección. Debemos conocer la naturaleza de los agentes biológicos cuyos efectos hay que prevenir y sus efectos potenciales, considerando tanto infecciones como efectos alérgicos y tóxicos. Debemos saber también si existen trabajadores especialmente sensibles que puedan tener un riesgo adicional y la relación de puestos de trabajo y trabajadores que podrían estar expuestos así como las medidas aplicables analizando los procedimientos de trabajo.
- Intervención sobre los posibles reservorios: la reducción de un riesgo biológico pasa por suprimir o reducir la presencia del agente, actuando sobre los reservorios. Por ejemplo, actuar sobre el agua contaminada e impedir el acceso a ella de la población.
- Información y formación: las normas deben estar protocolizadas y sometidas a inspección en los entornos laborales. Por ejemplo, la aplicación de las normas básicas de higiene del personal y del entorno.

La actuación preventiva reduce los riesgos pero no los suprime. Existen trabajos donde puede haber exposiciones a riesgos biológicos. Las enfermedades ocupacionales se deben a agentes biológicos con los que se entra o se puede entrar en contacto a causa de la actividad laboral. En este caso los riesgos están bien definidos y el personal debe seguir una medidas preventivas establecidas. Podemos diferenciar 2 grupos de actividades que entrañan riesgo biológico:

- Actividades en las que la manipulación del agente biológico forma parte de la actividad laboral: laboratorios de microbiología, industrias en las que se utilicen agentes biológicos...
- Actividades en las que no hay intención de manipular agentes biológicos, pero

que se puede producir un contacto con ellos: actividad sanitaria, laboratorios clínicos, veterinarios, explotación y cuidado de animales, manipulación y eliminación de residuos...

Por otro lado, a transmisión del agente biológico puede darse por varias vías:

- Transmisión de persona a persona: personal en centros sanitarios, geriátricos (hepatitis B y C, VIH, tuberculosis, meningitis..).
- Zoonosis: transmisión de animales a personas como veterinarios, ganaderos (tiña, brucelosis..).
- Transmisión a través de fómites: materiales u objetos contaminados como en el personal de limpieza, laboratorios...

El Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo establece los métodos de protección a los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Además, el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) publica la "Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos Relacionados con la Exposición a Agentes Biológicos". El objetivo de esta guía es facilitar la aplicación e interpretación del citado real decreto.

5 Discusión-Conclusión

Así, según sea necesario se establecerán alguna de estas medidas:

- Organizar el trabajo para reducir el número de trabajadores expuestos.
- Adoptar medidas seguras de manipulación y transporte.
- Medidas de control y protección apropiadas.
- Señalizar las zonas de riesgo.
- Diseñar planes de emergencias si es necesario.
- Ordenar y hacer aplicar medidas higiénicas necesarias (por ejemplo, prohibir comer o beber en zonas de riesgo).
- Informar de las medidas preventivas adoptadas.
- Impartir y organizar formación y actividades de sensibilización a trabajadores.

Una vez que se ha producido la exposición accidental a un agente biológico debemos adoptar unas medidas básicas como son:

- Comunicar al accidente a la central de comunicaciones, haciendo constar que se trata de una exposición accidental a un agente biológico.
- Adoptar, dependiendo de la forma de exposición las medidas: accidentes percutáneos, pinchazos, cortes: retirar el agente con el que se ha producido la lesión,

limpiar la herida con agua y permitir el sangrado durante 2 o 3 minutos. Desinfectar la herida con solución antiséptica y cubrir con aposito impermeable; salpicaduras sobre la piel: lavar con agua y jabón e irrigarla con suero salino estéril. Desinfectar con solución antiséptica; salpicaduras sobre mucosas: irrigar la zona con abundante agua o suero salino. Se debe acudir al centro de asistencia que corresponda para que se pueda evaluar la situación y adoptar las medidas de profilaxis y tratamiento necesarias

6 Bibliografía

- Guía Técnica para la Evaluación y Prevención de los Riesgos relacionados con la Exposición a Agentes Biológicos.
- Atención Sanitaria Especial en Situaciones de Emergencia – Jose Antonio Moreno, Ana Campos.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 1273

RIESGOS LABORALES (SOCIALES Y PSICOLÓGICOS) PARA PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS

ANA MARIA GARCIA GARCIA

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

CLAUDIO GARCIA MURIAS

SONIA GARCÍA MUÑIZ

1 Introducción

Los trabajadores de cualquier centro sanitario, están expuestos a riesgos de las tres especialidades, es decir a riesgos de seguridad, riesgos higiénicos (como los biológicos, químicos y físicos), riesgos ergonómicos y riesgos psicosociales. Son los riesgos psicosociales los que, quizás más afecten al personal sanitario y a la vez los más olvidados, a pesar de tener efectos nocivos para la seguridad y la salud. Los riesgos de seguridad, son comunes a los que se presentan en muchos sectores, sin embargo, los de higiene y ergonómicos son muy frecuentes en el ámbito sanitario. Siendo los riesgos psicosociales, los que afectan y preocupan en mayor medida a este colectivo, según estudios realizados en estos últimos años.

Podemos definir los riesgos psicosociales, como “aquellos que están originados por una deficiente organización y gestión de las tareas y por un entorno social negativo”, según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Estos riesgos afectan por igual a todas las categorías de un centro sanitario u hospitalario, tanto a personal sanitario, como personal de gestión y servicios, celadores, auxiliares administrativos, etc.

2 Objetivos

- Diferenciar entre riesgo psicosocial y factores de riesgo psicosociales.
- Conocer las consecuencias para la salud que tienen los riesgos psicosociales.
- Prevenir los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha desarrollado una metodología de revisión bibliográfica, con búsqueda sistemática de información relacionada con riesgos laborales y riesgos psicológicos en el ámbito sanitarios, riesgos psicosociales en centros hospitalarios, estrés en el trabajo, seguridad y salud en el trabajo, etc.

4 Resultados

Aunque son términos muy parecidos y pueden dar lugar a confusión, hay que saber diferenciar entre RIESGO PSICOSOCIAL y los posibles factores de riesgo psicosociales.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo define los riesgos psicosociales como “los que hacen referencia a aquellas condiciones, que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo”.

Resumidamente se puede decir que, los riesgos psicosociales en el trabajo, están originados por una deficiente organización y por un entorno social negativo. Pueden afectar a la salud física, psíquica o social del trabajador.

Riesgos psicosociales:

- El Estrés: Según La OSHA "estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos". Cuando esta situación se hace crónica, se produce el desgaste profesional o Burnout.
- La violencia laboral: Existen dos tipos de violencia: la física y la psicológica.
- El acoso laboral: Está estrechamente relacionado con un mal clima en la empresa y un comportamiento negativo entre compañeros de trabajo, incluidos los superiores o directivos.
- El acoso sexual: Principalmente existen dos tipos: el chantaje sexual y el producido por un ambiente hostil.
- La inseguridad contractual: Preocupación constante derivada de la inestabilidad del trabajo y de las condiciones cambiantes del mismo.
- El conflicto familia-trabajo: Se da en ambas direcciones familia-trabajo y trabajo-familia.

Factores de riesgo:

Los principales factores de riesgo psicosocial en el ámbito sanitario son:

- Factores organizacionales: afectan a la política y filosofía de la empresa, a su cultura y a las relaciones laborales.

Factores laborales: están relacionados con las condiciones del empleo, la concepción del puesto de trabajo y la calidad del mismo.

Consecuencias para la salud.

Los riesgos psicosociales, como ya hemos hablado al inicio del capítulo, pueden afectar al bienestar y a la salud de la persona que lo sufre, tanto a nivel físico, psíquico, como social.

Estos daños sobre la salud se experimentan a corto plazo (ansiedad, dificultad de concentración y memoria, dolores de cabeza, problemas del sueño y de la alimentación, problemas psicosomáticos, etc.) y a largo plazo (fatiga psicológica, consumo de medicamentos, alcohol y otras drogas, depresión, suicidio, etc.)

También pueden afectar a los sistemas cardiovascular, respiratorio, inmunitario, digestivo, dermatológico, endocrino, musculoesqueléticos y a la salud mental.

¿Cómo prevenir los riesgos psicosociales en el ámbito sanitario?

Es necesario prestar atención a las condiciones de funcionamiento normal y anormal del centro.

Hacer una evaluación inicial de riesgos psicosociales.

Definir el rol de cada trabajador

Posibilitar la iniciativa y autonomía de manera que cada trabajador pueda organizar su trabajo y regular el ritmo del mismo.

Romper la monotonía y repetitividad dando al trabajador diferentes tareas y permitiendo su intervención.

Impartir la formación requerida a cada trabajador según su puesto. Para tener un cierto grado de responsabilidad, es imprescindible que el trabajador se encuentre suficientemente formado para poder hacer frente a los posibles problemas que puedan surgir en su día a día, y evitar las alteraciones que ello le supondría.

Establecer protocolos para la detección precoz de riesgos psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión final hacer hincapié en los siguientes conceptos relacionados con los riesgos psicosociales que se dan dentro del ámbito sanitario.

El 28 % de los trabajadores europeos (56 millones) afirma estar expuesto a riesgos psicosociales que afectan a su bienestar mental.

Unas condiciones psicosociales desfavorables están en el origen de la aparición, tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo, como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador.

Estos riesgos surgen como consecuencia de la carga mental, la insatisfacción, la turnicidad y nocturnidad, los elevados ritmos de trabajo, etc, es decir que están relacionados, en la mayoría de los casos, con la inadecuada organización en el trabajo.

En definitiva, los trabajadores de la Sanidad, están sometidos a los mismos riesgos laborales que trabajadores de otros sectores, sin embargo alguno de estos riesgos (como los psicosociales) están potenciados por el contacto diario con pacientes enfermos lo cual conlleva una gran carga emocional, que a su vez puede mermar el estado de salud del propio trabajador.

Alguno de los fines de la evaluación de riesgos psicosociales son:

- Detectar las áreas en las que se puede mejorar la prevención de riesgos laborales.
- Definir los objetivos y metas preventivas.
- Mejorar las comunicaciones externas e internas sobre temas de seguridad y salud.

- Revisar y mejorar los métodos de información, consulta y participación de los trabajadores.
- Elaborar planes de formación de los trabajadores.
- Planificar la vigilancia y control de la salud de los trabajadores, etc.

6 Bibliografía

1. <https://www.psicopreven.com/noticias-de-la-prevencion/137-que-son-los-riesgos-psicosociales>.
2. <https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/especial-master-prevencion/riesgos-psicosociales-sector-salud/>
3. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/cuales-principales-riesgos-psicosociales-trabajo>.
4. <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgos-psicosociales>.

Capítulo 1274

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE MEDIDAS HUMANIZADORAS EN LA SALUD MENTAL

MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ

LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ

1 Introducción

La salud mental es uno de los componentes fundamentales de la salud. La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1). De esta definición de salud de la OMS podemos deducir que la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales, es un estado de bienestar en el que se es consciente de las capacidades propias del individuo, donde puede afrontar con normalidad los problemas y tensiones de su día a día, es capaz de desenvolverse plenamente y de manera productiva en su trabajo y puede ser partícipe dentro de su comunidad.

La Organización de las Naciones Unidas, en la Declaración de Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención a salud mental, concretamente en su Principio 1.2 dice que “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”. (1)

Ya en el año 1998, el Comité Regional de la OMS para Europa aprobó la denominada Estrategia Salud 21, que contemplaba unos objetivos a alcanzar para el próximo siglo. En su objetivo 6 dice que “para el año 2020 se deberá mejorar el bienestar psicosocial de la población y ofrecer servicios completos, mejores y más accesibles a las personas con problemas de salud mental” (2). También se establece dentro del objetivo anterior que es necesario reducir la prevalencia de trastornos mentales, así como reducir las tasas de suicidios con medidas que busquen la capacidad de los individuos de hacer frente a los momentos estresantes de la vida.

Ya en el siglo XXI, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó en el año 2004 una recomendación relativa a “protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales” (3), lo que demuestra la creciente preocupación con este tema de los diferentes países y organismos.

Si se quieren alcanzar los objetivos se tienen que prestar una mayor atención al cuidado de grupos desfavorecidos, incrementar la formación continuada de los profesionales que atienden a estos colectivos, mejorar la calidad de la asistencia y fomentar una eficaz coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

De estas necesidades que surgieron, la OMS desarrolló el Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. Este plan reconoce que “la salud mental es un elemento esencial para el bienestar de todas las personas”. Para lograrlo, se marcan cuatro objetivos: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (4).

2 Objetivos

- Realizar un análisis de las unidades de salud mental en España para determinar las fortalezas y debilidades, establecer las principales causas de insatisfacción con el servicio y en base a ello, formular propuestas para mejorar la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud mental desde una perspectiva humanizadora.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la salud mental en España y los estudios sobre la satisfacción de los usuarios. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron “salud mental”, “humanización”, “satisfacción”. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2009 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales, forma parte del concepto de salud. No hay salud si no hay salud mental. La salud mental hace referencia a cómo una persona piensa y se desenvuelve en su día a día, en como afronta las situaciones que se generan en su vida, cómo evalúa y busca soluciones a esos problemas, en cómo toma las decisiones en función de esos problemas, en como se relaciona e interactúa con las demás personas o en cómo se ve a sí mismo. (1) Por tanto, la salud mental es imprescindible para el bienestar de la persona, para producir que las relaciones interpersonales sean satisfactorias y para poder contribuir activamente en la sociedad. Todo esto está determinado por factores sociales, psicológicos y biológicos.

Una mala salud mental puede estar asociada a factores sociales, como puede ser cambios sociales muy rápidos, entornos laborales muy estresantes, discriminaciones (de género, de orientación sexual...), realizar una vida muy poco saludable, la exclusión social, el riesgo de violencia de cualquier tipo o que hayan sido violados los derechos humanos de la persona. Además de los factores anteriores, la propia personalidad e la persona pueden hacer que está sea más o menos vulnerable a la hora de padecer trastornos mentales. También hay factores de origen biológico, como los factores genéticos o desequilibrios bioquímicos cerebrales que pueden ser determinantes a la hora de padecer un trastorno mental. (5)

La prevalencia de trastornos mentales continúa aumentando, esto afecta a los sistemas sanitarios y repercute en la salud de las personas y puede tener consecuencias en la aplicación de los derechos humanos en los diferentes países. En un estudio realizado por la Comunidad de Madrid en el año 2015, se produjo un incremento del 1,34% (115.505 personas más) en las derivaciones a los servicios

de salud mental y psiquiatría en comparación con el año anterior. Además se produjo un aumento del 10,83% (583.647 asistencias) en el número de consultas sucesivas. (6)

Javier Grafo en su libro “10 palabras clave en bioética” (7) establece que el primer problema ético en la salud es la deshumanización y que se manifiesta en un despersonalización de la atención. Ya Martha Nussbaum (8) describió en la visión del otro como mero objeto, para describir el riesgo de objetificación de la persona con problemas de salud mental. Atendiendo a lo anterior es necesario prestar atención a los componentes de dicho fenómeno:

Instrumentalización: el tratamiento de una persona como una herramienta para los fines del objetivador.

Negación de la autonomía: el tratamiento de una persona como carente de autonomía y libre determinación.

Inercia: el tratamiento de una persona como carente de agencia, y tal vez también de actividad.

Fungibilidad: el tratamiento de una persona como intercambiable con otros objetos.

Violabilidad: el tratamiento de una persona como carente de límites-integridad.

Propiedad: el tratamiento de una persona como algo que pertenece a otro.

Negación de subjetividad: el tratamiento de una persona como algo cuyas experiencias y sentimientos no deben ser tomado en cuenta.

Reducción al cuerpo: el tratamiento de una persona identificándola con su cuerpo o partes del cuerpo.

Reducción a la apariencia: el tratamiento de una persona principalmente en términos de cómo se ven, o cómo le parecen a los sentidos.

Silenciamiento: el tratamiento de una persona como si estuviera en silencio, y careciera de la capacidad de hablar.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario potenciar la humanización de atención a las personas con problemas de salud mental, en base a un modelo comunitario, comprometido con el respeto a los derechos humanos y con la participación activa del paciente.

Para lograr una humanización eficaz de la salud mental y ofrecer una solución a los problemas que afectan a este colectivo es necesario aplicar estrategias que

cambien de manera continua e integradora la manera de relacionarse las personas con trastornos mentales en relación a sus cuidados y tratamiento. Para lograr todo esto se pueden aplicar o llevar a cabo los siguientes objetivos:

- Humanizar los espacios y personalizar el proceso de información y acogida a pacientes, familiares y allegados en la atención sanitaria integral de las personas con problemas de salud mental.
- Potenciar la implicación y la participación activa de las personas con trastorno mental en su proceso e itinerario integral de atención y de utilización de recursos, desde una base de continuidad de cuidados y garantizando la protección de sus derechos.
- Mejorar la humanización en la relación de comunicación y vínculo que se establecen entre los profesionales y los pacientes con trastorno mental y sus familias, durante el proceso de atención. Cuidar al que cuida.
- Mejorar y optimizar la capacitación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en relación con la comunicación y manejo de los pacientes con problemas de salud mental.
- Articular y potenciar procesos de atención integral dirigidos a las personas con trastorno mental, a través de la coordinación entre servicios sanitarios y sociales y con otros ámbitos sociales (educativos, judiciales u otros que puedan ser relevantes para el proceso de intervención).

6 Bibliografía

1. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Organización Mundial de la salud; 2012.
2. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2005.
3. Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales.
4. Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020. OMS.
5. Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. OMS; 2006.
6. Memoria 2015 del Servicio Madrileño de Salud. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Comunidad de Madrid; 2016.

7. Gafo J. Diez Palabras Clave en Bioética (3a edición actualizada). Navarra: Verbo Divino; 1997.
8. Nussbaum M. El ocultamiento de lo humano. Buenos Aires: Katz; 2012.

Capítulo 1275

ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE HUMANIZACIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ

LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ

1 Introducción

Las enfermedades cancerosas tienen una enorme repercusión en la salud pública. Pese a los esfuerzos para intentar paliar sus efectos, la gran mortalidad que tiene caracteriza a esta enfermedad. Los datos de la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) en el año 2014 sitúa la tasa de incidencia de cáncer por cien mil habitantes por encima de la media de la Unión Europea en el caso de los varones, y por debajo en el de las mujeres, con una tasa de supervivencia en el caso de los hombres del 49% y del 59,4% en el de las mujeres. Los pacientes con cáncer tengan cada vez tienen más tasa de supervivencia y esto es fruto de una combinación de varios factores, como los avances en técnicas diagnósticas y terapias más precisas.

La incidencia del cáncer y sus características especiales lo posicionan como una de las principales causas de utilización de hospitales. En 2014 los cánceres fueron la cuarta causa de ingreso hospitalario en varones (1044 ingresos/100.000 habitantes) y la quinta en mujeres (912 ingresos/100.000 habitantes). También es el cáncer la segunda enfermedad que causó mayor número de estancias hospitalarias (11,6%) y el primero en número de estancias hospitalarias con una media de 7,94 días.

Los datos del European Cancer Observatory establecen que en los varones los cánceres más frecuentes son los de próstata (20,8%), pulmón (14,1%), colorrectal (16,1%) y tracto urinario (14,1%). En las mujeres lo más frecuentes son mama (32,7%), colorrectal (13,6%), ginecológico (11,6%) y pulmón (5,7%). Casi el 1% de los casos diagnosticados de cáncer fueron en menores de 15 años.

2 Objetivos

- Realizar un análisis de las enfermedades oncológicas en España para determinar las fortalezas y debilidades.
- Determinar las principales causas de insatisfacción con el servicio y en base a ello, formular propuestas para mejorar la satisfacción de los usuarios con los servicios de oncología desde una perspectiva humanizadora.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre el cáncer y los servicios de oncología en España y los estudios sobre la satisfacción de los usuarios. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Los descriptores utilizados fueron “oncología”, “humanización”, “cáncer”. Con estos descriptores también se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2010 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

El cáncer es una patología con una elevada repercusión psicológica y social, que unido a la elevada tasa de mortalidad, necesita contemplar los aspectos psicosociales como una parte inseparable a la hora de avanzar en el control de la enfermedad.

Actualmente, la enorme prevalencia de patologías asociadas al cáncer y las altas tasas de supervivencia, y en consecuencia de supervivientes de largo recorrido, han hecho que esta enfermedad sea una de las principales causas de utilización de los servicios sanitarios. (7) (8) Dentro de este contexto, es necesario establecer procedimientos para garantizar una asistencia de calidad y que permita facilitar la vivencia de la enfermedad, tanto del propio paciente como de la familia y

cuidadores, durante todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad.

Según la ASCO-ESMO en el “consensus statement on quality cancer care” la calidad de la asistencia de los pacientes oncológicos incluye la implantación de las medidas de prevención adecuadas, la no discriminación del paciente ni asistencial ni socialmente, la confidencialidad del diagnóstico y tratamiento, el acceso a la historia clínica, el abordaje multidisciplinar de la enfermedad, la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento, el acceso a tratamientos innovadores, la atención al manejo del dolor, el seguimiento y control de los efectos colaterales a largo plazo en los pacientes supervivientes, y el acceso a la rehabilitación de las secuelas, el acceso a cuidados paliativos y el asesoramiento y acompañamiento durante la etapa final de la enfermedad. (9)

La gran complejidad de todo el proceso de una enfermedad oncológica, debido a la alta morbimortalidad asociada, exige una especial coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios, debido a que el paciente con cáncer o al que se le haya diagnosticado cáncer está en una situación de vulnerabilidad ante el tránsito que le queda por hacer por el sistema sanitario. (10)

Las Comunidades Autónomas han intentado abordar iniciativas para una mejora en la atención del paciente oncológico durante todo el proceso asistencial. En la Comunidad de Madrid, durante el año 2015 se contabilizaron 155 iniciativas de mejora. Un 17% de las finalmente implementadas hacían referencia a facilitar la gestión de las citas, un 16% a la continuidad asistencial, un 12% sobre el autocuidado, un 20% a actividades relacionadas con el voluntariado, un 9% a consejos nutricionales y el 26% restante corresponde a iniciativas no implementadas, como por ejemplo (mejora de infraestructuras).

5 Discusión-Conclusión

Para una eficaz humanización de los servicios oncológicos, así como la mejora en la atención y calidad de la asistencia ofrecida, es necesario aplicar una serie de medidas u objetivos a alcanzar para lograr una plena humanización. Entre los objetivos que deben ser alcanzados están:

Contribuir a disminuir el impacto que supone el diagnóstico de cáncer y su tratamiento.

Facilitar la resolución de dudas y fomentar la incorporación del paciente a la

toma de decisiones.

Promover la autonomía del paciente y el control de su enfermedad mediante los autocuidados.

Contribuir a normalizar la vivencia de la enfermedad.

Facilitar al paciente, familiares y cuidadores la gestión de citas y otros trámites.

Evitar en la medida de lo posible las visitas innecesarias del paciente a la urgencia hospitalaria.

Promover la gestión compartida entre la atención primaria y la hospitalaria.

Impulsar programas de cuidados de supervivientes de larga vida.

Impulsar los cuidados paliativos en los pacientes a los que se agote el tratamiento activo.

6 Bibliografía

1. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), 2014.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de morbilidad hospitalaria (2014).
3. European Cancer Observatory. Disponible en : <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Country.aspxISOCountryCd=724>
4. European Journal of Cancer Volume 51, Issue 15, Pages 2099-2268 (October 2015). Survival of Cancer Patients in Europe, 1999–2007: The EUROCARE-5 Study.
5. Plan estratégico de Oncología Médica en el entorno de la libertad de elección 2015-2019 Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales. Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud . Consejería de Sanidad.
6. ASCO-ESMO consensus statement on quality cancer care. Annals of Oncology 17: 1063-1064. 2006.
7. Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Viceconsejería de Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. Edición electrónica. Edición 1/2015.

Capítulo 1276

EL PERSONAL NO SANITARIO ANTE EL PACIENTE TERMINAL

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

1 Introducción

En los cuidados y tratamientos del paciente terminal debemos saber que la muerte es parte natural de la vida, por tanto se tiene que aceptar y conocer las fases por las que pasa el paciente terminal para poder proporcionar los cuidados específicos en cada fase. En los cuidados y tratamientos, no debemos olvidar que, un elemento más, es la familia, y en ella se da el proceso de duelo en sus distintas fases. Hoy en día se tiende a que los pacientes terminales mueran en sus domicilios, acompañados por sus seres más queridos. Algunos paciente mueren en los hospitales ya sean por carecer de familia o bien porque ésta no disponga de los suficientes recursos para su cuidado.

Los profesionales que trabajamos en las instituciones sanitarias debemos proporcionar al paciente una muerte digna, por ello que se requiere:

- Modificación de estructuras hospitalarias y humanización del trato.
- Cuidado integral del enfermo.
- Procurar que muera sin dolor.
- Buscar la participación de la familia, de los amigos y de los seres queridos.
- Preservar la intimidad del enfermo moribundo del morbo.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la empatía con el paciente y familiares ante una situación tan delicada y dolorosa.

3 Metodología

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

4 Resultados

La medicina paliativa no se encarga de alargar la vida de forma irrazonable (encarnizamiento terapéutico) ni de acortarla para aliviar sufrimientos (eutanasia) sino que se encarga de ayudar y cuidar al enfermo terminal hasta sus últimos días. Según el Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer, la definición de Cuidados Paliativos sería: “Atención total, activa y continuada de los pacientes y de sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y sus familiares. Si es necesario, el apoyo debe incluir el proceso de duelo”.

Bases de la terapéutica en enfermos terminales:

- Atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Forzosamente se trata de una atención individualizada, y continuada. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo, adquiriendo una relevancia especial en la atención domiciliaria. La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación.
- La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran “con” el enfermo los objetivos terapéuticos.

- Concepción terapéutica activa, incorporando una actitud rehabilitadora y activa que nos lleva a superar el “no hay nada más que hacer”. Importancia del “ambiente”. Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. Instrumentos básicos:
- Control de síntomas
- Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico.
- Cambios en la organización, que permita el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.
- Equipo multidisciplinar, ya que resulta muy difícil plantear los cuidados paliativos sin un trabajo en equipo.
- La asistencia debe ser realizada según unos principios básicos que resulten aceptables de modo universal, sea cual sea la referencia cultural, moral o ética de cada individuo.

No hay que caer en el error de confundir los términos “paciente terminal”, no necesariamente encamado y “paciente terminal final”. Así, el período en el que el enfermo sufre las consecuencias de la enfermedad, caracterizado por progresivo deterioro de su estado físico, acabando en muerte, se denomina “agonía” que va acompañado por dolor y angustia mental, elementos que reducen considerablemente la calidad de vida del enfermo. La actuación del personal no sanitario irá enfocada a proporcionar al enfermo moribundo el máximo confort posible mediante los cuidados encaminados al control de los síntomas y apoyo psicológico, tanto para el paciente como a su familia.

5 Discusión-Conclusión

El acercarse a un enfermo terminal plantea en las personas el reflejo de la propia figura, de su propia muerte. Este acercamiento pone en juego una serie de representaciones dotadas de una intensa carga emocional. Debido a ello, suelen producirse dos tipos de conducta entre los familiares y amigos del enfermo:

- Negación de la realidad, evitando acudir a ver al paciente para eludir la confrontación con la muerte y tratando de justificarse por la falta de medios o de tiempo o diciendo frases tan típicas como “prefiero recordarlo tal como era cuando estaba sano”.
- Resolución del conflicto, tomando conciencia de la propia mortalidad. Esto es signo de una parte importante del proceso de maduración del ser humano. Saber escuchar. El acto de escuchar requiere de una buena actitud, disponibilidad y tiempo. Al igual que cualquier otra habilidad puede ser aprendida y perfec-

cionada, es importante saber escuchar todo lo que el paciente dice e incluso lo que no dice o dice entre líneas. Asimismo es importante saber manejar los silencios e identificar si son silencios de elaboración (el paciente está siguiendo una cadena de pensamientos) o silencios de bloqueo (porque algo que va a decir le produce tanta angustia que le reprime) Empatía. Es la capacidad para comprender, aceptar y compartir los sentimientos del paciente. Es importante que éste reconozca a alguien a quién le importa lo que siente: temores, alegrías, etc. Esto favorecerá el diálogo y creará una relación basada en la confianza que favorecerá la apertura de sus sentimientos.

Uso del lenguaje adecuado. El lenguaje dirigido al paciente ha de ser llano, sencillo y de fácil comprensión, ya que de esta forma se sentirá participe de su enfermedad y del tratamiento de la misma. No debemos emplear ningún tipo de tecnicismo debido a que esto facilitaría que el sujeto se volviese más pasivo, creyendo que todo está fuera de su control, que su salud está solo en manos de los médicos y enfermeras/os. Comunicación no verbal. Las emociones, actitudes y personalidad del enfermo quedan reflejadas en la comunicación no verbal de forma complementaria, y en ocasiones más explícita, que a través de la verbal.

Hay pacientes que hablan de su futuro con un tono de voz y unos gestos que delatan su conciencia de la proximidad de la muerte. A veces esta comunicación no verbal anticipa ideas que ni el propio paciente es capaz aún de asumir conscientemente. También la actitud del personal sanitario y la familia influye en el paciente a través del lenguaje no verbal y verbal de los mismos. Debido a la situación en la que se encuentran, ajenos a muchos estímulos externos, estos pacientes tienen toda su atención puesta en el equipo terapéutico y en su familia, por eso son muy sensibles ante cualquier bajada de mirada, cualquier movimiento, gesto de preocupación, susurro, etc. Su estado les hace más receptivos a cualquier mensaje de las personas que le rodean, por ello éstas deben cuidar bien lo que quieren decir y lo que no quieren transmitir. Respeto a los juicios, confidencias y creencias del paciente y familiares

Flexibilidad en el trato. El trato del enfermo terminal debe ser personalizado y cálido, adaptándose en cada caso particular atendiendo a sus necesidades de cariño y comprensión. No olvidar el establecer contacto físico con el paciente (cogerle la mano, darle un abrazo, etc.) incluso debemos animar a la familiar para que ellos también lo hagan, ya que de lo contrario el paciente puede sentirse solo, aislado y más hundido en su tristeza y malestar. Control de la implicación emocional. Es necesario mantener una cierta distancia que se consigue creando

defensas. Para ello hay que tener claro que se está ayudando al paciente a morir, cuidándolo y apoyándolo pero no debemos pensar que estamos ahí para morir con él o salvarlo de lo inevitable. En caso de reconocer algún signo de sobreimplicación emocional, como por ejemplo preguntarse por qué esa persona tiene que morir, se debe poner en comunicación al resto de los miembros del equipo terapéutico y buscar defensas para poder manejarlo.

La sobreimplicación sin defensas y con un aumento de las demandas por parte del paciente y la familia, puede llegar a producir el temido síndrome de Burnout y desatar la ira contra el paciente y su familia o producir un abandono de la situación con la consiguiente culpa. Adecuado control del estrés. En una unidad de cuidados paliativos existe un constante e inevitable estrés, producido por las situaciones que el personal tiene que vivir sobre todo aquellas situaciones que son de incertidumbre, cambios bruscos que obligan al equipo sanitario a adaptarse a una nueva situación para la cual no se tienen recursos adecuados, también aquellas situaciones en las que existe una carencia de información, etc. Este estrés puede acabar perjudicando tanto al enfermo como a su familia, por ello es necesario disponer de recursos que permitan afrontarlo y controlar sus efectos, por ejemplo con técnicas de relajación, expresión de sentimientos, etc. Apoyo al cuidador principal y familia.

Cuando a la familia se le comunica el diagnóstico de la enfermedad maligna terminal, sufre una impactante alteración psicoemocional y pasa por un periodo de estrés. Las familias necesitan atención al mismo tiempo que el paciente terminal. Los familiares deben ser partícipes del plan de cuidados del paciente. La respuesta ante el conocimiento del diagnóstico de una enfermedad terminal por parte de la familia es de shock, aturdimiento e incredulidad. Es conveniente instruir a los familiares en los cuidados necesarios para el paciente. A veces el enfermo se va de alta a casa y son ellos los que tienen que continuar con el tratamiento y los cuidados diarios. A medida que la familia va encontrando los mecanismos para adaptarse a la tensión emocional y que el estado físico del paciente hace evidente la proximidad de su muerte, empieza a aceptar la realidad y a prepararse emocionalmente para ella iniciándose el duelo anticipatorio.

Complicaciones:

- Temor al posible sufrimiento del paciente, que se incrementa a medida que el enfermo se va deteriorando y van apareciendo nuevos síntomas como: disnea, convulsiones, hemorragias, vómitos, estertores pre-mortem, dolor, pérdida del grado de conciencia.

- Miedo a que el paciente sea abandonado y no reciba la atención necesaria en el momento adecuado.
- Rechazo a hablar con el paciente. La conspiración del silencio es un mecanismo de defensa y una racionalización de los miedos personales a abordar el tema de la muerte con un ser querido.
- Pánico a que el paciente entienda su condición física por las actitudes de la familia y sus manifestaciones emocionales.

Cuidados a administrar Atención a la familia. La familia se enfrenta a la pérdida de un ser querido, situación que provoca un gran impacto emocional. Se debe intentar tratar a los familiares de forma cordial y respetuosa, atender cualquier petición, orientarles en los momentos difíciles y proporcionarles comodidad durante su estancia en el hospital. En definitiva, deberá reconocer la importancia de la familia, respetando cualquier reacción de sus miembros y ofreciéndoles su apoyo, sin hacer juicios de valor. El apoyo a la familia del paciente terminal incluye la realización de una serie de cuidados, como son:

- Facilitar a la familia la mayor cantidad de información posible sobre el estado del paciente. Proporcionar información sobre lo que ha ocurrido, lo que está ocurriendo y, según los casos, lo que se espera que suceda. La falta de información y la no participación en los cuidados por parte de la familia hace que ésta genere miedos y ansiedades.
- Explicar a todos los miembros de la familia que es beneficioso para el paciente la participación de ellos en los cuidados. Repartir el trabajo entre todos para que no existan sobrecargas.
- Si existe un familiar al cual el enfermo no desea ver o experimenta sentimientos negativos hacia él, debemos evitar en la medida de lo posible que visite al paciente.
- Estimular a la familia a que pase el mayor tiempo posible con el paciente, ya que la presencia de seres queridos hace que se sienta más tranquilo y además se favorece la interrelación paciente-familia
- Aconsejar a la familia que exprese sus sentimientos y hable sobre la persona perdida.
- Facilitar a la familia un ambiente tranquilo y agradable para que puedan desahogarse hablando sobre sus temores y esperanzas para el futuro.
- Proporcionar a la familia apoyos religiosos y consejos espirituales, poniéndola en contacto con el sacerdote.
- Informar a la familia de la existencia de grupos de apoyo que pueden ser de gran ayuda.

- Ayudar a la familia a tomar decisiones sobre la compañía funeraria, recogida de pertenencias y traslado de familiares.
- Informar de la muerte del paciente cuando la familia esté reunida. De esta forma podrán ayudarse unos a otros.
- Si la familia no está presente en el momento de la muerte se informará con tacto de los últimos momentos del paciente, evitando los detalles dolorosos, precisando la hora del fallecimiento. También se deben repartir las últimas palabras del difunto si han sido mensajes de afecto.

6 Bibliografía

- <https://dialnet.unirioja.es/servlet>.
- <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php>.
- http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=43.
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

Capítulo 1277

EL LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS EN CENTROS SANITARIOS.

SECUNDINO CUERVO RODILES

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

1 Introducción

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad. Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial por su correspondiente coste y morbimortalidad atribuible.

Se conoce por infección nosocomial (IN), también llamada infección hospitalaria (IH) o infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), a aquella infección que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un

tratamiento médico y que no estaba presente en el momento de iniciar el contacto con la atención sanitaria. La propagación de los microorganismos responsables de la IN puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías.

En 1847, a partir de estudios experimentales el doctor Igmaz Philip Semmelweis al depararse de los elevados índices de fiebre puerperal, postuló la interacción entre la falta de la HM y la IN, de modo que al instituir la obligatoriedad de la higiene con solución clorada entre la atención de cada paciente observó una reducción drástica de la tasa de mortalidad por sepsis puerperal. El descenso observado fue del 27% al 0,2%. Dentro de este contexto, la intervención propuesta por Semmelweis representó la primera evidencia de que la HM ante el contacto con los clientes podría reducir los índices de IN.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Reducir el número de microorganismos en las manos.

Objetivos secundarios:

- Minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes.
- Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo, entre trabajadores sanitarios y cruzada entre pacientes.
- Eliminar la flora transitoria y al máximo la flora residente de las manos previo a un procedimiento invasivo que por su especificidad o su duración requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual.

3 Metodología

Búsqueda de información sobre el lavado de manos en todo tipo de páginas con artículos sanitarios referentes y temarios académicos, principalmente a través de internet pero también en algunos libros de texto específicos. Para no incurrir en el sesgo de selección se han empleado numerosas fuentes de información. Se han incluido tanto artículos cualitativos o mixtos esenciales en actividades de prevención y control de infecciones, además de estudios cuantitativos para ampliar los resultados a analizar.

4 Resultados

Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. La HM es la medida primordial para reducir la incidencia y propagación de estos microorganismos, siendo una pieza clave para el control de infecciones.

La piel está normalmente colonizada y las zonas más propensas son el área perineal, el inguinal, las axilas, el tronco, la faringe, el tracto gastrointestinal, las extremidades, las fosas nasales y fundamentalmente las manos en los profesionales sanitarios. Los microorganismos presentes en las manos constituyen la flora residente y la flora transitoria. La flora residente coloniza las partes más profundas de la piel y tiene poco potencial patogénico. Por otro lado, la flora transitoria coloniza las capas más superficiales y se adquiere generalmente por el contacto con otro paciente o con superficies contaminadas. Esta flora está formada principalmente por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), *Acinetobacter baumannii*, *Norovirus*, *Clostridium difficile*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, diferentes especies de *Cándidas* y otros microorganismos multirresistentes, que son los responsables de la mayoría de la IN. La HM permite eliminar esta flora transitoria.

Existen diversas técnicas para la HM como el lavado social o lavado higiénico con agua y jabón neutro, el lavado antiséptico de manos que incluye la HM con jabón antiséptico y antisepsia de manos con solución hidroalcohólica y, por último, la antisepsia quirúrgica, que incluye el lavado quirúrgico con jabón antiséptico y la antisepsia quirúrgica con solución hidroalcohólica. La selección de uno u otro procedimiento depende de la flora que se pretenda eliminar. El lavado con agua y jabón, por lo general, es suficiente para eliminar la flora transitoria, sin embargo, para la permanente está indicado el uso de antisépticos.

Después de su evaluación en la mayoría de los casos la tasa más alta de cumplimiento de la HM correspondía al personal de enfermería. Sin embargo, se han detectado numerosas barreras que dificultan su cumplimiento. Entre estas barreras se encuentran las relacionadas con la falta de conocimientos que tienen los propios profesionales sanitarios, la falta de motivación, la presencia de una actitud incorrecta, la creencia del bajo riesgo de no realizar la técnica, la poca accesibilidad a los productos o la irritación de la piel producida por estos, el uso de guantes en vez de antisepsia, la falta de dispensadores, la sobrecarga asistencial, la priorización en la atención al paciente frente a la antisepsia, el elevado coste de los sistemas electrónicos y videos necesarios para las campañas, la falta de modelos

de conducta, la falta de una cultura de seguridad y el olvido o desconocimiento de las recomendaciones existentes.

En la actualidad la falta de una cultura de seguridad es un problema mundial de salud pública. Por ello, organismos como el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa, en el año 2006, desarrolla unas recomendaciones en las que se plantea situar la seguridad del paciente en el centro de todas las políticas sanitarias, elaborando un marco político en materia de seguridad. La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente de la OMS, en 2005-2006, elabora el documento "Una atención limpia es una atención más segura". La alianza elige como tema de su primer Reto Mundial las IN debido a sus consecuencias sobre los pacientes.

El objetivo principal es mejorar la HM en todo el mundo, comprometiendo a los países a aplicar estrategias de fomento de esta práctica y ensayar la aplicación de las directrices de la OMS en la atención sanitaria. Los instrumentos necesarios para lograr con éxito el Reto Mundial son la educación y motivación del personal asistencial, liderazgo y disponibilidad de guías clínicas claras y fáciles de seguir, apoyo administrativo, participación de los pacientes y cambios sistemáticos que garanticen la disponibilidad de productos para la HM en el punto de atención al paciente. Estos nos pueden ayudar a disminuir los factores de riesgo tanto individuales, grupales, institucionales o gubernamentales asociados a un escaso cumplimiento de la HM.



Imagen 1. ¿Cómo lavarse las manos?



Imagen 2. ¿Cómo desinfectarse las manos?

5 Discusión-Conclusión

Ha quedado demostrado que la Higiene de Manos es la medida más importante para evitar la transmisión de microorganismos multirresistentes responsables de las Infecciones Nosocomiales en los centros de atención de salud. Estas infecciones plantean un importante problema mundial para la seguridad del paciente y tiene un gran impacto económico en los sistemas sanitarios. La simple tarea del lavado de las manos en los momentos adecuados y de la forma correcta es una medida que todo profesional sanitario puede realizar para prevenir una infección que podría causarle un daño grave al paciente incluso derivar hasta la muerte.

Conseguir incrementar la adherencia a esta técnica debería ser una de nuestras metas como profesionales sanitarios. Se podrían implantar protocolos de actuación en los centros sanitarios mediante el refuerzo y motivación de los profesionales, concienciación del equipo ante la seguridad del paciente y del propio profesional, el empleo de carteles o recordatorios y la formación de los sanitarios como parte de su actividad asistencial. Aunque las mayores tasas de HM corre-

spenden al personal de enfermería, esto no debe caer en el olvido y debemos esforzarnos en continuar con la promoción de esta técnica tan útil para proteger tanto al paciente como al profesional.

6 Bibliografía

- Técnicas de Enfermería. 3ª Ed. L.Wieck, E.M.King, M.Mayer .Editorial Interamericana.
- Control de las Infecciones en Enfermería. Ediciones Doyma.
- Enfermedades Infecciosas. Principios y Práctica. 3ª Ed. Mandell/Douglas/Bennett.
- Procedimientos de Enfermería . H.K.Hamilton/M.B.Rose. Interamericana.
- Control de la infección en pacientes quirúrgicos. Comité para el control de infecciones quirúrgicas del comité de cuidados pre y posoperatorios. American College of Surgeon. Fondo Educativo Interamericano.
- World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva (Switzerland); 2009. 64 p.
- Sánchez Paya J, Galicia García MD, Gracia Rodríguez RM, García González C, Fuster Pérez M, López Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre la higiene de manos. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica [Internet]. 2007 Jun.
- Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente. Una atención limpia es una atención más segura. Génova (Suiza); 2005-2006. 18 p.

Capítulo 1278

HABILIDADES DE LA COMUNICACIÓN

MARIA TERESA ROSARIO GARCIA

MONICA ALVAREZ CARRASCO

ARACELI ZAPICO DIAZ

MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA

1 Introducción

El término comunicación procede del latín “communicare” que significa hacer a otro partícipe de lo que uno tiene. La acción de comunicar o comunicarse, es el proceso por el que se transmite y recibe una información.

Todo ser humano y animal tiene la capacidad de comunicarse con los demás. Pero para que este proceso se lleve a cabo, es indispensable la presencia de varios elementos: Un emisor; es decir, alguien que transmita la información; un receptor, alguien a quien vaya dirigida la información y que la reciba; y un canal, que puede ser oral o escrito.

Somos primordialmente seres sociales en el sentido de que pasamos la mayor parte de nuestro tiempo interaccionando con otras personas. Es importante aprender a entenderse con los otros y a funcionar adecuadamente en situaciones sociales. Las habilidades de comunicación nos ayudan a mejorar las relaciones interpersonales.

2 Objetivos

- Definir los objetivos de la comunicación.
- Analizar los elementos principales que intervienen en el proceso de la comunicación.
- Describir las formas de comunicación y sus funciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los objetivos de la comunicación son: informar; persuadir; motivar; entretener. Y para ello debemos tener en cuenta: saber qué decir; atreverse a decirlo; decirlo bien; escuchar.

En definitiva, el objetivo principal es la comunicación eficaz entre dos personas, que se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor. La comunicación eficaz debe ser clara, concreta y concisa, debiendo captar, conservar y convencer al interlocutor.

Los elementos principales que intervienen en el proceso de la comunicación son:

- Emisor: el que crea y emite el mensaje. Este elemento bien puede ser un individuo, un grupo de personas o una máquina.
- Receptor: el que recibe la información transmitida. Al igual que el emisor, puede ser desde una máquina, hasta un individuo o grupo de personas.
- Canal: el conducto por el que se transmite la información, y que el receptor percibe para captar el mensaje. A través de los sentidos, el receptor recibirá la información. Por lo que es importante que éste se encuentre en ese canal. Existen dos tipos de canales: medios naturales (la luz o el aire) o medios técnicos (radio, internet, papel, etc).
- Mensaje: los datos de información que se transmiten.
- Código: conjunto de signos que el emisor utilizar para codificar el mensaje.
- Contexto: conjunto de circunstancias temporales, espaciales y socioculturales que permiten que el receptor comprenda el mensaje.

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos categorías:

- Comunicación verbal, que se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz.
- Comunicación no verbal, que hace referencia a un gran número de canales, como gestos faciales, contacto visual, movimientos de brazos y manos, la postura o distancia corporal etc.

La comunicación puede tener funciones como informar, persuadir, regular y motivar, entre muchas otras. Las funciones más básicas son cuatro:

- Informativa: tiene que ver con la transmisión y recepción de la información.
- Formativa: en esta función el emisor influye en el estado mental interno del receptor aportando nueva información.
- Persuasiva: el emisor pretende modificar la conducta u opinión del receptor de manera que coopere en determinado propósito. O bien que cree en su mente una percepción sobre algún tema concreto.
- Entretener: el emisor crea contenidos que el receptor disfruta.

Otras Funciones de la comunicación dentro de un grupo o equipo son:

- Reguladora: el emisor pretende regular la conducta del receptor, por ejemplo en una norma social determinada.
- Control: el emisor pretende controlar el comportamiento del receptor, por ejemplo estableciendo un sistema de premios y sanciones sociales.
- Motivación: el emisor pretende motivar al receptor en la realización de determinados actos.
- Expresión emocional: la comunicación se presenta como el medio para expresar ideas, emociones.
- Cooperación: la comunicación se constituye como una ayuda importante en la solución de problemas.

Todos estos elementos, formas y funciones van dirigidos a conseguir una comunicación asertiva, que es la habilidad social que se asocia a la inteligencia emocional y a la capacidad de comunicarse de manera armoniosa y eficaz. Se trata de comunicar de manera clara y objetiva nuestro punto de vista, nuestros deseos o sentimientos con honestidad sin ánimo de ofender o herir. Esta comunicación influye positivamente en nuestra relación familiar, laboral y con nuestros compañeros.

5 Discusión-Conclusión

La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye.

La mayor dificultad con la que puede encontrarse la comunicación es la distorsión, el desvío de alguna de las partes del proceso, la cual causa un entendimiento erróneo entre los elementos.

6 Bibliografía

- De las Heras Renero, M^a Dolores y Cols. Programa Discover. Junta Castilla y León.
- E. Caballo, Vicente. Manual de evaluación y tratamiento de las habilidades sociales. SIGLO XXI. 1999
- Luengo Martín, M^a Ángeles y Cols. Construyendo la salud. MEC.
- Vallés Arandiga A. y Vallés Tortosa C. Programa de refuerzo de las habilidades sociales III. EOS.

Capítulo 1279

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

MARIA TERESA ROSARIO GARCIA

MONICA ALVAREZ CARRASCO

ARACELI ZAPICO DIAZ

MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA

1 Introducción

Tendemos a una forma habitual de identificación de pacientes que debemos evitar (como es número de habitación, características físicas, cama) y que nos suelen llevar a errores en la práctica clínica. Por ello deben establecerse medidas que garanticen la identificación inequívoca de los pacientes, de sus muestras y de toda su información.

2 Objetivos

- Identificar de forma inequívoca a todos los pacientes que son atendidos en el Servicio de Salud, implantar un sistema de identificación para todos los pacientes que acudan a recibir asistencia sanitaria al Servicio, garantizar la correcta identificación de los pacientes durante su contacto con el Servicio (para prevenir errores relacionados con la asistencia sanitaria), verificar la identidad del paciente previamente a la realización de cualquier procedimiento, mantener identificados correctamente a los pacientes mediante pulsera identificativa durante todo su

proceso asistencial y recoger en la pulsera todos los datos de identificación inequívocos de pacientes.

3 Metodología

Búsqueda sistemática realizada en diversas bases de datos científicas y bibliográficas como Dialnet y scielo.

4 Resultados

Un adecuado protocolo se debe imponer tanto en el medio hospitalario como en atención primaria.

En el medio ambulatorio se requerirá información documental y su verificación verbal: tarjeta sanitaria, NIF/NIE, pasaporte u otra documentación que acredite sus datos. Hay ocasiones especiales donde la verificación verbal no es posible debido a que el paciente puede estar confuso, con problemas auditivos, extranjeros que no entienden nuestro idioma y pacientes pediátricos. En estos casos la verificación de datos se haría con el acompañante.

En lo referente al medio hospitalario se requerirá:

- Documentación administrativa y verificación verbal: Igual que en medio ambulatorio.
- Pulsera identificativa: Es un dispositivo que se coloca al paciente, generalmente en la muñeca de la mano dominante. Se caracteriza por:
 - Pulsera de color blanca.
 - Texto en negro.
 - Material antialérgico (sin látex) e inocua para el paciente.
 - Resistente a la tensión y rotura en cualquier dirección ya sea en seco o en mojado.
 - Inmunes al calor y a la humedad.
 - Tinta indeleble e impresión resistente a la abrasión y al agua.
 - Flexibles y cómodas, sin bordes cortantes.
 - Cierre seguro con troquel de seguridad no manipulable.
 - Imposibilidad de reutilización tras la rotura del cierre de seguridad.
 - Ajustada a la normativa vigente en materia de calidad y protección del medio ambiente.
- Adaptada al tamaño del paciente (desde neonatos a adultos).

- Que permita un manejo fácil por parte del profesional (almacenaje, cumplimentación de los datos, impresión, actualización de la información, colocación en el paciente, etc.).

En esta pulsera se reflejan los datos del paciente (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, número de historia y sexo del paciente). Se mantendrá durante todo el proceso de permanencia del paciente en el hospital. Solo se retirará definitivamente cuando se tenga el alta definitiva domiciliaria.

- Etiquetas con pegatina: Registran los mismos datos que la pulsera identificativa y acompañarán a toda la documentación que genere el paciente en el área hospitalaria.

5 Discusión-Conclusión

- La seguridad de los pacientes constituye una prioridad en la gestión de calidad del servicio sanitario.
- El protocolo de identificación inequívoco de pacientes es imprescindible.
- La dirección del centro es responsable de hacer cumplir este protocolo.

6 Bibliografía

1. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
2. Estrategia de Seguridad del Paciente 2013-2016. Osakidetza. Septiembre 2013.
3. Procedimiento General de Identificación de Pacientes. Anexo I. Estrategia para la seguridad del paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. SSPA. Diciembre 2009.
4. Mejorando la Seguridad del Paciente en los Hospitales: de las ideas a la acción. 2008. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Traducción de la documentación del Sistema Sanitario de Universidad de Michigan: "Patient Safety Toolkit". Disponible en: <http://www.med.umich.edu/patientsafetytoolkit/>.

Capítulo 1280

BENEFICIOS DEL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL AL NACIMIENTO.

AURORA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

DIEGO CALDERÓN GONZÁLEZ

PAULA GARCÍA PRIETO

1 Introducción

Los recién nacidos humanos como mamíferos que son, necesitan un estrecho contacto con su madre tras el nacimiento, fundamentalmente en las primeras horas tras el parto.

Desde el instituto europeo de salud mental perinatal nos alertan de la importancia de no interrumpir a la madre y el recién nacido, las hormonas que intervienen en estos primeros momentos, como la oxitocina, ayudan a iniciar la lactancia materna, pero también tiene efectos mecánicos, con lo cual, las primeras horas de vida de un ser humano, tienen efectos en el esquema comportamental del adulto en el futuro. Un recién nacido necesita calor, oxígeno, alimento y protección, y todo ello en un bebé sano se lo puede y debe de brindar su madre.

La iniciativa de humanización del nacimiento y la lactancia (IHAN), antiguamente llamada iniciativa hospital amigo de los niños, fue lanzada en 1991 por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF para realizar estrategias de apoyo a la lactancia materna mediante 10 pasos, entre los que se encuentra el cuarto paso que nos dice: “ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna en la media hora siguiente después del parto”.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar las evidencias disponibles más actuales respecto al contacto precoz piel con piel entre madre y recién nacido tanto en parto vaginal como en cesárea.

Objetivos secundarios:

- Proporcionar formación a familias y personal sanitario, que esté en contacto con la maternidad de los beneficios del método canguro, informar también sobre un manejo óptimo de la realización del contacto precoz piel con piel.
- Concienciar sobre la importancia de iniciar la lactancia materna en la primera hora tras el parto.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos, y se consultó la Guía de práctica clínica de lactancia materna del Ministerio de Sanidad, Guía de práctica clínica del atención al parto normal del Ministerio de Sanidad y en la página web de la Asociación Española de Pediatría.

4 Resultados

El contacto piel con piel ininterrumpido facilita la adaptación del bebé a la vida extrauterina y cuenta con numerosos beneficios para la madre y el recién nacido. Favorece el vínculo materno filial y la aparición de conductas instintivas en el recién nacido para iniciar de un modo precoz la lactancia materna.

La Guía de práctica clínica del NICE recomienda que madre y recién nacido estén en contacto piel con piel, tan pronto como sea posible tras el parto evitando la separación de la madre y el recién nacido durante la primera hora de vida para realizar procedimientos rutinarios.

La guía de la Perinatal Services British Columbia (PSBC) recoge la misma evidencia que muestran que durante la primera hora tras el parto los recién nacidos están alerta y que su reflejo de succión es intenso, por lo que recomienda colocar al recién nacido en CPP con la madre tras el nacimiento para que tenga acceso directo al pecho, manteniendo el CPP hasta la finalización de la primera toma. En cuanto al recién nacido en parto por cesárea, el paso 4 de la IHAN recomienda la práctica rutinaria del contacto precoz tras el parto por cesárea. Por su parte, la

GPC sugiere ofrecer apoyo con la colocación del recién nacidos para proteger la cicatriz abdominal.

La Guía de práctica clínica de Ministerio de Sanidad recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato e ininterrumpido tras el parto, colocando al recién nacido en decúbito prono, desnudo, con la cabeza ladeada sobre el abdomen y pecho desnudo de la madre durante los primeros 120 minutos tras el nacimiento. Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos. Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro. El estado de la madre y del recién nacido deben ser supervisados durante ese tiempo por un acompañante correctamente informado o por un profesional sanitario.

En recién nacidos por cesárea, se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato tras el parto siempre que la situación del recién nacido y la madre lo permita. Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el recién nacido sobre el pecho de la madre.

Las recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento de la Asociación Española de Pediatría son las siguientes:

- Se recomienda secar suavemente la cabeza y espalda del recién nacido, pero no sus manos.
- Para evitar la pérdida de calor se recomienda cubrirle con una manta precalentada y ponerle un gorro.
- El estado de la madre y del recién nacido deben ser supervisados durante ese tiempo por un acompañante correctamente informado o por un profesional sanitario.
- En recién nacidos por cesárea, se recomienda realizar el contacto piel con piel inmediato tras el parto siempre que la situación del recién nacido y la madre lo permita.
- Los cuidados que sean necesarios se pueden realizar con el recién nacido sobre el pecho de la madre.

5 Discusión-Conclusión

La realización del contacto piel con piel inmediato tras el parto conlleva beneficios más allá de la lactancia materna, ya que influye en la adaptación del recién nacidos al medio, en el establecimiento del vínculo entre la madre y su hijo, en

la regulación de la temperatura corporal del recién nacidos, en menor llanto, y en mayor control de la glucemia.

Estos efectos positivos son extrapolables a los recién nacidos por cesárea. A pesar de todas las recomendaciones y de que la evidencia es clara al respecto, actualmente en muchas maternidades se siguen separando a madres y recién nacido tras el nacimiento en algunos partos vaginales y en muchos nacimientos por cesárea.

6 Bibliografía

- Guía de práctica clínica sobre Lactancia materna del Ministerio De Sanidad, servicios sociales e igualdad .2017. Guías de práctica clínica de SNS. Osteba.
- Guía de atención al parto y puerperio normal del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.2010.
- Página web de la asociación española de pediatría. (www.aeped.es).
- Página web de la IHAN. (www.ihan.es< formación).

Capítulo 1281

ACCESIBILIDAD PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

SECUNDINO CUERVO RODILES

NAIARA MARTIN LOPEZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

1 Introducción

La accesibilidad se concibe bajo la premisa de que cualquier persona debe disponer y poder utilizar las edificaciones, los servicios o los productos en igualdad de condiciones. Esto implica algo más que eliminar u ofrecer una alternativa a un escalón en la entrada de un edificio; implica tener las mismas oportunidades y beneficios y disfrutar de los mismos programas o servicios que los demás. Entre ellos no deben olvidarse, como a menudo ocurre, los servicios relacionados con la comunicación y la información.

Asimismo, el concepto de accesibilidad debe entenderse teniendo en cuenta tres formas básicas de actividad humana: la movilidad, la comunicación y la comprensión. Las tres actividades están sujetas a limitación como consecuencia de la existencia de barreras.

Se define la accesibilidad como “...el conjunto de características de que debe disponer un entorno, producto o servicio para ser utilizable en condiciones de confort, seguridad e igualdad por todas las personas y, en particular, por aquellas que tienen alguna discapacidad”.

El Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, en su artículo 22.1 determina que: “Las personas con discapacidad tienen derecho a vivir de forma independiente y a participar plenamente en todos los aspectos de la vida. Para ello, los poderes públicos adoptarán las medidas pertinentes para asegurar la accesibilidad universal, en igualdad de condiciones con las demás personas, en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, así como los medios de comunicación social y en otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales”.

En este sentido, hemos de señalar que garantizar la accesibilidad implica garantizar el acceso a un determinado entorno, edificio, medio de transporte o medio de comunicación, y poder posibilitar a todas las personas el uso para el que está pensado. Además, se debe garantizar un uso autónomo, es decir, que todas las personas puedan hacer uso del medio de que se trate de forma independiente.

2 Objetivos

Adoptar distintas acciones destinadas a primar la asignación de los recursos dirigidos a los grupos sociales con mayor desventaja social y de salud, así como garantizar la accesibilidad universal a los servicios sanitarios, la continuidad de los cuidados y la atención integral de calidad para todas las personas, eliminando los obstáculos que generan a determinados colectivos o grupos de personas desventajas o dificultades en el acceso a los cuidados de salud, como son:

- Las barreras físicas y de transporte por la diversidad funcional de las personas.
- Las barreras de género.
- Las barreras por estigma social producido por determinadas enfermedades y trastornos.
- Las barreras sociales, culturales y económicas.

3 Metodología

Búsqueda de información general sobre la normativa referente a los discapacitados y también sobre la específica referente a los centros sanitarios, en concreto los hospitales públicos. Análisis y contraste de las condiciones actuales de diversos hospitales de nuestra geografía en relación a dicha normativa y a la realidad constatable.

4 Resultados

Los elementos fundamentales que se han tomado en consideración para configurar la cadena de accesibilidad son a partir del transporte, tanto público (paradas cercanas al hospital) como privado (aparcamientos), aquellos que resultan necesarios para acceder al centro hospitalario, el itinerario del exterior del centro hasta acceder al hospital y la propia edificación del hospital.

Accesibilidad exterior: el desplazamiento (itinerario) hasta el equipamiento (parada, estación, aparcamiento, etc.) ha de ser accesible o al menos practicable, así como la parada, estación o aparcamiento en sí.

En los exteriores, los elementos necesarios y básicos para la movilidad de las personas con discapacidad son:

- Itinerarios peatonales.
- Tipos de pavimentos.
- Pasos de peatones.
- Escaleras.
- Rampas.
- Pasamanos.
- Aparcamientos.
- Mobiliario urbano.
- Semáforos.
- Bolardos.
- Puntos de información.
- Paradas de autobuses, marquesinas

Accesibilidad interior: (visitante-paciente) compuesta por el acceso, el desplazamiento en el interior del equipamiento y la accesibilidad a los diversos elementos interiores y equipamiento. Los elementos necesarios y básicos para la movilidad de las personas con discapacidad son:

- Accesos
- Puertas
- Vestíbulos
- Pulsadores de alarmas
- Pasillos
- Ventanas
- Escaleras
- Rampas
- Pasamanos
- Ascensores y puertas de ascensor
- Cabinas
- Escaleras mecánicas
- Plataformas
- Condiciones Generales
- Elementos visuales, información, señalización, rotulación
- Mostradores, ventanillas de atención
- Salas de estar, salas de reuniones, salón de actos, etc.
- Máquinas expendedoras
- Sistemas de información-comunicación
- Bocas contenedores, papeleras, buzones y otros análogos
- Servicios higiénicos, vestuarios y duchas
- Inodoro
- Vestuarios
- Mobiliario
- Teléfono
- Mecanismos de accionamiento de la electricidad y alarma
- Información y señalización
- Habitaciones

Accesibilidad hospitalaria: (paciente) condiciones de desplazamiento en el interior de las habitaciones, así como a los diversos servicios que implican la hospitalización, acceso a consultas, acceso a servicios de rehabilitación, radiografías, ecografías, etc.

5 Discusión-Conclusión

La primera conclusión a reflejar es la necesidad de abrir canales de comunicación más efectivos entre el personal y quienes ejercen la administración de cada hospi-

tal, ya que se detecta una falta de comunicación muy importante en torno a estas cuestiones y la que eventualmente pudiera existir no resulta efectiva. Además, no resulta ocioso destacar el gran potencial de mejora que se puede derivar de las aportaciones de quienes viven situaciones no idóneas, desde la perspectiva de accesibilidad del sistema, de forma cotidiana. En consecuencia, la primera actuación de mejora sería articular canales de consulta y aportaciones sobre las obras a abordar.

Otra cuestión es la necesidad de ofrecer una formación más específica sobre los diferentes tipos de discapacidad, su alcance y requerimientos para disfrutar de un servicio sanitario integral, así como la realización de protocolos específicos de atención a las personas con discapacidad, con el fin de mejorar la recepción de esas personas, así como la asistencia y la atención hacia las diferentes discapacidades.

En cuanto a los aseos, no hay suficientes dentro de los hospitales y los que existen tienen muchas carencias. No hay información suficiente para personas con discapacidad visual y auditiva de cuáles de ellos resultan idóneos para su situación. Se aprecia claramente una falta generalizada de señalización adecuada en los hospitales, no se marcan los itinerarios a seguir ni la información de orientación en la calle hasta los espacios comunes. Se echa en falta más asistencia personal desde el acceso al hospital hasta el acompañamiento y apoyo, en el caso de que sea necesario.

Resulta apremiante también la necesidad de implementar más aparcamientos reservados en los hospitales, mejorando sus características y colocándolos más cercanos a los accesos, así como vigilar el buen uso de los mismos.

Otro de los temas que se reclaman insistentemente es disponer de habitaciones accesibles por zonas, así como un modelo de habitación y aseo accesibles.

6 Bibliografía

1. ONU. Manual de elaboración de información estadística para políticas y programas relativos a personas con discapacidad. New York 1997.
2. <http://www.iso.org/iso/en/ISOOnline.frontpage>. Consultado en Octubre de 2005.
3. Mesa Redonda Sobre Accesibilidad Organizada por el BID. Washington D.C. Julio 6 y 7 de 2000.
4. Martínez, A. Accesibilidad en el medio físico para personas con ceguera o de-

ficiencia Visual. Documento Técnico. Madrid 1994 Organización Nacional de ciegos españoles.

5. Rodríguez, R. Informe estudio sobre barreras arquitectónicas y urbanísticas para deficientes visuales. En: Actas 6 conferencia Internacional de Movilidad. Madrid. 1991, I: 184-217.

6. <http://aupec.univalle.edu.co/informes/noviembre97/boletin53/laciudad.html>. Consultado Junio del 2005.

7. Ley 361/97. Ley de Discapacidad. www.secretariasenado.gov.co consultado mayo del 2005.

8. Rimmer JH, Riley B, Wang E, Rauworth A, Jurkowski J. Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *Am J Prev Med* 2004; 26(5):419-25.

9. España. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

10. España. Real Decreto 556/1989, de 19 de mayo, por el que se arbitran medidas mínimas sobre accesibilidad en los edificios.

Capítulo 1282

TRABAJO DE LA EMPATÍA CON EL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN

MERITXELL DORADO GÁNDARA

JULIA MARÍA PRIETO VELASCO

NATALIA RUIZ RAMON

1 Introducción

Aunque en cualquier centro sanitario, las noticias e informes circulan sin cesar, en la mayoría de los casos no se trata de un proceso planificado, ni estructurado ni elaborado para que las personas que necesitan hacer bien su trabajo puedan utilizarlo. La comunicación informal y el improvisar son muy habituales en nuestros centros hospitalarios, lo que convierte la comunicación en un problema no en una ventaja.

2 Objetivos

Implantar la comunicación formalizada y planificada con flujos que garanticen que el mensaje llegue a la persona adecuada y de la forma correcta.

3 Metodología

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

existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: biblioteca virtual GCsalud, Pubmed, Medline, y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras clave de búsqueda: comunicación horizontal, empatía, noticias, e información.

4 Resultados

Podríamos mejorar la comunicación con un paciente ingresado, y al que tenemos que transmitirle una información importante. Comenzaríamos haciendo una preparación del entorno, buscando siempre dentro de las posibilidades un espacio limpio y amplio, cálido y sin ruidos, en el que haya una distancia adecuada entre el paciente y el profesional. Hay que realizar una preparación previa cognitiva y de actitudes, no se deben hacer juicios de valor de tipo personal, hay que intentar no distraerse para realizar una escucha activa, saber lo que el paciente percibe de la situación. Tenemos que tener claro algo que refuerce la motivación para ser escuchados. Hay que tener claro que tipo de información se va a dar y tener claro que es real. Comunicándolo de una forma clara y que el paciente puede entender, informando de forma veraz y de manera congruente. Una aceptación incondicional del otro en una actitud positiva hacia el paciente, evitando juicios y prejuicios.

5 Discusión-Conclusión

En muy importante tratar siempre de tener una comunicación empática, intentar ponerse en el lugar del paciente pero manteniendo la distancia terapéutica. La empatía es una forma de conocimiento y aproximación al otro, un intento de ponerse en el lugar de la otra persona. En nuestra relación con el paciente es además un valor, una actitud y una habilidad que ha sido llamada "la quintaesencia del arte de la medicina".

La actitud empática hacia el paciente hace posible el respeto y la dignidad de la relación con el mismo. Es importante ponerse en el lugar del enfermo, en su piel y ver con sus ojos. Como dice Unamuno, hay que estar con el enfermo sin ser el enfermo. La empatía ayuda a imaginar y a comprender lo que el paciente está sintiendo, siendo la mejor forma de sentir lo que nos es común a los seres humanos.

Una relación digna y respetuosa se basa en la aceptación del paciente más allá de lo que éste hace. El paciente debe ser valorado por lo que es, no por lo que hace. Se debe ser justo sin ser juez.

6 Bibliografía

- Aguirre Raya. 2005. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional.
- Vall Casas. El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica.

Capítulo 1283

INFECCIONES NOSOCOMIALES

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

NAIARA MARTIN LOPEZ

1 Introducción

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las IAAS (Infecciones Asociadas a la Atención en Salud), también conocidas como infecciones nosocomiales u hospitalarias, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. También se incluyen en esta definición las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. Afectan al 5% de los pacientes y comportan una elevada morbimortalidad y un mayor coste económico.

2 Objetivos

- Entender la definición de Infección nosocomial y su importancia en el ámbito sanitario.
- Conocer los principales mecanismos de transmisión de las infecciones nosocomiales.

- Conocer los protocolos básicos a nivel laboral para evitar la propagación de las infecciones nosocomiales en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Búsqueda en principales webs especializadas en el ámbito sanitario y exposición de los resultados de la investigación de manera fácilmente comprensible en términos claros y concisos, evitando los tecnicismos y la sobreinformación.

4 Resultados

Cómo se explicaba en la introducción, las IAAS (Infecciones Asociadas en la Atención en Salud) o también conocidas como infecciones nosocomiales u hospitalarias, son infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso.

Los principales factores que contribuyen a las infecciones nosocomiales son:

1. Compromiso inmunitario
2. Exámenes y tratamientos invasivos
3. La atención a los pacientes y el medio hospitalario pueden facilitar la transmisión de microorganismos entre ellos.
4. El uso intenso de antibióticos.

Los principales tipos de infecciones nosocomiales son:

1. Infecciones urinarias. El 80% de las infecciones son ocasionadas por el uso de una sonda vesical permanente. Las bacterias causantes provienen de la flora intestinal, ya sea normal como *Escherichia coli*, o contraída en el hospital: *Klebsiella* polifarmacorresistente.
2. Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica. La infección suele contraerse durante la propia operación, ya sea en forma exógena (es decir, del aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico), endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación) o, en raras ocasiones, de la sangre empleada en la intervención quirúrgica. La incidencia ronda entre el 0,5 y 15%. Representan un problema grave que limita los beneficios potenciales de las intervenciones quirúrgicas. Tienen un enorme efecto en los costos de hospitalización y en la duración de la estadía postoperatoria.

3. Neumonía nosocomial. (En algunas publicaciones aparece como la 2ª infección nosocomial en importancia, 3ª según la OMS actualmente) es la infección intrahospitalaria que se asocia a una mayor morbimortalidad. La mortalidad cruda de los pacientes oscila entre el 30 y el 50%, y puede llegar hasta el 70%.

4. Bacteriemia nosocomial. Tasa de incidencia sobre el 5% pero tasa de letalidad superior al 50%. Los principales factores de riesgo son la duración de la cateterización, el grado de asepsia en el momento de la inserción y el cuidado continuo del catéter.

5. Otras infecciones nosocomiales:

- Las infecciones de la piel y los tejidos blandos: las lesiones abiertas (úlceras comunes o por decúbito, quemaduras) fomentan la colonización bacteriana y puede ocasionar infección sistémica.
- La gastroenteritis: es la infección nosocomial más común en los niños, cuyo principal agente patógeno es un rotavirus: *Clostridium difficile*.
- La sinusitis y otras infecciones entéricas, las infecciones de los ojos y de la conjuntiva.
- La endometritis y otras infecciones de los órganos genitales después del parto.

Prevención de las infecciones nosocomiales:

La prevención de las infecciones nosocomiales exige un programa integrado y vigilado, que incluya los siguientes elementos clave:

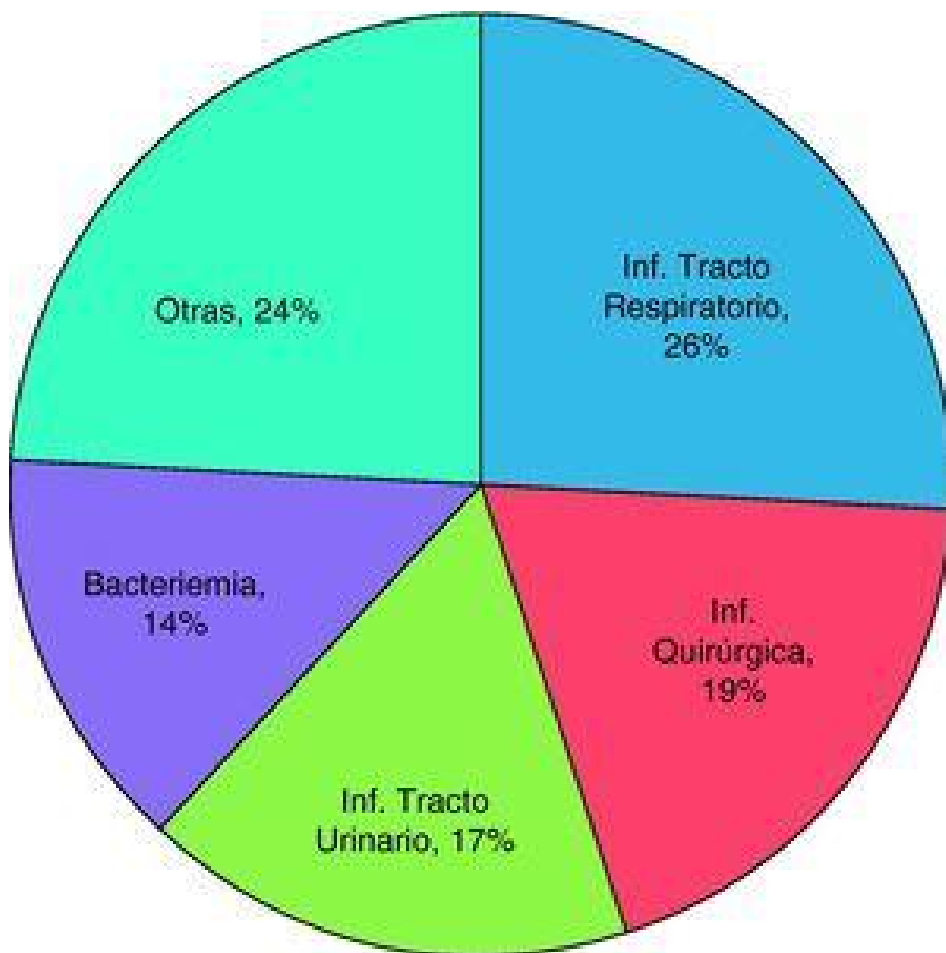
- Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas de lavado de las manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa.
- Controlar los riesgos ambientales de infección.
- Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación.
- Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos.
- Vigilar las infecciones e identificar y controlar brotes.
- Prevenir la infección de los miembros del personal.
- Mejorar las prácticas de atención de pacientes seguidas por el personal y continuar la educación de este último.

Medidas básicas del personal sanitario para evitar infecciones nosocomiales:

- Lavarse las manos correctamente es la forma más eficaz para prevenir que la propagación ocurra.

Otras medidas que los profesionales de la salud pueden tomar incluyen:

- Cubrirse la boca al toser o estornudar
- Mantener la vacunación del personal sanitario al día.
- Usar guantes, mascarillas y ropas protectoras
- Tener a mano pañuelos desechables y limpiadores de manos
- Seguir las normas del hospital cuando se lidie con sangre o artículos contaminados



5 Discusión-Conclusión

Las IAAS, infecciones nosocomiales u hospitalarias, constituyen un problema grave en la atención sanitaria, por lo que se debe conocer su definición, sus causas y la manera de evitarlas.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int/es> (Organización Mundial de la Salud)
- <https://www.elsevier.es/es> (Elsevier)

Capítulo 1284

EL ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

PILAR MOLLEDA FERNÁNDEZ

ZAIRA MARÍA DORESTE GONZÁLEZ

GLORIA CORTES MENDEZ

MARÍA EMILIA ALVAREZ PALACIOS

1 Introducción

El mobbing hay quien lo considera una compleja serie de conductas patológicas dirigidas hacia otros ya sea de forma tanto horizontal como vertical (George, 2004), por otros autores es nombrado de forma tan variada como acoso psicológico o moral, mobbing, terror laboral, terrorismo social etc. dejando en evidencia que no existe una definición exacta para definirlo. Organismos tanto nacionales como europeos e instituciones judiciales, también lo han definido de diferentes formas, (Fidalgo, 2009). Existen numerosos autores académicos de los años 90 que también lo definieron sin llegar a encontrar un consenso. (Castrillón, 2018).

Se produce a través de un tipo de conducta personal de hostigamiento y acoso, tanto individual como en grupo, dentro del ámbito laboral. Este fenómeno se produce desde tiempos ancestrales. Considerado por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y administraciones públicas como un problema de salud pública, ha pasado a tipificarse dentro de la Organización Internacional del Trabajo y está recogido dentro del Código Penal Español. (Gil, 2014).

El mobbing es un término científico inglés, que proviene de un estudio realizado por (Konrad, Lorenz 1991), para describir el ataque de un grupo de animales pequeños y gregarios, hacia otro solitario mayor. (Flores, et al. 2007), (Leyman, 1996). Posteriormente éste término se utilizó por un médico sueco que estudiaba un comportamiento infantil muy similar al de los animales gregarios. Se trataba de pandillas de niños con un comportamiento destructivo en el cual se centran y dirigen ese comportamiento hacia un único niño. Tras él, Leymann utilizó el término para aplicarlo al mundo laboral al hallar grandes similitudes con los comportamientos descritos anteriormente, mientras que en el comportamiento infantil y adolescente mantiene el término de bullying por predominar la violencia física. (Flores et al., 2007). Leymann entendió el acoso laboral como una “situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente (como media una vez por semana) y durante un tiempo prolongado (como media unos seis meses) sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación, perturbar el ejercicio de sus labores y lograr que finalmente esa persona o personas acaben abandonando el lugar de trabajo”. (Gil, 2014).

A partir de Leymann, las definiciones por estudiosos, magistrados e instituciones son numerosas, unos exponen que deben existir plazos determinados para que el maltrato psicológico llegue a producirse, mientras que otros no creen necesario una exposición mínima en el tiempo. Pero todos ellos están de acuerdo en que es necesario que exista por parte del hostigador la existencia de una presión psicológica sobre un trabajador, con intención de destruir su dignidad, la comunicación con los demás y su fin es conseguir su autodestrucción laboral. Las relaciones entre los integrantes de estas relaciones, basadas en el acoso y hostigamiento pueden llevar a la víctima a una situación tal, que su salud se vea dañada irreversiblemente, fomentando el deterioro de desarrollo de la organización. Son relaciones que no pueden tratarse de forma banal. Van más allá de las meras rencillas pasajeras. Son hostigamientos sistemáticos, constantes y frecuentes en el tiempo, con pretensiones de aniquilación y expulsión del ámbito laboral. (Cobo, 2013). Existen estudios en los que nos muestran resultados escalofriantes de los que surgen datos de personal afectado cercano a un porcentaje del 88- 89,5% de profesionales que han sido afectados por conductas de acoso. (Cifuentes, 2018).

Las consecuencias de estas agresiones son muy amplias, pueden abarcar el ámbito biofisiológico, por supuesto el mental, emocional y social e incluso el

económico. Pueden llegar a desencadenar factores como estrés postraumático, cansancio, miedo, ira, desgaste profesional, sobrecarga de trabajo, hipervigilancia. Todos estos síntomas pueden llegar a interferir en la vida diaria de quien lo sufre, llegando incluso a provocar tasas altas en errores laborales y disminución de la atención a los pacientes. Económicamente supone un altísimo coste que hay que tener en cuenta tras bajas laborales que cada vez serán más largas. Pueden llegar incluso al abandono del puesto de trabajo. (Coca 2019).

2 Objetivos

- Analizar el contexto sociolaboral del acoso laboral dentro del ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un proceso de revisión bibliográfica en diferentes bases de datos electrónicas nacionales como Dialnet y Elsevier, Scielo que se ha completado con bibliografía y revistas de enfermería de Castilla y León, Uruguay y de diversas universidades. Se han revisado publicaciones entre el año 2000 hasta el 2018. Se han utilizado los descriptores, mobbing, profesiones sanitarias, ámbito laboral.

4 Resultados

Encontramos multitud de estudios centrados en diversos ámbitos sobre el acoso laboral, bien sea empresas ajenas al ámbito sanitario, como aquellas que ya dentro de la sanidad pertenecen a titularidad pública o privada.

- Existe un nivel medio-alto o incluso muy alto de incidencia de acoso entre la población trabajadora sanitaria. Prácticamente la totalidad de los trabajos se centran los estudios sobre la profesión de enfermería, en menor medida sobre el personal facultativo y auxiliares de enfermería, matronas y, fisioterapia y prácticamente nula sobre el resto de las profesiones sanitarias.
- En 2001 en España se realizó el estudio más fiable llamado Barómetro Cisneros realizado por el Dr. Piñuel el cual aporta datos altamente preocupantes sobre la situación en ese momento. El mismo estudio se repitió en 2002 aportando cifras similares en los que afirmaba que un 12% de la población activa, sufría acoso laboral. (Cobo, 2013). Sin embargo (Cifuentes, 2018) nos muestra cifras espectaculares de incidencia 88- 89,5%.

- La mayoría de víctimas se encontrarían en hospitales públicos, siendo los pacientes y los familiares los principales agresores, seguidos de compañeros y superiores.

5 Discusión-Conclusión

De los estudios consultados podemos extraer que los factores de riesgo más comunes que afectan a las profesiones sanitarias son la edad, trabajadores con una edad por debajo de 30 años serían los más afectados. También se relacionan factores como el sexo, estado civil, nivel de formación, experiencia laboral. Los más afectados a nivel de servicio sería urgencias el más afectado, medicina interna y cuidados intensivos. En lo relativo a la turnicidad laboral, sería el nocturno el de mayor incidencia o susceptible de sufrir el mayor riesgo. Las relaciones personales, falta de comunicación y relaciones de liderazgo.

Es importante tener en cuenta, que tras la última crisis y recortes económicos, las condiciones laborales han cambiado susceptiblemente. Factores como la disminución del personal, aumento de horas laborales y aumento de la carga de trabajo, son factores con alta capacidad estresante, que ayudan en gran medida al aumento del estrés y a enrarecer el clima laboral.

6 Bibliografía

- 1-Aguado Martín J.I. Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. Medicina y seguridad en el trabajo. Revista Scielo 2013 vol.59 no.231 Madrid abr./jun.
- 2- Cerón Torreblanca C. Historia de la prevención de riesgos laborales en España desde el tardofranquismo a la transición. Baética. Estudios de Arte, Geografía e Historia, 33, 2011, 399-411. ISSN: 0212-5099. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Málaga. Campus de Teatinos, E-29071 Málaga (España)
- 3-Trujillo Flores, Mara Maricela, & Valderrabano Almegua, María de la Luz, & Hernández Mendoza, René (2007). Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 17(29),71-91.[fecha de Consulta 29 de Diciembre de 2019]. ISSN: 0121-5051.
- 4- Leymann Heinz, El contenido y desarrollo del Mobbing en el trabajo. EUROPEAN JOURNAL OF WORK AND ORGANIZATIONAL PSYCHOLOGY, 1996, 5(2), 165-184.

- 5-Cobo Saiz Yolanda, El mobbing. Hacer visible lo invisible. Universidad de Cantabria. Trabajo final de grado. Departamento de enfermería. 2013.
- 6- Gil Caballero M.L. El hostigamiento psicológico o mobbing en la actualidad. Universidad de Valladolid. Escuela de ciencias empresariales y del trabajo de Soria. 24 de junio 2014.
- 7-. García-Moran, María de Carmen, & Gil-Lacruz, Marta (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. Universidad de Zaragoza. España. Persona (19),11-30.[fecha de Consulta 29 de Diciembre de 2019]. ISSN: 1560-6139.
- 8- Mayorca Yancán Iván Arturo, Lucena García Silvia, Cortés Martínez María Elena, Lucerna Méndez María Ángeles. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas?. Medicina y Seguridad del Trabajo. Servicio de Prevención de la Agencia Sanitaria Poniente. El Ejido (Almería). España. (Internet) 2013; 59 (231) 235-258.
- 9-George Jacqueline, El mobbing como patología emergente de la relación salud trabajo en el ámbito sanitario. Revista Uruguaya de Enfermería, mayo 2008, 3 (1): 8-21.
- 10- Molero Jurado M.M, Pérez-Fuentes M.C. y Gázquez Linares J.J, Acoso laboral entre personal de enfermería. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia, Universidad de Almería, España. Enfermería universitaria 2016; 13(2):114-123
- 11-Molero Jurado M.M., Pérez Fuentes-M.C y Gázquez Linares J.J. “Acoso laboral entre el personal de enfermería” Enfermería universitaria. 2016; 13 (13)2: 114-123.
- 12-Manuel Fidalgo Vega et al. Acoso psicológico en el trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. 2009.
- 13-Castrillón Lladós, David. Acoso laboral. Una revisión bibliográfica de su definición y prevalencia en Europa. Universidad de Barcelona. 2018
- 14-Cifuentes Hernández Vega. Mobbing entre personal de enfermería. Revista. enfermería. CyL Vol 10 - N° 2 (2018).
- 15- Coca Pérez María del Carmen. Consecuencias de las agresiones al profesional sanitario. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears.

Capítulo 1285

ANGIOTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE PECHO EN PEDIATRÍA

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

La angiotomografía computarizada (angio-Tac) de pecho neonatal es un método alternativo a la angiografía coronaria invasiva convencional en menores seleccionados con patologías cardiovasculares que ofrece una imagen estática de la distribución final del contraste en el árbol vascular.

2 Objetivos

Explicar el procedimiento en el diagnóstico de la patología cardiovascular pediátrica mediante angio-TC.

3 Metodología

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

4 Resultados

El estudio se basa en la realización de una angio-Tac de pecho neonatal en un escáner multicorte de 64 coronas. El procedimiento a seguir es el siguiente:

- Paciente neonatal en posición decúbito supino para administrar el contraste yodado vía intravenoso.
- Evaluar la posibilidad de la sedación o de respiración tranquila para realizar la prueba diagnóstica.
- Protección gonadal de plomo que cubra desde abdomen inferior hasta área pélvica.
- Protocolo angio-Tac de tórax (aorta tórax).
- Kv 70-80, mAs 150, FOV 18, espesor de corte 1mm, con un incremento de 0'5mm, longitud 200 (reduce tiempo y dosis de radiación).
- Topograma: caja torácica.
- Locator: debajo del botón aórtico.
- ROI: en aorta descendente.
- Bodyhelical: desde ápex hasta bases pulmonares.

El estudio de angio-Tac de tórax finalizará cuando el contraste alcance el umbral donde se puso con anterioridad el ROI y lance la secuencia de imágenes programadas. La máxima calidad radiológica de una Angio-Tac se obtiene en apnea, lo que no siempre es posible en pacientes de pediatría, por lo que la sedación es una opción que hay que tener en cuenta para conseguir la mayor inmovilidad del o de la menor.

5 Discusión-Conclusión

Es un método de gran rendimiento y utilidad diagnóstica en pediatría, principalmente por sus cortos tiempos de adquisición, su alta resolución espacial y una menor dosis de radiación en comparación a otros tipos de intervenciones.

6 Bibliografía

1. Silver MM. Sudden cardiac death in infants and children. En: Fineschi V, Baroldi G, Silver MD, eds. Pathology of the heart and sudden death in forensic medicine.. Boca Raton, FL, USA: Taylor & Francis, 2006:171-244.
2. Edwards BS, Edwards JE. Pathology of sudden cardiac death: an illustrated guide. Malden MA: Blackwell-Futura, 2006.

3. Burke A, Tavora F. Practical cardiovascular pathology. Philadelphia, USA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
4. Sheppard M, Davies MJ. Practical cardiovascular pathology. London, UK: Arnold Publishing, 1998.

Capítulo 1286

RIESGOS BIOLÓGICOS EN LOS HOSPITALES

SECUNDINO CUERVO RODILES

ARANZAZU PRADA DIAZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

1 Introducción

El riesgo biológico es aquel riesgo derivado de la manipulación o exposición a agentes patógenos, que existe en todos los ambientes, pero es mayor a nivel de hospitales y centros de investigación biomédica. En algunas ocasiones la infección se transmite directa o indirectamente de un paciente a otro. Además los trabajadores sanitarios están en riesgo de adquirir infecciones a partir de los pacientes y a su vez contagiarlos a ellos.

En nuestra legislación, el Real Decreto 664/1997, la protección a los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, obliga a la realizar la evaluación de riesgos biológicos en los centros de trabajo, y cita expresamente en su anexo I los trabajos de asistencia sanitaria. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo publicó una guía técnica para la evaluación del riesgo biológico, pero ésta no puede aplicarse directamente

a centros sanitarios porque en ellos no existe la intención deliberada de manipular un agente biológico y casi siempre nos enfrentamos a la incertidumbre sobre si existe o no en un paciente dado y sus fómites, un riesgo infectocontagioso. Es, por lo tanto, de suma importancia, que todos los profesionales conozcan las medidas en materia de bioseguridad, siendo este un componente básico en la calidad y seguridad de atención al paciente, pudiendo lograr la reducción de actitudes y conductas peligrosas para la salud en los profesionales sanitarios

2 Objetivos

Objetivo general.

- Establecer la clasificación de los agentes biológicos según el nivel de riesgo de la infección y las principales vías de entrada de los microorganismos al ser humano.

Objetivos específicos.

- Dar a conocer el concepto de Precauciones Universales/Estándar y sus principios, así como los equipos de protección y medidas preventivas.

- Plasmar las pautas generales de manejo de las personas expuestas a sangre o fluidos potencialmente contaminados.

3 Metodología

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

4 Resultados

Según el nivel de riesgo de la infección, los agentes biológicos se clasifican como sigue:

- Grupo de riesgo I: no es probable que causen enfermedades humanas.
- Grupo de riesgo II: pueden causar enfermedades humanas; son un potencial peligro para los trabajadores aunque no es probable que se propaguen a la colectividad; suele existir una profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos.

- Grupo de riesgo III: pueden causar enfermedades humanas graves, por lo tanto representan un serio peligro para los trabajadores; hay riesgo de propagación hacia la colectividad, pero se suele disponer de profilaxis o tratamiento eficaces contra ellos. No es probable que se propaguen por el aire.
- Grupo de riesgo IV: causan enfermedades humanas graves y constituyen un serio peligro para los trabajadores; tienen alto riesgo de propagación hacia la colectividad y por lo general no se dispone de profilaxis o tratamiento eficaz contra ellos.

Los agentes biológicos que pueden estar presentes con mayor frecuencia en nuestro medio de trabajo hospitalario son:

- Virus de la gripe
- Herpesvirus varicella-zoster
- Virus de la hepatitis A
- Virus de las paperas
- Neisseria meningitidis
- Bordetella pertusis
- Virus de la hepatitis B
- Virus de la hepatitis C y D (otras hepatitis víricas según clasificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria)
- Virus de la inmunodeficiencia humana
- Agentes biológicos inespecíficos grupo 2 vía oral de contagio (según la clasificación del RD 664/1997)
- Virus del grupo IV (según clasificación del RD 664/1997)
- Streptococcus grupo A

Por lo tanto, se establecen como primordiales las siguientes medidas:

- Vacunación: obligatoria frente a hepatitis B para el personal que tenga contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal de limpieza). Otras vacunas recomendadas en el medio laboral: gripe, tétanos, varicela, rubéola, triple vírica (sarampión, rubeola, parotiditis).
- Normas de higiene personal: cubrir heridas y lesiones de las manos con apósito impermeable. Lavado de manos. No comer, beber ni fumar en el área de trabajo. No debe realizarse pipeteo con la boca.
- Utilizar equipos de protección-barrera apropiados a cada tipo de exposición: guantes, de uso obligatorio cuando el trabajador sanitario presente heridas o lesiones cutáneas, si maneja sangre, fluidos corporales o instrumentos contaminados con sangre. Mascarillas, en la atención a pacientes con enfermedades de trans-

misión por vía aérea (tuberculosis), por gotas (meningitis) o riesgo de aerosoles. Protección ocular, en procedimientos con riesgo de salpicaduras. Bata

- Cuidado con los objetos cortantes y punzantes: no encapsular agujas ni objetos cortantes o punzantes. Depositarlos en los contenedores adecuados, que deberán estar siempre en el lugar de trabajo, evitando su llenado excesivo. El personal sanitario que utilice estos objetos cortantes y punzantes se responsabilizará personalmente de su correcta eliminación.

-Desinfección y esterilización correcta de instrumentales y superficies.

Además se han puesto de manifiesto las medidas higiénicas necesarias para disminuir el riesgo a unos niveles aceptables. Como resultado obtenemos una serie de acciones correctoras de aplicación prioritaria que son las siguientes:

– Proporcionar gafas frente a salpicaduras a las auxiliares de quirófano y personal de urgencias para que las utilicen en caso necesario.

– Dotar de guantes con el grosor y las características necesarias para ofrecer mayor seguridad en el contacto frente a agentes biológicos. El personal de limpieza debe utilizarlos de forma sistemática y las auxiliares de quirófano durante la limpieza y clasificación del material.

– Implantación progresiva de los materiales de bioseguridad en todas las áreas del hospital.

– Formación e información sobre riesgos biológicos a los trabajadores, así como sobre el procedimiento de gestión de residuos y otros procedimientos seguros de trabajo, con sesiones periódicas de actualización y reciclaje.

– Elaboración e implantación de un protocolo de prevención de las infecciones nosocomiales.

– Todos los accidentes/incidentes biológicos deben ser comunicados y rellenarse el parte correspondiente cursen o no con baja, para facilitar su investigación y estudio epidemiológico.

– Proseguir con la vigilancia de la salud que se realiza desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

– Continuar con las campañas de inmunización, ampliándolas a tosferina, varicela y triple vírica.

5 Discusión-Conclusión

El estamento que presenta un mayor nivel de riesgo es el de enfermería en general y sobre todo en el área de urgencias, debido a la mayor probabilidad de contacto con determinados agentes como consecuencia del frecuente uso de materiales

cortantes y punzantes, así como el contacto directo con pacientes no diagnosticados y por tanto con desconocimiento de las medidas preventivas de control a adoptar. También es cierto que los agentes biológicos que presentan mayor riesgo en general para los trabajadores son los que poseen una vía de transmisión aérea por la mayor facilidad de contagio, y especialmente el "Mycobacterium tuberculosis" que unido a la baja eficiencia de la vacuna puede producir una mayor gravedad del daño. Por último, el virus de la hepatitis C así como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) presentan también un riesgo elevado como consecuencia de la gravedad del daño que producen unido a la inexistencia de vacuna eficaz.

6 Bibliografía

- Real Decreto 664/1997, sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a Agentes Biológicos durante el trabajo (12 Mayo 1997).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. 1998.
- Llorca JL, Benavent S, Laborda R, Soto P. Biogaval.. Generalitat Valenciana; 2004.
- ACGIH. TLVs Valores límite para sustancias químicas y agentes físicos en el ambiente de trabajo. Conselleria de Empleo, Industria y Comercio; 1998 .
- Borrás Moliner MG (Director). Recomendaciones para el control de la infección nosocomial. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2003.
- Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalaria. Guía para la prevención y control de la infección en el Hospital. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1991.

Capítulo 1287

HOJA DE COMPROBACIÓN PARA PACIENTES EN MEDICINA NUCLEAR

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

Las hojas de comprobación son una herramienta que se emplea en la mayoría de servicios de la sanidad en incluso fuera de este ámbito y que nos ayudan a prevenir e identificar a su vez posibles errores y de esta manera mejorar el proceso, en este desde la llegada del paciente al Servicio de Medicina Nuclear hasta su marcha.

2 Objetivos

Confeccionar una hoja de comprobación de pacientes del Servicio de Medicina Nuclear (SMN) para garantizar el seguimiento del paciente en los distintos ciclos de la realización de un estudio diagnóstico.

3 Metodología

Se lleva a cabo un análisis de 6 meses de todo el desarrollo de la realización de un estudio de Medicina Nuclear. La observación engloba desde que el paciente entrega el volante en la ventanilla a su llegada al Servicio de Medicina Nuclear, consulta médica, consulta de enfermería y administración del radiofármaco, y la adquisición de imágenes hasta su salida del servicio. Se analizan los pasos críticos y se disponen puntos de control intermedios. Además, se ha llevado a cabo

una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Palabras Clave: Comprobación, Medicina Nuclear, Diagnóstico, Técnico.

4 Resultados

Se prepara una hoja de comprobación de pacientes estructurada en cuatro áreas:

- I: Correspondiente a datos del paciente.
- II: Facultativos.
- III: Enfermería.
- IV:TSID (Técnico Superior en Imagen para Diagnóstico).

Los desarrollos mencionados al personal facultativo incluyen la realización de una anamnesis del paciente y la determinación de las diferentes proyecciones necesarias para el estudio. En el apartado del personal de enfermería se engloban aspectos relativos a datos del paciente (edad, peso, talla, alergias), anamnesis de enfermería, información sobre la administración del radiofármaco (hora de inyección, hora post administración, pegatina identificativa de la dosis) y observaciones. La parte de los TSID se centra en las diferentes fases de la adquisición (vascular, precoz, tardía), en el tipo de imagen (estática, dinámica, rastreo corporal, SPECT, SPECT CT, pin hole), las proyecciones realizadas, el TSID que las realizó, la sala de adquisición, la hora y día de la imagen y las observaciones que consideren oportunas.

5 Discusión-Conclusión

La investigación recogida en la hoja de comprobación comprende todos los puntos necesarios para consolidar el seguimiento de cualquier estudio realizado en el Servicio de Medicina Nuclear, de manera que se establece en el servicio como acción de perfección, previendo además un descenso de los errores potenciales en el proceso integral del paciente.

6 Bibliografía

1. Sopena Novales P, Plancha Mansanet MC, Martínez Carsi, SopenaMonforte R. Medicina nuclear y radiofármacos Radiología. 2014; 56 Supl 1(3): 29-37. DOI: 10.1016/j.rx.2014.07.001.

2. Ferro-Flores G, Arteaga de Murphy C, MeléndezAlafort L. Third Generation Radiopharmaceuticals for Imaging and Targeted Therapy. *Current Pharmaceutical Analysis*. 2006; 2: 339-52.
3. Peñuelas Sánchez I. Radiofármacos PET. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*. 2001; 20(6): 477-98.
4. Obaya Valdivia A, López López J, Vargas-Rodríguez YM, Camacho González O. Producción de radiofármacos para tomografía por emisión de positrones (PET) y su aplicación en el diagnóstico de diversas enfermedades. *Educación Química*; 2016; 27(4): 292-9.

Capítulo 1288

PREVENCIÓN DE MEJORA EN LA GESTIÓN DE RADIOFÁRMACOS ENDOVENOSOS EN LA SALA DE GAMMACÁMARA EN MEDICINA NUCLEAR

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

Un radiofármaco en Medicina Nuclear es un compuesto radiactivo se utilizan como medio de contraste que se inyectan al paciente por vía intravenosa permitiendo observar el interior del organismo o de la patología que se pretende estudiar. La canalización de la vía e introducción del radiofármaco lo realiza la enfermera que debe cumplir con unos criterios de seguridad para evitar riesgos por posible contaminación tanto para las pacientes, familiares y profesionales. Por eso en este trabajo tratamos de mostrar un método que pueda reducir estos riesgos sobre todo en un punto tan crítico como a la hora de inyectar el radiofármaco.

2 Objetivos

Establecer un mecanismo con el cual se mejore la gestión de radiofármacos en los estudios gamma gráficos dinámicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

A veces es difícil canalizar una vena y administrar radiofármacos al paciente colocado en la camilla de la gammacámara. Se decide establecer un mecanismo de poner entre el paciente y la camilla de forma que el brazo quede en un fundamento rígido y a una altura considerable. Se atendieron a 165 pacientes en los exámenes de gammagrafía ósea vascular y renogramas en un tiempo de análisis de 6 meses del año 2018. Se contacta con el equipo de mantenimiento de un hospital y se expone un diseño en formato papel del dispositivo modelo. Se emplea metacrilato por ser el material más adecuado para mantenerlo rígido.

Han sido muchas las mejoras que se han detectado con los pacientes atendidos con la inclusión del reposa-brazos. El paciente podía dejar su brazo en la misma posición durante el tiempo de la inspección. El enfermero tiene un soporte que le sirve de mesa auxiliar para mantener el material fungible y disponer de las dos manos libres. El metacrilato tiene un aspecto transparente, de tal modo que visualizamos el colimador evitando complicaciones. Si se ensucia, es fácil de descontaminar debido a que es una superficie lisa y no porosa.

5 Discusión-Conclusión

Nos facilita el trabajo al personal de enfermería y sumamos la comodidad al paciente durante la exploración, que en el caso de los reno gramasdiuréticos se extiende hasta los treinta minutos. Gracias a esta medida se evitan riesgos de contaminación radiológica al disponer del brazo del paciente en una superficie rígida y el enfermero presta mayor atención hacia la administración correcta del radiofármaco.

6 Bibliografía

1. Krasikova RN, Aliev RA, Kalmykov SN. The next generation of positrón emission tomography radiopharmaceuticals labeled with non-conventional radionuclides. *Mendeleev Communications*. 2016; 26(2): 85-94.
2. Turner JH. Outpatient therapeutic nuclear oncology. *Ann Nucl Med*. 2012 May;26(4):289-97. doi: 10.1007/s12149-011.
3. Lewis MR, Kannan R. Development and applications of radioactivenanoparticles for imaging of biological systems. *Wiley Interdiscip Rev Nanomed-Nanobiotechnol*. 2014 Nov-Dec;6(6):628-40. doi: 10.1002/wnan.1292.
4. Xing Y, Zhao J, Conti PS, Chen K. Radiolabeled Nanoparticles for Multimodality Tumor Imaging. *Theranostics*. 2014;4(3):290-306. doi:10.7150/thno.7341.

Capítulo 1289

INFECCIÓN: ASEPSIA, ANTISEPSIA, ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN.

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

ARANZAZU PRADA DIAZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

1 Introducción

Para entender todos los aspectos relacionados con la higiene en el medio sanitario, debemos de tener claros una serie de conceptos que suelen confundirse fácilmente por similitudes en su definición. Los conceptos de asepsia, antiseptia, esterilización y desinfección son algunos de los que más dudas generan.

2 Objetivos

- Identificar qué es una infección, sus mecanismos de transmisión
- Definir los conceptos de asepsia, antiseptia, esterilización y desinfección.

3 Metodología

Búsqueda en principales webs especializadas en el ámbito sanitario y exposición de los resultados de la investigación de manera fácilmente comprensible en términos claros y concisos, evitando los tecnicismos y la sobreinformación. He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: infección, desinfección, transmisión, asepsia, esterilización. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

INFECCIÓN: Invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican. Dependiendo de la virulencia del germen, de su concentración y de las defensas del huésped, se desarrolla una enfermedad infecciosa (causada por una lesión celular local, secreción de toxinas o por la reacción antígeno anticuerpo), una enfermedad subclínica o una convivencia inocua.

Entendemos por invasión, el proceso en el que organismos con capacidad patógena frente al hombre, como pueden ser virus, bacterias, hongos o parásitos, penetran en las células o tejidos del hospedador diseminándose dentro del organismo. Cuando el microorganismo o la reacción del sistema inmunitario que se desencadena tras la invasión de los agentes patógenos, dañan a la persona, es cuando ocurre la enfermedad. Los seres humanos pueden estar colonizados, entendiendo colonización como la presencia de microorganismos en la superficie de tejidos del huésped como pueden ser: superficie interna del tracto digestivo o del aparato respiratorio, piel o mucosas. En este caso, el microorganismo no causa enfermedad. El resultado de una infección depende de la virulencia del agente infeccioso, el número de organismos y del estado de nuestras defensas naturales.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN

Los mecanismos de transmisión son las estrategias que utiliza el germen para ponerse en contacto con el huésped. Pueden ser únicos o variados, aunque estos últimos tienen más posibilidades de éxito que los únicos. La infección se puede transmitir de manera directa o indirecta.

- **DIRECTA:** Para que un microorganismo pueda ser directamente transferido, tiene que existir algún tipo de contacto entre la piel o membranas mucosas de la persona infectada y la de la que va a ser infectada. En estos casos no existe

ningún objeto intermedio entre el portal de entrada y el portal de salida.

- INDIRECTA: el agente infeccioso debe pasar de un hospedador infectado a un objeto o sustancia intermedia y desde éstos a otro hospedador. Esta forma de comunicación ocurre cuando el individuo infectado contamina objetos inanimados, alimentos o el aire a través de sus actividades.

ASEPSIA: Etimológicamente significa "ausencia de putrefacción". Ausencia de microorganismos que causan enfermedad. Destrucción de los microorganismos sobre superficies u objetos inanimados. Sirve para eliminar la contaminación por microorganismos patogénicos mediante desinfectantes o esterilización.

ANTISEPSIA: Utilización de compuestos químicos destinados a inhibir o destruir microorganismos de piel o tejidos. Remoción o destrucción de microorganismos sobre seres vivos. Sirve para prevenir las infecciones de heridas por microorganismos del cuerpo o del ambiente mediante antisépticos, detergentes o jabones. Así pues la asepsia se refiere a la desinfección de un lugar, mientras que la antisepsia trata de la higiene preventiva del lugar. La asepsia es un término derivado de la palabra griega asepsis e indica una serie de procedimientos diseñados para impedir la entrada de microorganismos (patógenos y no patógenos) a un sustrato estéril de la naturaleza o artificialmente esterilizado.

ESTERILIZACIÓN: Proceso por el cual se obtiene un producto libre de microorganismos viables. El proceso de esterilización debe ser diseñado, validado y llevado a cabo para asegurar que es capaz de eliminar la carga microbiana del producto o un microorganismo más resistente.

DESINFECCIÓN: Proceso químico que mata o erradica los microorganismos sin discriminación (Tales como agentes patógenos) al igual como las bacterias, virus y protozoos impidiendo el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa que se encuentren en objetos inertes.

5 Discusión-Conclusión

Se define infección como invasión del organismo por gérmenes patógenos que se establecen y se multiplican. Es importante como profesional sanitario conocer la descripción de los principales tipos de transmisión de la infección, y definición de los conceptos de asepsia, antisepsia, esterilización y desinfección.

6 Bibliografía

- <http://coli.usal.es/> (Universidad de Salamanca)
- <https://www.cun.es/> (Clínica Universidad de Navarra)
- <https://www.elsevier.es/es>

Capítulo 1290

DISPOSITIVOS PARA LA INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador es el trabajador encargado de la movilización e inmovilización de los pacientes , por ello a continuación se va a describir cuales son las diferencias entre ambos términos.

- Movilización : es un conjunto de técnicas que consisten en desplazar al paciente de el lugar en el que se encuentra a otra disposición del hospital . En función de la colaboración del paciente nos encontramos ante dos tipos de movilizaciones activa y pasiva , en el primer caso si el paciente es colaborador y en el segundo si no lo es.

- Inmovilización: consiste en un conjunto de técnicas con el fin de que se supriman de forma temporal o parcial todos los movimiento que el paciente pueda realizar.

2 Objetivos

- Desarrollar a lo largo del capítulo los diferentes dispositivos de movilización de pacientes, los elementos para realizar el traslado y los objetos de inmovilización de los pacientes.

3 Metodología

- El capítulo está basado en una revisión bibliográfica desde bases de datos como Google Académico y Dialnet.
- También se ha realizado una búsqueda de información a través de libros especializados en la materia.

4 Resultados

Para la movilización de los pacientes encamados hay diferentes materiales que facilitan el trabajo entre ellos están :

- Rulo sanitario o Transfer: es un dispositivo rectangular alargado que está envuelto por un material de plástico. El manejo de este dispositivo es sencillo, se girará al paciente y se introducirá una parte , y se tirará del paciente hacia nosotros , otro celador estará situado en el lado contrario para sujetar el rulo y que no se vaya con el paciente. Este dispositivo está indicado para la movilización de pacientes de una cama/ camilla/ mesa a otra.
- Elevador hidráulico o Grúa : Este dispositivo al igual que el anterior sirve también para movilizar a pacientes de una camilla a otra e incluso de camillas a bañeras. Las partes por las que está compuesto son una base con ruedas, una bomba mecánica hidráulica, una percha de sujeción en triángulo y un cabestrillo que será donde irá colocado el paciente sentado en la lona que cuelga de dicha parte.

El traslado de pacientes se hará con diferentes materiales entre ellos se encuentran los dos tipos más comunes , la silla de ruedas y la camilla que puede ser de diferentes tipos. Una de las ventajas que presenta la silla frente a la camilla es que son plegables. Los tipos de camilla más comunes son las camillas fijas , móviles, y en cuanto a las camas están las camas de planta y las camas mecánicas.

Hay varios dispositivos para la inmovilización de pacientes , serán citados a continuación:

- Collarines Cervicales: son dispositivos imprescindibles para la inmovilización del cuello ,si el paciente llega a urgencias con este dispositivo se ha de avisar al médico y nunca se le quitará.
- Dama de Elche : el objetivo principal de este aparato es la inmovilización de la cabeza del paciente para que no se mueva hacia los laterales . Al igual que sucede con el anterior dispositivo esté tampoco podrá ser retirado.

- Férulas: Son dispositivos de inmovilización de la extremidades utilizados con carácter de urgencia. Hay varios tipos de ellas según el material del que estén compuesto.
- Férulas neumáticas : fabricadas con nylon o plástico. La extremidad se colocará en el interior observando que no queden arrugas en la férula, a continuación se procederá a la insuflación de la férula, se sabrá que ha sido bien insuflada cuando al tocar la férula se forme un pequeño surco.
- Férulas de vacío: tienen la misma función que las anteriores solo que presentan una ventaja y es que la inmovilización que realizan es más efectiva, son más resistentes. Están compuestas por bolitas de poliéster y cuando se les hace el vacío, estas bolitas quedan compactas y unidas sobre el miembro inmovilizado.
- Férulas de tracción: son rígidas y metálicas ya diferencia de las otras dos no son permeables para los rayos X.
- Colchón de Vacío el funcionamiento de este dispositivo es el mismo que para las férulas de vacío, están fabricados por un material muy resistente. La principal indicación de estos dispositivos es cuando se sospecha fractura de columna vertebral, pelvis y/o cadera.
- Camilla de Palas: coloquialmente es denominada camilla de tijera, está compuesta por dos mitades que serán situadas a cada lado del paciente por debajo de él mismo. Para su correcto uso es necesaria la presencia de tres celadores.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son trabajadores que tienen mucha dolencia en la espalda debido a que su puesto de trabajo genera muchos esfuerzos físicos por ello una forma de facilitarles el trabajo es haciendo uso de los diferentes materiales para la movilización de los pacientes. Los dispositivos de los que disponen para realizar este procedimiento son el transfer y la grúa hidráulica.

En cuanto al traslado de pacientes de una forma cómoda y segura estará a disposición las sillas de ruedas y las camas o camillas.

Y por último la inmovilización a los pacientes será realizada mediante diferentes dispositivos especializados para los distintos tipos de lesiones. El collarín servirá para inmovilizar el cuello del paciente, la dama de Elche será utilizado para que la cabeza del paciente cuando se encuentre en decúbito supino no se le mueva hacia los lados. Para la inmovilización de extremidades tenemos las férulas habiendo diferentes tipos según el material del que estén compuesto , siendo la más eficaz de las tres anteriormente citadas la férula de vacío.

Los dos últimos dispositivos que nos encontramos son el colchón de vacío utilizado cuando hay sospecha de fractura de la columna cervical la pelvis y la cadera , y la camilla de palas en la que será necesaria la presencia de tres celadores para un buen uso del dispositivo.

6 Bibliografía

1. El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada Logoss.
2. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logoss.
3. Técnicas de Movilización y Transferencias de Pacientes [Internet]. eFisioterapia. 2020

Capítulo 1291

EL CELADOR EN SERVICIOS ESPECÍFICOS: PSIQUIATRÍA Y MORTUORIO

LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ

1 Introducción

El desarrollo del tema seleccionado se va a basar en explicar las funciones del celador en dos servicios específicos como son el área de psiquiatría y el mortuorio. A continuación procederemos a dar una breve definición de cada servicio. La hospitalización psiquiátrica es un establecimiento de salud mental que se dedica al diagnóstico y tratamiento de enfermedades psiquiátricas, y cuenta con internamiento de algunos pacientes. El mortuorio es la dependencia del hospital a donde se trasladaran los pacientes cuando fallezcan, contiene diferentes cámaras frigoríficas en las cuales serán depositadas los cadáveres.

2 Objetivos

- Describir las diferentes funciones del celador en el servicio de psiquiatría según el tipo de paciente.
- Definir las funciones realizadas por el celador en el mortuorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Se ha realizado una

búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Dialnet, Google Académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El celador en el servicio de psiquiatría se puede encontrar con diferentes tipos de pacientes entre ellos están el paciente violento y el suicida. A continuación se va a describir las funciones del celador en este área.

Funciones generales:

- Vigilará el orden y la compostura de algunos pacientes.
- Acompañará a los pacientes en sus paseos por las distintas zonas establecidas para ello.
- Recogerá los pedidos del almacén y la farmacia.
- En cuanto a pacientes que estén agitados, el celador colaborará con el personal de enfermería para ayudar a administrar los medicamentos.

Funciones específicas ante el paciente suicida: con esta clase de pacientes el celador deberá estar en conocimiento de protocolos y procedimientos para evitar el suicidio. A continuación se hablará de las diferentes medidas preventivas en estos casos.

- Revisarán los objetos personales del paciente para ver si hay alguno con el que pueda hacerse daño.
- Tras la revisión de objetos retirarán todos aquellos que puedan suponer un peligro para el paciente.
- Acompañarán al paciente al servicio y en caso necesario se quedará con él dentro.
- Revisará que todas las ventanas y puertas estén cerradas correctamente.
- Vigilarán al paciente y en el caso de observar algún cambio de conducta se le comunicará al personal sanitario.

Funciones ante el paciente violento:

- El celador deberá de conocer las diferentes enfermedades y adoptar una actitud tranquila y empática.
- También creará un ambiente de seguridad.
- Evitará las situaciones tensas con el paciente tratándolo de una forma tranquila y sosegada.
- Detectará los cambios bruscos de actitud y lo comunicará al personal sanitario.

-Las medidas de autoprotección a seguir ante este tipo de pacientes son: no permanecer con el enfermo solo en momentos que este tenga de crisis violentas, en esta situación el encuentro con el paciente será en un ambiente seguro el que no haya objetos con el que se pueda lastimar la integridad del trabajador, las medidas de contención que se podrán usar el el último recurso son los elementos de sujeción mecánica (faja abdominal, sujeción de manos y sujeción de pies).

El trabajador en el mortuorio realizará diferentes funciones desde el traslado del paciente a dicho emplazamiento hasta la realización de funciones en el mismo servicio. En cuanto al traslado del paciente los pasos a seguir serán:

- El celador pedirá a los acompañantes que permanezcan en las habitaciones.
- El traslado será en la máxima discreción y el cadáver irá tapado con una sábana.

Las funciones específicas que el celador realizará en el mortuorio son:

- Anotará en el libro de registro los datos del fallecido y la hora de defunción.
- Colocara al fallecido sobre la losa.
- En caso de que no se conozca la causa de la muerte el cadáver se introducirá en la cámara frigorífica.

5 Discusión-Conclusión

La función principal del celador en el servicio de psiquiatría será siempre la vigilancia constante del paciente. Según las características del paciente psiquiátrico el celador adoptará unas funciones u otras.

El paciente con actitudes violentas, las funciones que adoptará el celador serán la vigilancia constante del mismo, y mantendrán un estado de tranquilidad para no alterar al paciente. En el caso de que el paciente muestre un estado de excitación e intranquilidad, el celador adoptara una actitud tranquila y calmada y mantendrá alejado los objetos que puedan causar daños alejados del paciente, sino se consigue calmarlo se procederá a el uso de sujeciones mecánicas para inmovilizarlo.

En cuanto a los pacientes con tendencias suicidas el celador estará encargado de realizar revisiones de los objetos que el paciente contenga retirando los que puedan causarle daños, vigilará que todas las puertas y ventanas estén cerradas y generará una situación de empatía y tranquilidad con el paciente.

Por último en cuando al celador en este servicio es que les comunicará cualquier

cambio que puedan apreciar en los pacientes al personal sanitario que se encuentre en este servicio.

El celador en el mortuorio la función principal que desempeña es realizar el traslado del paciente en una suma discreción. Dentro de esta dependencia hospitalaria acostara al cadáver en la losa para que los familiares puedan velarlo en caso de que así deseen. Si el paciente ha fallecido por causas desconocidas se le acostara en la cámara frigorífica para la posterior realización de la autopsia.

6 Bibliografía

- El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada Logoss
- Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logoss
- Cgtsanidadlpa.org.

Capítulo 1292

ACCIDENTES LABORALES EN UN CENTRO HOSPITALARIO

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

1 Introducción

En el avance de enero a octubre 2019, el número de accidentes de trabajo con baja fue 536.450, mientras que el de accidentes de trabajo sin baja fue 609.516. Comparando las cifras con el mismo periodo del año anterior, los accidentes con baja experimentaron un aumento del 5,2% y los accidentes sin baja un descenso del 0,8%. Dentro del total de accidentes con baja se produjeron 465.318 accidentes en jornada y 71.132 accidentes in itinere. La variación en relación al año anterior se situó en el 5,5% para los accidentes en jornada y en el 3,1% para accidentes in itinere. Dentro del ámbito sanitario la cifra alcanza los 34.109 accidentes de trabajo hasta la citada fecha.

El Ministerio ha incluido una novedad a estas estadísticas, se ha modificado la definición de accidente mortal, por lo que a partir de ahora se considerará accidente mortal todos aquellos fallecimientos que se produzcan como consecuencia

en el plazo de un año desde la fecha del accidente, independientemente de la gravedad inicial.

2 Objetivos

- Informar de los principales accidentes laborales en los hospitales.
- Dar a conocer las posibles medidas preventivas para evitarlos.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de los artículos más destacados y actualizados posible, relacionados con la prevención de riesgos laborales en el ámbito hospitalario. Se utilizan palabras clave como: principales accidentes laborales en sanidad y prevención de riesgos sanitarios.

4 Resultados

Los principales tipos de accidentes hospitalarios son los siguientes:

- Contagios por contacto con contaminantes biológicos: son el riesgo de entrar en contacto con agentes biológicos perjudiciales. La manipulación de pacientes, la cercanía con sangre y todo tipo de excreciones pueden provocar afecciones cutáneas, infecciones oculares u hospitalarias de naturaleza vírica o bacteriana. La gastroenteritis, la hepatitis, el VIH, o la tuberculosis son solo algunos ejemplos.
- Lesiones por sustancias tóxicas, nocivas, partículas o líquidos: especialmente en los trabajos en quirófano existe el riesgo a salpicaduras o inhalaciones que pueden tener como origen diferentes elementos: desinfectantes, antibióticos, fragmentos de hueso, fluidos o vidrios por rotura de material, entre otros. Las lesiones que provocan pueden ir desde una dermatitis en la piel o llegar a ser tan graves como una irritación de las vías respiratorias que dificulte seriamente la respiración.
- Medidas para prevenir lesiones por sustancias: los hospitales deben seguir unas medidas rigurosas para evitar intoxicaciones, como etiquetar los frascos correctamente. En este caso, también es vital que sigas las instrucciones del hospital, entre las que hay algunas destacables: utilizar embudos para verter disolventes o reactivos en aberturas pequeñas; no cambiar los productos de su envase original y etiqueta siempre los recipientes nuevos; no comer, fumar ni beber, ya que los

vapores tóxicos podrían mezclarse con lo que ingieres o inhalas; la higiene de manos y antebrazos después de cada exposición es fundamental para evitar este tipo de daños.

Si se trabaja con este tipo de sustancias, hay que actuar conforme lo indicado en el etiquetado de los productos que se utilice y seguir la ficha de seguridad del producto. El etiquetado de los productos deberá contemplar los siguientes datos:

- Denominación
- Nombre, dirección completa, teléfono del responsable de la comercialización.
- Nombre químico de las sustancias presentes en el preparado, conforme a la normativa vigente.
- Pictogramas, conforme a la normativa vigente.
- Frases R (de peligro).
- Frases S (de prudencia). Cantidad nominal del contenido (preparados de venta al público en general).

En cuanto a las caídas del mismo nivel, éste riesgo se puede presentar durante los desplazamientos a lo largo de la jornada. Las principales causas de una caída al mismo nivel pueden ser:

- Uso de calzado inadecuado.
- Transportar con las manos una caja de grandes dimensiones
- Trabajar con calzado desatado.
- Distraerse con otro trabajador mientras se realiza un trabajo.
- Existencia de residuos en el suelo (basura, papeles).
- Contenedores fuera de sitio, obstaculizando el paso.
- Mala iluminación.
- Suelos resbaladizos.

Los daños que pueden producirse son lesiones como heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces o bien, lesiones graves como fracturas, en función del tipo de caída. Las medidas preventivas que hay que llevar a cabo, son las siguientes: mantener un buen nivel de orden y limpieza, dejando los pasillos y áreas de trabajo libres de obstáculos; utilizar calzado sujeto al pie, con suela antideslizante y homologado; limpiar inmediatamente cualquier producto derramado accidentalmente y prestar atención especial cuando el suelo haya sido tratado con productos deslizantes. El suelo debe ser un conjunto homogéneo, fijo y estable, de pavimento no resbaladizo y correctamente iluminado. Ante cualquier deficiencia, extrema de las precauciones se informará al personal de mantenimiento. Los cables deben distribuirse de forma que queden fuera de

las zonas de paso. En caso contrario, deberán protegerse y/o fijar los cables en el suelo con tal de evitar tropiezos.

En cuanto a las caídas a distinto nivel: as caídas a diferente nivel dentro del colectivo sanitario se dan en trabajos que requieren el empleo de algún medio (escaleras, banquetas) para llegar a zonas elevadas de estanterías o armarios, principalmente cuando éstos son inadecuados o se hallan en mal estado. También puede darse durante el uso de las escaleras fijas que presenten deficiencias (escalones resbaladizos, desgastados o rotos, contrahuellas de altura variables, barandillas flojas o inexistentes) o debido a la presencia de obstáculos en su recorrido. Los daños que pueden producirse son: lesiones leves como heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, o bien, lesiones graves o muy graves, en función del tipo de caída y de la altura de la misma.

Medidas preventivas: evitar el uso de cajas, sillas, o mesas para acceder a zonas elevadas; utilizar únicamente elementos diseñados para ello (banquetas, escaleras) estables y adecuados a la altura a la que se quiere acceder; revisar las escaleras de mano antes de su utilización, para comprobar su correcto estado ten en cuenta factores como la estabilidad, el correcto uso ensamblado de los peldaños, el dispositivo antideslizante en su pie, o ganchos en la parte superior. En caso de anomalía, no se utilizará y se dará aviso de la deficiencia.

Las escaleras fijas deben disponer de: barandillas de 90 cm de altura en los lados abiertos en la escalera y de pasamanos a 90 cm de altura si la anchura de la escalera es superior a 1.2m. Superficie antideslizante y de un material resistente al uso. Hay que prestar especial precaución cuando se circule por las escaleras (evitando correr o saltar); se debe usar el pasamanos y las barandillas y utiliza un calzado seguro (evitando suelas deslizantes, calzado no sujeto al pie). Hay que dar aviso inmediato de cualquier deficiencia detectada.

El riesgo de caída de objetos por desplome o manipulación: este riesgo puede darse por inestabilidad, falta de anclaje, sobrecarga o mal estado de las estanterías, o por materiales indebidamente ubicados. Puede darse también durante la manipulación y transporte de monitores y equipos de trabajo principalmente en situaciones de emergencia.

Los daños que pueden derivarse de este riesgo son: heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, o bien lesiones graves como fracturas en función del peso del objeto y de la altura de la caída. En estos casos hay que considerar además la posibilidad de sufrir cortes por rotura de material de vidrio en el mismo accidente y de contacto accidental con el contenido del mismo

(producto químico tóxico o corrosivo, contaminación biológica).

Medidas preventivas: no sobrecargues las estanterías y armarios. Coloca los materiales más pesados en los estantes inferiores. Los archivadores deben disponer de sistemas que impidan la apertura al mismo tiempo de más de un cajón y contar con dispositivos de bloqueo en los cajones. En la medida de lo posible, manipula los objetos, equipos y recipientes de elevado peso o dificultad de agarre, mediante elementos mecánicos (mesas auxiliares, carritos). No sobrecargues los carritos o bandejas donde se transporta material para realizar curas, administración de medicamentos, comida para los enfermos. Los botellones de gases comprimidos se transportarán en carritos especiales que garanticen su equilibrio y sujeción. Así mismo, permanecerán sujetos mediante abrazaderas o cadenas que los fijen a la pared en lugares de uso o almacenamiento.

Riesgo de choques / golpes contra objetos móviles o inmóviles: el riesgo de choque y golpes contra objetos móviles o inmóviles en el sector sanitario, tiene lugar en desplazamientos por zonas con espacios reducidos, con falta de orden y limpieza, con falta de visibilidad o en zonas donde haya presencia de cantos agudos de mesas, camas, camillas, equipo clínico. También puede darse si existen puertas y otras estructuras transparentes sin señalizar, puertas vaivén. Los daños que pueden darse son lesiones leves (principalmente en manos, brazos y piernas) como cortes, desgarros, heridas, contusiones, rozaduras.

Medidas preventivas: deja siempre despejadas de obstáculos las zonas de paso; respeta los sentidos de circulación establecidos para personas incapacitadas (sillas de ruedas y camillas) y traslado de equipos (carros, carretillas, etc.); presta especial atención en las proximidades de cruces, pasillos, o rampas, puertas vaivén y ascensores; cierra siempre los cajones y las puertas de mesas, armarios y archivos después de su uso.

Riesgo de contacto térmico: el riesgo de contacto térmico tiene lugar cuando se manipulan materiales calientes o muy fríos, o bien se utilizan equipos que presentan una temperatura elevada o muy baja: autoclaves, hornos utilizados en los procesos de desinfección y esterilización por calor, mecheros, unidades criogénicas. Las causas de este riesgo pueden ser, entre otras, la falta de aislamiento de los equipos, no seguir los procedimientos de trabajo establecidos, la falta de señalización del riesgo. Los daños que pueden producirse por contacto térmico implican la aparición de quemaduras por calor o por frío que pueden convertirse en accidentes leves, graves o muy graves, en función de su extensión y profundidad.

Riesgo de iluminación inadecuada y fatiga visual por trabajo con Pantallas de

Visualización de Datos (PVD): la actividad asistencial en las clínicas requiere, en muchos casos, trabajar asiduamente sobre un campo especialmente iluminado (quirófanos, clínicas dentales) o con PVD y ello puede producir deslumbramientos directos (producidos por la visión directa de fuentes de luz brillantes, por el contraste de Pantallas de ordenador y la iluminación general) y por deslumbramientos indirectos (reflejos). La consecuencia más directa de los deslumbramientos es una molestia y/o disminución en la capacidad para distinguir objetos. Este fenómeno se produce sobre la retina del ojo, en la que se desarrolla una enérgica reacción fotoquímica que la insensibiliza durante un cierto tiempo transcurrido el cual vuelve a recuperarse. Una iluminación inadecuada y el trabajar durante espacios prolongados con ordenador, puede provocar entre otros problemas, fatiga visual: ojos cansados, lagrimeo ocular u ojos húmedos, ojos secos, visión borrosa o doble visión, escozor e irritación ocular, dolores de cabeza, cuello o espalda, dificultad de enfoque visual, fatiga general.

Medidas preventivas: en quirófanos y salas iluminadas con un foco de luz específica, debe disponerse además de una iluminación general para evitar grandes diferencias de luminosidad entre el campo de trabajo y el resto (efectos de contraste). La ubicación de los monitores y los focos de luz deben impedir efectos de reflexión o deslumbramiento directo. Debe realizarse una limpieza y mantenimiento periódico de las luminarias ubicadas en los lugares de trabajo.

Agotamiento físico y mental: la gran carga de trabajo que supone trabajar en un hospital, los turnos que parecen eternos y las horas nocturnas son algunos de los factores que pueden desembocar en riesgos físicos en el trabajo: lumbalgias, síndrome del codo de tenis, síndrome del túnel carpiano o tendinitis, entre otros. Por otra parte, el enfrentarse con la muerte, prestar apoyo emocional o informar a familiares de enfermedades graves puede provocar una fatiga mental que te impida mantener un buen estado de ánimo en el trabajo o incluso desembocar en diferentes problemas de salud como ansiedad o depresión. Afortunadamente, existen medidas de prevención de riesgos laborales en hospitales que podemos seguir evitar estos accidentes.

Medidas preventivas de salud física y mental: el agotamiento físico y mental puede prevenirse tomando medidas protectoras para tu salud:

- Evita posturas forzadas haciendo un uso correcto de los equipos y el material de trabajo.
- Utiliza ropa holgada y un calzado cómodo y antideslizante que lleve un tacón grueso de unos 5 cm.

- Haz pausas largas de 15-20 min cada dos horas aproximadamente si tu tarea requiere atención y concentración mental. Si tu labor es manual o repetitiva es mejor que las pausas sean cortas pero frecuentes.
- Establece prioridades a la hora de planificar tus tareas según su grado de urgencia e importancia para gestionar tu tiempo con mayor eficacia.
- Controla tus emociones en la medida de lo posible. Adoptar una actitud no conflictiva te ayudará a ser más feliz en tu trabajo del día a día en el hospital.
- Procura realizar turnos que respeten al máximo el ciclo de vigilia. Además, es aconsejable que no trabajes en turno de noche más de dos semanas seguidas

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales tanto sanitarios como de gestión y servicios que trabajan en un hospital corren un riesgo especial de sufrir determinados accidentes evitables si se toman las medidas adecuadas, es fundamental que en el hospital se sigan los protocolos oportunos y que todo el personal los conozca y los aplique

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish>
- <https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos/872-prevencion-de-riesgos-laborales-en-el-sector-sanitario?showall=>.

Capítulo 1293

MOVILIZACIÓN DE PACIENTES : PRINCIPIOS Y POSTURAS

LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ

1 Introducción

El celador es uno de los eslabones más importantes en cuanto a la movilización de pacientes. Se debe tener en cuenta que es un puesto de trabajo que exige fuerza física y que ocasiona lesiones, para ello se ha de evitar realizar ciertos movimientos como la rotación de la columna dorsolumbar y la flexión brusca de la espalda con las caderas.

2 Objetivos

- Describir a lo largo del trabajo las diferentes posturas adquiridas por los pacientes y sus indicaciones, y los principios mecánicos para la realización de los movimientos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica desde diferentes libros especializados en la materia y mediante artículos extraídos de diferentes bases como Dialnet y Google Académico.

4 Resultados

A continuación vamos a hablar de los diferentes movimientos realizados y sus correspondientes principios para una buena praxis de ellos.

En cuanto al levantamiento la mecánica a seguir para no sufrir lesiones es :

- Mantener el centro de gravedad del paciente y del celador lo más próximo posible , ya que se alcanza más estabilidad.
- Utilizar los diferentes grupos musculares para no sobrecargar la espalda.
- Hacer uso de una técnica adecuada.

Para tirar y empujar alguno de los principios mecánicos son :

- Ampliar la base de apoyo para mantener más el equilibrio
- Tirar de un objeto hacia el propio centro de gravedad, que empujar para apartarlo, es más fácil ya que tenemos más control del paciente.
- Se puede aplicar una fuerza adicional si usamos el propio peso del cuerpo con un movimiento de balanceo.

La pivotación y el giro son movimientos que evitan la torsión de la columna para realizarlo hay que seguir una serie de pasos:

- Colocar un pie delante del otro y elevar ligeramente los talones.
- Situar el peso del cuerpo sobre la parte anterior de los pies para disminuir la fricción y la torsión de rodillas al girar el cuerpo.
- Para la realización del movimiento se ha de tener el cuerpo alineado y a consecuencia se invertirán las posiciones de los pies.

Hay diversas posiciones en las que un paciente puede estar acostado o ha de posicionarlo de una forma concreta según la patología que tenga. Entre ellas nos encontramos las siguientes que serán descritas a continuación:

- Decúbito Supino : El paciente se encuentra tendido boca arriba en horizontal y con el eje paralelo al suelo. Se colocan almohadas debajo de la cabeza, la zona lumbar y los huecos poplíteos. Está indicada para la realización de exploraciones torácicas , abdominales y de los miembros superiores e inferiores. Esta posición también está recomendada para cambios posturales postoperatorios y realización de la RCP.

-Decúbito Prono: El paciente está tendido boca abajo con la cabeza ladeada, y las extremidades extendidas. Las almohadas que se colocan son debajo de la cabeza , del abdomen y bajo los pies.

Las indicaciones de esta postura son adecuadas para las exploraciones de espalda

y glúteos , la realización de cambios posturales y para exploraciones médicas de pacientes en coma y anestesiados.

-Decúbito Lateral: El paciente estará acostado de un lateral con la cabeza y el tronco alineados en el mismo eje, el brazo interior estará estirado a lo largo del cuerpo y el exterior flexionado y apoyado en la almohada y a la inversa en cuanto a las piernas.

Las almohadas serán colocadas , debajo de la cabeza , en el brazo y hombro superior y entre las piernas para evitar los roces. Esta postura es adecuada para la higiene del paciente, para la realización de cambios posturales, la administración de enemas y de algunos medicamentos, y tras intervenciones quirúrgicas(nefrectomía, lobectomía, lumbotomía, raquídea o lumbar...etc)

-Posición de Sims: esta posición es una variante del decúbito lateral las diferencias que nos encontramos es que el brazo interior se lleva hacia atrás y que el superior es flexionado a la altura del codo, la pierna interior estará estirada y la superior flexionada a la altura de la cadera sobre la inferior. La indicación principal de esta postura es para pacientes que se encuentran en un estado de inconsciencia para la eliminación de las secreciones.

-Litotomía o Ginecológica: el paciente se encuentra en decúbito supino con las piernas flexionadas elevadas y en abducción apoyadas en los reposapiés. Esta posición está indicada para exploraciones rectales, vaginales, exámenes ginecológicos, aseo perineal, sondaje vesical, partos y cirugía ginecológica.

-Trendelenburg: El paciente estará acostado en decúbito supino en una mesa quirúrgica angulada 45 ° con la cabeza más baja que los pies para facilitar el flujo de sangre al cerebro. Está indicada para cirugías abdominales inferiores, lipotimias , drenajes, síncope y hemorragias.

- Antitrendelenburg: Esta posición es al contrario que la anterior citada se eleva la cabeza para favorecer el flujo sanguíneo a las extremidades inferiores.Sus indicaciones son cirugías de cabeza y cuello , tiroides , vesícula, traumatismo craneoencefálico, problemas respiratorios y en caso de que haya sospecha de daño cerebral y lesión torácica.

- Posición Fowler: El paciente se encuentra sentado con el cabecero angulado 45°, y las rodillas semiflexionadas, también se le colocarán almohadas debajo de la cabeza, detrás de la espalda y debajo de los muslos y los tobillos..

Según la inclinación del cabecero se puede diferenciar dos tipos semifowler de 30°

y de 90°. Esta posición está indicada en su gran mayoría para pacientes que necesitan un gran aporte de oxigenación ya que permite una gran expansión del tórax. También está indicada para pacientes con hernia de hiato, para punciones pleurales, recibir alimentación nasogástrica y para exploraciones de cabeza y cuello.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo del tema anteriormente desarrollado hemos comprobado que para realizar una buena ejecución del puesto de trabajo hemos de conocer los principios básicos de la mecánica de los movimientos que realiza un celador.

Para que no se produzcan lesiones las recomendaciones son en cuanto al levantamiento de pacientes mantener los centros de gravedad, tanto del paciente como del trabajador, próximos el uno a el otro para que la realización del movimiento sea seguro y cómodo.

La mecánica de tirar y empujar consiste en ampliar la base de apoyo para tener una buena sujeción, tirar en lugar de empujar para que el movimiento no genere cargas en la espalda del trabajador, y por último aprovechar el peso para ejecutar los movimientos de manera eficaz.

Por último movimiento nos encontramos con la pivotación y el giro se fundamenta en una correcta colocación de los pies, un buen alineamiento del cuerpo y situar el peso en la parte delantera de las piernas.

Hay diferentes posiciones en las cuales los pacientes pueden estar acostados o colocados según la patología que padezcan o por la circunstancia en la que se encuentran. Entre las posiciones más comunes nos hemos encontrado en primer lugar el decúbito supino es la más usual y de la cual varían la gran mayoría de posiciones como la posición trendelenburg y antitrendelenburg.

El decúbito prono la antagonista de la anterior posición citada no es de las más cómodas para el paciente, pero hay ocasiones en las que es necesaria la colocación del paciente en esta postura para pacientes que se encuentran en estado comatoso y anestesiados.

Otra variante de los decúbitos es la posición lateral que es la más adecuada para la higiene del paciente y para recuperaciones post quirúrgicas de algunas cirugías como pueden ser las nefrectomías. A raíz de esta postura surge la posición de Sims que se diferencia del decúbito lateral en que la colocación de brazos y pier-

nas varía, es recomendada para pacientes que se encuentran en estados de inconsciencia para las secreciones que el paciente pueda producir.

Por último nos encontramos con la posición de Litotomía que es más conocida por el nombre de ginecológica usada para realizar exploraciones rectales, vaginales y para partos. Y para finalizar tenemos la posición de Fowler en la que el paciente se encuentra semisentado debido a que necesita una gran aportación de oxígeno.

6 Bibliografía

1. Online C, perfil V. Tema 9. Ejes y Planos del Cuerpo Humano. Posiciones Anatómicas. Parte II [Internet]. Celadoresonline.blogspot.com. 2020 [citado 5 Enero 2020]. Disponible en: <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-9.html>.
2. El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada Logoss.
3. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logoss.

Capítulo 1294

LA MUSICOTERAPIA COMO TRATAMIENTO EN EL ANCIANO CON DEMENCIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

HORTENSIA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Según la Federación Mundial de Musicoterapia (WFMT, 2011), la musicoterapia «es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la instrucción clínica en la musicoterapia están basados en estándares profesionales según los contextos culturales, sociales y políticos».

Es una disciplina terapéutica encuadrada dentro de las terapias no farmacológicas que está cobrando en los últimos tiempos gran relevancia en el campo de la neurogeriatría. Hasta mediados de 1980, apenas se habían considerado, y menos aún evaluado la eficacia de técnicas psicoterapéuticas con personas con demencia. Así, a partir de 1990 se empiezan a llevar a cabo estudios científicos y sistemáticos sobre la eficacia de la música y de la musicoterapia, como técnicas no farmacológicas, en el tratamiento del Alzheimer y otras demencias relacionadas. También en esta época empiezan a salir publicados relatos anecdóticos de cuidadores familiares y profesionales que sugieren que la música y la musicoterapia pueden tener un efecto especial en los enfermos con demencia (1).

El primer registro de musicoterapia como ocupación laboral reconocida dentro del Catálogo Nacional de Ocupaciones (posterior al Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre), tuvo lugar en el año 2011 en la Comunidad Autónoma de Galicia, un reconocimiento que permite la denuncia en casos de intrusismo profesional y a la vez supone un paso adelante en su normalización como profesión sanitaria. En España, la formación reglada en musicoterapia se imparte como estudios de posgrado en diversas universidades y centros privados, de acuerdo con el Sistema de Acreditación Europeo de Musicoterapeutas Profesionales, amparado por la European Music Therapy Confederation. La integración de la musicoterapia en el Sistema Nacional de Salud es todavía incipiente. Existen múltiples experiencias clínicas en el ámbito hospitalario con pacientes oncológicos, bebés prematuros, unidades de quemados, tratamiento del dolor. Con respecto a la enfermedad de Alzheimer (EA) y otras demencias, las intervenciones aparecen fundamentalmente en el ámbito privado y en proyectos aislados promovidos por diversas entidades público-privadas (2).

Cuando la aplicamos en el campo de las demencias, nuestros objetivos serán reducir los problemas del comportamiento, estimular las funciones cognitivas y favorecer la interacción social (3).

2 Objetivos

- Analizar los beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico en el anciano con demencia.

3 Metodología

Se realizó una revisión teórica bibliográfica utilizando descriptores obtenidos a través del DeCS ("Musicoterapia", "Demencia", "Enfermedad de Alzheimer"). Se utilizaron bases de datos de literatura científica: Pubmed, PEDro, Medline, Dialnet y Elsevier. Criterios de inclusión: artículos de estudios que aporten datos empíricos sobre la musicoterapia en la demencia.

4 Resultados

Se encuentran tratamientos con musicoterapia donde se obtienen resultados favorables en la apatía (4,5). En estos trabajos, la duración del estudio se redujo a un tiempo máximo de 2 meses, pero si se incrementa el tiempo, la mayor parte

de los investigadores obtienen resultados positivos en la depresión y en el comportamiento de los pacientes (6).

Según otro estudio se observó una mejoría significativa de memoria, orientación, depresión y ansiedad (escala HAD) en pacientes leves y moderados; de ansiedad (escala NPI) en pacientes leves; de los delirios, alucinaciones, agitación, irritabilidad y trastornos del lenguaje en el grupo con demencia moderada. El efecto sobre las medidas cognitivas es ya apreciable a las 4 sesiones de musicoterapia (7).

5 Discusión-Conclusión

La musicoterapia parece ser beneficiosa para la mejora emocional y conductual del anciano. Los estudios citados nos muestran que la musicoterapia tiene mucho por ofrecer a las personas con demencia, por ello es interesante seguir investigando con metodologías más rigurosas, mayor población, tipo de demencias.

6 Bibliografía

- 1. Coll M, Martí P. Aplicación de la musicoterapia en las demencias [Internet]. Dialnet. 2007.
- 2. Sequera-Martín M, Miranda-Pereda C, Masegú-Serra C, Pablos-Hernández C, González-Ramírez A. Musicoterapia en la demencia del paciente anciano: fundamentos, aplicaciones y evidencia científica actual [Internet]. Sociedad española de psicogeriatría. 2015.
- 3. María, Rodríguez-Mansilla, Juan, Victoria M, Rodríguez-Domínguez, María Trinidad P-T, et al. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada [Internet]. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Elsevier; 2013 .
- 4. M.L. Cooke, W. Moyle, D.H. Shum, S.D. Harrison, J.E. Murfield, M.L. Cooke, et al. A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. *Aging Ment Health*, 14 (2010), pp. 905-916.
- 5. M. Massimi, E. Berry, G. Browne, G. Smyth, P. Watson, Baecker RM. An exploratory case study of the impact of ambient biographical displays on identity in a patient with Alzheimer's disease. *Neuropsychol Rehabil*, 18 (2008), pp. 742-765.
- 6. Raglio A, Bellelli G, Traficante D, Gianotti M, M.C. Ubezio, S. Gentile, et al. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 22 (2008), pp. 158-162.

- 7. Gallego G, García G. Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: efectos cognitivos, psicológicos y conductuales [Internet]. Neurología. Elsevier; 2017.

Capítulo 1295

PAUTAS BÁSICAS PARA ABORDAR LA DISFAGIA

MARTA TIZÓN GARCÍA

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La rehabilitación de la disfagia debe ser interdisciplinar y puede precisar de intervención quirúrgicas, terapia neoplásicas, dilataciones endoscópicas, tratamientos farmacológicos y, en la disfagia de origen miogénico, terapia deglutoria. Esta última precisa que el paciente conserve unas mínimas funciones cognitivas y motoras, y comprende modificaciones dietéticas, modificaciones ambientales, estimulación sensorial y motora, estrategias posturales y maniobras facilitadoras.

Se suelen utilizar espesantes, especialmente recomendables cuando el paciente presenta trastornos sensitivo-motores de la lengua, aspiración faringonasal o alteración del cierre glótico. En pacientes con disfagia neurógena, la reducción del volumen del bolo y los incrementos de viscosidad reducen los signos de disfagia y aumentan la eficacia y seguridad de la deglución (Clavé et al., 2006).

2 Objetivos

- Proporcionar pautas para la rehabilitación de la disfagia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Gómez-Busto, Andia, Ruiz de Alegria y Francés (2009), en su propuesta de abordaje de la disfagia en la demencia, proponen que el ambiente sea relajado para facilitar la atención de la paciente, con el cuidador sentado a la misma altura y utilizando un lenguaje comprensible y adecuado para iniciar la alimentación. El mobiliario debe ser adecuado para que el paciente mantenga una postura recta y equilibrada durante las comidas.

La forma de dar el alimento es muy importante y se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- Es mejor utilizar una cuchara que una jeringuilla, ya que la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio.
- La cuchara debe acercarse desde abajo y ponerse en mitad de la boca.
- Se deben administrar cantidades pequeñas, evitando la acumulación de alimentos y que el paciente hable mientras está comiendo.
- Se deberá permitir autoalimentarse al paciente siempre que sea posible.
- Hay que evitar la presencia de pieles o grumos que puedan dificultar la deglución.
- La alimentación se debe realizar con paciencia, sin prisas, respetando el tipo de comidas.
- Es conveniente utilizar vasos bajos y anchos o mantener el vaso lleno para evitar que el paciente eche la cabeza hacia atrás.
- Tras la ingesta, el paciente deberá permanecer un tiempo en sedestación, y se deberá proporcionar una correcta higiene bucal.

5 Discusión-Conclusión

Además de los aspectos anteriormente mencionados, la estimulación sensorio-motora, las estrategias posturales, las maniobras facilitadoras, la electroestimulación

lación, y la adaptación de la textura del alimento son aspectos prioritarios a la hora de abordar una disfagia, tanto en el entorno sanitario como en los domicilios.

6 Bibliografía

- Clavé, P., Arreola, V.; Velasco, M. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cirugía Española*, 82(2), 62-76.
- Gómez-Busto, F.; Andia, V.; Ruiz de Alegria, L.R.; Francés, I. (2009). Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 29-36.